

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

**Participación social dentro del Sistema
Nacional Integrado de Salud en Uruguay.**

Análisis de las formas de democratización de las políticas públicas en materia de salud durante los gobiernos progresistas en Uruguay. Fortalezas, debilidades y perspectivas de la participación social dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud, desde la mirada de actores sociales como sindicatos de trabajadores, jubilados y pensionistas, médicos, movimientos de usuarios de la salud y redes de salud.

Pablo Anzalone
Tutora: Susana Mallo

Tutora: Dra. Susana Mallo

Tribunal: Prof. Alfredo Falero

Prof. Rodolfo Levin

Prof. Fernando Tomasina

Fecha:

Calificación:

Autor: Pablo Anzalone

RESUMEN

La presente investigación estudia la participación social dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud. Fue llevada adelante con el apoyo del Instituto de Formación Sindical de la Federación Uruguaya de la Salud y de referentes del Movimiento Nacional de Usuarios, la Organización de Usuarios del Cerro, Espacio Participativo, ONAJPU, FFSP, SMU y Redes de Salud. Se realizó un abordaje cualitativo con un diseño metodológico de Investigación-Acción Participativa utilizando diversas técnicas como entrevistas en profundidad, semi estructuradas, análisis documental, observación participante y devolución dialógica a los participantes. Fueron relevadas las percepciones de representantes de usuarios y trabajadores en la Junta Nacional de Salud, el Directorio del ASSE, ámbitos territoriales del SNIS como Juntas Departamentales y Locales de Salud, Consejos Consultivos, Redes y Asambleas de Salud.

Surge de la investigación que la participación de usuarios y trabajadores en la base y en la conducción del SNIS amplía las bases de sustentación, enriquece contenidos y posibilidades de implementación de las políticas transformadoras de la salud a través de una nueva forma de gobernanza. Sin embargo dichos ámbitos han tenido un funcionamiento desigual y carencias importantes. Su rol respecto a las políticas de salud ha sido acotado, sin desarrollar su potencial en relación con la definición de los principales problemas de salud y en la elaboración e implementación de líneas de acción intersectorial hacia ellos. Debe problematizarse el paradigma hegemónico respecto a la salud, su traducción en los contenidos de las políticas de salud y su interacción con la sociedad. La participación social en salud no es algo nuevo en América Latina, con objetivos y resultados muy distintos. La salud debe considerarse como un campo de confrontación de proyectos societarios, teorías, políticas y prácticas sociales. Desde las reformas sanitarias neoliberales en los 90 a las resistencias y la construcción de alternativas como el SNIS que reivindican la salud como derecho humano, responsabilidad del Estado y construcción social. Un proceso contextualizado en las encrucijadas de los gobiernos progresistas poniendo el énfasis en los procesos de democratización efectiva del poder, avances, contradicciones y límites como nudos críticos fundamentales. La experiencia uruguaya merece mayores investigaciones.

ABSTRACT

The present research studies social participation within the National Integrated Health System. It was carried forward with the support of the Trade Union Training Institute of the Uruguayan Health Federation and leaders of the National Movement of Users, the Cerro User Organization, Participatory Space, ONAJPU, FFSP, SMU and Health Networks. A qualitative approach was made with a methodological design of Participatory Research-Action using diverse techniques such as in-depth, semi-structured interviews, documentary analysis, participant observation and dialogical feedback to the participants. The perceptions of representatives of users and workers in the National Health Board, the Board of the ASSE, territorial areas of the SNIS as Departmental and Local Health Boards, Advisory Councils, Networks and Health Assemblies were surveyed.

It emerges from the research that the participation of users and workers in the base and in the conduction of the SNIS broadens the bases of support, enriches contents and possibilities of implementation of the transformative policies of health through a new form of governance. However, these areas have had an uneven functioning and significant gaps. Its role regarding health policies has been limited, without developing its potential in relation to the definition of the main health problems and in the elaboration and implementation of intersectoral lines of action towards them. The hegemonic paradigm regarding health must be problematized, its translation into the contents of health policies and its interaction with society. Social participation in health is not new in Latin America, with very different objectives and results. Health should be considered as a field of confrontation of societal projects, theories, policies and social practices. From the neoliberal sanitary reforms in the 90s to the resistance and the construction of alternatives such as the SNIS that claim health as a human right, responsibility of the State and social construction. A contextualized process at the crossroads of progressive governments, emphasizing the processes of effective democratization of power, advances, contradictions and limits as fundamental critical nodes. The Uruguayan experience deserves more research.

PALABRAS CLAVE:

Participación Social, Salud, SNIS, Políticas Públicas, Democratización, Uruguay, América Latina, Progresismos.
Social Participation, Health, SNIS, Public Policies, Democratization, Uruguay, LatinAmerica, Progresisms.

GLOSARIO DE SIGLAS Y ACRONIMOS

ALAMES: Asociación Latinoamericana de Medicina Social
ANEP: Administración Nacional de Educación Pública
APS : Atención Primaria en Salud
APEX: Programa Universitario en la zona del Cerro de Montevideo
ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado
BPS: Banco de Previsión Social
CAIF: Centros de Atención Integral a la Infancia
CASMU: Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay
ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles
EPUS: Espacio Participativo de Usuarios de la Salud
FA: Frente Amplio
FEMI: Federación Médica del Interior
FEUU: Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay
FFSP: Federación de Funcionarios de Salud Pública
FNR: Fondo Nacional de Recursos
FUCVAM: Federación Uruguaya de Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua
FUS: Federación Uruguaya de la Salud
IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IFS-FUS: Instituto de Formación Sindical de la Federación Uruguaya de la Salud
IM: Intendencia de Montevideo
IMAE: Instituciones de Medicina Altamente Especializada.
INAU: Instituto Nacional de Adolescentes del Uruguay
INE: Instituto Nacional de Estadística
ISEF: Instituto Superior de Educación Física
JUDESA: Junta Departamental de Salud
JULOSA: Junta Local de Salud
JUNASA: Junta Nacional de Salud
LIRA: Levantamiento de Índices Rápidos de Aedes aegypti
MEF: Ministerio de Economía y Finanzas
MIDES: Ministerio de Desarrollo Social
MNUSS: Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada
MSP: Ministerio de Salud Pública
ONAJPU: Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay
OPS: Organización Panamericana de la Salud
OSN: Objetivos Sanitarios Nacionales
PIAS: Plan Integral de Atención de Salud
PIT-CNT: Plenario Intersindical de Trabajadores- Convención Nacional de Trabajadores
PN: Partido Nacional
RAP-ASSE: Red de Atención de Primer Nivel de ASSE
RIEPS: Red Integrada de Efectores Públicos de Salud
SACUDE: Salud Cultura y Deportes
SAS-IM: Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de Montevideo
SMI: Servicio Médico Integral
SMU: Sindicato Médico del Uruguay
SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud
SOCAT: Servicio de Orientación, Consulta y Articulación Territorial-Mides
UBAS: Unidad Básica de Atención de Salud
UDA: Unidad Docente Asistencial
UDELAR: Universidad de la República
UNASEV: Unidad Nacional de Seguridad Vial

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|--|---------|
| •Resumen | pag III |
| •Glosario de siglas y acrónimos..... | pag IV |
| •Tabla de Contenidos..... | pag V |
| •Capítulo 1 : Introducción | pag 1 |
| •Capítulo 2 : Diseño Metodológico | pag 4 |
| •Capítulo 3 : Una mirada a las encrucijadas latinoamericanas..... | pag 12 |
| •Capítulo 4 : Contexto socioeconómico y reformas estructurales | pag 23 |
| •Capítulo 5 : Ejes centrales y nudos críticos del SNIS..... | pag 29 |
| •Capítulo 6 : Antecedentes y cambios de la participación social en salud | pag 37 |
| •Capítulo 7 : Ámbitos de Participación Social del SNIS..... | pag 41 |
| •Capítulo 8 : Funcionamiento de los ámbitos de participación social.. | pag 45 |
| •Capítulo 9 : Fortalezas y debilidades de la participación..... | pag 74 |
| •Capítulo 10 :Conclusiones..... | pag 85 |
| •Referencias bibliográficas | pag 97 |
| •Anexos..... | pag 101 |

CAPÍTULO 1 :INTRODUCCION

Los diversos gobiernos de izquierda en varios países latinoamericanos a principios del siglo XXI son un hecho histórico sin precedentes en el continente. En estos procesos se generaron experiencias diferentes de mayor o menor democratización de la sociedad y el Estado y ese ha sido uno de sus nudos críticos. Las formas de participación social en la construcción de políticas públicas son un aspecto relevante en ese sentido, con resultados desiguales. En Uruguay la transformación profunda de la salud que significó la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) es un campo a investigar desde ese enfoque. La presente investigación sobre participación social en salud se plantea estudiar los avances y contradicciones, las fortalezas y debilidades de estos procesos desde la mirada de sus actores sociales.

Para ello, resulta imprescindible tomar en cuenta las transformaciones estructurales, los ámbitos creados, así como su funcionamiento efectivo y las prácticas colectivas llevadas adelante. Se considerará a la salud como un derecho humano, un bien público, una construcción social y un campo de luchas en donde distintos agentes desarrollan prácticas condicionadas por los sistemas de relaciones establecidos, defendiendo el statu quo o promoviendo su transformación.

Desde sus definiciones programáticas, la reforma de la salud en Uruguay, con la construcción del SNIS incorporó un enfoque situacional donde la participación social fue una estrategia clave. El SNIS tiene coincidencias programáticas fuertes con las propuestas de organizaciones sociales como la FUS, el PITCNT y el SMU. Con la sanción en el parlamento de la ley 18.211 (Poder Legislativo 2007), la participación social quedó establecida formalmente en las políticas de salud y el control social de la gestión del SNIS. A esos efectos se estableció la participación de trabajadores y usuarios en la Junta Nacional de Salud (JUNASA), las Juntas Departamentales de Salud (JUDESAS), Juntas Locales de Salud (JULOSAS), el directorio de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y en Consejos Consultivos por efector de salud.

Estos cambios implican que, desde 2005, se fue desarrollando un nuevo actor en el campo de la salud: los usuarios organizados. Las organizaciones de usuarios generaron un espacio propio, apoyaron y cuestionaron políticas del gobierno, defendieron la profundización del SNIS, en un proceso dinámico. En el rol de los trabajadores existió también un cambio en su participación en las políticas de salud. La gestación de un Frente Social de la Salud ha permitido una plataforma programática común de las principales organizaciones sociales y diversas acciones conjuntas.

Sin embargo los desarrollos de la participación social han sido heterogéneos, con avances y dificultades, con luchas y frenos, aciertos y errores. Esa riqueza es el objeto de esta investigación .

Preguntas y objetivos de la Investigación

A más de una década del inicio de la reforma, considerando el funcionamiento institucional y la participación real, cabe preguntarse:

-¿Cuáles han sido las formas de democratización de las políticas públicas en Uruguay dentro del campo de la salud desde la mirada de los actores sociales?

-¿Fortalezas y debilidades de la participación social en salud, factores favorables, obstáculos y resultados para la sociedad y el Estado?

-Con un enfoque situacional: ¿cómo se posicionan los diferentes actores del campo de la salud respecto a procesos democratizadores que modifiquen las relaciones de poder existentes?

Por otro lado los problemas de salud de la población están relacionados con un conjunto de factores socioeconómicos, culturales, ambientales, políticos e institucionales que operan como determinantes, en relaciones de distinta complejidad e interacción.

-¿Cómo es posible actuar sobre dichos determinantes? ¿De qué forma la participación social constituye una herramienta para fortalecer prácticas transformadoras sobre estos factores?

-¿Es posible vincular esas luchas con otras de carácter democratizador y popular en Uruguay y América Latina?

Objetivo general

Contribuir a la identificación de procesos que fortalezcan la participación social en salud de usuarios y trabajadores, tanto en los ámbitos formales establecidos por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), como en las organizaciones sociales y sindicatos, de modo de aportar a la mejora de la calidad de la salud de la población, en el contexto latinoamericano y nacional de luchas por mayor protección social y democratización de la sociedad y el Estado.

Objetivos específicos:

1. Relevar los ámbitos de participación social creados a nivel nacional y local, su efectivo funcionamiento, sus participantes formales y reales, los roles que asumen hoy y las percepciones de los actores sociales al respecto.
2. Describir, desde la mirada de los actores sociales, los objetivos que se plantearon en estos procesos y los avances logrados, incluyendo los antecedentes y cambios en la participación.
3. Analizar las fortalezas y debilidades de la participación social en salud considerando los factores estructurales en juego así como el desarrollo de prácticas transformadoras.
4. Relacionar la participación social con los objetivos más generales de la salud de la población y con los procesos de democratización de la sociedad y el Estado.

Hipotesis: La democratización de las políticas de salud a través de la participación activa de actores sociales contribuye a viabilizar avances y transformaciones mayores del SNIS en procesos complejos donde existen múltiples obstáculos y contradicciones.

Metodología

El punto de partida epistemológico es que el conocimiento de estos procesos requiere la comprensión de las percepciones de sus protagonistas. La necesaria contrastación empírica incluye relevar e interpretar los componentes subjetivos e intersubjetivos propios de las prácticas sociales. El paradigma comprensivista, la estrategia cualitativa y el diseño de Investigación-Acción Participativa, son los más adecuados para dar cuenta de las características y complejidad de este objeto de estudio. La participación activa de las organizaciones sociales involucradas es un elemento central de este diseño metodológico y al mismo tiempo constituye un anclaje ético del investigador. El énfasis en la interpretación, la reflexión y la posibilidad de utilizar múltiples métodos, son también características que fundamentan este tipo de estrategia para el objeto de investigación planteado. Valoramos también la necesidad de ajustar la investigación a la evolución de los acontecimientos dentro del campo y por lo tanto a las acciones de los participantes. Hubo efectivamente transformaciones en el espacio de participación social durante el año 2017 que confluyeron e interactuaron con la investigación en curso.

Capítulos de la investigación

Iniciamos la investigación desde un marco conceptual que procura caracterizar algunas encrucijadas centrales de los procesos progresistas latinoamericanos en el siglo XXI como contexto de los debates sobre salud. Se apunta luego a reseñar los cambios en la matriz de protección social que se produjeron en este período en Uruguay, dentro de los cuales se inserta el SNIS. En ese contexto se desarrollan los grandes ejes de la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud y sus nudos críticos actuales. A partir de estos desarrollos se describen cuales son los ámbitos institucionales de la participación social en salud establecidos por leyes y decretos, con sus respectivas competencias e integración.

Desde este marco abordamos el eje central de la investigación que es un estudio sobre las formas y contenidos del funcionamiento de los ámbitos de la participación social en el SNIS desde la mirada de los actores sociales. Las técnicas aplicadas son de distinto tipo : entrevistas en profundidad, entrevistas semi-estructuradas, análisis documental, observación-participante y devolución dialógica a los participantes con un diseño de Investigación-Acción Participativa. Los resultados del trabajo de campo se recogen en un capítulo de “Análisis del funcionamiento de los distintos organismos de participación” y un capítulo de “Fortalezas y debilidades de la participación”. Por último se exponen las Conclusiones de la investigación. A las referencias bibliográficas siguen varios anexos con materiales que ilustran y complementan la investigación.

CAPITULO 2 : DISEÑO METODOLOGICO

El universo a analizar son las formas de participación social en el campo de la salud en Uruguay durante los gobiernos progresistas desde la mirada de los actores sociales de trabajadores y usuarios. La delimitación temporal es el período 2005-2018.

La estrategia de abordaje es de tipo cualitativo, empleando diversas técnicas de investigación, con un diseño de Investigación-Acción Participativa IAP. Las técnicas utilizadas son entrevistas en profundidad, con una modalidad más libre y otra semi-estructurada, análisis documental, observación-participante y devolución a los participantes.

Este abordaje se fundamenta en que los fenómenos de la participación social en salud, en tanto productos del accionar humano, incorporan valores y sentidos. Deben ser comprendidos, dando cuenta de sus significados, del sentido que adquieren para la sociedad y para los diferentes actores. Son procesos históricos que no pueden ser investigados solo con metodologías cuantitativas. No se trata de variables “exactas” sino de conceptos cuya esencia no se captura solo por mediciones. Las percepciones de los protagonistas sociales, representantes de los trabajadores o de los usuarios de la salud, son un elemento clave para desentrañar la participación social como proceso de democratización. El paradigma constructivista (Salgado 2007 pp71) sostiene que el conocimiento es construido socialmente por las personas que participan en la investigación. El investigador debe entender las experiencias vivenciales desde la mirada de quienes las experimentan y comprender las construcciones sociales diversas sobre el significado de los hechos y su conocimiento. El carácter cualitativo de la investigación se apoya en la realización de una doble hermenéutica de interpretación de lo que ha sido interpretado por los actores sociales.

Los diseños de Investigación-Acción Participativa IAP apuntan a la producción de conocimiento, con un rol activo a la comunidad, promoviendo su participación en el diagnóstico y resolución de sus necesidades (Durston y Miranda 2002 pp 9). Los aportes de la ciencia y del saber popular se articulan para orientarse hacia la acción transformadora de la realidad. A través de sus técnicas, la IAP desencadena intercambios constructivos entre investigador y comunidad en los que se abordan conjuntamente las etapas del proceso investigativo y de intervención social. La IAP tiene tres elementos centrales (Contreras 2002 pp 12): a) es una metodología para el cambio; b) fomenta la participación y autodeterminación de las personas que la utilizan, y c) expresa una relación dialéctica entre conocimiento y acción. A diferencia de otras modalidades de Investigación-Acción, la Investigación Acción Participativa establece el carácter protagónico a la comunidad en la transformación social que necesita. El problema a investigar es delimitado, analizado y enfrentado

por los propios participantes . La finalidad de la Investigación-Acción es resolver problemas y mejorar prácticas, (Salgado 2007 pp 73) aportando información para la toma de decisiones en programas o reformas estructurales, desde el concepto fundamental de que los participantes que viven un problema son los mas capacitados para abordarlo en un entorno natural.

El contexto social, cultural y político es necesario para la investigación cualitativa en todas sus etapas, desde la recolección de datos a las conclusiones generales. En casos como éste opera como referencia permanente de la investigación, aunque ella concentre la mirada en el objeto específico que pretende abordar. En el proceso de construcción del SNIS un nuevo contexto surge por las decisiones políticas que estructuraron el sistema. Estas definiciones fundacionales se apoyaron en un conjunto de fuerzas sociales que habían levantado propuestas programáticas similares y confluyentes. Al mismo tiempo las nuevas estructuras sanitarias procuraron abrir nuevos espacios de gobernanza donde las fuerzas sociales pudieran desarrollar un protagonismo y empoderamiento mayores . En particular se promueve la creación de un nuevo actor: los usuarios de salud organizados. Durante más de 10 años este proceso complejo con múltiples protagonistas y muchos capítulos pendientes todavía, fue el contexto ineludible de la salud en el país (MSP 2018 pp5). Una reflexión sobre los tres grandes ejes de cambio en el modelo de atención, el de gestión y el de financiación, refiere a avances, resistencias y debilidades, acciones contrapuestas cuyas resultantes no son simples, y tendencias a la inercia institucional. La investigación aborda uno de los elementos de esa totalidad en proceso: la participación social en las políticas públicas de salud.

Las características y complejidad de este objeto de estudio permiten fundamentar el paradigma comprensivista, la estrategia cualitativa y el diseño de Investigación-Acción Participativa, como los más adecuados. El énfasis en la interpretación, la reflexión, la posibilidad de utilización de múltiples métodos, la flexibilidad en diseño y métodos, la interacción entre los participantes y el investigador son algunas de las características que llevan a elegir este tipo de estrategia para el objeto de investigación planteado. Esta clase de diseño puede ajustarse a las condiciones del escenario y a la evolución de los acontecimientos dentro del campo y a las acciones de los participantes. En este caso hubo efectivamente transformaciones significativas en el espacio de participación social durante el año 2017 que confluyeron e interactuaron con la investigación.

El punto de partida epistemológico es que el conocimiento de estos procesos requiere la comprensión de las percepciones de sus protagonistas. La necesaria contrastación empírica incluye relevar, estudiar e interpretar los componentes subjetivos e intersubjetivos propios de las prácticas sociales. Como sostiene Ander Egg para resumir en un solo principio lo sustantivo de una metodología de intervención con carácter participativo: “que la gente tenga intervención en el estudio de su realidad, en la elaboración de un diagnóstico de situación, en la programación de lo

que se decide realizar y en la forma de llevarlo a cabo” (Ander Egg 2003 pp 5).

Humberto Cubides y Armando Duran (2002) fundamentan bien que la relación entre investigación y transformación social es compleja y puede analizarse en tres dimensiones diferentes : lo epistemológico, lo ético y lo político. La noción de “cambio social” debe problematizarse. “En consecuencia, para superar el intervencionismo irreflexivo, los investigadores sociales deberían comprometerse con la definición de un futuro posible ” (Cubides y Durán 2002 pp.11).

Decisiones metodológicas de este diseño de investigación :

a) Recoger las percepciones de los representantes sociales de trabajadores y usuarios en los organismos locales de participación social previstos en el SNIS mediante el instrumento de entrevistas semiestructuradas. Se procura relevar así aspectos del funcionamiento de los organismos de participación social desde la mirada de los actores sociales: integración real, regularidad, temas tratados, características de la información y discusión, resolución de problemas, promoción de formas de involucramiento más amplias de la sociedad y seguimiento sobre los temas. Junto a las competencias establecidas legalmente interesa recoger la variada experiencia de esos ámbitos.

b) Realizar entrevistas en profundidad para recoger las valoraciones de referentes calificados de las organizaciones de usuarios y trabajadores, sobre el desarrollo de la participación social, sus fortalezas y debilidades, los nudos críticos del SNIS y su vínculo con la democratización de las decisiones, entre otros aspectos. Se procura recoger las percepciones de los actores sociales en relación con ámbitos con poder de decisión institucional como la Junta Nacional de Salud y el Directorio de ASSE. También se jerarquizan las visiones de referentes de aquellas experiencias más ricas que se generaron desde lo comunitario-territorial.

c) Incluir en la investigación otras formas de participación no establecidas en las normas legales como es el caso de las Redes de Salud y las Asambleas de Salud. Para lograrlo se recurre a entrevistas con las Redes de Salud y a la observación participante de actividades del tipo de las Asambleas, Cabildos de Salud y Ferias de Salud.

d) Incorporar en la investigación la discusión en talleres dentro de jornadas de formación organizadas en 2017 por el Instituto de Formación Sindical de FUS a nivel de todo el país, con participación de activistas sindicales de FUS y de distintas organizaciones nacionales y locales de usuarios de la salud así como de ONAJPU. Participaron de estas instancias la gran mayoría de las representaciones de FUS en JUDESAS y JULOSAS. Varios capítulos y avances de la investigación fueron insumos para los talleres recogiendo aportes y generando nuevos productos colectivos.

e) Involucramiento de los actores sociales a lo largo de la investigación incluyendo la devolución de resultados (Cubides y Durán 2002). La devolución de datos a los participantes es una técnica (Falabella 2002 pp 26) que chequea la validez de los datos, afina la interpretación de los mismos y

contribuye a empoderar a los sujetos de la investigación mediante una relación dialógica con el investigador.

Estas decisiones apuntan a considerar el problema mediante la obtención y el análisis de las percepciones de diferentes actores sociales. Se trata de identificar y caracterizar procesos heterogéneos, experiencias variadas, que no se limitan a los ámbitos institucionales, en un contexto complejo de relaciones de poder del Sistema de Salud y de la sociedad uruguaya.

Debe quedar claro (De Souza 2010 pp 8) que se consideran los relatos de campo como narrativas y no como informaciones o verdades. Como toda investigación cualitativa las entrevistas deben comprenderse como una interpretación de la realidad realizada en primer término por el narrador, por el entrevistado (bajo la influencia del investigador), que surge de la vivencia de personas que poseen intencionalidad y capacidad de atribución de sentido. A su vez el investigador realiza luego una interpretación de "segundo orden", en tanto elaboración "científica" (doble hermenéutica).

En una investigación participativa (Francés 2015 pp 106) la observación participante es ineludible. Cuando el investigador interactúa con la comunidad con reuniones, eventos o incluso conversaciones se producen formas de observación participante. Si se consideran dos modalidades de investigación participante, artificial y natural, ésta última existe cuando los investigadores forman parte del grupo social que se investiga, como en este caso.

Dentro del campo seleccionado se investigó : a) la creación y/o fortalecimiento de ámbitos de participación social en la elaboración, implementación y evaluación de políticas públicas y la labor efectivamente realizada en dichos ámbitos. b) La evolución de las organizaciones sociales involucradas, sus prácticas y relaciones. Las relaciones entre esos dos componentes serán analizadas en términos de cambios estructurales y de modificaciones en las prácticas sociales y políticas. Esa articulación será concebida como interacción compleja, donde las determinaciones estructurales existen, operan, condicionan fuertemente, pero no en forma unívoca ni mecánica sino de manera contradictoria y compleja. Los efectos estructurales sobre las prácticas difieren según los actores y los distintos momentos históricos. En este enfoque los diferentes actores, a su vez, inciden en las estructuras, las reproducen, o también las cuestionan, las tensionan en distintas direcciones, les dan sentido para la sociedad y en ciertos momentos pueden cambiarlas mas o menos profundamente.

Cuando hablamos de democratización nos referimos a la incorporación activa y amplia de actores sociales en la construcción de las políticas de salud. Este componente formó parte del diseño inicial del Sistema Nacional Integrado de Salud, en base a dos tipos de consideraciones: a) es una estrategia de cambio en un sector cuyas estructuras de poder están fuertemente concentradas en el poder de una fracción médica y en el poder empresarial. b) para determinadas concepciones (con un amplio respaldo teórico en las doctrinas más avanzadas que se reflejan en varias conferencias

internacionales de OMS) la salud es una construcción social donde operan un conjunto de determinantes relacionados con las condiciones y los estilos de vida (OPS 2014 pp 15). En ese proceso salud/enfermedad el “empoderamiento” de la sociedad, su involucramiento activo, juega un rol fundamental. La participación social amplia no es un mero complemento o un facilitador de la labor asistencial sino una concepción de qué es la salud y cómo se construye.

Trabajo de campo

Como ya se mencionó se utilizaron técnicas complementarias: entrevistas en profundidad, con diferentes niveles de estructuración, análisis documental, observación participante y devolución a los participantes mediante una modalidad dialógica. El período de realización de las entrevistas fue desde octubre 2016 hasta julio 2018.

Las entrevistas en profundidad están orientadas a representaciones de usuarios y trabajadores en los ámbitos centrales de gobierno del SNIS y referentes de las principales organizaciones sociales de la salud y de las experiencias territoriales más ricas. La unidad de análisis refiere aquí a representaciones de trabajadores y usuarios en la JUNASA y el Directorio de ASSE, liderazgos de la FUS, FFSP, SMU, ONAJPU, Mov. Nal de Usuarios y Espacio Participativo de Usuarios y Organización de Usuarios del Cerro. Se efectuaron un total de 10 entrevistas en profundidad.

Las entrevistas semi-estructuradas apuntan a relevar las percepciones de actores sociales de usuarios y trabajadores con representación en los ámbitos locales del SNIS como Juntas Departamentales de Salud (Judesas), Juntas Locales de Salud (Julosas) o intrainstitucionales como los Consejos Asesores y Consultivos, sobre su rol y funcionamiento sustantivos.

Existen 19 JUDESAS y 16 Julosas en el país actualmente. Se realizaron entrevistas a representantes de los usuarios en las JUDESAS de Canelones, Río Negro, Maldonado y Tacuarembó. También a los usuarios que participan en la JULOSA de Cardona (Soriano) y los Consejos Asesores y Consultivos en la mutualista de Aiguá (Maldonado) y en el SMI mutualista de Montevideo. Se efectuaron un total de 7 entrevistas semiestructuradas a los representantes locales de los usuarios.

Respecto a la representación de los trabajadores en las JUDESAS se realizaron 5 entrevistas correspondientes a Artigas, Salto, Montevideo, Tacuarembó y Maldonado. A la información que surge de las entrevistas se agrega un informe de JUNASA sobre funcionamiento de JUDESAS y JULOSAS, cantidad de reuniones y participación de sus integrantes por departamento y localidad en 2017. Del mismo origen se toma en cuenta un informe sobre temáticas tratadas en Judesas y Julosas en 2017 (ver Anexos). También se incluyen una serie de informes de ASSE sobre funcionamiento de los Consejos Consultivos en las distintas Unidades Ejecutoras del país en 2018. La información obtenida en estas entrevistas semi-estructuradas y de los informes se clasifica de acuerdo a una matriz con los siguientes cuatro parámetros:

- a) Regularidad en el funcionamiento y participación de todos los actores.
- b) Temáticas tratadas, información, discusión, resolución de los temas tratados y seguimiento de las resoluciones. Interesa aquí la percepción de los actores sociales sobre las materias abordadas y la calidad de la información, discusión, tratamiento y resolución de las mismas. En particular se registra la consideración de los siguientes temas : complementación de servicios, problemas asistenciales de los servicios, diagnósticos locales, definición de problemas prioritarios, líneas de acción conjuntas hacia ellos y desarrollo del Primer Nivel de Atención en cada departamento.
- c) Capacidad de propuesta de los actores sociales y formas de participación más amplias de la comunidad promovidas por las Judesas y Julosas.
- d) Auto-Análisis del funcionamiento de las Judesas y Julosas mediante evaluaciones colectivas de los participantes, corrigiendo errores, generando aprendizajes o impulsando nuevas iniciativas.

Se realizaron asimismo entrevistas semi-estructuradas de carácter colectivo a la Red de Salud del Municipio B y a la Red de Salud del Municipio G. También se realizan reuniones de devolución con estas dos Redes de Salud presentando los avances de la investigación y generando intercambios.

Se efectuaron 24 entrevistas utilizando un criterio de saturación cuando las respuestas se fueron reiterando. Se utilizan pautas para los dos tipos de entrevista que se explicitan en el Anexo Metodológico. No se toman las pautas como un índice rígido de interrogantes, ya que la entrevista fluye de forma propia, con su agenda de temas y ritmos, pero sí una guía de tópicos de interés para la investigación. Cabe señalar asimismo que las pautas procuran tener la flexibilidad necesaria para ahondar en temas relacionados con la investigación que surgieron durante la entrevista y que no están previstos en las preguntas iniciales. Dicha flexibilidad será mayor en el caso de las entrevistas en profundidad dadas sus características y las de los entrevistados.

Mediante técnicas de observación participante dentro del diseño Investigación-Acción Participativa se recogen elementos del desarrollo de actividades abiertas de los movimientos sociales, como Asambleas, Cabildos, Rendición de Cuentas pública de la Representación de los Trabajadores en el directorio de ASSE y talleres de formación y debates del Instituto de Formación Sindical de FUS. Específicamente se participó de la Asamblea de Salud del Centro SACUDE (Salud, Cultura, Deporte y Educación) en su local del Barrio Municipal en el Municipio D. También en la Asamblea de salud de la zona de Punta de Rieles que se efectuó en el Teatro local. Se participó en la Asamblea de Salud del Cerro de Montevideo que tuvo instancias de debates el viernes 18/11/2016 y talleres durante el sábado 19, en el local del Movimiento de Usuarios en el Centro Comunal 17.

Una instancia con otras características fue la Asamblea anual del Movimiento Nacional de Usuarios realizada el 26/11/2016 en el local de Crysol, donde asistieron unos 60 delegados de distintos

departamentos del país quienes evaluaron las acciones llevadas a cabo en 2016 y definieron prioridades para 2017. Se participó de la Jornada “Montevideo se Mueve por la Salud” del MNUSPP, con usuarios de Montevideo, Canelones y Florida, abordando los temas de Metas del SNIS, Consejos Consultivos y Ley de atención de Urgencia y Emergencia. La Rendición de Cuentas Pública de la representación de los trabajadores en el Directorio de ASSE fue realizada en el local del PIT CNT contando con exposiciones del representante en el Directorio, Pablo Cabrera, el secretario general de la FFSP Martín Pereira y Daniel Olesker por el Instituto Cuesta Duarte.

Por otro lado el investigador participó activamente de las jornadas del Curso sobre Profundización del SNIS y Participación Social organizado por el IFS-FUS con un sistema de videoconferencias y talleres de discusión durante el mes de abril de 2017 en Salas de Antel de cinco ciudades simultáneamente según el siguiente detalle:

3/4/2017-*Jornada sobre Modelo de Atención.* Paysandú, Mercedes, Canelones, Maldonado y Mdeo.

11/4/2017- *Jornada sobre Financiamiento del SNIS.* Salto, Mercedes, Canelones, Minas y Mdeo.

18/4/2017- *Jornada sobre Nudos Críticos del SNIS y propuestas para su profundización.* Paysandú, Mercedes, Canelones, Minas y Montevideo.

25/4/2017-*Jornada sobre Participación Social en Salud.* Salto, Mercedes, Canelones, Maldonado, Mdeo.

En mayo 2017 se realizó también un Foro Debate Nacional sobre Modelo de Atención en Salud y Objetivos Sanitarios Nacionales, con esa misma metodología que continuó y amplió las reflexiones sobre el tema participación social. En estas jornadas los participantes fueron militantes sindicales de FUS, incluyendo la gran mayoría de sus representantes en Judesas, Julosas y Consejos Consultivos, y también representantes de los distintos movimientos de usuarios de la salud y de la Onajpu. Cabe destacar que varios capítulos de la investigación fueron utilizados como base de discusión en los talleres de las Jornadas. Eso permitió recoger las percepciones de los actores sociales en forma más desarrollada y dialógica. En esas jornadas se elaboraron proyectos locales sobre participación social en salud. También se discutió y aprobó una Guía para el Trabajo de las Organizaciones Sociales en Judesas y Julosas que recoge los problemas y propuestas encontrados durante la investigación (ver Anexos). Un informe de avance de la investigación fue entregado a las organizaciones sociales de la salud (FUS, FFSP, PITCNT, Mov Nacional de Usuarios de la Salud, Organización de Usuarios del Cerro, ONAJPU, REDES DE SALUD) promoviéndose instancias de devolución interactiva sobre la misma.

Se definió una pauta para las técnicas de observación participante estableciendo criterios para cruzar las variables en función de las preguntas de la investigación. En el caso de las asambleas se registra “lo que se dice” agrupándolo en bloques temáticos de acuerdo a una matriz acorde con los objetivos de la investigación, y se registran otros hechos significativos que se producen dentro de la instancia. Cabe aclarar que quien suscribe ha participado en muchos eventos anteriores de este tipo

y no es alguien externo al ámbito. En este caso, explicita su rol de investigador y el registro de los intercambios. Se aplica en todas las técnicas el principio del consentimiento informado.

Paralelamente a estas instancias se llevó a cabo en 2017 el Diálogo Nacional “A 10 años de iniciada la reforma sanitaria” convocado por el MSP en el cual participaron casi todos los actores sociales e institucionales del SNIS. Tal como se recoge en un libro publicado por el MSP en 2018 (MSP 2018 pp 163-180) la FUS presentó documentos sobre todos los temas, que incorporan conceptualmente los elementos que surgen de la investigación y los debates de las Jornadas de Formación a nivel nacional. En el marco de este proceso el PITCNT convocó a reuniones entre la FUS, la FFSP y el Instituto Cuesta Duarte, que permitieron redactar una plataforma programática común, que fue consultada y firmada por ONAJPU (aprobada en su Dirección Nacional), el Sindicato Médico del Uruguay SMU, el Movimiento Nacional de Usuarios, el Espacio Participativo de Usuarios y la Organización de Usuarios del Cerro. Quién suscribe participó como IFS FUS de ese proceso de elaboración conjunta, que permitió enriquecer la investigación con las miradas de los actores sociales y el intercambio realizado. Dicho documento de aportes programáticos del Frente Social de la Salud (MSP 2018 pp181-185) fue presentado en una instancia pública y masiva en el local del PITCNT, luego se reafirmó en Montevideo con un acto de masas en la calle y más adelante fue la base de 4 Encuentros conjuntos de los movimientos sociales en Artigas, Minas, San José y Mercedes. Esas 21 propuestas programáticas se entregaron al Ministro de Salud Pública y al Presidente de la República, e integran los debates importantes sobre los rumbos a imprimir al SNIS. En abril de 2018 la FUS reafirmó en su 18º Congreso esta plataforma programática.

La participación de los actores sociales involucrados es parte de la investigación, desde la interlocución inicial a la devolución y el intercambio sobre los resultados con los participantes. El apoyo de las organizaciones sociales es una de las claves para la investigación planteada. La investigación fue apoyada por el IFS FUS del cual el autor forma parte, facilitando contactos y entrevistas. La FUS y el Dpto de Cultura del PITCNT acordaron publicar en forma de libro los resultados de la investigación con apoyo de TNI, Transnational Institute. Una parte de estos libros se distribuirá a todos los sindicatos de base de FUS para sus planes de formación. Avances de la investigación fueron presentados y obtuvieron una Mención Especial en un llamado de CLACSO y TNI para el Programa de Apoyo a la Investigación Comprometida “Las disputas por lo público en América Latina y el Caribe” (una síntesis de la misma integrará una publicación de CLACSO).¹

¹ Fue aceptada también como ponencia en el VIII Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud a realizarse en setiembre 2018 en Florianópolis y en el Primer Foro Mundial del Pensamiento Crítico “Las luchas por la igualdad, la justicia social y la democracia en un mundo turbulento” a realizarse en noviembre 2018 en Buenos Aires.

CAPÍTULO 3 : UNA MIRADA A LAS ENCRUCIJADAS LATINOAMERICANAS

La salud en América Latina ha sido un campo de confrontación de proyectos societarios, concepciones teóricas, políticas y prácticas sociales. Asa Cristina Laurell (1975 pp80) señala que hay que entender la forma como “aspectos económicos, políticos e ideológicos se combinan en la conformación de los sistemas de atención a la salud y determinan el carácter de los servicios médicos”. Desde los años 90 una ola de reformas sanitarias de tinte neoliberal tuvieron un gran impacto en la región. Al mismo tiempo los sectores populares han protagonizado resistencias significativas en el plano de la salud, reivindicándola como un bien público y un derecho a ser ejercido por la población. Procesos como la creación del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil (Fernandez da Silva 2001) o el SNIS en Uruguay significaron pasar de la resistencia a la construcción de alternativas. Como todos los procesos, estos avances no son irreversibles, pueden sufrir derrotas y existen distancias, a veces grandes, entre las líneas programáticas, las modificaciones institucionales y los cambios culturales y políticos que implican la apropiación por parte de la población de esos derechos. Una de las preocupaciones actuales es cómo evitar retrocesos en este campo y poder plantearse nuevos avances. Desde una concepción de la salud como derecho humano fundamental, se trata de que los sistemas de atención estén organizados para lograr una mejor equidad y democratización real. En ese proceso están los aspectos sustantivos de la toma de decisiones estratégicas y allí la participación social puede jugar un rol importante. El accionar de los actores sociales, en esta concepción, deja de ser un aspecto secundario, para constituirse en una de las garantías de democratización real de los sistemas de salud.

El marco conceptual de la investigación refiere a una concepción de la salud que pone el énfasis en el involucramiento de la comunidad para enfrentar los problemas de salud y sus determinantes.

Al mismo tiempo es una estrategia de cambio en un sistema donde el poder económico y simbólico están fuertemente concentrados. Si tomamos de Bourdieu (1989) el concepto de campo podremos analizar a la salud desde sus agentes, estructuras y prácticas contrapuestas, sus sistemas de alianzas y sus luchas. Por lo tanto consideraremos los espacios institucionales de participación como una parte de los ámbitos que posibilitan acciones políticas que dan sustento a prácticas transformadoras de la salud. En este marco de inter-dependencias es relevante la acción de las organizaciones sociales en los distintos planos para las características y resultados de la política de salud.

El paradigma hegemónico respecto a la salud ha determinado fuertemente los contenidos de las políticas de salud y su interacción con la sociedad. Ese modelo centrado en el hospital, se origina en la incorporación (ya en el siglo XVIII) de los mecanismos de poder disciplinador desde el saber

médico, para individualizar a los enfermos con fines de vigilancia y registro (Foucault 1990 pp 167). Al articularse con el poder empresarial en la salud, este modelo posee una notable persistencia. Desde Lalonde² las doctrinas más avanzadas de la salud incorporaron el papel decisivo de los determinantes sociales y culturales en los procesos de salud-enfermedad. Desde 1978 la declaración de Alma-Ata constituyó una referencia mundial que fundamenta la participación comunitaria y social como la estrategia más importante para alcanzar el objetivo de “Salud para todos en el año 2000”. A 40 años de dicha declaración ³ corresponde retomar ese concepto central. Si bien la APS fue postulada como estrategia global desde Alma Ata, en los hechos ha sido objeto de muchas tergiversaciones y recortes. Sin embargo sus ideas centrales pueden rescatarse críticamente para fundamentar una estrategia de cambios profundos del modelo de atención, de gestión y de financiación, a través de la creación de Sistemas Nacionales de Salud basados en Redes Integrales de Servicios de Salud. Esta lógica es posible si existe una participación social que pueda involucrarse en el cambio del modelo de atención con herramientas de incidencia real.

Dentro de los desarrollos que refieren a la Promoción de Salud (Gomez Zamudio 1998) se enfatiza el principio de que los individuos y las poblaciones controlen su salud y para ello el “apoderamiento” de sujetos y grupos. Este “apoderamiento” o “empoderamiento” constituye un centro de la participación social. En las Conferencias Mundiales de Salud de Yakarta (1997) y México (2000) se ubica este tema como una de las grandes prioridades para la promoción de salud. Algunos autores (Wallerstein 1999) señalan que las estrategias para generar el empoderamiento de las poblaciones locales pasan por un proceso intenso de educación popular, integrando a la población en proyectos de investigación-acción participativos para que los diagnósticos incluyan la mirada de los interesados y pasen por la planificación en conjunto y por la evaluación participativa. En algunos desarrollos (Sanabria 2000) se propone considerar la participación social como objeto de estudio desde miradas teóricas diferentes con un enfoque sistémico que plantea resolver los problemas integrándolos como parte de un problema mayor en lugar de descomponerlos en sus partes. Es decir que la participación social es un insumo para sistemas pequeños y supra-sistemas. En el SNIS la participación se concibió en la base, en el nivel meso y en la conducción del sistema. El desarrollo de una organización de usuarios a nivel nacional supuso un salto desde lo micro a lo macropolítico, desde lo local a lo nacional (Rudolf et al 2007 pp 25-26). Las Redes de Salud son parte de una experiencia más general de constitución de Redes Sociales (Netto 2003) y de políticas

2 Marc Lalonde secretario de Salud y Bienestar de Canadá presentó en 1974 el informe que lleva su nombre donde por primera vez se afirma que la salud de la población está determinada por cuatro factores, el ambiente un 19%, los estilos de vida 43%, la biología 27% y el sistema de salud 11%. En cambio más de un 90% de los gastos en salud están concentradas en el sistema de salud.

3 En 1978 en Alma Ata (ciudad de Kazakhstan entonces parte de la URSS) se realizó una Conferencia Mundial de Promoción de Salud cuya declaración fue un hito para las doctrinas de salud postulando la Atención Primaria de Salud como estrategia principal.

sociales locales (Rivoir 2003) en las que Montevideo llevó adelante un proceso de descentralización participativa, que ha tenido distintas etapas. La creación de redes y alianzas son una forma de encarar la intersectorialidad que requieren los problemas de salud para su abordaje integral.

La participación social en salud es parte de la dinámica de la participación social en general. Este elemento, concebido como un indicador de democratización de la sociedad y del Estado, forma parte de los grandes dilemas de los gobiernos progresistas. Las posibilidades de profundización de estos procesos latinoamericanos, de resistir embates y prevenir derrotas políticas y electorales, tienen mucho que ver con ese empoderamiento que significa la participación social protagónica.

Desde las teorías de democratización radical del Estado (Laclau, Mouffe 1987, De Sousa Santos 2016) se ha fundamentado la lucha contra las lógicas capitalistas de subordinación de los servicios públicos al lucro y al poder concentrado de determinados grupos de agentes. La industria del medicamento y de la alta tecnología sanitaria detentan un enorme poder mundial, económico, político y cultural, pero también en las estructuras nacionales de la salud existe la entronización de poderes funcionales a un modelo curativo, asistencialista, hospitalo céntrico y autoritario.

Las teorías de la descentralización participativa en lo territorial brindan un marco conceptual para nuevas formas de distribución del poder y la construcción de nuevos poderes (Coraggio 2004, 2016), la gestación y/o fortalecimiento de actores comunitarios, la consulta a la población y su involucramiento en las decisiones, la cogestión entre la comunidad y el Estado de emprendimientos y servicios. En ese sentido resultan determinantes las estrategias combinadas de descentralización y desarrollo de capacidades locales por un lado y el ejercicio de la función rectora del MSP por otro.

Desde estas concepciones se procura el fortalecimiento de una concepción de los usuarios como actor sociopolítico y no una hegemonía individualista de usuario-cliente que debe recibir un buen servicio porque paga para ello. Es decir se toma distancia de la concepción que fomenta una visión asistencialista y mercantil de la salud. El rol de la participación debe estar asociado al ejercicio de derechos y deberes civiles como ciudadano, incluyendo el control social sobre el funcionamiento del sistema de salud aunque no reduciéndolo a ese aspecto.

La literatura sobre el tema destaca que las políticas de participación social en salud no son algo nuevo en América Latina (Vazquez et al 2000 pp 37). Múltiples experiencias locales comunitarias, movilizaciones sociales de muy diverso tipo e incluso muchas reformas de los sistemas de salud que han promovido la participación social, muestran objetivos y resultados muy distintos. Por lo tanto usar ese concepto requiere esclarecer el significado que se le otorga y definir cuales son los objetivos que se busca obtener con su utilización (Menéndez 1995 pp 7-37). La forma como el tema fue propuesto en la creación del SNIS en Uruguay tiene especificidades relacionadas con definiciones fundacionales de este sistema de salud y con la experiencia acumulada de participación

social en los sindicatos y movimientos comunitarios (FUS 2015 pp 165, Fernandez Galeano 2009 pp 13) . Al mismo tiempo se constatan diferencias entre lo propuesto teóricamente, lo plasmado en las normativas legales y lo que efectivamente sucedió. A su vez lo que sucedió, en realidad está sucediendo, porque este es un proceso inconcluso donde se producen cambios en los posicionamientos y articulaciones de los diferentes actores sociales, institucionales y políticos. La democratización de la salud y de la sociedad son procesos que entran en contradicción con contextos sociales y culturales de fragmentación (Giorgi 2009 pp 9). La participación no es un elemento a incorporar simplemente al sistema de salud sino que, desarrollado en profundidad, cambia sustantivamente sus dinámicas internas y su relación con el entramado social. En tal sentido y dimensiones confronta con el modelo hegemónico de salud y sus soportes técnicos, políticos e ideológicos. Pensar estos procesos como contradictorios, significa dejar los modelos mecanicistas, para abordarlos desde la complejidad de sistemas en movimiento.

Las dimensiones de la participación social en salud, van mas allá del sector como tal, son influenciadas y a su vez inciden sobre el conjunto de las luchas democratizadoras de la sociedad y del Estado. En ese plano se suman, en mayor o menor medida, a las luchas democráticas de la nueva agenda de derechos, las movilizaciones feministas, las luchas obreras y populares contra las desigualdades. Los movimientos sociales forman parte de las transformaciones históricas de una sociedad, asumiendo siempre un carácter político (Gohn 1997 pp 252). Sin embargo su orientación progresista o reaccionaria depende de los proyectos políticos y de las fuerzas sociopolíticas en las que están articulados. No estamos hablando solo de sus demandas sino también de sus utopías (Gohn 1997 pp 256). Cabe señalar que estos movimientos organizados en torno a la salud en Uruguay se definen a partir de una ideología democratizadora del sector y sus estructuras. En los últimos 25 años América Latina ha sido el escenario de un auge de las movilizaciones populares (Almeida y Cordero 2017 pp 14). La experiencia de la última década no ha sido estudiada en profundidad en sus avances, sus límites y sus errores (Moreira 2016), en sus actores y alianzas, en las modificaciones estructurales que generó y en sus prácticas sociales, políticas y culturales. La relación entre movimientos sociales, gobiernos progresistas y Estado es una de las claves para analizar los procesos latinoamericanos (Bringel y Falero 2016 pp 3).

A esa riqueza, de avances y pendientes, de limitaciones estructurales y posibilidades de cambiar las correlaciones de fuerzas que aparecían inamovibles, pueden aportar los actores sociales en distintos campos. Como señala Gohn (2016 pp12) gobernar es una oportunidad de construir espacios de libertad y de igualdad, con un proyecto de emancipación y ese es, para muchos actores sociales de signo popular, el objetivo de la participación de la sociedad civil. En ese sentido tiene una importancia particular el análisis de las formas de democratización de la sociedad y el Estado

que se produjeron en este período, la “democratización de la democracia” (Panizza 2009 pp 14,15) como un nudo crítico. Si bien existen desarrollos heterogéneos y múltiples corrientes, el accionar de los movimientos sociales en Uruguay no se ha limitado al carácter identitario de sus colectivos sino que se ha centrado en la lucha por derechos democráticos, es decir en convertir sus demandas particulares en demandas ciudadanas y democráticas, con una estrategia de ampliación de alianzas y base social . Por ejemplo las luchas feministas por los derechos de las mujeres (Johnson,Lopez Gomez, Schenck 2011) y las del colectivo de la diversidad sexual (Sempol 2013). El concepto de hegemonía aparece como una herramienta fermental para pensar esa diversidad de luchas (Laclau Mouffe 1987). Es una forma de reivindicar/expandir la política en un período de crisis del pensamiento crítico. Una democratización radical de la sociedad que integre esas distintas luchas constituye una estrategia posible de diferentes movimientos en esta etapa.

En los años 90 el neoliberalismo en América Latina tuvo su apogeo con un verdadero tsunami ideológico que impactó fuertemente en las estructuras económicas y también dejó profundas huellas en el plano cultural, en las representaciones, creencias y valores hegemónicos. Se creó una nueva hegemonía con fuerte impronta neoliberal, que aún hoy, décadas después, no puede ser minimizada. En el campo de la salud fueron implementadas reformas de corte neoliberal.

En pocos años las promesas de la oleada neoliberal se diluyeron y por el contrario sus consecuencias fueron graves fenómenos de sufrimiento social y crisis. El crecimiento de las resistencias populares implicó serios desgastes políticos para los gobiernos neoliberales. En Uruguay es destacable la resistencia a la privatización de las empresas públicas a través de plebiscitos, que sumó actores sociales y políticos diversos y logró derrotar algunas de las principales iniciativas neoliberales, aunque no toda su estrategia global.

La crisis del modelo neoliberal puso en evidencia las consecuencias de las políticas de apertura comercial indiscriminada, priorización del sector financiero, flexibilización laboral y desprotección social, desregulación generalizada en aras del libre mercado, privatizaciones de empresas públicas, reducción del Estado en competencias y tamaño. Al mismo tiempo los valores individualistas y consumistas y las estrategias de debilitamiento de las organizaciones sociales, persistieron. Este nuevo escenario generó en casi toda América Latina una nueva etapa de avances populares que condujo a triunfos electorales de las izquierdas y la constitución de gobiernos “progresistas”. La izquierda se convirtió en opción de gobierno cuando sumó todos los descontentos contra el neoliberalismo levantando una propuesta política y social alternativa. En un momento mundial de crisis de las izquierdas, frente al neoliberalismo arrollador, América Latina mostró que otros modelos de país eran posibles y disputó esa hegemonía. Sin marco teórico ni ideológico común,

retomando tradiciones de cada país, integrando por primera vez a la población indígena en algunos casos, con el protagonismo de los trabajadores y las comunidades, reivindicando la dignidad y los derechos de los postergados.

La experiencia de esta década no ha sido estudiada en profundidad en sus avances, sus límites y sus errores, en sus actores y alianzas, en las modificaciones estructurales que generó y en sus prácticas sociales, políticas y culturales. Las formas de democratización de la sociedad y el Estado, la evolución de los actores sociales y políticos de los cambios y las formas de concebir y de hacer política, son aspectos críticos.

En este período ganaron espacio las políticas públicas orientadas a los derechos humanos, económicos, sociales y culturales, a la ciudadanía plena y la inclusión social. Se produjo un incremento significativo del gasto público social que se sostuvo en el tiempo. Estos modelos de crecimiento con redistribución tuvieron como resultados un abatimiento significativo de la indigencia y la pobreza en el continente. El informe regional sobre Desarrollo Humano (PNUD 2016) pone el énfasis en que no hay una única receta. América Latina, es la región con más innovaciones en políticas sociales en el mundo. Del análisis crítico de esa riqueza de experiencias surgen aprendizajes. Dentro de las políticas sociales desarrolladas por los gobiernos progresistas en América Latina se mencionan (CEPAL 2015) tres grandes líneas: a) las transferencias monetarias hacia los sectores más carenciados para asegurar determinados niveles de vida, b) los planes que apuntan al aumento de las capacidades humanas, c) las políticas orientadas a mejorar la inclusión laboral y la generación de ingresos actuales y futuros.

Por otro lado los resultados en el mediano y largo plazo dependen de que se haya avanzado, cuánto y cómo, en transformaciones estructurales de signo democratizador en la matriz productiva, en el mercado de trabajo, en la salud, educación, vivienda, espacio público, formas de convivencia y en las desigualdades por razones de género, edad, territorio, orientación sexual y color de la piel. Mabel Thwaites (2016) refiere a un “ciclo de impugnación al neoliberalismo” (CINAL), para expresar el carácter fluido y en disputa, los rasgos comunes y más característicos de los distintos procesos, y sus contradicciones en relación con los cambios en la matriz productiva, con la relación consumo y consciencia, y con la movilización popular.

Los actuales triunfos de la derecha en varios países de la región son el resultado de un conjunto de factores que requieren un análisis crítico y autocrítico. La crisis del capitalismo central iniciada en el 2008 y la reorganización del escenario mundial en curso, tuvo como consecuencias el fin del boom de los commodities (materias primas y alimentos), la retracción de las inversiones, el aumento del poder del sector financiero y el comienzo de un período de recesión.

La derecha económica, social, religiosa y mediática que siempre retuvo fuertes mecanismos de poder, se rearmó políticamente. En algunos casos ensayó la idea del gobierno como gerenciamiento tecnocrático y empresarial para obtener el voto popular, en otros casos como Paraguay y Brasil empleó sus mayorías parlamentarias, utilizando abusivamente artículos de la Constitución. El juicio y la prisión de Luis Ignacio LULA Da Silva son un hito en este proceso, con mecanismos que han sido llamados de “lawfare”, de judicialización de la política, desnaturalizando el rol de la Justicia en regímenes democráticos. Hay una reformulación de los límites en las estrategias de las derechas que forma parte del escenario actual. La derecha latinoamericana muchas veces logró aparecer como la alternativa de cambio ante la población. Utilizando el tema de la corrupción y un gran soporte mediático. En esa lucha por la construcción de una nueva hegemonía o en el resurgimiento de la neoliberal, tan profunda y duradera, operó eficazmente la concentración del poder de los medios de comunicación.

Al mismo tiempo en estos procesos jugaron un papel clave los errores de la izquierda en el gobierno. No hay un solo actor sino por lo menos esos tres grupos de protagonistas en los procesos populares de cambio, gobiernos, partidos y movimientos sociales, combinados de distinta forma en cada país y en cada período. Esa perspectiva difiere de las visiones estadocéntricas, partidocéntricas, vanguardistas o el reduccionismo al rol de líderes carismáticos. Sin desconocer ni dejar de analizar el rol de los liderazgos. Un análisis autocrítico y propositivo, no puede generalizar rápido, porque los procesos han sido muy heterogéneos.

Para analizar estos procesos se requieren herramientas teóricas que permitan pensar la densidad y la influencia de lo cultural, el rearmado de la sociedad civil, además de la multiplicidad de mecanismos de dominación. Sin embargo este período se caracterizó por un debilitamiento de las reflexiones teóricas (Keucheyan 2016) cuyas consecuencias se prolongaron en el tiempo. Como señala Constanza Moreira (2016) la caracterización de la década progresista es un paso fundamental para comprender la índole del proceso actual, ya que no existe un corpus de ideas más o menos sistematizado sobre lo que fue el “giro a la izquierda” en América Latina. Entre los aspectos a profundizar está el vínculo entre gobiernos, partidos y movimientos sociales, su relación con la población, su capacidad para movilizar, el rol de los medios de comunicación, la lucha por nuevos valores o la adaptación a los predominantes, el modelo productivo, la redistribución de los ingresos y la riqueza, los cambios estructurales en salud, educación, protección social, la actitud hacia formas económicas cooperativas y autogestionarias, la nueva agenda de derechos de la mujer, la diversidad sexual, la infancia y juventud, la lucha contra el racismo, las políticas de drogas, las políticas de seguridad y convivencia, entre otros grandes

temas. Para pensar en un concepto que los abarque se podría reflexionar desde la capacidad de modificar las estructuras sociales y políticas, democratizándolas y fortaleciendo los actores sociales del cambio, para generar una nueva hegemonía. Analizar en cada campo los avances, las inercias y los retrocesos mirados desde esa perspectiva nos dará varias claves para comprender los procesos latinoamericanos en el siglo XXI.

Un punto fundamental son las formas de hacer política (y en particular la política como actividad de masas), que se desarrollaron en esta etapa bajo gobiernos progresistas. La reducción de la política a la acción de gobierno y la cooptación de los partidos por el Estado tiene efectos muy negativos sobre el accionar de un bloque de fuerzas donde gobiernos, partidos y fuerzas sociales promuevan las transformaciones estructurales. Se puede hablar de la construcción del sujeto “pueblo”, para analizar estos procesos sociales (Laclau y Mouffe 1987). El concepto de hegemonía aparece como una herramienta fermental para pensar esa diversidad de luchas y para replantear una nueva política en un período de crisis del pensamiento crítico. La idea fuerza de una democratización radical de la sociedad que integre esas distintas luchas constituye una estrategia para esta etapa, frente al proyecto de una sociedad jerárquica y cada vez más desigual. Mirados desde esa óptica los avances en democratización son heterogéneos y presentan grandes pendientes en los procesos latinoamericanos. En Uruguay la existencia de Consejos de Salarios y las políticas hacia trabajadores rurales y domésticas generaron derechos nunca antes respetados. La legalización del matrimonio igualitario, la interrupción voluntaria del embarazo, la regulación de la marihuana, fueron pasos hacia una sociedad menos discriminadora. La ley de Servicios de Comunicación Audiovisual es un ejemplo en América Latina con una perspectiva garantista de las libertades y disposiciones que apuntan contra la concentración de poder en los medios. Pasó sin grandes sobresaltos las impugnaciones ante la Suprema Corte de Justicia, pero no así las demoras del P. Ejecutivo para su implementación efectiva. Al mismo tiempo falta todavía una reforma política que incluya la financiación de las campañas electorales y los partidos, así como la lucha contra la corrupción. La corrupción, endémica en muchos países de la región, golpea la credibilidad del sistema político y en casos como el brasileño lo llevó a una crisis sin precedentes. El poder económico sigue teniendo hoy muchos privilegios para actuar en política, solventar costosas campañas electorales, asegurar desigualdades, usufructuar del Estado y sus inversiones. Democratizar el sistema político en sus nudos críticos se vuelve una encrucijada. Una cuestión fundamental, es qué rol le asigna la política a las personas, ya sea como ciudadanos, como colectividades partidarias o agrupados en fuerzas sociales. Si la política la hace sólo el gobierno, entonces, el papel del ciudadano se reduce a elegir gobernantes cada cinco años y el rol de las

fuerzas sociales se limita a defender sus reivindicaciones particulares. Esta forma de hacer política es la tradicional, viene matizada en el Estado capitalista y tiene mucho arraigo. En las democracias de baja intensidad que relata Boaventura de Souza (2016) hasta allí se llegó y el resto está fuera del sistema, con la marginación o criminalización correspondiente.

En ese sentido cabe señalar que al proyecto progresista le ha faltado una democratización mayor de la política. Ninguna de las transformaciones estructurales en salud, educación o protección social es posible sólo desde el gobierno, sin participación activa de la sociedad, sin nuevos actores cuya voz pueda expresarse y puedan incidir en las decisiones. Esa participación no es una resolución institucional, ni sólo abrir o cerrar puertas o espacios, requiere una construcción amplia donde los actores sociales se fortalezcan a través de prácticas que los vinculen con la población. Es acción social y cultural sobre problemas existentes. En Uruguay no hay que desconocer pasos significativos en esa dirección, como la participación social en el BPS, el SNIS, la Anep, la descentralización participativa territorial, entre otros. Con luces y sombras son caminos que van en esa dirección. Cabe señalar que no alcanza con habilitar representantes sociales si no se crean prácticas colectivas que involucren a la población en los cambios.

La creación de la agenda pública es una de las claves para luchar por la hegemonía. Si el poder económico y el poder mediático marcan la agenda, las correlaciones de fuerza se inclinarán hacia ese lado. Si el modelo de política deja a la gente como espectadora, crítica o conforme, existe una batalla cultural que se vuelca hacia los sectores conservadores.

Los avances, contradicciones y retrocesos de los progresismos en América Latina y las recientes derrotas pero también la situación de los países que siguieron bajo gobiernos de derecha, abren debates de fondo sobre proyectos societarios. En esta etapa los debates sobre los proyectos de sociedad futuros faltaron o fueron muy débiles. El pragmatismo, la tecnocracia y el gerencialismo le quitaron importancia a ese plano ideológico y teórico de la vida ciudadana. Algunas visiones generalizan la defensa o el cuestionamiento total a estos procesos latinoamericanos en el siglo XXI. Pierden de vista que no han sido procesos lineales. Avances sociales y políticos muy significativos coexisten con factores de disgregación social, concentración de la riqueza y valores contrapuestos. Hay una pugna entre proyectos de sociedad que se traduce en muchos campos, una verdadera confrontación por lo público. En las políticas públicas, en la construcción de trama social, en los valores ideológicos y en la acción política se produce una gran lucha por la hegemonía. Con resultados variados.

Otros como Modonessi (2013) simplifican/caricaturizan caracterizando el ciclo progresista latinoamericano como versiones de “*revolución pasiva*” usando el concepto de Gramsci, transformaciones estructurales significativas pero limitadas, con trasfondo conservador, impulsadas desde arriba y a través de prácticas políticas desmovilizadoras y subalternizantes.

Desde concepciones como la de Laclau y Mouffe (1987) se trata de redefinir el proyecto alternativo al capitalismo en términos de una radicalización de la democracia como articulación de las luchas contra las diferentes formas de subordinación de clase, género, etnia y otras. Incluyendo las resistencias a la alteración de los equilibrios ecológicos. En un sentido similar Eric Olin Wright (2014) habla de justicia social y justicia política y propone un igualitarismo democrático que surge de la combinación de ambas. La democracia radical es un derecho propio, dice Wright, y también un valor instrumental para la justicia social. Una democracia más profunda significa una forma de Estado y sociedad donde la población tiene injerencia en las políticas públicas, en el plano local y nacional. No excluye los mecanismos representativos pero crea mayores controles y vínculos con los representantes y un conjunto de prácticas directas de la población respecto a los temas colectivos. Lo local es un espacio para formas de participación y poder popular donde lo comunitario y lo ciudadano son planos convergentes. El territorio opera como campo donde se vinculan las políticas con la comunidad.

Pensando en los gobiernos progresistas y sus contradicciones, subsiste el dilema de quedar atrapados en los límites que plantea el capitalismo como sistema y como ideología, o por el contrario desde su seno fortalecer las fuerzas (políticas, sociales, culturales, institucionales) dispuestas a cambiar profundamente estas realidades y construir dispositivos, estructuras y prácticas, que vayan más allá, generando experiencias basadas en otros valores y reglas de juego.

Con la idea de “utopías reales” Olin Wright (2014) toma ejemplos de instituciones que funcionan hoy con formas no capitalistas que van desde el Presupuesto Participativo a Wikipedia o la cooperativa Mondragón, y propone luchar por alternativas deseables, factibles y emancipatorias. Algo más parecido a una guerra de posiciones gramsciana que al asalto leninista al poder. Con la diferencia no menor que, en este período, en varios países de América Latina las izquierdas alcanzaron al gobierno nacional y gestaron liderazgos de enorme prestigio.

Emir Sader (2016) señala respecto a Brasil “el gobierno no buscó transformar las estructuras de poder heredadas del neoliberalismo, ni el poder del capital financiero, ni el del agronegocio, ni el de los monopolios de los medios de comunicación. Es cierto también que en aquel momento no se tenían las fuerzas necesarias para ello, pero el gobierno tampoco se propuso generar las condiciones para poder hacerlo en el futuro. El éxito de las políticas sociales y el liderazgo de Lula

disminuyeron –hasta cierto punto y hasta un cierto momento-- los efectos negativos de estas estructuras que se mantenían.” Las decisiones estratégicas de no ingresar en zonas de conflicto con algunos de los poderes fácticos, pueden analizarse racionalmente desde las correlaciones de fuerza existentes en cada momento, en una economía política de las transformaciones. Pero también debe tenerse en cuenta que la modificación de esas correlaciones de fuerza no se produce sin una estrategia clara de cambios. Y no puede desconocerse que esos factores jugaron decisivamente cuando desde la derecha se operó para derrotar y derribar los gobiernos progresistas.

Autores como Jose Luis Coraggio (2016) fundamentan la urgencia de investigar la vulnerabilidad actual y potencial de los procesos progresistas latinoamericanos, seleccionando los de Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, Uruguay y Venezuela. “Mucho hay para indagar: en qué consiste la diferencia de esos procesos respecto a las situaciones precedentes y en relación al espectro de los que suelen denominarse gobiernos “progresistas”. Y se pregunta “¿qué significa ser de izquierda en esta región y en este momento histórico y qué perspectivas tienen los procesos y prácticas en que se encarnan?”. Para Coraggio “la hipótesis principal es que, para evitar ser revertidos, estos procesos requieren una radicalización de la democracia” con el “horizonte imaginario y deseable de la conjunción de una democracia y una economía sustantivas”.

Los cambios estructurales en la salud, educación, cultura, medios de comunicación, convivencia, espacios públicos, relaciones de género, etnia, diversidad sexual, pasan, en buena parte, por su mayor democratización como sistema. Incluyendo la economía, la riqueza, los ingresos y la estructura de clases. Esa mayor democratización hace a la concepción de una sociedad distinta y, a la vez, es una respuesta a los problemas concretos de la población para ejercer sus derechos.

La construcción de nuevos sistemas de relaciones de carácter emancipatorio ha demostrado ser difícil, pero no parece razonable reducir estos procesos a todo o nada. Las concepciones que los limitaban a un momento de ruptura (la “toma del poder”) o una decisión gubernamental, subestimaron sus complejidades y omitieron aspectos culturales, sociales y políticos, que luego se demostraron fundamentales. Generar paradigmas diferentes exige cuestionar críticamente los anteriores y sumar fuerzas para los nuevos. No se trata de aplicar un proyecto ya elaborado hasta sus detalles, ni la aplicación de un dogma o la identificación de una concepción finalista con los regímenes de algunos países. Las luchas del siglo XX deben dejar enseñanzas para el pensamiento crítico. Aún así la claridad programática de los agentes de cambio es fundamental para vencer las múltiples resistencias vinculadas al status quo. Estos procesos requieren hitos claros para los agentes, para la población, y nuevas capacidades de movilización social, política y cultural.

CAPÍTULO 4 : CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y REFORMAS ESTRUCTURALES

Uruguay muestra, desde comienzos del siglo XX, un sistema estatal institucionalizado de políticas sociales de carácter universalista y de amplia cobertura en el campo educativo y laboral. En la década de los 60 se inició el desmantelamiento gradual y desde arriba de estas protecciones, para imponer una reestructura económica, social y política de signo concentrador, autoritario y excluyente. Los grandes hitos de ese deterioro fueron la pre-dictadura o dictadura constitucional, la dictadura cívico-militar, el período neoliberal y la crisis del 2002 .

Abatimiento de la pobreza e indigencia

A raíz de la crisis del año 2002 y el proceso de transformaciones previo, Uruguay llegó al 2004 con un incremento sustancial de la pobreza y la indigencia: 40% de la población, 59% de los menores de 18 años eran pobres, 4,7 % de la población estaba en la indigencia.

Desde el 2005 en adelante se inició un proceso de reducción muy significativa de la pobreza e indigencia, alcanzando en el 2014 a cifras de pobreza de 9,7% de la población y la indigencia un 0,3 %. En 2016 la pobreza bajó levemente a 9,4% de la población y la indigencia a 0,2% y en 2017 tuvieron un descenso mayor a 7,9% y a 0,1%.

Uruguay fue mencionado como ejemplo por CEPAL por ser el país de la región que logró reducir la pobreza en mayor medida en el último quinquenio. También tuvo la mayor reducción de la brecha de pobreza, es decir el porcentaje de personas pobres por la distancia media entre sus ingresos y la línea de pobreza, 15,9%. En América Latina se hacen públicas cifras netas, sin mostrar los que superan y los que recaen, es decir la movilidad de ingresos ascendente y descendente. Uruguay destaca con un 83% en movilidad ascendente y 1% en movilidad descendente (PNUD 2016).

Fue el país que más disminuyó la brecha de ingresos entre los más ricos y los más pobres en los últimos cinco años, a un ritmo de 2,7% anual, seguido por Argentina (2,3%) y Ecuador (2,2%).

Cabe señalar que diversas investigaciones mostraron que las mediciones de la pobreza según ingresos basadas en datos de la Encuesta Continua de Hogares presentan un subregistro de los ingresos altos, comparados con las mediciones basadas en declaraciones ante Dirección General Impositiva. El índice de Gini corregido por estos factores en Uruguay, Brasil y Colombia fue de 2 a 4 puntos superior. De acuerdo a este criterio la reducción de la desigualdad es menor, aunque se mantiene un proceso en ese sentido en Uruguay y Colombia, pero no en Brasil.

Junto con estos grandes avances en el alivio a la pobreza persisten importantes diferencias al considerar la edad de las personas, su distribución territorial y su condición étnico-racial.

Crecimiento económico y redistribución

Existen dos factores fundamentales en este proceso : crecimiento económico y redistribución. No

siempre el efecto crecimiento y el efecto redistribución van en la misma dirección. Según el Instituto de Economía de la UDELAR (Leites 2016) entre 1995 y 1997 la economía uruguaya creció a tasas aceptables, pero paradójicamente la pobreza aumentó. Entre 1991 y 1994, la economía crece y la pobreza se reduce, pero para los hogares de menores ingresos el efecto distributivo fue negativo y en consecuencia enfrentaron mayores privaciones en términos relativos. En cambio desde 2006 ambos efectos actúan en el mismo sentido abatiendo la pobreza.

Reforma laboral

En Uruguay las políticas gubernamentales y las luchas del movimiento obrero determinaron un gran dinamismo del mercado de trabajo, con mejoras muy importantes para los trabajadores:

- a) Abatimiento del desempleo, de 19 % a 7%, llegando a los mínimos históricos del país desde que se llevan registros, subiendo luego a 9 % en la actualidad.
- b) Reinstalación de la negociación tripartita a través de los Consejos de Salarios, incluyendo sectores como las empleadas domésticas y los asalariados rurales, que nunca habían tenido ese tipo de ámbito.
- c) Aumento del salario real a nivel del conjunto de los trabajadores, 54% entre 2004 a 2016.
- d) Aumento muy importante del Salario Mínimo Nacional, 261% en términos reales entre 2004 y 2016.
- e) Mejoras en las condiciones laborales. Leyes que protegen el derecho a sindicalización y avanzan en seguridad laboral. Mayor actuación del Ministerio de Trabajo para controlar las condiciones de trabajo.
- f) Mayor formalización del mercado laboral, reducción significativa de la informalidad e incremento en los trabajadores cubiertos por la seguridad social (el mayor de América Latina). La tasa de informalidad descendió de 40,7% de los trabajadores en 2004 llegando a 24% en 2017.

Según el Instituto Cuesta Duarte (2016) se produjo una importante recuperación de la relación masa salarial-PBI que permitió pasar de 27,1% del PBI en 2003 a 32,4% en 2011. A partir de dicho año dicho peso relativo de los salarios se estabilizó y tendió a oscilar entre 32% y 33% del PBI.

Reforma de la Salud

En Uruguay la reforma de la salud se centró en la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud basado en el derecho a la cobertura universal y produjo una modificación estructural del modelo de financiación y en menor medida del modelo de atención y de gestión. En particular destaca el efecto redistribuidor que tuvo la creación de un Fondo Público, único y obligatorio, con aportes tripartitos (FONASA). Medidas como la inclusión de hijos menores de 18 años y cónyuges, la generalización progresiva del Seguro Nacional de Salud vía aportes al FONASA, el mantenimiento de la cobertura con la jubilación, contribuyeron en esa dirección. Como medida regresiva en lo distributivo cabe señalar la devolución de aportes del Fonasa que favoreció a los sectores de mayores ingresos⁴.

⁴En el proceso de negociación para el ingreso al Fonasa de las Cajas de Auxilio y ante duras reclamaciones de sectores de profesionales de altos ingresos, el gobierno promovió la ley 18.731 de 2011 que establece la devolución a las personas de la diferencia entre sus aportes al Fonasa y el costo promedio equivalente de su atención (más un 25%).

Dos estrategias centrales del proceso de cambio en la salud fueron el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención y el establecimiento del Plan Integral de Atención a la Salud PIAS. Uruguay es el único país latinoamericano donde las prestaciones de salud obligatorias tienen carácter integral y definición explícita a través del PIAS como parte de la cobertura universal de la población.

Destaca el incremento del presupuesto de ASSE: a precios de 2014 el gasto promedio de ASSE es 4 veces más que durante la dictadura y el doble que en la década de los 90 (Olesker 2014).

Reforma Tributaria

Otra transformación estructural en Uruguay fue la Reforma Tributaria. Formulada como un primer paso de transformaciones impositivas, en esta reforma se eliminaron impuestos distorsivos de baja recaudación, se redujo el peso impositivo sobre el consumo bajando las alícuotas del IVA (Impuesto al Valor Agregado) y eliminando el COFIS (Contribución al Financiamiento de la Seguridad Social), que funcionaba como un IVA mayorista con efecto cascada. Un cambio importante fue la reintroducción del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas (IRPF) con una cobertura amplia de las rentas gravadas y se consolidaron los impuestos a las rentas empresariales en un Impuesto a las Rentas de Actividades Económicas (IRAE).

Los fundamentos de esta reforma presentaron tres objetivos : a) Promover una mayor equidad, relacionando coherentemente la carga tributaria con la capacidad de contribución de los agentes.

b) Promover una mayor eficiencia del esquema impositivo en sentido amplio, simplificando, racionalizando y vinculando la estructura tributaria a la capacidad de administración.

c) Adecuar la política tributaria al estímulo a la inversión productiva y el empleo.

Los efectos redistributivos de la reforma tributaria han sido moderados y han habido pocos pasos posteriores que avanzaran en esa dirección (ej. reducción del IVA para tarjetas de débito en 2017).

Plan de Equidad

A partir de 2007 el Plan de Atención a la Emergencia Social PANES fue sustituido por el Plan de Equidad cuyo objetivo era la creación de una matriz de protección social. Mientras el PANES era un plan a dos años, el Plan de Equidad se concibió como una estrategia de reducción de la pobreza y desigualdad social con carácter permanente. La matriz de protección social del Plan de Equidad PE incluye reformas sociales, reforma tributaria y la reforma del sistema de salud.

El PE amplió la cobertura y los montos de las prestaciones no contributivas con una reformulación del viejo programa de Asignaciones Familiares creando las AFAM-PE⁵ y mantuvo la asistencia alimentaria a través de la Tarjeta Uruguay Social, TUS. Se alcanzaron a 500 mil hogares con la AFAM PE, 60 mil con el programa TUS y 30 mil con el TUS doble. A través de las AFAM PE se procuró llegar a todos los niños cuyos hogares estaban en el primer quintil de ingresos (300 mil) y todos los niños en situación de pobreza (500 mil), cerca del 45% de los menores de 18 años.

5 Asignación Familiar del Plan de Equidad.

Una comparación sobre los efectos del PANES y del Plan de Equidad (Amarante y Vigorito 2012) muestra que ambos tuvieron una incidencia significativa en los deciles inferiores de ingresos. El Ingreso Ciudadano produjo una reducción del 30 por ciento en la indigencia pero por el monto transferido tuvo efectos menores sobre la pobreza. En cambio las AFAM PE y la Tarjeta Alimentaria tienen una incidencia en la reducción de la pobreza y la desigualdad mayor que la del PANES. Algunos estudios (Amarante et al 2011) señalan que la influencia conjunta de las AFAM PE y la Tarjeta Uruguay Social en la baja de la desigualdad es similar a la del impuesto a la renta. En otros países los impuestos directos inciden en la desigualdad mucho más que las transferencias.

Programas de Cercanías

En el período de 2010 a 2015 se iniciaron nuevos programas como Uruguay Crece Contigo (UCC), Jóvenes en Red y Cercanías, cuya característica fue una estrategia de proximidad con intervenciones en los domicilios o los barrios donde residen los participantes.

Sistema Nacional de Cuidados

En el período 2015-2020 comenzó el proceso de creación de un Sistema Nacional de Cuidados que procura una respuesta a las problemáticas de vulnerabilidad y déficit de cuidados en la niñez, en la vejez con dependencia y en las personas con discapacidad, así como a la situación de las mujeres cuidadoras. Recoge los cuestionamientos a la discriminación de género que remite las tareas de cuidados al trabajo no remunerado de las mujeres. Se inscribe en la priorización política de la primera infancia e incluye a la vejez en situación de dependencia y a la población discapacitada.

Graves desigualdades detrás de muy buenos promedios

El abatimiento de la indigencia y la pobreza son muy importantes en esta etapa de Uruguay y destacan en una región que llevó adelante procesos consistentes en esa misma dirección. Sin embargo encontramos un conjunto de desigualdades que impactan fuertemente en determinadas poblaciones y afectan al desarrollo social como un todo.

Infantilización de la pobreza

Mientras el promedio del país presentaba 9,7% de su población bajo la línea de pobreza en 2014, la Encuesta de Desarrollo Infantil (ENDIS) muestra que 32% de los hogares con niños menores de dos años son pobres. En menores de 6 años la pobreza alcanza al 20% de la población. En contraste la pobreza sólo afecta al 2% de los mayores de 65 años. Según datos del Censo 2011 44% de los niños y niñas tienen al menos una NBI, lo que equivale a unas 306.470 personas. Esta cifra se descompone en 153.441 niños con una NBI, 86.405 con dos NBI y 66.624 niños con tres o más NBI acumuladas. En Uruguay hay una alerta adicional: es el país con mayor desigualdad social de la región en cuanto a maternidad en la adolescencia (CEPAL 2015). Las madres de quintiles más pobres aumentaron más del doble respecto a las de los quintiles más ricos en los últimos 20 años.

En 1996 cada seis madres de los quintiles más pobres había una de los más ricos, mientras que en 2011 esta relación pasó a ser de catorce a una. Es un nudo crítico de desarrollo social y sanitario.

Fragmentación territorial

La periferia de Montevideo (municipios A, D y F) y los departamentos del norte del país (Artigas y Rivera) tienen cifras de pobreza muy superiores al promedio y sustancialmente mayores que los municipios montevideanos de la costa y los departamentos del sur del país.

Población negra o afrodescendiente

La población negra presenta el doble de pobreza que el promedio nacional, llegando a cifras del 20%. También los hogares con población negra que tienen dos o más carencias críticas duplican al resto. Es decir que la brecha racial no se ha eliminado y continúa la discriminación.

Desigualdades en ingresos y riquezas

De acuerdo a los datos de 2015 en Uruguay, el 20% de menores ingresos de la población retiene un 7% del ingreso total, mientras el 20% más rico se apropia del 43%. Estudios recientes (De Rosa 2017) muestran que en Uruguay la riqueza está mucho más concentrada que el ingreso. En 2012 el índice de Gini de los ingresos (según aportes a DGI⁶) estaba en 0,5 mientras que la riqueza presenta un índice de Gini de 0,8. La mitad de la población no tiene riquezas. El 10% más rico posee 62% de la riqueza neta total. El 1% (25 mil personas) tiene el 26%, y el 0,1% (2500 personas) concentra el 14%, más de la mitad de la riqueza financiera y más de 90% de la riqueza empresarial.

Otros nudos críticos

En los últimos años hubo un cambio en la coyuntura económica por la crisis financiera internacional y el fin del boom de los commodities que, junto a eventos políticos, están generando cambios en la región. Las políticas sociales y salariales aparecen supeditadas a otros objetivos como el control de inflación y del déficit fiscal. Las lógicas del ajuste reaparecen con fuerza. Los triunfos de opciones neoliberales o conservadoras están generando retrocesos en el plano social en países cercanos. Falta una evaluación más profunda de los avances y los pendientes de las políticas contra la pobreza en toda América Latina. Las políticas sociales que permitieron dar pasos sustantivos, requieren un análisis crítico por los problemas que no han podido resolver, las dificultades estratégicas para su implementación y las amenazas actuales. Las lógicas que sólo destacan los avances logrados no dan cuenta adecuada de la situación. En Uruguay la pobreza infantil, las fracturas territoriales y la discriminación étnica, exigen análisis y propuestas para su superación. No son aspectos secundarios tampoco las dificultades para el incremento en las transferencias de activos hacia los sectores carenciados (educación, capital, etc.) incluyendo el aumento de la cantidad y fortaleza de formas cooperativas (Dean 2016). Las transformaciones en

⁶Dirección General Impositiva. Organismo encargado de la recaudación de impuestos. Se encontró que las declaraciones a la DGI son más fiables para el cálculo de los ingresos altos que la Encuesta Continua de Hogares.

la matriz productiva y en el mercado de trabajo son determinantes en el mediano y largo plazo. La intersectorialidad de las políticas macro y a nivel del territorio sigue siendo un gran desafío lleno de pendientes. Las situaciones de pobreza no son solo peripecias individuales o familiares, sino que afectan a comunidades y conjuntos sociales. La participación y empoderamiento de los actores sociales es un componente clave de los avances para abatir las desigualdades. El movimiento obrero ha cumplido un papel relevante en las mejoras laborales, incluyendo especialmente sectores históricamente postergados. La debilidad y la fragmentación de los actores sociales comunitarios ha conspirado contra el desarrollo de políticas sociales. La creación de redes territoriales no es un aspecto circunstancial de confluencia de actores sino que es una forma de enfrentar la fragmentación social.

Se han producido cambios regresivos en la valoración social y cultural sobre la pobreza. En los 90 (Magnone y Rovner 2016) la opinión pública explicaba mayoritariamente la pobreza por una sociedad injusta. En el último período esta explicación ha retrocedido en sus apoyos (47% en 2006 a 34% en 2011) y crece la que adjudica la pobreza a faltas de las personas (26% en 2006 a 45% en 2011). La asociación entre jóvenes/pobres/delincuentes opera en el imaginario social, vinculada con la creciente preocupación por la inseguridad. Hay un componente ideológico de los procesos de reducción de la pobreza que no está logrando sus objetivos. La sustentabilidad de las políticas de abatimiento de la pobreza requieren apoyos ciudadanos sólidos. Cuando eso empieza a erosionarse cabe preguntarse dónde están las carencias y los errores. Si la ideología discriminadora gana terreno frente a la concepción de derechos y democratización de la sociedad, es difícil defender el avance de las políticas contra la pobreza. Hay varias señales de alerta en ese sentido.

Pensar la pobreza en términos multidimensionales implica también concebir su superación con esa mirada. El concepto de progreso multidimensional (PNUD 2016) propone ver el bienestar más allá del ingreso, y valorar las desigualdades y la discriminación por razones de género, de raza, de orientación sexual, franja etaria o territorio, en las poblaciones situadas por debajo y por encima de la línea de pobreza por ingresos. A diferencia de las concepciones que identifican crecimiento económico con desarrollo y suponen la posibilidad de un crecimiento incesante, la idea del progreso multidimensional fundamenta que nada que disminuya los derechos de las personas, ni la sostenibilidad ambiental puede ser progreso. Los conceptos de desarrollo y de progreso deben ser discutidos y resignificados (Escobar 2005). Enfrentar la pobreza en sus múltiples dimensiones significa situarla en las luchas de democratización/concentración de la sociedad y el Estado.

CAPÍTULO 5 : EJES CENTRALES Y NUDOS CRITICOS DEL SNIS

La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) significó un cambio estructural en el sector salud y en las políticas públicas. Esta transformación implicó modificaciones en los sistemas de relaciones de la atención a la salud en una situación demográfica y epidemiológica compleja (OPS 2015). La crisis del sector salud previa al SNIS había generado cierres de instituciones, segmentación social en la cobertura asistencial y fragmentación de los servicios. Una financiación basada en el pago de bolsillo, un modelo de atención limitadamente asistencialista y una gestión poco profesional permeada por la mercantilización y el lucro, están entre los factores principales de gestación de aquella situación crítica, con consecuencias negativas para la calidad y equidad.

La estrategia de construcción del SNIS fue gradualista, apoyándose en las fortalezas de instituciones ya existentes y creando otras, para llegar a una estructura diferente del sector.

En su diseño se distingue entre “Sistema Nacional Integrado de Salud” SNIS que se basa en la articulación en redes integrales de servicios públicos y privados y “Seguro Nacional de Salud” SNS entendiendo como tal el nuevo sistema de financiación con un fondo común de carácter solidario, con aportes tripartitos de empresas, trabajadores y Estado. En sus principios fundamentales el SNIS considera la Salud como un derecho humano esencial, un bien público y una responsabilidad indelegable del Estado y de los gobiernos. El SNIS asegura a todos los habitantes del país la cobertura integral de su salud, independientemente de su capacidad de pago (Ley 18.211).

El SNIS reivindica las definiciones de la Conferencia Sanitaria Panamericana (2002) : “Garantizar a todos los ciudadanos la protección social universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios y asegurando que cada uno reciba atención según sus necesidades y contribuya al financiamiento del sistema según sus posibilidades”⁷

Las leyes constitutivas del SNIS

El SNIS definió sus lineamientos fundamentales a través de cinco leyes aprobadas entre 2005 y 2007, después de un largo período de 70 años sin legislaciones referidas al sector salud. En la Ley 17.930⁸ del Presupuesto Nacional 2005-2009 fueron consignadas las grandes líneas programáticas de la reforma. Con la creación del Fondo Nacional de Salud (ley 18.131) se dio un paso

7OPS/OMS. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 2002

8Ley No. 17930, Artículo 264.- El Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública" implementará un Sistema Nacional Integrado de Salud con el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal. Dicho sistema se articulará sobre la base de la complementación público-privada y tendrá como estrategia global la atención primaria en salud, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación. El sistema complementará los servicios públicos y privados de forma de alcanzar la atención integral y de calidad adecuada a todos los habitantes. Artículo 265.- El Sistema Nacional Integrado de Salud será financiado por un Seguro Nacional de Salud, el que se creará por ley según lo dispuesto en el artículo 67 y en la disposición transitoria letra V)** de la Constitución de la República y contará con un Fondo Público Único y Obligatorio constituido por los aportes del Estado, aportes de las empresas públicas y privadas y el aporte universal de los hogares beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. Ley 17930. Diciembre de 2005.

trascendente para cambiar la financiación del sector que se completó luego con la ley 18.211.

Un elemento del diseño del SNIS fue la separación entre la función de rectoría y conducción del sistema a cargo del MSP y la prestación de servicios de salud por parte del Estado que fue asumida por ASSE y posteriormente la RIEPS ⁹ (ley 18.161 de Descentralización de ASSE). Los derechos y deberes de los usuarios, fueron establecidos en la ley 18.335. Los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica. En el segundo período de gobierno se aprobó la incorporación al FONASA de jubilados, pensionistas, profesionales sin relación de dependencia y Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales mediante la ley 18.731. Se modificó el régimen de aportes personales al SNS con una devolución anual de aportes cuando superen un tope establecido.

EJES DE LA REFORMA

La reforma sanitaria en Uruguay planteó tres grandes ejes de transformación interdependientes: cambios en el modelo de atención, en el modelo de gestión y en el modelo de financiación (Fernandez Galeano et al 2015). Los tres ejes estratégicos requieren el fortalecimiento de la función de rectoría del MSP como autoridad sanitaria nacional, así como su liderazgo de la política sectorial y su cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública. La creación de un fondo público obligatorio (FONASA) aumentó el poder del Estado para regular el sector, con mayor equidad en el financiamiento y sostenibilidad en el sistema. Los avances del SNIS en cada uno de estos ejes han sido desiguales. Esos procesos requieren investigaciones, reflexiones y debates, que contribuyan a la definición de los nuevos pasos de la reforma. Aunque insuficientes vale destacar algunas investigaciones realizadas (Olesker 2015) ¹⁰. El MSP, la Udelar (Instituto de Ciencia Política e Instituto de Economía) y la OPS crearon una Plataforma Interinstitucional para el Estudio del Acceso y Cobertura Universal de Salud produciendo varios análisis de cobertura poblacional, financiamiento, estructura de costos, actores del sector y posicionamiento en distintos escenarios. La participación social forma parte de los tres ejes de cambio, pero sin duda es en la transformación del modelo de atención donde juega un rol más importante. El cambio en el modelo de atención es una de las transformaciones más ambiciosas y complejas del proceso de reforma de la salud. Su eje

9 RIEPS: Red de Efectores Públicos de Salud coordinada por ASSE, con la participación de Sanidad Militar, Sanidad Policial, el Banco de Previsión Social, el Hospital de Clínicas, el Banco de Seguros del Estado y la Intendencia de Montevideo.

10 Algunos de estas investigaciones son:

-Estudio "Análisis de la cobertura poblacional del SNIS y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional de Salud (FONASA)". División Economía de la Salud (DES-MSP). Diciembre de 2012.

-Estudio "Evaluación y revisión del financiamiento del sistema de salud uruguayo". DES-MSP. 2012.

-Estudio "Impacto de la reforma de salud sobre diferentes aspectos del financiamiento: asignación y distribución de recursos". Facultad de Ciencias Económicas y Administración. Instituto de Economía (IECOM-UdelaR). Diciembre de 2013.

-Estudio "Costos compartidos en salud: revisión del marco conceptual y experiencias de las Américas y el Caribe. Tasas moderadoras en Uruguay impacto en el acceso y la protección financiera". DES-MSP. Diciembre de 2013.

-Estudio "Actores, intereses y alianzas de cara a la segunda etapa en la implementación del SNIS: cambio institucional, posibles escenarios y orientaciones de cambio". Facultad de Ciencias Sociales. Instituto de Ciencia Política (ICP-UdelaR). 2013.

-Estudio "Incentivos a la eficiencia: cambios observados y esperados con la implementación del SNIS". DES-MSP. 2014.

principal es el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) con carácter integral en el marco de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). El modelo hegemónico de salud fue gestado durante décadas tanto a nivel internacional como nacional. Cuenta con fuertes respaldos culturales, económicos, técnicos. Es funcional al poder de pequeños sectores y responde a los intereses de lucro que existen en el sector salud. Podemos decir que antes del año 2005 Uruguay tenía un modelo de atención limitadamente curativo, asistencialista, hospitalo-céntrico, sin políticas de prevención y promoción. Un modelo donde el poder estaba concentrado en algunos grupos que lucraron mucho, se ignoraba a usuarios y trabajadores como protagonistas de la salud, sin acciones claras sobre los factores determinantes ni alianzas intersectoriales. A 10 años de iniciada la reforma es pertinente preguntarse sobre su modificación o no, en qué aspectos y hasta que niveles.

CONTRAPOSICIÓN DE AMBOS MODELOS según algunas de sus características

| | |
|--|--|
| Modelo Mercantil Hegemónico | Modelo Integral basado en Redes Integradas de Servicios de Salud |
| Curativo y asistencialista, sin prevención de la enfermedad y promoción de la salud. | Integral con énfasis en la prevención y promoción y acción sobre los determinantes de la salud y de la enfermedad. Recordemos a Lalonde |
| Actúa sobre el individuo enfermo | Considera a la familia y la comunidad. Concibe la atención en base a una definición de población y territorio |
| Atiende a demanda | Trabaja con programas y planes de salud además de la demanda |
| Estimula un uso acrítico de la tecnología y medicamentos | Promueve un uso racional de la tecnología y de los medicamentos |
| Identifica calidad con mayor tecnología | Asocia calidad con capacitación continua, protocolización y buenos vínculos |
| Concentra saberes y poderes | Reconoce saberes, promueve la participación de los diferentes actores, redistribuyendo poderes y construyendo otros nuevos |
| Genera deshumanización de la atención de salud. Los grandes cambios tecnológicos y la mercantilización cambiaron radicalmente la relación médico-paciente. Pierde peso la clínica, el examen físico y el diálogo. | Promueve vínculos de respeto, solidaridad y cuidado por el otro. Rescata el valor de la clínica. La capacidad de escuchar, de preguntar, de ver el contexto. Reivindica la bioética y la democratización en salud |
| Genera una sobreintervención médica sobre el cuerpo de las personas. Se multiplican las técnicas de diagnóstico y terapéutica, costosas y no siempre necesarias. Es una medicina ofensiva. Hay una demanda inducida. | Promueve un enfoque integral, con más prevención y promoción. Humanización en el trato, respeto e interacción con los saberes de los usuarios. |
| Hay una medicina defensiva frente a la judicialización. Contrapartida de la impunidad dentro del sistema sanitario | Cuestiona la judicialización como forma de representar los intereses de los usuarios. Rechaza la impunidad y promueve formas de prevención de los errores técnicos y de autocorrección de las malas prácticas. |
| Es funcional al lucro en la salud. Genera costos muy altos. Afecta la sustentabilidad de los sistemas de salud | Cuestiona éticamente el lucro en salud. Defiende la salud como un derecho. Promueve una inversión planificada, priorizada e integral en salud |
| Dificulta la atención en el primer nivel por los copagos | Facilita la atención en el primer nivel eliminando o reduciendo los copagos |
| Hospitalocéntrico. Sitúa en el hospital la forma principal de organización de la atención. | Prioriza el Primer Nivel de Atención, articulado con los demás niveles. Referencia y Contrareferencia ágiles. Promueve la cercanía con las familias y el barrio. |
| Promueve relaciones de mercado en la salud | Subordina la lógica de mercado a una racionalización de los recursos |
| Prioriza exclusivamente el rol médico. Subestima los | Promueve el trabajo en equipo interdisciplinario, el |

| | |
|--|--|
| demás perfiles profesionales sin incorporar el trabajo en equipo, la complementación e interacción entre saberes. Deja de lado la salud bucal y mental. Establece relaciones autoritarias dentro de las prácticas sanitarias | reconocimiento de los distintos saberes, el intercambio, el análisis crítico y colectivo, la definición de planes y objetivos comunes. |
| Concibe la labor aislada de cada efector de salud sobre sus afiliados | Desarrolla formas de complementación entre efectores para optimizar recursos. Trabajo en red. Planes comunes discutidos con la comunidad |
| Considera la labor del sector salud en forma aislada y autosuficiente | Promueve alianzas entre el sector salud, educación y comunidad como estrategia fundamental para la salud |

La realidad siempre es más rica y heterogénea que cualquier modelo, pero la contraposición de modelos y estrategias son parte de las contradicciones que tienen los sistemas de salud. El SNIS requiere debates culturales, técnicos y políticos que contribuyan a problematizar la atención y desarrollar prácticas y estructuras más integrales y de mayor calidad.

Para Natalia Pereira ¹¹ “sobre el cambio del modelo de atención claramente se ha avanzado desde el punto de vista legal, porque se legisló para posicionar al usuario como protagonista del proceso asistencial. Tenemos una ley de derechos y obligaciones de los usuarios. También hay decretos y leyes para que el usuario pueda decidir sobre sus procesos asistenciales en situaciones críticas”.

Según Gustavo Grecco del SMU “el sistema sigue funcionando en un régimen de competencia que no está ajustada a la calidad, en lugar de hotelería, copagos, beneficios que no hacen al corazón de la asistencia médica. El MSP tiene una información heterogénea pero importante que no sistematiza, ni comunica adecuadamente. Esos indicadores se pueden construir para que los prestadores de salud compitan en términos de calidad. Ahí hay una debilidad en la rectoría.”

En otros aspectos Pereira señala como un avance haber logrado un Colegio Médico Nacional que define un Código de Ética para los médicos. En este proceso se comenzó a hablar de Calidad, de Bioética, de Autonomía, de poder elegir un médico, cuestiones que antes no se mencionaban siquiera y que están vinculados con un nuevo modelo de atención. “En la práctica es un desafío permanente que los equipos de salud entiendan que el cambio del modelo de atención significa acortar la brecha de poder entre técnicos y usuarios” enfatiza Pereira. Y agrega que “desde el punto de vista de los decisores en RRHH cuesta entender que parte del nuevo modelo de atención es acercar los equipos de salud a las comunidades. El Primer Nivel de Atención que existe es del sector público, no es el ideal en el momento actual, con una ausencia notoria de los prestadores privados”.

La participación social incorpora una visión intersectorial de los problemas de salud que incluye el diagnóstico y también el diseño y la puesta en práctica de acciones sobre los problemas de la salud y la enfermedad. La educación para la salud con participación de los usuarios y trabajadores agrega otras voces para incidir en los estilos de vida, en los hábitos. Como se sabe esas condiciones sociales, económicas y ambientales son determinantes del proceso salud/enfermedad, aunque el

¹¹ Representante de los usuarios en el directorio de ASSE

sistema de salud generalmente las deja de lado concentrando sus recursos en la atención a demanda de la enfermedad. En un sentido similar el programa “Concepciones, Determinantes y Políticas de Salud” de la Facultad de Psicología señala que “la acción sobre los determinantes de la salud requiere articulaciones intersectoriales de modo de incorporar el objetivo de mejorar la equidad sanitaria en todas las políticas. El lema “la salud en todas las políticas” apunta a sintetizar el esfuerzo por transversalizar la perspectiva de la salud y la preocupación por superar las inequidades existentes, procurando el compromiso de todo el Estado. En esta línea, también se trata de involucrar a los distintos actores sociales y particularmente aquellos en situación de mayor vulneración de derechos para lograr su participación protagónica en los cambios.”

¿Cómo cambiar el modelo de atención ?

Es pertinente acá formular otras interrogantes. ¿Se puede actuar sobre los determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales de la salud? ¿Se pueden cambiar los hábitos y las condiciones de vida? ¿Quiénes podrían cambiarlos y cómo? ¿Cómo construir un modelo integral de atención?

Desde los movimientos sociales se ha avanzado en el análisis de varias líneas de acción (MSP 2018 pp 163-185). Como antecedente puede mencionarse que durante el año 2016 el Instituto de Formación Sindical de FUS, el Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud e integrantes de la Organización de Usuarios de la Salud del Cerro discutieron y enriquecieron un documento resumido “10 PROBLEMAS Y 10 PROPUESTAS para la Salud” donde se recogían valoraciones y aportes para profundizar la reforma de la salud (ver Anexos). En primer lugar fortalecer la implementación de los programas integrales de atención, organizados en una matriz transversal y longitudinal en el ciclo de vida. En segundo término convertir los Objetivos Sanitarios Nacionales en referentes para un Plan Nacional de Salud y Planes departamentales y locales elaborados e implementados con la mayor participación social. Si la población no asume como propias las acciones sobre los problemas prioritarios de salud, es difícil modificar los componentes estructurales tanto en lo social como en lo cultural. En tercer lugar definir nuevas leyes junto a incentivos económicos y aspectos culturales que fortalezcan el trabajo en red entre instituciones públicas y privadas, y actores sociales. Un elemento a utilizar pueden ser Metas Asistenciales por territorio vinculadas a objetivos sanitarios nacionales, que sean compartidos entre las distintas instituciones y planes de salud para alcanzar esos objetivos. Los Objetivos Sanitarios Nacionales son una herramienta fundamental en esa dirección, pueden ser dinamizadores de la participación, dado que colocan a la población en el centro de las acciones. Sería posible abrir procesos de apropiación y compromiso social con las líneas de acción planteadas y los resultados esperados. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad han tenido un énfasis mucho mayor en este período. Sin embargo puede considerarse que, salvo en el tabaquismo, todavía no han logrado

problematizar los contextos y los estilos de vida y disminuir los factores de riesgo para la salud. La situación social ha tenido mejoras muy notorias en materia de salarios, pobreza, indigencia, empleo, y otras dimensiones, pero subsisten componentes de fractura social y al mismo tiempo la mejora de ingresos no significó la adopción de hábitos más saludables. El consumismo en general y en particular el incremento del consumo de alimentos ultraprocesados con altos contenidos de sodio, grasas y azúcares influyeron negativamente en la salud. Aumentaron la obesidad, el sobre peso y la hipertensión en toda la población incluyendo particularmente la infancia. La comunicación/diversión/acceso a eventos, via celulares y computadoras abren posibilidades impensables hace unos años, pero también estimulan el sedentarismo, un factor de riesgo importante para la salud. Desde el ángulo de la salud las transformaciones en condiciones de vida y hábitos todavía son insuficientes, aunque la situación no es homogénea en este plano.

La prevención de la violencia de género crece hoy por las luchas de las mujeres. Las gigantescas marchas del 8 de marzo de 2017 y 2018 son una demostración de la importancia que el tema tiene en la sociedad hoy. La prevención de accidentes está teniendo resultados porque hay campañas sostenidas. Faltan políticas de alimentación saludable y de actividad física.

Democratizar la construcción de los planes de salud y su implementación es parte de ese modelo integral que se desea promover, con el involucramiento activo de la sociedad.

La reforma de la salud concibe el rol del sistema sanitario como parte de una matriz de protección social. Se asumió una estrategia de APS dando prioridad al Primer Nivel de Atención con una articulación mejor entre los distintos niveles de atención. Cuando la OMS realizó una consulta internacional sobre APS con motivo de los 40 años de la Conferencia de Alma Ata, la FUS presentó un conjunto de propuestas para la profundización de dicha estrategia en esa dirección (ver anexos). Han habido avances hacia un modelo de atención integral y es importante destacarlos pero todos los actores sociales consideran que han sido insuficientes para transformar el modelo de atención asistencialista y mercantilizado que sigue siendo hegemónico.

Cambios en la gestión

Los cambios en el modelo de gestión de las instituciones de la salud han sido escasos. Como en toda la sociedad, en el sector hubo una informatización mayor de los procedimientos y las comunicaciones, que modificó las formas tradicionales de gestión. La historia clínica electrónica, la posibilidad de consulta con especialistas a distancia y de una interacción más fácil entre instituciones y usuarios, son tres elementos claves a futuro si se los implementa adecuadamente.

Sin embargo falta mayor profesionalización de la gestión, con la incorporación del concurso como forma de ascenso hasta niveles jerárquicos medios y altos de la conducción/administración en los efectores de salud. Los conflictos de intereses entre las direcciones de las instituciones de salud y

las empresas proveedoras de servicios a las mismas, son un problema serio para fortalecer una gestión eficiente y con credibilidad. En el sector privado existen sueldos gerenciales desmedidamente altos, produciendo señales equívocas en relación con el destino de los recursos (MSP 2018 pp182). A pesar que el SNIS define que incorpora solamente instituciones sin fines de lucro, éste se introduce en el sector por vía de la provisión de medicamentos, de servicios, de tecnología, o por los ingresos desmesurados, en el sector anestésico-quirúrgico y gerencial .

Aunque han habido avances notorios en relación con la información que el MSP dispone respecto a la gestión de los efectores, persisten carencias significativas en la construcción de información pertinente y de mayor calidad así como en su utilización para promover mejoras en la gestión.

Los recursos humanos son un campo fundamental de la gestión. Si bien la UDELAR llevó adelante diversos planes de estudio que procuraron una sintonía mayor con los principios y estrategias del SNIS, subsisten en este plano carencias significativas. No existe un Plan Estratégico de Recursos Humanos que permita prever las necesidades de formación en cantidad y características del personal de la salud para los próximos 20 o 25 años.

Gustavo Grecco del SMU sostiene que “no se ha avanzado suficiente en la reforma del trabajo. El trabajo médico tiene el cáncer del multiempleo y un problema serio de distribución geográfica. Los cargos de alta dedicación son pasos para que los usuarios puedan acceder a una atención médica adecuada. Hemos paliado las situaciones, pero no es suficiente”.

Es insuficiente la formación continua del personal de salud, su actualización periódica para poder aumentar la capacidad de resolución de los equipos de salud. Debe destacarse el acuerdo logrado en los Consejos de Salarios para implementar una capacitación anual paga con una partida para todos los funcionarios médicos y no médicos. Este acuerdo posibilitó desde 2016 la capacitación “on line” de mas de 60 mil trabajadores del sector (hecho inédito en el país), que dejó una experiencia valiosa, información actualizada del personal y una plataforma informática adecuada.

La distribución geográfica del personal sigue siendo muy desigual, con gran concentración en Montevideo. La FUS ha insistido en que una estrategia de estímulos a la calidad en la atención pasa por facilitar y promover que todo el personal de salud complete sus estudios secundarios. La interdisciplina sigue siendo un punto débil de la formación y el trabajo en equipo no forma parte de las currículas de la mayoría de las carreras universitarias. La FUS y el Frente Social presentaron un conjunto de propuestas para las políticas de personal en el SNIS (MSP 2018 pag 163-167).

Cambios en la financiación

La creación de un Fondo Público Obligatorio, el FONASA, con aportes tripartitos de trabajadores, empresarios y Estado, fue un cambio radical¹². El aporte proporcional a los ingresos, la cobertura

¹²Existía el antecedente de DISSE, Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad que incorporaba aporte proporcional a los ingresos y aportes de patrones y obreros, pero su cobertura estaba restringida a los trabajadores del sector privado en actividad.

de cónyuges e hijos menores y la reducción de los gastos de bolsillo son avances muy significativos en materia de equidad. Como señala Ida Oreggioni (2015) hay asimismo tres ejes de cambio en la financiación: la expansión gradual de la cobertura poblacional hacia la universalización¹³, el cambio en los mecanismos de pago a los efectores través de una cápita ajustada por edad y sexo, y el fortalecimiento del sector público y en particular de ASSE. Olesker (2015) caracteriza cinco principios rectores: de cada quién según sus ingresos, a cada quién según sus necesidades, el carácter universalista del acceso, la conducción por parte del Estado, la participación social y el incremento presupuestal. Las transformaciones en la financiación fueron deliberadamente priorizadas en la economía política de la reforma. Ello viabilizó el desarrollo del SNIS aunque también hizo más complejo el avance en los demás ejes.

Tres párrafos sobre aspectos situacionales, institucionales y sociales de la creación del SNIS

Con una mirada situacional Guillermo Fuentes señala que “en primer lugar, se podría afirmar que el Frente Amplio “hizo bien los deberes” en materia de reforma sanitaria, en el entendido de que aprovechó de forma exitosa la ventana de oportunidad que le otorgó la crisis del 2002: en pocas ocasiones existió un consenso tan grande referido a la urgencia de aplicar cambios profundos en el sector salud. Para ello, el FA no sólo promovió la aprobación del proyecto de un SNIS desde sus mayorías parlamentarias, sino que buscó sustentarlo a través de una coalición de apoyo amplia. Este hecho sin embargo, no inhibe otra constatación: los actores con poder de veto siguen pesando y manteniendo su capacidad de incidencia” (Fuentes 2010 pp 139-140).

Con un enfoque institucional Marcelo Setaro pone el foco en “las nuevas instituciones que creó la reforma del sector salud, en particular los mecanismos institucionales que estructuran una novedosa gobernanza sectorial. La provisión mixta, la ampliación del financiamiento público, los dispositivos para garantía en el acceso a los servicios, son orquestados a partir de nuevos mecanismos creados por la reforma. En términos comparativos, esta nueva arquitectura sectorial del bienestar combina aspectos de diversos mundos del bienestar y de organización de sistemas de salud. El impulso reformista, moderado por el característico path-dependence sectorial, termina por modelar un Estado de nuevo tipo, que ofrece interesantes prospectos de organización para otras áreas de provisión de servicios de bienestar” (Setaro 2014).

Desde un punto de vista social el Frente Social de la Salud sostiene que “la salud es un derecho humano, un bien público y una construcción social que requiere estrategias y acciones claras para su concreción. En esa dirección la creación del SNIS fue el inicio de un cambio estructural positivo, que permitió avances significativos en la cobertura, las prestaciones y la equidad. Es una bandera histórica y una propuesta programática de los trabajadores y del movimiento popular. Hemos luchado por ella y estamos dispuestos a seguir peleando para que no retroceda ni se estanque. Como todo proceso complejo está lejos de haber culminado. La atención, la gestión y la financiación de la salud requieren mayores acciones transformadoras. A 10 años del comienzo de esos cambios es necesario identificar donde están los nudos centrales de la salud y cuales son las medidas prioritarias para su profundización en esta etapa. El intercambio y la movilización social son un camino fermental para que toda la sociedad asuma como protagonista los desafíos de la salud. Estas son nuestras propuestas para un amplio debate social y político que genere compromisos y acciones en ese rumbo”(MSP 2018).

¹³En 2017 más de 2.5 millones de habitantes están cubiertos por el FONASA. Falta “fonasear” una parte de la población usuaria de ASSE e incorporar los trabajadores de las intendencias y municipios, los soldados y policías.

CAPÍTULO 6 : ANTECEDENTES Y CAMBIOS DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

La participación social en salud es un proceso que tiene muchos antecedentes históricos en Uruguay, experiencias y luchas muy ricas, en distintas comunidades y protagonistas.

Con una mirada centrada en el movimiento obrero Pablo Cabrera afirma que “la participación social no nace con el SNIS, el movimiento sindical ha estado presente y ha dado luchas para incidir en los grandes temas del país. Aún en períodos desfavorables ha sido proactivo.” Al mismo tiempo destaca que “en esta etapa se ha logrado incorporar la voz de los directamente involucrados en la construcción de los servicios de salud y para los que va dirigido el servicio que son los usuarios”. Desde la FUS la elaboración programática y la lucha por el programa de cambios en la salud ha sido una fortaleza histórica que se tradujo en la propuesta del SNIS, aprobada en su Congreso de abril de 2003 (FUS 2015 pp 165 a 178). Las Convenciones del Sindicato Médico definieron asimismo propuestas hacia un Sistema Nacional de Salud. La Unidad de Salud del Frente Amplio (FA 2003, 2004) recogió y procesó estos aportes y elaboró la propuesta de SNIS que fue definida en el Congreso Hector Rodríguez del FA integrando el programa de gobierno aprobado.

Pero también desde los territorios y las comunidades hay una rica tradición de luchas y de construcción de policlínicas comunitarias, sin apoyo del Estado o con apoyos de los gobiernos departamentales, con gestión por parte de los vecinos o con distintas formas de cogestión .

La comunidad como protagonista : el ejemplo del Policlínico Odontológico del Cerro

Entre las muchas experiencias de organización social en torno a la salud, la creación y el funcionamiento del Policlínico Odontológico del Cerro “Yano Rodríguez”¹⁴, a comienzos de los años 90 es una referencia importante (Organización de Usuarios del Cerro 1993). Como destaca Ricardo Larrañaga ¹⁵ uno de los fundadores de este Policlínico, actualmente integrante de la Organización de Usuarios de la Salud del Cerro, “la labor de prevención y promoción en salud bucal fue muy amplia y muy innovadora, con organización por barrios sustentada por los vecinos.” En la zona del Cerro la organización de usuarios se apoya en una tradición de trabajo solidario (Bedat 2009). Ese fue un campo fértil para dar otros pasos de organización social. El tejido social y las conductas solidarias eran muy fuertes. Jorge Bentancour (primer representante de los usuarios en la Junasa) recuerda en el liceo del Cerro hubo una cooperativa estudiantil de la cual formaban parte todos, en un verdadero ejercicio democrático. Esas raíces fortalecen esta zona. Fucvam promovía barrios cooperativos, con cooperativas integradas al barrio. “Una parte de esas experiencias terminó fracasando por la cultura hegemónica individualista” señala Bentancour.

Larrañaga destaca en el mismo sentido que en el Cerro (Zona Comunal 17, actual Municipio A)

¹⁴Yano Rodríguez fue uno de los militantes fundadores del Policlínico, preso político durante la dictadura, historiador de las luchas obreras en Uruguay.

¹⁵Fundador del Policlínico Odontológico del Cerro. Integrante de la Organización de Usuarios de la Salud del Cerro

muchos aspectos de la vida social tienen raíces en organizaciones sociales formadas desde los sindicatos, que dieron una impronta participativa a la zona. Por ejemplo en los años 90 /91 el primer gobierno frenteamplista de Montevideo convocó en el Club Holanda a las organizaciones sociales, y se presentaron 150 organizaciones barriales. En tiempos de dictadura y luego de ella la participación social se tradujo en la formación de pequeñas policlínicas solidarias tanto en el Cerro como en La Teja y en otras partes del país. Cuando se crea el Policlínico Odontológico (Organización de Usuarios 1993) se llegó a tener 40 asambleas regulares en 40 comisiones barriales, volcadas a la salud bucal. “En los años 90 ese fue un hito de resistencia”. “¿Qué pasó con esas experiencias?” se pregunta Larrañaga y concluye que “desde mi experiencia fueron transformándose en redes”. Hay un cambio a partir de mediados de los 90 y el movimiento fue deprimiéndose. El cierre de las grandes fábricas, el aumento de la desocupación, el crecimiento incontrolado de los asentamientos en la periferia fueron debilitando la trama social histórica y a los sindicatos. “Los problemas de trabajo y los bajos salarios fueron haciendo que la gente se atrinchere en sus propios problemas y dejando un poco el trabajo social solidario”. De todas maneras en la crisis del 2002 hubo ollas solidarias y movidas importantes. El descenso de la participación social alcanzó al Policlínico Odontológico y en 2010 fue necesaria una reorganización donde la gestión operativa pasó al Servicio de Salud de la Intendencia. La construcción de un nuevo y más amplio local, con 13 sillones odontológicos, permitió que las prestaciones a la población mejoraran. Quedó como propósito compartido entre la organización de usuarios y el SAS-IM la recomposición de nuevas formas de participación social en la gestión. Algo similar sucedió con otras policlínicas comunitarias en distintos barrios de Montevideo. “Destaco todo el trabajo que se hizo desde las policlínicas municipales con las organizaciones sociales. Los 90 fueron claves para el desarrollo de la Atención Primaria de Salud. El trabajo desde las policlínicas municipales generó un bagaje de acción comunitaria. Da lástima que no se tomen esas experiencias para la construcción del SNIS. Hay allí una experiencia que no debe perderse” afirma Larrañaga. Al mismo tiempo no pueden dejarse de lado las limitaciones de las experiencias anteriores al SNIS. Jorge Bentancour, señala “antes existía ADUSS¹⁶ que hacía denuncias por mala praxis. En los hechos era una oficina de recepción de denuncias y reclamos. Otros antecedentes fueron comisiones que gestionaban o apoyaban policlínicas barriales. Eran experiencias locales, separadas entre sí. Otro ejemplo era la Red de Trabajadores Comunitarios de Salud que trabajaban en medios rurales. No incidían políticamente”.

En el diseño de la participación social dentro del SNIS se consideraron esas múltiples experiencias participativas en salud y especialmente el proceso de descentralización participativa territorial que se llevó adelante en Montevideo desde comienzos de los 90. En ese sentido se procuró el apoyo

¹⁶ADUSS. Asociación de Usuarios de los Servicios de Salud. Continua siendo reconocida por el MSP.

inicial de las Comisiones de Salud de los Consejos Vecinales en Montevideo para convocar en forma más amplia a la participación social. Los Consejos Vecinales, son organismos de representación social local electos directamente por la población de cada zona comunal. Entre sus funciones está recoger las preocupaciones de los vecinos y promoverlas ante el gobierno departamental o nacional¹⁷. También trabajan con la Intendencia y los municipios en la planificación zonal, promoviendo una mirada estratégica y una cercanía a los problemas cotidianos. La realización periódica de formas de Presupuesto Participativo ha sido una herramienta para que los vecinos de cada zona elaboren propuestas y luego decidan por voto popular cuáles serán concretadas dentro de ciertos montos presupuestales. Los temas de salud, la construcción de nuevas policlínicas o la ampliación de las existentes han sido proyectos propuestos por los vecinos en todas las convocatorias y refrendados casi siempre con el voto mayoritario, lo cual es un indicador de involucramiento comunitario en el tema y de respaldo ciudadano. La constitución temprana de Comisiones de Salud por zona, cuyos integrantes eran concejales y vecinos, revela una actitud preocupada y proactiva de la comunidad por los temas de salud. Al mismo tiempo son antecedentes de un modelo de atención con énfasis en la prevención, promoción y la participación activa de la comunidad. Antes de 2005 la participación social no existía en la conducción de los efectores privados o públicos de salud, y no había órganos comunes del sistema porque no había sistema. Jorge Bentancour¹⁸, pone el énfasis en el cambio en calidad cuando se inició el proceso de construcción del SNIS. “Hay un antes y un después de 2004 y 2005. De las comisiones de salud anteriores hay un cambio de actitud en cuanto a que el usuario pasa a ser sujeto de derechos. Pasa a ser proactivo y no en un rol pasivo como antes. Pasa a proponer una actitud que acompaña los cambios en el modelo de atención y de gestión de salud.”

Otro antecedente que influyó fue la participación de actores sociales (jubilados, trabajadores y empresarios) en el Directorio del BPS. Este cambio institucional fundamental estaba en la constitución del año 1967 pero nunca había sido implementado. Fue la movilización social la que generó las condiciones para su concreción en el año 1992. Esta participación de los actores sociales en el BPS se ha ganado justamente una valoración positiva de la población, fortaleciendo la gestión técnica y administrativa del BPS, erradicando el clientelismo partidario y la corrupción.

La construcción del SNIS toma como referencia esta experiencia del BPS para establecer la participación de usuarios y trabajadores en la Junta Nacional de Salud, las Juntas Departamentales de Salud y la representación de usuarios y trabajadores en el Directorio de ASSE. En las instituciones privadas de salud, que venían del mutualismo y el cooperativismo médico se crearon

¹⁷Desde 2010 se creó el tercer nivel de gobierno con los municipios, que interactúan con los Consejos Vecinales.

¹⁸ Integrante de la Organización de Usuarios de la Salud del Cerro. Fundador del Movimiento Nacional de Usuarios y luego del Espacio Participativo de Usuarios de la Salud. Fue representante de los usuarios en la JUNASA.

Consejos Consultivos con participación de usuarios y trabajadores como formas de control social. Las organizaciones de usuarios tuvieron desarrollos y formas distintas. La participación social desde la base incluye a la organización de usuarios por territorio y por institución.

Jorge Bentancour destaca el nuevo diseño en materia de participación social, dentro de los primeros pasos de la reforma. “A partir del 2005 se intenta desde las comisiones de salud de los Consejos Vecinales fundar un movimiento de usuarios que participase activamente en los cambios del sector. La propuesta era trabajar desde los territorios en los determinantes sociales y a la vez incidir en la toma de decisiones sobre las políticas sanitarias. Para ello el proceso se apoyó en una institución que ya existía como los Consejos Vecinales para procurar la participación más amplia de los vecinos a través de Asambleas Representativas de Usuarios, tomando los zonales de la descentralización. Se intenta que en todos los 18 zonales de Montevideo se realicen asambleas que legitimaban sus representantes a nivel departamental en una Coordinadora de las Comisiones de Salud que luego se transformaría en el Movimiento Nacional de Usuarios integrando también al interior.” La vitalidad de esta propuesta se reflejó en cientos de asambleas zonales.

Al mismo tiempo el MSP abrió tres instancias de consulta sobre los ejes de la reforma con la participación de múltiples actores sociales. “Aquella versión todavía montevideana de la organización de los usuarios tuvo dos voceros en el Consejo Consultivo para los Cambios donde se elaboraron los proyectos de ley de la reforma de la salud y los programas de salud. Luego viene la incorporación de los demás departamentos” agrega Bentancour.

Natalia Pereira representante de los usuarios en el Directorio de ASSE destaca la experiencia realizada en Canelones, departamento del cual proviene. A partir del año 2006 la Intendencia comenzó a trabajar fuertemente sobre los determinantes sociales, lo que implicó la capacitación de los vecinos y el fomento de su organización. Se trabajó con comisiones intersectoriales que creaban espacios de discusión de los distintos temas. “No es casualidad el surgimiento en ese período de programas como Canelones Crece Contigo”. O la formación de operadores en el consumo problemático de drogas, operadores legales en violencia doméstica, promotores de salud de la intendencia. En base a todas estas discusiones se comenzó a trabajar un espacio de DDHH. Se crearon Redes por temas y por rutas. Trabajó mucho la Red de Mujeres Rurales Canarias, “con todo lo que eso implica por la condición de mujer rural y de trabajadoras”. Se hicieron encuentros sobre educación y desarrollo humano, cabildos en escuelas sobre prevención y promoción de salud.

Los múltiples antecedentes fueron la base de un salto cualitativo a partir del 2005 que amplió la participación social y le dió dimensión nacional generando un proceso nuevo con mayor incidencia política en la salud.

CAPÍTULO 7 : ÁMBITOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL SNIS

Como ya se ha dicho, desde su inicio la construcción del SNIS incorporó un componente de participación social. De esta forma, en 2005, se convocó a un Consejo Consultivo Nacional de la Salud y a Consejos Departamentales y se generó un ámbito amplio de intercambio sobre las propuestas que el Poder Ejecutivo y el Legislativo plasmarían luego en las leyes del SNIS.

-En la ley 18211 de diciembre de 2007 se crea la Junta Nacional de Salud que tiene como cometidos administrar el Seguro Nacional de Salud SNS y velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del SNIS. En la JUNASA se estableció la participación de representantes de trabajadores y usuarios. En la misma ley se crean los Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales, llamados luego Juntas Departamentales de Salud JUDESAS y Juntas Locales de Salud JULOSAS. La instalación de las Judesas en los distintos departamentos se inició en 2011 y culminó en 2014 con la de Montevideo. Estos órganos tienen funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones. Sus informes y propuestas no tienen carácter vinculante. La reglamentación del artículo 27 de la ley 18.211 se realizó en 2011 mediante el decreto 237/2011¹⁹. En dicho decreto se considera que “la participación social es uno de los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud” y que es “objetivo del SNIS fomentar la generación de espacios para la participación social activa, que propicien el mejoramiento de la calidad de los vínculos entre los actores involucrados en el mismo”. Se establece asimismo que “ el papel de dichos Consejos es relevante para promover la observancia y el desarrollo de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como para el mejor conocimiento de las realidades y necesidades locales en materia de salud, por lo que sus informes y propuestas deberán ser tratados prioritariamente por la JUNASA”.

-La integración de las JUDESAS es más amplia que la JUNASA ya que incorpora representantes de los efectores, trabajadores no médicos, trabajadores médicos y usuarios del sector público así como similares representaciones del sector privado, además de los Gobiernos Departamentales.

-Las competencias de las JUDESAS de acuerdo al decreto 237/2011 serán, entonces:

“a) asesorar a la Junta Nacional de Salud en todos los asuntos concernientes a los cometidos y competencias de la misma que someta a su consideración, formular propuestas y contribuir a evaluar resultados de la administración del Seguro Nacional de Salud en el ámbito de su jurisdicción. b) Promover la observancia en el departamento de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud. c) Investigar y mantener informada a la Junta Nacional de

¹⁹ Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/237-2011>

Salud sobre la situación general de salud en el departamento, así como sobre las situaciones del entorno que influyan en ella. d) Difundir y proponer acciones para el mejoramiento de la salud de la población local. e) Coadyuvar al cumplimiento en el territorio de los contratos de gestión suscritos por la Junta Nacional de Salud con los prestadores que integran el Seguro Nacional. f) Vigilar la observancia de las resoluciones de la Junta Nacional de Salud. g) Promover el buen relacionamiento y los acuerdos de complementación entre los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud. h) Propiciar el intercambio, la concertación y coordinación intra e intersectorial, participando de las instancias respectivas y fomentando la participación de las organizaciones sociales así como la de otros actores públicos y privados con incidencia en la salud de la población. i) Contribuir a la difusión de los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y velar por su cumplimiento efectivo. j) Recibir y analizar las propuestas y reclamaciones que reciban de entidades o personas respecto de asuntos de salud del departamento, y elevarlas a la Junta Nacional de Salud con un informe que incluya antecedentes, evaluación y, en su caso, propuestas de intervención a su respecto. k) Promover, por propia iniciativa o en apoyo de la de otros actores institucionales y sociales, actividades locales tendientes a potenciar las políticas nacionales y/ o departamentales de salud, y elevar a la Junta Nacional de Salud informes sobre sus resultados. Especialmente promoverán, como mínimo en forma anual, la realización de Asambleas Locales de Salud. l) Fomentar el intercambio con los Consejos Honorarios Departamentales de la Administración de Servicios de Salud del Estado y los Consejos Consultivos Asesores de los prestadores del Seguro Nacional de Salud. m) Promover la instalación de Consejos Asesores Honorarios Locales de la Junta Nacional de Salud y colaborar en su instalación.”

-La participación de los trabajadores y usuarios en el Directorio de ASSE fue recogida en la ley 18.161 del año 2007, cuando se resolvió la separación de ASSE del MSP.

-Los Consejos Asesores y Consultivos por institución de salud son establecidos preceptivamente por la ley 18211 (art 12) remitiendo a la reglamentación la determinación de la naturaleza y forma de los mismos, según el tipo de entidades de que se trate (algunas instituciones de carácter mutual ya tenían representantes de trabajadores y usuarios en sus directorios).

Los Consejos Consultivos y Asesores estarán integrados por dos representantes del prestador, dos de sus trabajadores y dos de sus usuarios. En dicha reglamentación se establece que les compete :

- a) Apoyar campañas de promoción y prevención de la salud.
- b) Emitir opinión y formular propuestas sobre estrategias, políticas, planes, programas y acciones que hagan a la gestión del prestador.
- c) Expedirse sobre los asuntos que someta a su consideración el prestador.
- d) Evaluar el desarrollo en la Institución de los Programas de Atención Integral a la Salud aprobados por el MSP
- e) Velar por la calidad de los Servicios de Salud que brinde el prestador .
- f) Participar en el análisis

y evaluación de las reclamaciones de los usuarios del prestador, pudiéndose contactar y coordinar acciones con las Oficinas de Atención al Usuario y otros órganos con funciones similares.

g) Promover acciones encaminadas a fortalecer el compromiso de usuarios y trabajadores con la gestión del prestador . h) Tomar conocimiento de los balances y memoria de la entidad.

Aparece asimismo la preocupación de que los actores sociales cuenten con la información necesaria para participar y la reglamentación establece que “los prestadores proveerán a los Consejos Consultivos y Asesores de un conjunto regular y sistematizado de información: a) Estados de resultados. b) Ingresos y egresos de caja.c) Estado patrimonial y composición de los pasivos d) Número y estructura de afiliados. e) Estructura de recursos humanos”.

-La JUNASA está previsto como órgano de alzada para los actores sociales. De acuerdo a la reglamentación : “los Consejos Consultivos y Asesores podrán dar cuenta a la JUNASA de la omisión o negativa de los prestadores a proporcionarles la información que le soliciten en el ejercicio de sus competencias, acompañando las actas donde consten las mismas y toda otra documentación relacionada con esos hechos”. La coordinación de los Consejos se define como rotativa cada 6 meses y los representantes sociales serían electos por voto secreto cada dos años. Los prestadores disponían de 60 días para informar a la Junasa de la conformación de los Consejos Consultivos a partir de la promulgación del decreto reglamentario.

-Algunas instituciones como la Intendencia de Montevideo y la Red de Atención del Primer Nivel de ASSE (RAP-ASSE) definieron la participación social en salud entre los ejes estratégicos del cambio de modelo de atención. En Montevideo existe un proyecto de descentralización participativa desde los años 90. Por desconcentración se definía la política de llevar los servicios a los barrios y por descentralización la transferencia de poder, de capacidad de decisión a los actores locales de la comunidad. Desde la División Salud de la Intendencia se apoyaron históricamente variadas formas de participación social en salud, como policlínicas comunitarias, policlínicos móviles gestionados por los vecinos, programas conjuntos con la Secretaría de la Mujer cogestionados por vecinas para brindar educación sexual y métodos anticonceptivos, creación de redes territoriales, articulación con los Centros Comunales Zonales y los Consejos Vecinales. En los comienzos de la construcción del SNIS la Intendencia de Montevideo fue un protagonista activo para apoyar las líneas de participación social, colaborando con las Asambleas de Salud y la organización de los usuarios. Se apoyaba así en la experiencia acumulada para encarar los nuevos desafíos que planteaba el SNIS. El desarrollo de un modelo de atención con énfasis en la prevención y promoción, tenía más de 15 años de experiencias en el Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia montevideana. Las reuniones mensuales de los equipos de cada policlínica naturalizaba la participación de los funcionarios en la gestión del Servicio. El vínculo con los vecinos era

cercano y los contactos con el entramado barrial estaban facilitados.

Para la RAP-ASSE en cambio el cambio de orientación a partir de 2005 fue muy removedor. En un Dossier del MSP para Jornadas de “Intercambio sobre Participación Social y Ciudadanía en Salud” realizadas en Chile en marzo de 2009 se recoge un texto del Equipo de Gestión de la RAP-ASSE que señala que “la RAP-ASSE ha impulsado el surgimiento y consolidación de las Asambleas Representativas de Usuarios por Zona de Salud, como la estrategia principal en lo que respecta a participación de los usuarios, partiendo de la convocatoria de las comisiones de salud y los consejos vecinales del ámbito municipal”. Y agrega que “se ha apuntado al rescate y la potenciación de todos los espacios participativos en salud a nivel local y barrial (redes temáticas, comisiones de policlínica, grupos de apoyo, etc.), generados por los vecinos durante décadas”. Estos lineamientos concebían “a la Asamblea de Representativa de Usuarios como un interlocutor comunitario que dialogue con los Servicios de Salud y a su vez, la Comisión de Participación como el ámbito para instalar e institucionalizar ese diálogo”. El documento aclara que “institucionalizar refiere a la necesidad de generar un espacio en la institución Centro de Salud, para que el “espacio de conversación” suceda de forma programada y periódica; es el lineamiento institucional para que se inicie o se impulse si ya estaba en curso, el proceso largo y lento de generar cultura institucional, de naturalizar, estos espacios de intercambio entre actores sociales diversos. La institucionalización no está reñida, desde esta perspectiva, con el dinamismo y la versatilidad”. Señala asimismo que concibe “la Participación como un proceso complejo que integra: empoderamiento y apropiación de los factores determinantes de la situación de salud de las comunidades, proceso de aprendizaje para comprender la realidad en su entramado causal e incidir en los procesos históricos y sociales condicionantes de la salud, desarrollo de capacidad de análisis de la realidad para intervenir en ella con intencionalidad transformadora, involucramiento en la toma de decisiones, respecto de la identificación de problemas de salud y potencialidades de salud, su priorización y eventualmente el diseño de respuestas colectivas, interinstitucionales y comunitarias para abordarlos; control social de la gestión, que implica diversos componentes: transferencia de información, rendición de cuentas, esfuerzo comunicacional, exposición transparente al escrutinio público”. Una “dinámica de reflexión– acción– reflexión, de modo que las actividades devengan en una praxis transformadora”. -Hay que agregar las múltiples formas de participación social que cada comunidad, barrio, localidad, fueron gestando. Los programas de formación de Promotores Juveniles de Salud de la IMM desde 2007, los promotores escolares de merienda saludable, de salud bucal, y otros, son experiencias ricas, de participación social y de trabajo intersectorial entre el sistema educativo y el de salud. Los cursos de Agentes Comunitarios de Salud se realizaron en muchas zonas del país, aportando y recogiendo saberes, incentivando la prevención y promoción desde la comunidad.

CAPÍTULO 8: ANALISIS DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS ÁMBITOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

JUNASA: JUNTA NACIONAL DE SALUD

La Junta Nacional de Salud es un organismo desconcentrado del MSP creado por la ley 18211 responsable de “administrar el Seguro Nacional de Salud y velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del SNIS” “alentando el desarrollo del nuevo modelo de atención y gestión en salud”. En su integración participa el Poder Ejecutivo (MSP, MEF, BPS), representantes de las instituciones prestadoras de servicios de salud (privadas), de los trabajadores y de los usuarios. Más allá de sus cometidos formales importa caracterizar la labor de la JUNASA, los temas que aborda y cómo lo hace. Sostiene Mario Mujica representante de los trabajadores que “la ley le asigna un papel muy importante en la estructura del SNIS pero en la práctica ese papel ha quedado sometido al protagonismo de cada integrante de la Junta. Eso está vinculado a la voluntad del Poder Ejecutivo del momento de transferir responsabilidades a estas instancias de participación.” La representación de los trabajadores constata que “la JUNASA no participa en el diseño de políticas de salud de ninguna especie, salvo las que tienen que ver con la financiación. No está presente la problemática asistencial o de políticas de salud. Salvo cuando los trabajadores o los usuarios lo plantean”. Cabe señalar también cuál ha sido el posicionamiento de los prestadores de salud en la Junasa para quienes los temas económicos son los más importantes, y en particular el valor de la “cápita”²⁰. “No discuten la canasta del PIAS ni los contratos de gestión. A pesar de la contradicción que significa discutir el valor de la cápita sin ver qué prestaciones son obligatorias en el marco del PIAS²¹. Cuando en 2017 se empezó a discutir el valor de la cuota, las mutualistas pidieron 2 a 5% mensual de superávit, ya sea por cápita o por sobrecuota de inversión. Desde mayo 2016 en adelante cesó la sobrecuota de inversión y ante la demora de una segunda etapa de dicha sobrecuota, levantaron la demanda de aumento de la cápita”.

Las políticas de salud se discuten, en parte, en algunas comisiones de la JUNASA como la de Metas Asistenciales y la Comisión de Cápitas, pero allí está vedada la participación de usuarios y trabajadores. El MSP invita a las fuerzas sociales a la Comisión de Agenda que aborda los tiempos de espera o la accesibilidad, pero no a las de Metas y Cápitas. En general las conclusiones de estas comisiones se vuelcan a la JUNASA bajo la forma de propuestas de resolución, pero no hay debates sobre los temas sustantivos. Un tema importante en la Junasa ha sido la Sobrecuota de Inversión²², Hay un debate respecto a si debe considerarse un ingreso genuino o no. Hay diferentes

20 Cápita es el valor por usuario pagado por el Fonasa a cada prestador de salud para cubrir las prestaciones del PIAS.

21 PIAS es el Plan Integral de Atención a la Salud, que constituyen el conjunto de prestaciones obligatorias para todos los efectores

22 La Sobrecuota de Inversión son fondos que el Fonasa aporta a las IAMC privadas para solventar inversiones

valoraciones, pero las mismas no tienen ámbito de discusión con participación social. En este tema los trabajadores plantearon por escrito con apoyo de los usuarios, que las Sobrecuotas de Inversión deben considerarse una transferencia patrimonial a las instituciones de salud. Pero debe haber un mapa de las necesidades reales del sector, que limite y oriente la inversión. Hay que evitar que continúe la superposición de servicios. No puede seguir siendo solo la inversión para el sector privado, ASSE debe estar integrado. Hoy existen 500 mil afiliados por FONASA en ASSE, es, con distancia, la institución con mayor cantidad de afiliados Fonasa. Pero ASSE no integra la JUNASA y no cobra sobrecuota de inversión. La representación de los trabajadores cuestionó también que la sobrecuota de inversión fue manejada sin consulta a las Judesas.

La JUNASA no ha discutido un diagnóstico de la situación epidemiológica del país, ni tampoco diagnósticos locales o estrategias sanitarias. Se presentaron en una ocasión los Objetivos Sanitarios Nacionales pero no hubo preparación, ni discusión, ni resolución al respecto.

Reuniones regionales de JUNASA y JUDESAS

Un aspecto positivo y reciente de la labor de la Junasa fueron las reuniones con las Judesas por regiones. En el 2016 fueron 4 reuniones : Norte (Artigas, Rivera, Salto, Paysandú), Este (Cerro Largo, 33, Rocha y Maldonado), Centro (Durazno, Flores, Florida, Tacuarembó) y Área Metropolitana (Canelones, San José, Colonia, Montevideo). En estas instancias hay visitas a los efectores públicos y privados, reuniones con directorios de mutualistas y de hospitales y la Dirección Departamental de Salud. Mario Mujica destaca que “estas instancias son muy ricas, está presente el tema de la complementación. Hay muy buena participación de usuarios en estas reuniones, no tanto de trabajadores. La vinculación de los usuarios con las direcciones institucionales sobre todo con las de ASSE, son de mayor cercanía en el interior que en Montevideo. En estas ocasiones hay discusión sobre problemas de salud prioritarios y campañas específicas al respecto. Se discute en el territorio sobre los problemas que existen. “Ejemplos de estos temas son emprendimientos en salud mental como la implantación y funcionamiento de los Centros Ciudadela²³ para atención en drogas.

En suma, respecto a la JUNASA cabe una observación general, afirman los trabajadores: “si uno crea un ámbito de participación debe asignarle la cuota de poder para que cumpla su función”. Su labor se ha centrado en los temas de financiación, donde hay visiones contrapuestas con el sector empresarial. En cuestiones como cápitras y metas las representaciones sociales fueron dejadas fuera de las instancias de discusión. Señalan como contradicción decir que los usuarios deben estar representados y después poner obstáculos para el desarrollo de su organización. “El SNIS dice que los usuarios son un actor necesario. Pero si eso es así hay que apoyarlos. En el caso de los

²³Los Centros Ciudadela son dispositivos de atención en drogas, puerta de entrada a la Red de Atención en Drogas. Tienen carácter interinstitucional con recursos de varias instituciones públicas y en algunos casos privadas también.

trabajadores existen más herramientas, que generan una determinada independencia respecto al Estado, que no deberíamos perder.”M.Mujica.

JUDESAS: JUNTAS DEPARTAMENTALES DE SALUD

De las entrevistas con representantes sociales en las Judesas surge un panorama variado de la labor de estos ámbitos de participación social con base en los departamentos del país. Las Juntas Departamentales de Salud son instancias de articulación entre los efectores de salud públicos y privados, las organizaciones sociales de trabajadores y usuarios de ambos subsectores, los gobiernos departamentales y son dirigidos por los Directores Departamentales de Salud del MSP.

Ordenaremos la información y percepciones que provienen de las entrevistas en cuatro parámetros:

a) Regularidad en el funcionamiento y participación de todos los actores. b) Temáticas tratadas, información, discusión, resolución adecuadas y seguimiento de los temas. c) Capacidad de propuesta de los actores sociales y formas de participación más amplias de la comunidad promovidas por las Judesas. d) Auto-Análisis del funcionamiento de las Judesas.

a) Participación y regularidad en el funcionamiento

El panorama que relatan los actores sociales entrevistados sobre el funcionamiento tiene diferencias entre un departamento y otro, aunque hay también muchos elementos comunes. En Canelones la Judesa se reúne regularmente y los usuarios consideran que la información, discusión y resoluciones son adecuadas. “Muchas de estas instancias son la imagen del que lo dirige”. El director departamental actual “hace las cosas bien” afirman los usuarios. La JUDESA de Montevideo fue una de las últimas en crearse, en el año 2014 y ha tenido un funcionamiento irregular. Durante el último año se reunió en cinco ocasiones. Participan de ella la Dirección Departamental del MSP, los efectores privados de salud y los efectores públicos ASSE, BPS e Intendencia de Montevideo. Los representantes sociales que participan regularmente son la FUS y el Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud (MNUS) tanto del sector público como del privado, pero no la FFSP.

Una conformación similar tiene la JUDESA de Maldonado creada en 2010. Sin embargo allí el funcionamiento es mensual y llevan actas de sus reuniones. Los usuarios tanto públicos como privados y la FUS “son los que están siempre” afirma la representante de los usuarios.

En el Departamento de Río Negro la representación social de los usuarios es del sector público y junto a los trabajadores del sector privado (FUS) participa la FFSP. Aunque se proponían reuniones mensuales no se cumplió con esa regularidad, existiendo solo tres reuniones en 2016. Los representantes del gremio médico no han participado. La JUDESA de Salto, por su parte, llegó a reunirse cada quince días y en 2016 alcanzó las diez reuniones, con participación regular de todos los actores, excepto el gremio médico. Las fuerzas sociales son los trabajadores del sector privado (FUS), del público (FFSP) y los usuarios de ambos ámbitos.

En Tacuarembó el funcionamiento es mensual y participan los actores sociales (tanto trabajadores como usuarios) del sector público y privado. La representación de la mutualista local, de los médicos (FEMI) y de los funcionarios de ASSE tienen presencia irregular. En Colonia también existe un funcionamiento regular con once reuniones en 2016 y una participación de casi todos los actores, aunque vale señalar que varias instituciones privadas no concurren.

En suma en la mayoría de las JUDESAS existe un funcionamiento regular aunque hay departamentos donde ha sido discontinuo. La mayoría de los actores sociales e institucionales previstos en la normativa participan de las reuniones.

b) Temas abordados en las JUDESAS y su tratamiento

La recepción de informes sobre temas de salud es percibida como una actividad permanente en varias de las Judesas, a veces con invitados que exponen sobre los mismos. En Maldonado por ej. concurren la Lucha Antituberculosa, el INAU por asistencia a menores, UNASEV por seguridad vial, así como representantes de las Juntas Locales de Salud del departamento. En Montevideo se recibieron propuestas de educación para la salud. En Tacuarembó concurren representantes de la Comisión Nal. De Zoonosis. Las representaciones sociales señalan que distintas campañas sobre temas de salud fueron informadas en las Judesas. En Tacuarembó las campañas contra el Dengue, contra la gripe y las infecciones respiratorias. En Colonia sobre Seguridad Vial. En Salto sobre el Dengue, Leishmaniasis, Semana del Corazón, Diabetes, SIDA y sobre la gripe. En Maldonado la campaña de vacunaciones, temas de salud mental y las actividades por el calendario internacional. En Montevideo la campaña contra el Dengue.

En cambio ningún actor social refiere la existencia de campañas propias de cada Judesa sobre problemas priorizados localmente. Un ejemplo interesante se dió con la Siniestralidad en el tránsito en Maldonado donde los movimientos sociales propusieron en la JUDESA un trabajo de prevención en escuelas. El tema es relevante en la zona, se hicieron muchos contactos, pero a la hora de implementarlo no se aceptó la participación de los representantes sociales en la convocatoria. No llegó a crearse una campaña importante. El saldo para los usuarios fue que el MSP no abrió posibilidades de participación social.

Los representantes sociales no registran la existencia de Diagnósticos Locales de Salud, un elemento clave para el diseño de políticas territoriales de salud. Como excepción se menciona en Maldonado la tentativa de realizar un diagnóstico local en la zona de “La Capuera”. Allí el movimiento de usuarios propuso un formulario de encuesta alternativo al usado por los médicos de familia pero no se aceptó. Todavía no hay resultados ni se pusieron en común los avances en el tema. También en Maldonado hay un ejemplo con mejores resultados en el balneario Buenos Aires, que tuvo un crecimiento demográfico importante. El movimiento de usuarios realizó un mapa de la

zona, consultando a los vecinos que juntaron 400 firmas para instalar una policlínica. Identificaron dos terrenos propiedad de la Intendencia para ubicar la policlínica y se logró la donación de uno de ellos a ASSE. Actualmente se está construyendo una policlínica allí.

En cuanto a la implementación de Planes de Salud de carácter nacional se mencionan algunos temas como el Plan Aduana, VIH SIDA y Tuberculosis en Maldonado, con la salvedad de que en estos dos últimos no hay planes locales. A nivel local en este departamento aparece un intento de trabajar sobre las enfermedades de transmisión sexual y la prostitución, y sobre un plan local de cuidados paliativos pediátricos. En Salto se encaró localmente la prevención de accidentes mediante una labor en escuelas y liceos. En Tacuarembó se presentaron los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN), pero no se discutieron ni se resolvió al respecto. Se informó sobre la implementación del Sistema Nacional de Cuidados en el marco nacional y en particular en Tacuarembó. También se trataron temas referidos a la cobertura del BPS y temas concernientes a la atención a extranjeros. También en Río Negro se informaron los Objetivos Sanitarios Nacionales. En Montevideo en cambio no se trataron los OSN ni se definieron planes departamentales o municipales. En Canelones los usuarios destacan el trabajo en prevención de salud, divulgación de derechos y deberes de usuarios, temas de ética médica, vacunaciones y complementación de servicios. En la Judesa de Artigas comenzaron un diagnóstico sobre la salud en el área rural del departamento, aunque con muchas carencias porque las instituciones no brindan la información. Trabajan interinstitucionalmente en la Semana del Corazón y otros eventos de salud, a veces con dificultades por falta de recursos humanos y materiales. De las campañas nacionales de salud en la Judesa de Artigas se hace mucho hincapié en el tema del Dengue y realizan el LIRA (Levantamiento de Índices Rápidos de *Aedes aegypti*) con pocos recursos que aporta la Intendencia y el Ejército. Otros temas como el funcionamiento de las Casas de Salud también fueron tratados. Un tema abordado con frecuencia en las Judesas es la fragmentación de los servicios en el SNIS (OPS 2015). La duplicación de servicios por encima de las necesidades sanitarias genera aumentos de costos y una utilización no racional de los recursos en el sistema. En un contexto nacional de muy baja natalidad, la creación de maternidades únicas por ciudad fueron uno de los esfuerzos más sostenidos por parte del MSP así como las puertas de urgencia comunes en localidades menores. En Río Negro se discutieron varias propuestas de convenio para llegar a una maternidad única en cada localidad. En la ciudad de Young se logró por convenio entre la mutualista y el hospital público, mientras que en la capital departamental Fray Bentos hay dos maternidades, una pública y otra privada, aunque ello no es necesario. Desde la Judesa se trabajó en la actualización de los convenios para la atención de la población de la localidad de San Javier, en la policlínica Tomás Berreta por acuerdo entre ASSE, la mutualista y la Intendencia, en funcionamiento desde 2007. La

Judesa también procuró un convenio por Puerta Única de Urgencia en la localidad de Nuevo Berlín. En Tacuarembó se trató el tema complementación, en un proyecto de policlínica conjunta ASSE-efector privado departamental-Intendencia, que todavía no está funcionando. La maternidad única en la ciudad de Paso de los Toros ya está firmada aunque no en funciones. Un ejemplo de esta situación es la creación de una policlínica conjunta en el barrio “ Lopez” de Tacuarembó. En una reunión con los vecinos se armó el esqueleto del convenio. Después se hicieron reuniones entre los efectores pero se excluyó a los actores sociales. El convenio quedó detenido por una resolución de FEMI de no participar en acuerdos de complementación mientras no se resuelvan otras reivindicaciones. La policlínica está sin concretarse desde diciembre de 2012 a pesar de las manifestaciones de acuerdo de los actores. La mayoría de los usuarios que viven en áreas rurales en Tacuarembó están afiliados a la mutualista por el FONASA, sin embargo no acceden a la atención de este efector pero sí la reciben de ASSE (por las Rondas Rurales) sin que exista un registro de las prestaciones ni un acuerdo de complementación. El Hospital público de Tacuarembó tiene capacidad asistencial de 3er y 4to nivel pero los usuarios de la mutualista son trasladados a Montevideo en lugar de conveniar la atención en el mismo departamento.

En Montevideo se llevó adelante la creación de una Puerta de Urgencia conjunta en el Cerro (Municipio A -CCZ 17) entre ASSE y varias mutualistas, donde ASSE proporciona la infraestructura física y personal y los efectores privados aportan algunos recursos humanos. En Salto la Judesa trabajó en complementación público-privada en el área rural y existe una comisión de seguimiento para ese tema. La Judesa se ha trasladado a localidades del interior del departamento y concurren a las reuniones representantes de los pueblos involucrados. Por ej. en el pueblo San Valentín la infraestructura física es del efector privado pero se atienden usuarios públicos y privados. En Artigas los temas de la complementación de servicios son un debe, y no se ha logrado que las instituciones lleven siquiera la información a la Judesa de lo existente en este plano. La complementación de servicios en Maldonado motivó debates y diferencias de criterios. Mientras la JUNASA incluye la compra y venta de servicios como complementación de servicios, los representantes de la FUS no comparten ese criterio. También los representantes de los usuarios refieren que promovieron la complementación por ejemplo en puertas de urgencia conjuntas, pero el MSP no apoyó ese tipo de planteos. Los dos actores sociales de Maldonado refieren que no ha avanzado la complementación en el departamento. Solo en algunos lugares como la localidad de Aigua funciona un cierto tipo de convenio para la atención nocturna.

Varios representantes sociales perciben dificultades para concretar acuerdos de complementación. “Hay expresiones de voluntad de complementación pero no se concretan” destaca la representante de FUS en la Judesa de Tacuarembó. Como dificultades coinciden en señalar problemas de

compatibilidad y conflictos de intereses por la existencia de directores de FEMI que, a la vez, asumen responsabilidades en ASSE. En Artigas los trabajadores ven como dificultades la existencia de usuarios que optan por el efector privado en el FONASA pero luego no pueden pagar los tiques. Desde la mirada de los actores sociales las Judesas han dedicado buena parte de su tiempo a la consideración de problemas asistenciales específicos de su departamento. Por ej. en Tacuarembó el funcionamiento de las farmacias tanto del efector privado como del Hospital público, la falta de especialistas y la accesibilidad a las consultas. En el mismo sentido se analizó y resolvió sobre situaciones de cobro indebido de copagos por parte del efector privado. Se discutió asimismo el conflicto de los neurocirujanos en el hospital del departamento. En otros casos como la Judesa de Maldonado se analizaron los problemas asistenciales en la localidad de José Ignacio, en “La Capuera”, procurando soluciones a los mismos. La dirección del INAU solicitó en la Judesa auxilio para los niños y jóvenes institucionalizados que necesitan seguimiento. En Río Negro se discutió la omisión del efector privado para brindar servicios de internación psiquiátrica, así como las dificultades del Banco de Sangre y el funcionamiento del dispositivo Ciudadela de atención en materia de drogas. En cuanto a problemas asistenciales en la Judesa de Artigas se han discutido las demoras en la atención por especialistas y los tiempos de espera en las urgencias. Los trabajadores plantearon la cobertura interinstitucional de urgencias y emergencias en zonas rurales donde es la policía la que traslada a los usuarios a las policlínicas locales o la ciudad de Artigas.

Los usuarios perciben un mayor desarrollo del Primer Nivel de Atención tanto en el sector público como en el privado, aunque con más énfasis en el primero. Hay nuevas policlínicas y más personal asignado a este nivel de la atención. En general ASSE a través de las RAP (Redes de Atención de Primer Nivel) fortaleció sus policlínicas en barrios periféricos. En Salto por ejemplo se crearon Unidades Básicas Asistenciales en Salud, como la que funciona en el barrio Uruguay con consultorios y farmacia que trabaja con una modalidad de complementación público-privada. Los médicos son de ambos sectores, la enfermería es pública, la farmacia es privada (pero brinda medicación a toda la población). Existe otra Unidad Básica de Salud en el barrio Salto Nuevo y recientemente una nueva policlínica en el barrio Dos Naciones.

En suma: En las Judesas se constata el tratamiento de temas como la complementación de servicios, problemas asistenciales y en algunos casos el desarrollo del Primer Nivel de Atención en cada departamento. En cambio destaca la ausencia de diagnósticos locales, definición de problemas prioritarios y líneas de acción conjuntas hacia ellos. No hay planes locales de salud con construcción participativa, intersectorial y rendición de cuentas a la población sobre los mismos. En lo que refiere a la complementación los avances son heterogéneos por la falta de normas que establezcan precios de referencias, incentivos económicos entre otras cosas.

c) Propuestas de los movimientos sociales y formas de participación social desde las Judesas

En distintos departamentos los actores sociales han presentado propuestas en las Judesas, aunque también hay un requerimiento generalizado de capacitación y orientaciones para poder participar con más amplitud. “Falta una presentación de FUS igual para todas las Judesas y Consultivos” sostiene la representante en Maldonado, “participamos siempre pero con poco eco”. “Somos el único actor que presentó propuestas formales” afirman en Tacuarembó. En departamentos como Colonia los usuarios tienen llegada a la prensa local, radio, televisión.

Más allá de su rol específico como ámbito de participación de los actores sociales es importante analizar en qué medida las Judesas han operado como animadoras de formas más amplias de involucramiento de toda la sociedad en los temas de salud.

Un ejemplo es la situación en Tacuarembó en que se realizó una Asamblea Abierta para presentación de los planes y recepción de los problemas de salud por parte de la comunidad. Sin embargo los problemas planteados se redujeron en su mayoría a cuestiones individuales referidas a la atención. Los representantes de los usuarios refieren que hubo convocatorias a reuniones de usuarios pero no hay concurrencia. En Maldonado los usuarios hicieron una recorrida por las localidades, convocando a la población y recogiendo problemas que se derivaron a los organismos correspondientes. Los usuarios han realizado más reuniones pero los trabajadores no participan. También en ocasiones los vecinos han concurrido a la Judesa a plantear problemas. En Salto hay jornadas de trabajo con los vecinos, talleres sobre temas concretos, aunque no se han realizado instancias abiertas para discutir problemas de salud y planes hacia ellos. Cuando se realizó el Consejo de Ministros en Salto, la Judesa estuvo invitada y participó. En la localidad de Juan Lacaze (Dpto de Colonia) hubieron asambleas y talleres sobre temas de salud en el hall del Hospital los sábados de tarde con la participación de 20 a 25 personas. Se realizó una sobre el SNIS y participación social y este año una asamblea sobre el virus de Papiloma humano y están planificando otra sobre Salud Mental. Se repartieron 5000 folletos con los Derechos de los Usuarios. En Río Negro han hecho ferias de salud junto con el MIDES y una caminata en la localidad de San Javier por la Semana del Corazón. Las Ferias de Salud consisten en muestras de uno o dos días en las que se exhiben las diferentes campañas de salud que existen, con el formato de feria vecinal o kermese, para realizar promoción de salud. De esta forma se difunden los derechos de los usuarios, se realizan controles de salud, se ven dificultades en la atención. “Son buenas experiencias de participación y acción” sostiene Mario Mujica representante social en la JUNASA. En Río Negro los usuarios refieren vínculos con FUS y las organizaciones de jubilados. Mantienen contactos con la Red de Adultos Mayores del departamento. En Colonia también destacan el relacionamiento con ONAJPU, la organización nacional de jubilados. Hay buena relación con las

organizaciones de usuarios, señalan los trabajadores en Artigas, pero son muy pocas las formas de participación de la comunidad. Hay referentes de los usuarios pero no hay actividades con los usuarios, no hay labor de base en lo local. En Canelones los representantes de los usuarios resienten que más gente no se arrime a los centros de salud con actitud de trabajo comunitario. “Siempre somos los mismos. Necesitamos más participación” afirman.

Las policlínicas comunitarias han sido una forma de organización de la sociedad para acceder a servicios médicos con gestión desde los vecinos organizados. Con el tiempo estas formas de participación se fueron desgastando y las sustituyeron la gestión institucional de ASSE o la Intendencia de Montevideo, o formas diferentes de cogestión entre gobiernos y vecinos. Sin embargo continúan habiendo experiencias de este tipo en varios departamentos. En Tacuarembó hay dos policlínicas de la Intendencia con participación de comisiones barriales. Cada barrio tiene un Centro de Barrio con diferentes actividades (piscina pública, bibliotecas, etc). En dos de ellos hay policlínicas con médicos y enfermería. En otros dos hay atención de médicos, psicólogos y otros perfiles, que funciona con pago de ticket que constituye la remuneración del técnico. Funcionan en Centros de Barrio y la gestión de dicha atención es realizada por las comisiones barriales. Un problema estructural de este tipo de experiencias es que las relaciones laborales de los técnicos son precarias. Otra experiencia son los Nodos de Salud con equipos que salen en camionetas y ómnibus en recorridas por la campaña, con recursos municipales y de ASSE.

En Colonia, en la localidad de Villa Pancha hay (desde hace 25 años) una policlínica comunitaria gestionada por la comisión del barrio que aporta la médica de familia y la licenciada en enfermería, mientras ASSE pone el resto del personal incluidos especialistas y la farmacia. Este tipo de participación social fue muy fuerte en los años 90 en distintos lugares del país. Con la creación del SNIS y la reforma laboral que exigió la formalización del empleo, se suscitaron dificultades por el carácter precario de los vínculos laborales de este tipo de policlínicas lo que dio lugar a reclamaciones y conflictos.

En suma en varios departamentos los movimientos sociales han promovido instancias de participación más amplia de la comunidad como asambleas, talleres, jornadas, recorridas, ferias de salud. Esas experiencias son valoradas por las comunidades. Sin embargo no existe una estrategia clara que asegure amplitud, continuidad, aprendizajes e intercambios de esas experiencias, no solo de parte de las organizaciones sociales sino tampoco desde la rectoría del MSP y de la JUNASA, y de las JUDESAS como ámbitos de gobernanza del SNIS. Por otro lado los vínculos entre los movimientos sociales de trabajadores y usuarios no son iguales en todos los departamentos, manteniendo en general buenas relaciones aunque en muchos casos falta diálogo, coordinación, gestación de propuestas comunes.

d) Auto- Análisis del funcionamiento de las Judesas

Se percibe como dificultad la falta de criterios para llevar adelante evaluaciones colectivas de los participantes, corrigiendo errores o impulsando nuevas iniciativas. En la Judesa de Montevideo la visión de los trabajadores es que la información ha sido insuficiente, la discusión también y que no hubo resoluciones importantes. Cuestionan asimismo que no se mantuvo el contacto inicial con las Redes de Salud por Municipio. En otras como Río Negro los representantes de los usuarios cuestionan que falta información fundamental como la referida a los convenios escritos entre efectores. En Maldonado los trabajadores opinan que la información fue regular, aunque los usuarios la consideran adecuada. Ambos actores sociales coinciden que la discusión en la Judesa no es buena, no hay resoluciones claras y no se realiza un seguimiento de los temas.

Los delegados de los trabajadores en la Judesa de Tacuarembó señalan que la información es correcta pero no se discuten los temas generales sino aspectos puntuales de los mismos. No hay resoluciones sobre los temas ni implementación acordada. La Dirección Dptal del MSP opera sobre los temas, pero no la Judesa. El seguimiento de las cuestiones tratadas se da sólo en tanto informaciones. En Artigas los trabajadores consideran que es una situación sin avances porque todavía existe la visión de las empresas de no querer asumir el nuevo modelo de atención. “Cada uno defiende su lugar. Hay muchos conflictos de intereses”. En cambio en Colonia y Canelones los representantes de los usuarios consideran que la información fue adecuada así como la discusión y las resoluciones sobre los temas planteados. En Salto los representantes de los trabajadores entienden también que la información ha sido adecuada y resaltan que se envían actas por correo electrónico junto con la agenda de la siguiente reunión. Destacan también que hay un muy buen nivel de discusión. “No se ha logrado todo pero se trabaja bien”. Hay una implementación de lo resuelto y un seguimiento de los temas. En Artigas señalan que la relación entre dirección sindical y representación de los trabajadores en la Judesa es buena y los temas abordados por la Judesa se discuten en el sindicato, pero hay una gran problemática con la participación, porque hay una sobrecarga en los dirigentes sindicales. “Hay miedo para participar en el sindicato porque los ámbitos son reducidos. La participación es escasa. Las patronales y los mandos medios aprietan al entorno para aislar a los dirigentes sindicales”.

No está prevista la participación del sistema educativo en las Judesas. En el caso de Udelar han habido cursos para actualización de médicos y enfermeros en Tacuarembó, en temas como RCP (resucitación cardio pulmonar). También en ASSE funcionan las UDA, Unidades Docente-Asistenciales. Respecto a la agenda futura en la Judesa los trabajadores en Artigas consideran que el Diálogo Nacional sobre Salud propuesto por FUS debería incorporarse en lo departamental. “Los trabajadores debemos aprovechar todas las instancias que nos da el SNIS para estar

preparados, tener argumentos y poder plantear los puntos de vista de los trabajadores en esas instancias” destaca Harlington Piriz representante de los trabajadores en ese departamento.

“Cuando empezamos a participar, aspirábamos a que se identificaran los problemas de salud del Departamento y se definieran líneas de trabajo conjuntas sobre ellos. No supimos hacerlo. No se hizo un mapa de servicios. La dinámica de la Judesa no fue por ese lado” concluye Olivia Pardo representante de la FUS en la Judesa de Tacuarembó.

“Como fortalezas: tener posibilidades de participar en los temas de salud del territorio y el ingreso de casi toda la población en el sistema de salud” analiza Griselda Demasi representante de los usuarios en Río Negro. “Como debilidades: se incentiva poco la participación sobre todo en el sector privado. La atención de salud es muy heterogénea, los sectores más pobres no acceden a la misma atención. Hay diferencias salariales entre el sector público y privado, una distribución desigual de los recursos humanos y no hay seguimiento de la ruta de la plata dentro del sector”.

En el marco de talleres de las jornadas del Curso de Profundización del SNIS y Participación Social con participación de trabajadores y usuarios de casi todos los departamentos del país se elaboró una Guía de Trabajo para los actores sociales en las Judesas con la finalidad de fortalecerlas y promover un cambio estratégico de estos ámbitos (Anexo 3).

Las reuniones regionales de las Judesas de departamentos próximos junto a la Junasa permitieron, en varios casos, un análisis de la marcha de la reforma. Los usuarios señalan que de esta instancia surgió el reclamo de insumos para poder participar más ampliamente.

En suma : en la mayoría de los casos las Judesas no han realizado balances ni análisis en profundidad de su accionar con participación de los actores sociales, ni con una apertura a la comunidad. Eso no ha facilitado su consolidación y auto-superación como ámbitos de trabajo conjunto. Tanto usuarios como trabajadores tienen, en la mayoría de los casos, la percepción de que faltaron temas importantes en la agenda y en la discusión. Al mismo tiempo se registran pocas resoluciones. Las valoraciones de los actores sociales sobre la información recibida y la discusión en las Judesas varían según los departamentos, desde buenas a insuficientes. Se destacan positivamente las reuniones regionales de Judesas y Junasa.

JUNTAS LOCALES DE SALUD: JULOSAS

Las Juntas Locales de Salud son ámbitos de participación interinstitucional y social en localidades dentro de los departamentos. Han tenido menor desarrollo que las JUDESAS, aunque se han ido creando progresivamente en distintas ciudades. En Tacuarembó hay tres Julosas instaladas: primero fue en Paso de los Toros, luego en San Gregorio y la tercera en el pueblo Ansina. En la Julosa de Cardona en el Depto de Soriano hay un funcionamiento regular (6 reuniones en el 2016), con participación de la Dir.Dptal del MSP, tres efectores privados, ASSE y BPS por el sector público,

los Municipios de las localidades de Cardona y Florencio Sánchez y los representantes sociales :sindicatos de trabajadores y movimiento de usuarios de los sectores público y privado. En esta Julosa han encarado temas como la campaña contra el Dengue, se recibieron denuncias por mal uso de agroquímicos y se acompañaron campañas para la castración de perros con la Com.Nal de Zoonosis. Los usuarios tomaron la iniciativa de plantear el tema de la salud mental por la alta prevalencia de suicidios. La Julosa acordó la disposición de trabajar en equipo conjunto de los prestadores sobre prevención de suicidios y en adicciones. Con ONAJPU se coordinó el pesquisamiento visual para acceder a la atención oftalmológica del Hospital de Ojos. En lo local la organización de usuarios es conocida y respetada, con acceso a la prensa local.

En suma la instalación de JULOSAS es una experiencia que fortalece la participación local en salud acercando las instancias de dialogo interinstitucional y social a los territorios y sus poblaciones. Su desarrollo es todavía parcial y se está lejos de llegar a todos los municipios del país. Dada la heterogeneidad de situaciones y las fracturas socioterritoriales existentes esa mayor cercanía contribuye a un abordaje más integral de los problemas de salud.

CONSEJOS ASESORES y CONSULTIVOS

Junto a la participación con base territorial, la ley 18211 (art 12) plantea la constitución de ámbitos de participación de trabajadores y usuarios en cada institución de salud, bajo la forma de Consejos Asesores Honorarios. La participación social dentro de cada institución tiene dinámicas distintas y complementarias con la participación territorial organizada a través de Judesas y Julosas. Hasta ahora no se les dió potestades a estos Consejos para controlar el cumplimiento de las metas asistenciales. Algunos casos son significativos de un escenario con dificultades importantes en este tema. En el efector privado de Tacuarembó el Consejo Consultivo tuvo un funcionamiento irregular con solo 4 reuniones en 2015 por ausencia de la representación institucional. En 2016 retomó con reuniones mensuales pero no tiene poder de resolución. Los temas que se han podido resolver fue por haberlos elevado a la Judesa y Junasa. A pesar de ello en el Consejo Asesor se discutieron problemas de farmacia, accesibilidad a las consultas, atención de especialistas, capacidad sanatorial colmada, marcha de proyectos financiados por la sobrecuota de inversión, cobertura de emergencia móvil y recortes en los servicios.

En el Consejo Consultivo de ASSE en la ciudad de Aiguá, los usuarios refieren que se trataron temas para mejorar la calidad de atención, la infraestructura física, traslados y otros aspectos. Se trataron también problemas ambientales por la utilización de agrotóxicos, así como la atención en el área rural. El Consejo Consultivo logró vehículos para las rondas rurales, se creó la oficina de atención al usuario y se trabajó con los usuarios sus derechos y deberes. En cambio otros temas han sido tratados pero no con la debida relevancia, como problemas de cáncer en la población rural.

El Consejo Consultivo de la cooperativa médica SMI estaba constituido por dos representantes de los trabajadores, dos de los usuarios, dos de la directiva de la institución médica. Al principio la dirección de la cooperativa médica puso dos usuarios afines a ellos. El Movimiento Nacional de Usuarios presentó sus propios delegados. Al final la empresa aceptó que fueran los cuatro delegados en representación de los usuarios. Sin embargo prácticamente no ha funcionado (dos o tres reuniones en 2015, ninguna en 2016) lo que coincidió con el hecho de que, a partir de cierto momento, el MSP y la Junasa (agosto 2014) dejaron de reclamar el funcionamiento obligatorio de los Consejos Consultivos y la realización de actas de sus reuniones. Los testimonios de los usuarios relatan que para las empresas no era atractivo tener que dar cuentas a alguien, aunque no hubiera grandes cambios porque “ los usuarios no tienen fuerza para eso”. “En las primeras reuniones era una guerra de trincheras. Para el sindicato era una extensión de las bipartitas con la empresa. Se tuvo mucha paciencia para evitar los choques iniciales y lograr avances concretos”. “Desconocíamos muchos aspectos operativos, técnicos de cualquier reivindicación o mejora de la atención” afirman los usuarios. Fueron aprendiendo el funcionamiento de institución. Se logró que mejorara la limpieza, la falta de médicos, los horarios de atención, la atención psiquiátrica en las sedes periféricas. Hubo esfuerzos por convocar a más usuarios pero sin resultados. Hoy la representación de los usuarios tiene un correo electrónico para recibir planteos y se reúnen por temas concretos. En suma, la experiencia que refieren los actores sociales en los Consejos Asesores evidencia un conjunto de dificultades para su instalación y funcionamiento, que surgen de la actitud de las direcciones institucionales, de la debilidad de los actores sociales y del diseño y potestades de estas instancias. De todas formas importa recoger y valorar los aspectos positivos que han tenido estos ámbitos y las potencialidades que podrían alcanzar.

REDES DE SALUD

Existen múltiples redes sociales en distintos departamentos. En Montevideo hay una larga experiencia de redes que incluyen desde temas de salud, adulto mayor, infancia, adolescencia, medio ambiente, cultura (Netto 2003). El proyecto de descentralización participativa fortaleció políticas sociales locales (Rivoir 2003) con distintas etapas. Desde la creación de los municipios como tercer nivel de gobierno en 2010 ha habido una estrategia en Montevideo de conformar Redes de Salud por municipio.

Red de Salud del Municipio B

La Red de Salud del Municipio B está integrada por representantes del Movimiento Nacional de Usuarios tanto del sector público como privado, Consejo Vecinal, gobierno municipal, Dirección Dptal del MSP, efectores públicos (Centro de Salud de ASSE, Dirección Regional de Salud de la IMM y Policlínica Dptal) y efectores privados de la zona como Anda, Casmu, Círculo Católico,

Cooperativa Caminos. Todos ellos concurren regularmente a las reuniones quincenales de la Red (que llegan a ser semanales cuando preparan actividades). Con menos asiduidad también han concurrido representantes de Procardias, Comisión de Salud Cardiovascular y efectores privados como La Española. La Red ha desarrollado campañas sobre salud sexual y reproductiva, violencia en los vínculos, Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Prevención Cardiovascular, Nutrición y Salud Mental, Adicciones, Salud de la Mujer, Vacunaciones y Medio Ambiente. Discutieron temas relacionados con las necesidades de salud para el año siguiente y la preparación de los Cabildos de Salud. Llevaron adelante actividades relacionadas con el Calendario Internacional de salud, Diabetes, Salud Bucal, Semana del Corazón. Buscaron la integralidad y no la parcialización por patologías. “Se busca juntar cosas no siguiendo la agenda internacional, sino integrar temáticas”. Hace 10 años que se vienen priorizando temas a través de los Cabildos o Asambleas. En dichos Cabildos o Asambleas se rinden cuentas de lo hecho y se recogen las preocupaciones y necesidades de la población. Se procuró incorporar elementos agradables en las acciones: por ejemplo una visita a un museo culminada con una merienda (cada uno llevó bananas, tangerinas y agua). Recitado de poemas, Fiesta de la nostalgia de la Red de Salud, Caminata cardiocultural que recorre la Ciudad Vieja, cantando juntos, Ferias de salud en las plazas, son algunas actividades. Las actividades preparatorias de la Asamblea son fundamentales. Los temas vínculos y habilidades para la vida fueron considerados como problemas que impactan en la salud. Algunas temáticas priorizadas por la gente en los Cabildos fueron tomadas por el Municipio y no por la Red. Los integrantes de la Red consideran que la información y la discusión sobre los temas es adecuada. Rescatan que se toman resoluciones y hay un seguimiento de las mismas. Siempre se evalúan las actividades y se corrigen los problemas hacia la próxima actividad. Hubo un esfuerzo sostenido para juntar lo lúdico con lo formal, con lo creativo, así como la integración de distintas edades, incorporando música, juegos, escenarios distintos. “La gente disfruta de las actividades” afirman. Los integrantes de la Red entienden que el rol de ésta es apuntar a la prevención y promoción de salud en los habitantes de la zona, potenciando los recursos existentes, poniendo objetivos comunes. En la parte asistencial se depende más de las direcciones y gerencias institucionales y se ha avanzado mucho menos. La Red de Salud incluye instituciones muy distintas entre sí, con culturas organizacionales diferentes pero a través de la Red se procura unificar los objetivos. “Son mundos distintos entre la Red y algunas de las instituciones participantes”. Los participantes replican en el trabajo hacia los usuarios de cada institución los aprendizajes que surgen de la Red. Dentro de las instituciones la situación es heterogénea en ese sentido y algunos participantes refieren que “cada vez más se siente que trabajan en el vacío”. En uno de los efectores privados (Anda) se da una información y discusión regular de lo que se hace en la red. Otros efectores privados como la

cooperativa Caminos lo incluyen en sus planes de trabajo. En otros efectores privados hay grandes dificultades. En ASSE hay reuniones de equipo cada tres meses pero no hay tiempo para informar de la red. En el Servicio de Salud (SAS) de la Intendencia se informa de la Red en cada reunión mensual de equipo y en informes generales. Un problema de las Redes es la representatividad de los participantes. Hay un riesgo de que la dinámica de la Red genere una forma de trabajo, de escucha, que no esté acompañada por los equipos institucionales y terminen siendo dos niveles diferentes. En instituciones como ASSE, señalan, hay un sector del personal, los “comunitarios” que participan en la Red de Salud, Red de drogas, y otras redes. En cambio otro sector trabaja solo adentro del Centro de Salud.

La Red de Salud ha tenido la virtud de poner en cada institución el trabajo en territorio. Lentamente se va incorporando en los equipos de salud la actividad de prevención y promoción.

Se llega a determinados sectores, aunque no sea toda la población del municipio. La labor de la Red apunta a generar productos tangibles pero también hay un trabajo hacia adentro que es rico.

“La Red transforma a sus participantes”, cuentan, “hay un aprendizaje personal muy grande”.

Desde la Red de Salud mantienen relaciones con otras organizaciones de la zona como la Inspección de Primaria (escuelas de la zona), liceos públicos y un liceo privado, Escuela de la Construcción de la Universidad del Trabajo, Jóvenes en Red, Refugios Mides, Refugios privados, cooperativas de vivienda, Club de niños y jóvenes, Ferias vecinales, Hogares del Inau, Secretaría de la mujer de la IM y con el programa CAIF. “La labor en red permite potenciar los esfuerzos de cada institución. Ya no se compite entre las instituciones en esos temas”. Desde la Red promueven y apoyan los cursos de Promotores de Salud y de Promotores Juveniles de Salud, aunque señalan que hay temas sin resolver como la inserción de adolescentes y adultos que hicieron esos cursos. Han utilizado múltiples formas de participación de la comunidad: Asambleas, Cabildos, Talleres abiertos, Ferias de Salud, Jornadas de trabajo con vecinos, Iniciativas en barrios. Según como les va se replantean una u otra forma de participación. El criterio más general es ir a la gente y no esperar que vengan. Cuestionan la folletería que nadie lee. Es un gasto ineficiente, dicen. Un criterio a seguir es procurar la mayor cercanía con la gente. Creen que las formas de participación que han dado más resultado son las que se apoyan en los grupos organizados de cada institución. Se ha buscado el vínculo directo con la población pero es mucho más dificultoso.

Estas experiencias generan asimismo una producción intelectual importante. Existe un reconocimiento a la labor de la Red recibiendo en dos ocasiones el Premio Nacional de la Comisión de Salud Cardiovascular, uno de Alames, uno del MSP. El municipio fue seleccionado por el MSP para firmar el convenio de Municipios Saludables.

La capacitación de los actores es un componente fundamental para fortalecer el trabajo en red. En

2014 se hizo un Seminario sobre Participación en Salud, aunque hubo dificultades para continuarlo. En la agenda futura los participantes visualizan como temas a priorizar el de participación social y el de municipios saludables. Sostienen que las redes de salud necesitan mas publicidad, mas jerarquización. “Nunca aparecen en la foto. Falta que haya más reconocimiento y exposición de los trabajos que se hacen. Son el último orejón del tarro”. Reclaman una voluntad política institucional más fuerte, que acerque el discurso y la realidad, con mayor reconocimiento a los esfuerzos “Los que participamos lo hacemos por nosotros mismos, nos sentimos felices del trabajo realizado.”

Red de Salud del Municipio G

La Red de Salud del Municipio G se fundó el 5 setiembre de 2012. Tiene numerosos antecedentes de articulación interinstitucional, intersectorial y de participación social en esta amplia zona del noroeste de Montevideo. “La creación de la Red fueron momentos de tensión duradera donde los apoyos fueron importantes” sostiene sus participantes. Algunos de esos antecedentes son la Intersectorial de Salud de la Zona Comunal 13, la Comisión de Salud del Consejo Vecinal de la zona comunal 12, la Comisión de Efectores de Salud de la zona comunal 12 y la Comisión de Vecinos que administraba el Policlínico Móvil. Cuando se creó el tercer nivel de gobierno se buscó una visión global del municipio pero respetando las historias de ambas zonas comunales 12 y 13. Con las Asambleas de Salud del municipio se reunieron los efectores y actores sociales de las dos zonas comunales. A partir de las asambleas se generó la necesidad de un espacio que le diera continuidad y respuesta a los temas que surgían de las asambleas. Allí comienza la Red.

En una primera etapa la preocupación principal fue la sistematización de las asambleas y sus propuestas, con una perspectiva que fuera rompiendo con las “chacras” de las zonas comunales anteriores para asumir el territorio del municipio como ámbito de trabajo conjunto.

Integran la Red de Salud representantes de los Consejos Vecinales, vecinos de la zona (con y sin vínculos con las organizaciones de usuarios), efectores públicos de salud (policlínicas de la Intendencia, Centro de Salud y Hospital Saint Bois de ASSE, policlínicas y Centro Materno Infantil 2 del BPS) así como efectores privados (Casa de Galicia y Casmu), representantes del Gobierno Municipal (Consejo Municipal), de la Dirección Dptal del MSP, de policlínicas comunitarias, de la Universidad de la República como Facultad de Medicina, de Enfermería y Ciencias Sociales.

El funcionamiento de la Red es regular con 11 reuniones ordinarias y 4 o 5 extraordinarias al año. Las representaciones del SAS de la Intendencia, de ASSE, del Municipio, del Consejo Vecinal, de la Udelar, del BPS y de la policlínica comunitaria Jardines de Peñarol son los miembros más asiduos. Los efectores privados participan normalmente en las actividades de la Red pero no siempre en las reuniones. En varios casos la participación de los privados está motivada porque la persona que los representa tiene un compromiso social o mayor inclinación hacia el trabajo comunitario. Cabe

señalar que los funcionarios vienen en su horario de trabajo pero los vecinos no siempre pueden participar en el horario matutino de las reuniones. Hay comisiones de salud de los Consejos Vecinales de las zonas comunales 12 y 13 que tienen representantes en la Red. En los primeros años los temas de gestión, referidos al funcionamiento de los servicios y las instituciones, eran más relevantes. Desde el principio la Red se centró en la prevención y promoción de salud. Ver la salud como prevención cuesta mucho, valoran los integrantes de la Red. La articulación entre los efectores públicos y privados motivó discusiones. Si bien se acompañó el cronograma de fechas nacionales e internacionales de la salud, las actividades principales del año surgían de las asambleas. Una de las líneas de avance fue la capacitación a la Red sobre las temáticas seleccionadas y por otro lado se promovieron actividades hacia la comunidad. En 2016 se trabajó el tema de la violencia en los vínculos y la promoción de buenos vínculos. A fines de 2016 el municipio con la participación de todas las redes que trabajan en el territorio promovió enterrar una cápsula del tiempo donde, entre otras cosas, se colocaron fotos de las actividades de la Red y del premio otorgado por la Comisión de Salud Cardiovascular a la Red. Se participó como Red en la jornada con stand propio, y un folleto (tríptico) con la historia y las acciones de la Red, incluyendo un compilado de todos los servicios que brinda cada policlínica.

La Red no tiene rubros específicos asignados por las instituciones para financiar sus actividades. El Municipio apoya con recursos de otros rubros, con asistentes sociales y cuadrillas obreras.

La Red impulsó un Curso de Agentes Comunitarios como una actividad importante de todo el año 2016, con el sostén de Facultad de Medicina y el Municipio. Se anotaron 65 personas en su mayoría mujeres y 34 terminaron el curso. Vinieron dos personas a participar semanalmente desde una localidad lejana como Laguna Merín en Cerro Largo. También han encarado actividades de capacitación para el trabajo en la Red y en temas de comunicación.

En la Red valoran que “es difícil encontrar el equilibrio entre participación social comunitaria y las instituciones. Hay lógicas distintas, miradas diferentes. Hay una gestión horizontal de la Red sin jerarquías”. Reconocen en el Concejo Municipal a un actor político y el apoyo expreso del Alcalde. A lo largo de estos últimos años fueron dejando afuera de las prioridades de la Red los problemas de la asistencia, aunque eran preocupaciones de los vecinos. Se plantearon “formarse para lograr la participación ciudadana”. Consideran que están condicionados por los tiempos que disponen y por el apoyo real de las instituciones, que autorizan la concurrencia pero no un tiempo más amplio. Hay una perspectiva intersectorial en la medida que cada actor que integra la Red tiene vínculos con otras instituciones como las educativas, los Caif y particularmente con las otras Redes. Hay Redes de Primera Infancia, de Deporte y Juventud, Red de Adulto Mayor, Red de Cultura a nivel del municipio y la Red Peñarol o la Red Lavalleja a nivel barrial. También las Mesas de Socat

(programa del Mides) actúan como articuladores intersectoriales en el territorio.

Las formas de participación de la comunidad que han promovido son las Asambleas de Salud anuales, Ferias de Salud y Jornadas por Salud Cardiovascular. Hay acciones centrales como Red, a las que se suman otras actividades por institución o actor, pero los ejes son las asambleas que definen las prioridades y la Red que recoge e instrumenta las acciones relacionadas. Hay visibilidad de las actividades, que se preparan con las organizaciones del barrio donde se realizará. “No son acciones que quedan entre cuatro paredes. Hay trabajo previo”, señalan. Se trata de hacer una rotación de las actividades por barrio por ser un territorio muy extenso. La Red analiza si realizar la asamblea como una instancia central o generar varias asambleas por barrio dentro del municipio. Se discute si convendrá hacerla en diciembre o dejarla para febrero o marzo. Por un lado es un cierre de las actividades realizadas pero también puede ser el inicio de las actividades del año. De las asambleas surgen los insumos para el trabajo del año siguiente. En la evaluación de las asambleas anteriores surgió la necesidad de considerar la posibilidad de variar las formas. Cuentan con los recursos municipales para la realización de las actividades. Los temas abordados en la Red se discuten en los Consejos Vecinales, en la Policlínica comunitaria Jardines de Peñarol, pero en las demás policlínicas falta más transmisión, aún en las del SAS-IM que tienen reuniones mensuales de equipo. Muchas veces no se tiene una idea clara de lo que es la Red. Hay una tensión entre la asistencia a los usuarios y la participación en actividades extra-muros con la comunidad. Los participantes de la Red consideran que la información sobre los temas considerados es adecuada y también la discusión en sí, las resoluciones y el seguimiento. Llevan actas de los temas tratados y las resoluciones. A veces falta un espacio para evaluar lo realizado y dar un debate más profundo. Se hacen muchas cosas pero no siempre hay tiempo y metodología para analizar lo que se hizo. “Somos muy ejecutivos pero falta un pienso”. La Red ha recibido varios reconocimientos. Obtuvo el Premio Nacional de la Comisión de Salud Cardiovascular. La experiencia de la Red de Salud del Municipio G se presentó en el Congreso de Medicina Familiar y Comunitaria (2016). El primer “Compromiso por un Municipio Saludable” de Montevideo se firmó en el Municipio G en 2014. En suma: las Redes de Salud son una realidad potente en distintas zonas del país y en particular en varios municipios de la capital. Constituyen una de las formas más significativas de participación social y trabajo interinstitucional en prevención y promoción. El trabajo permanente de las Redes incluye la realización anual de asambleas o cabildos como forma de convocatoria abierta para analizar lo hecho y definir prioridades para el año, con una metodología participativa. Esta producción de experiencias en un modelo de atención con énfasis en la prevención y promoción, en y desde la comunidad, ha recibido varios premios del MSP, Comisión de Salud Cardiovascular y Alames. La estrategia de “Municipios Saludables” del MSP se apoyó en las Redes de Salud y su

labor intersectorial. Cabe señalar asimismo que no ha existido un impulso sostenido de creación de Redes de Salud en todos los municipios del país.

La Organización de Usuarios de Salud del Cerro

En el Cerro de Montevideo hay una larga tradición de organización social. Tal vez por eso fue desde allí que surgió en 2005 la convocatoria a organizar un movimiento de los usuarios de salud en cada lugar del país. Hay en la zona una experiencia importante que se enriqueció en el proceso de reforma de la salud. Manteniendo su identidad y funcionamiento como organización de usuarios, han trabajado codo a codo con distintas instituciones e interactúan con las demás redes.

El entramado de vínculos con las instituciones y los actores locales es heterogéneo. La relación con los técnicos y las direcciones zonales de ASSE y la IM es una fortaleza, destaca, Ricardo Larrañaga²⁴. Los integrantes de esta organización perciben en la dirección del Centro de Salud de la RAP ASSE una actitud abierta, de consulta, de tratar de integrarse a las redes de salud del barrio. La relación con la Intendencia y la División Salud continúa un trabajo conjunto de larga data, con apoyo de parte de las administraciones departamentales. En cambio con el MSP no han logrado un buen trabajo. Aunque se ha conseguido que el MSP esté presente en asambleas zonales de salud, los apoyos materiales son muy trabajosos. Mencionan como ejemplo los Campamentos “A tu Salud”²⁵ para los cuales han tenido que pelear mucho para conseguir apoyos materiales muy flacos. “Desde el barrio sentimos que con la representación de los usuarios en la Junasa y los movimientos de usuarios que hay a nivel nacional, no hemos podido trabajar juntos. Nos gustaría que priorizaran más el trabajo en el territorio” dice Larrañaga.

La Organización de Usuarios de Salud del Cerro tiene como elemento ordenador el trabajo sobre prioridades que surgieron de asambleas de vecinos. Se parte de prioridades definidas en 2005 por los vecinos como los temas de drogas y la situación de la infancia, que se han mantenido en el tiempo. Es así que en las asambleas del año 2012 se vuelve a priorizar la situación de la infancia, porque a pesar de todos los avances sociales que tuvo el país, la condición de niños y niñas en la zona 17 del Municipio A es muy distinta de los promedios nacionales y de otras zonas. La fractura social territorial se concentra con múltiples consecuencias en materia de salud.

“Trabajar con la voz del vecino y trabajar en red” afirma Ricardo Larrañaga. A su vez las asambleas anuales, posibilitan convocar a personas con responsabilidades a nivel nacional junto con gente del barrio. Por ej. del Mides para “avanzar en nuestra lucha histórica para abrir más centros CAIF en la zona”. “No hemos tenido los resultados que procurábamos pero sí hubo acercamiento de autoridades del Mides y del MSP, que expresan un reconocimiento y un respeto al trabajo de la organización de usuarios de la salud”. Como debilidades sitúan la dificultad para

²⁴Integrante de la Organización de Usuarios de Salud del Cerro, fundador del Policlínico Odontológico Yano Rodríguez.

²⁵Actividad anual de campamento con talleres sobre temas de salud priorizados en la zona.

relacionarse con los usuarios a nivel nacional. También señalan como debilidad en la zona no haber conseguido trabajar con todo el municipio y no solo del Cerro. ²⁶Con dificultades lograron integrar personas de zonal 18 (Paso de la Arena) y menos aún del zonal 14 (La Teja) agrega Larrañaga. Otra de las debilidades es no poder integrar a la UDELAR a través del Programa Apex²⁷. “Hoy estamos en el peor momento de falta de integración con Apex”. A través de las asambleas anuales existe la voz y la participación con las diferentes zonas del barrio. La Red de Primera Infancia es una fortaleza importante y se alcanzó con ella a todas las zonas del municipio. Allí hay fuerte participación de vecinos, IPRU²⁸, CAIF de la zona, INAU, etc. Tiene ya 10 años de labor continua. Hay una reunión mensual de esa Red y están integrados a la Asamblea de Usuarios. También es una fortaleza la labor del Instituto Superior de Educación Física (ISEF), incorporando la actividad física y el deporte en la temática de salud, con participación de estudiantes y docentes. Ricardo Larrañaga destaca que el nivel de reflexión sobre el proceso del SNIS dentro de la organización de usuarios, generó una importante formación y capacidad crítica. La organización de usuarios se reúne semanalmente, son 10 o 12 personas, hoy, pero Larrañaga señala que “pasó mucha gente por allí”. A niveles más amplios como las asambleas o los Campamentos “A Tu Salud” participan 50 o 60 personas. Se llegó a convocar 300 personas y asambleas de más del centenar. “Esa gente se formó para el trabajo en equipo y en valores, en esa escuela de educación popular”. “Tenemos un nivel de trabajo conjunto con las instituciones y actores locales que permite coordinar acciones sobre temas específicos sin dificultades”. En 2016 se trabajó conjuntamente en el asentamiento “La Fortaleza”²⁹, comenzando como una campaña por el Dengue y llegando a una movida de los usuarios con ASSE, IM, INAU y el municipio A. Con el municipio intentaron hacer un trabajo común pero los resultados no los conforman. Sin embargo la coordinación con los equipos del Centro Comunal 17 es buena. No han podido integrar a los trabajadores del área privada ni a los funcionarios del Centro de Salud de ASSE. En 2013 los usuarios de salud del Cerro hicieron una gran movilización sobre el tema salud mental pero no lograron que participaran las instituciones privadas (salvo el H. Evangélico). La experiencia del Campamento “A tu Salud” se hizo siete veces en la última década. El espíritu es que sea una experiencia de encuentro libre y recreativo. Sin una estructura de temas a tratar. El año 2016 se dieron instancias muy significativas hablando sobre la problemática de género y violencia. En el Espacio del Fogón se dio la posibilidad de intercambiar las experiencias y contar lo que hacía cada uno de los grupos presentes. En el 2017 fue el “campamento de los bebés”, porque participaron un grupo de madres adolescentes del INAU. Va rotando la población participante. La

²⁶ Integran el municipio A la zona comunal 17 (Cerro), la zona 14 (La Teja y Nuevo París) y la zona 18 (Paso de la Arena)

²⁷ El Programa Apex es una iniciativa de extensión universitaria que ya tiene varias décadas donde participan varias facultades

²⁸ IPRU: ONG que trabaja en la zona y en particular en los barrios de Bajo Valencia, Casabó y Cerro Norte.

²⁹ Asentamiento instalado en la falda del Cerro de Montevideo, con condiciones socio-habitacionales críticas

iniciativa tiene limitaciones por razones de financiamiento. En algunos años se hizo en la zona de Punta Yeguas³⁰ con instalaciones muy precarias, en el 2016 fue en Punta Espinillo con mucho mejor infraestructura. En 2016 participaron además jóvenes de los barrios de Santa Catalina, Cotravi, vecinos del barrio Artigas, el Nodo Agroecológico del Cerro. Las referencias de los participantes señalan que es un encuentro intergeneracional e interbarrial muy fermental donde surgen problemas sentidos por los vecinos. Un ejemplo significativo fue la discusión sobre el asesinato de un joven en Santa Catalina (barrio del Municipio A) por la policía, lo que provocó una revuelta en el barrio. La Organización de Usuarios de Salud del Cerro promueve registros de las múltiples actividades. De las asambleas hay registros en materiales tipo librito, de la movida del 2013 sobre la Infancia surgió el libro “De la cuna a la cana”. También de los campamentos hay evaluaciones y registros. En suma la Organización de Usuarios de Salud del Cerro de Montevideo es una de las experiencias más ricas de organización y trabajo comunitario en salud que existen a nivel nacional. La zona tiene muchos antecedentes de policlínicas comunitarias y una larga historia de organización obrera y popular, con una fuerte identidad local que, sin embargo, ha sufrido muchas transformaciones por la expansión de “asentamientos” en su periferia y la persistencia de las fracturas socio-territoriales. Esta organización de usuarios tuvo un rol activo durante el proceso de creación del SNIS, surgiendo de allí la primer convocatoria pública a la formación de un movimiento nacional de usuarios de la salud. En estos 13 años han sido protagonistas de una cantidad de iniciativas de abordaje integral de los problemas de salud priorizados en asambleas.

Asambleas de Salud

En noviembre de 2016 se realizaron varias asambleas locales de salud en las que se pudo participar. Aunque no fueron recogidas por los grandes medios de comunicación, son una expresión viva de la participación social. Este tipo de instancias democráticas comunitarias son un componente central de la construcción de la participación social en el SNIS (Anzalone 2016).

Asamblea de salud en el SACUDE³¹

En el “SACUDE”, Salud, Cultura, Deporte y Educación, complejo socio-cultural-sanitario del Barrio Municipal de Montevideo³², la asamblea de salud convocó a más de 30 personas entre vecinos y trabajadores. Los primeros planteos recogieron lo que sucedió durante el año, rindiendo cuentas de las comisiones de salud, cultura y deportes (las dos primeras trabajaron muy bien, la de Deportes no logró convocar). En 2016 se alcanzó un gran triunfo para el SACUDE y para el barrio: presentaron una propuesta a Presupuesto Participativo junto con las escuelas, el liceo de la zona y

³⁰Punta Yeguas es una zona del comunal 17 que tiene un parque cogestionado entre vecinos y la Intendencia de Montevideo

³¹El complejo SACUDE integra una policlínica comunitaria (que pasó a gestión del SAS-IM), varias infraestructuras deportivas y un teatro. Funciona con un sistema de cogestión con participación de representantes electos por los vecinos.

³²El barrio Municipal en el Municipio D es contiguo a los barrios Casavalle y Borro. Junto con zonas de los municipios A y F, se concentran en esta zona los peores indicadores sociales del país, son barrios estigmatizados, con altos niveles de exclusión.

vecinos, para construir una cancha polivalente cogestionada por los vecinos y las instituciones del barrio. Se movilizaron y consiguieron más de 500 votos. La iniciativa se aprobó y la cancha comienza a construirse en el año 2017. El tema de la participación está en debate en la asamblea. En 2015 hubo un descenso de la participación en el área de la salud pero en 2016 se logró recuperar el funcionamiento de la comisión de participación de la policlínica. Desde la subcomisión de salud del Sacude estudiaron los problemas de la zona y llevaron propuestas a la Asamblea de Salud del municipio. Los vecinos afirman que la recuperación de la participación se dio porque “se sintieron escuchados por las autoridades”. Sobre fin de año se concretó el ingreso de más funcionarios (IM) y ahora el Sacude puede plantearse más actividades con otras instituciones de la zona, en particular reforzar la alianza con los centros educativos. Además se crearon más talleres, uno de guitarra, y otro para niños chicos de 4 y 5 años. Se proponen llegar a las situaciones de mayor vulnerabilidad en el barrio, creando un espacio donde técnicos y vecinos puedan encarar conjuntamente estos casos. No va a ser solo un espacio de técnicos. La cogestión del SACUDE con participación de los vecinos es una realidad cotidiana. Los tres talleres en que se dividió la Asamblea discutieron propuestas para el 2017 con múltiples ideas y proyectos.

Asamblea de salud en Punta de Rieles³³

En Punta de Rieles la Asamblea de Salud se realizó en el teatro de la zona, convocada por la policlínica IM y vecinos organizados. En esta zona vienen haciendo asambleas temáticas. Hace un tiempo hicieron una sobre el Dengue. Pero esta vez la asamblea es para recibir el proyecto Microorganismos Eficientes Nativos (MEN) y ver las posibilidades de replicarlo en la zona³⁴. Más de quince niños de la Escuela Nro. 319 de Casavalle (Municipio D) fueron con sus maestros a explicar a los niños de la Escuela Nro. 338 de Punta de Rieles, vecinos de la zona, funcionarios de la policlínica y del Municipio cómo fue la aventura científica que les permitió crear un producto que abate la contaminación ambiental en hogares, pozos negros y cañadas utilizando formas de control biológico. Coordinaron con Facultad de Ciencias, el Instituto Clemente Estable y la Facultad de Agronomía. Cuando los niños conocieron la existencia y la forma de crear esos productos, se les ocurrió hacerlos ellos mismos. “Vamos a salir a cazar los microorganismos” dijo una niña. “Porque estamos llenos de microorganismos. El problema fue cómo separar los microorganismos buenos de los malos. Para eso aprendimos a hacer “trampas de arroz” para capturar los microorganismos.” En uno de los experimentos la utilización de los MEN durante tres semanas en un pozo negro permitió reducir 100 veces la contaminación con colibacilos. Siete veces tuvieron que hacer el experimento para que en la última ocasión alcanzaran su objetivo. Casavalle, como Punta de Rieles, son barrios con muchas zonas sin saneamiento y los pozos negros con frecuencia son fuentes de contaminación

³³Punta de Rieles es una amplia zona del municipio F con fuerte presencia de asentamientos.

³⁴ver <http://municipiod.montevideo.gub.uy/node/3004>

más que soluciones. Múltiples problemas de salud se originan en esta contaminación del medio ambiente, del barrio y del hogar. Hace pocos años un proyecto de investigación/acción de la IM con Facultad de Medicina, ASSE y algunas mutualistas relevó que en algunos barrios de Montevideo 85% de los niños estaban parasitados y casi la mitad multiparasitado. Esta asamblea inició un proceso cuyo objetivo es cuidar el medio ambiente y prevenir enfermedades en el barrio. La idea es tomar la experiencia de Casavalle y llevar adelante el proyecto en Punta de Rieles con los niños y vecinos como protagonistas, saliendo a conversar con el barrio en 2017.

Asamblea de salud del Cerro

El 18 y 19 de noviembre se realizó la Asamblea de Salud del Cerro de Montevideo con instancias de debates viernes de noche y talleres durante el sábado. “Desde el nacimiento en 2004 de la Organización de Usuarios de Salud nos pensamos como un actor comunitario político-social, no sólo de demanda sectorial sino para articular y desarrollar propuestas con todos los actores del territorio” decían en la convocatoria. “Concebimos la salud de un modo integral, como calidad de vida y pleno ejercicio de derechos. La invitación al encuentro la hacemos extensiva a vecinos y vecinas, y al más amplio abanico de actores sociales identificados con el trabajo para mejorar las condiciones de vida de los habitantes del municipio A. A doce años de las reformas y puesta en marcha de los programas sociales se hace necesario pensar-problematizar los avances y dificultades en la aplicación del cambio del sistema de salud y la implantación del nuevo modelo de promoción de salud. También evaluar el impacto de los programas sociales llevados adelante en nuestra zona. En el análisis pretendemos incluir la percepción de cambios y necesidades en temas como: salud, trabajo, educación, violencia, vivienda, uso de espacios públicos. También proponemos este encuentro para visibilizar la red de actores sociales, revisar nuestras prácticas de promoción de salud, hacer conciencia de la trascendencia de las tareas desarrolladas en territorios y dar más fortaleza a la organización más amplia de vecinos y vecinas.”

En la Asamblea el relato de cómo se gestó el movimiento de usuarios en el Cerro se fue ensanchando con discusiones sobre el rol de las instituciones y de los vecinos, de los problemas de salud y sus causas, debates sobre las acciones para cambiar profundamente realidades marcadas por la fragmentación social. “Cuando nosotros empezamos con este proceso éramos los concejales vecinales³⁵ de la zona 17. Detectamos los problemas de salud en seis reuniones por barrio dentro del Cerro. Un problema importante era la hepatitis porque ponían “robadores”³⁶ a los pozos negros y contaminaban todo el barrio. Donde se hizo saneamiento ya no existe ese problema.”

“Si no se interactúa no se va a lograr nada. Nosotros podemos pasar de la dependencia a la

³⁵Los Consejos Vecinales son organismos sociales electos por los vecinos que forman parte del proyecto de descentralización participativa en Montevideo desde los años 90, con el gobierno del Frente Amplio.

³⁶Se denomina “robador” a caños que drenan parte de los líquidos de los pozos negros hacia las cañadas y generan una gran contaminación ambiental.

independencia pero el éxito viene con la interdependencia” afirma uno de los participantes.

“Tenemos que reivindicar el derecho a participar, a ser consultados. Tenemos que seguir trabajando para conquistar espacios que hagan posible la participación en la toma de decisiones” sostiene otra. La denuncia de la situación del asentamiento en “La Fortaleza” formó parte de las discusiones, con la presencia de varios de sus moradores.³⁷

En suma las Asambleas de Salud en las distintas zonas son instancias participativas destacables. La participación de la comunidad en la definición de prioridades y acciones sobre los problemas de salud, la rendición de cuentas y elaboración de propuestas, los intercambios horizontales entre vecinos, trabajadores, instituciones de la salud y otras fuerzas sociales de la zona, son considerados por muchos actores como elementos fundamentales del cambio en el modelo de atención que promueve la reforma de la salud.

Asamblea anual del Movimiento Nacional de Usuarios

Más de sesenta delegados de los distintos departamentos del país se reunieron el 26 de noviembre para analizar lo realizado en 2016 y pensar en las prioridades de 2017. Varios participantes concurrían por primera vez a esta Asamblea Anual. Desde los informes se destacó que la impronta en 2016 fue recorrer el país promoviendo la participación. Se definieron compañeros para trabajar en las regiones junto con ASSE, en las Juntas Departamentales de Salud y promoviendo la instalación de Julosas. “Se ha avanzado más de lo que se ve”, señalaron. Llegaron más de una vez a visitar las localidades y se participó en los Consejos de Ministros abiertos en el interior³⁸. Destacan el logro de vínculos para que se cumpla efectivamente lo que dicen los documentos. “No es menor haber podido mantener una reunión mensual del movimiento” con participación de delegaciones de Interior y Montevideo. Tuvieron la posibilidad de asistir al Diálogo Social organizado por el gobierno nacional y presentaron allí un documento. Mantienen un diálogo fluido con el Ministerio de Salud Pública. Ante el reclamo de muchos integrantes iniciaron los primeros talleres de formación en el departamento de San José. Lo hicieron a pesar de no tener los apoyos solicitados al MSP. El presidente de la JUNASA, presente en la reunión, comprometió recursos para el año 2017 en la capacitación de usuarios. Este tema aparece como una de las prioridades para el próximo período junto a la capacitación de los trabajadores. En ese sentido varias opiniones destacan la necesidad de avanzar en la parte humana, la ética y el compromiso en la atención a la salud con centro en los usuarios. También surgen reclamos de que los controles del MSP sean más estrictos. La Asamblea discute como prioridad para el 2017 la elección de los representantes sociales en la salud poniendo en consideración un documento elaborado hace tiempo al respecto. En el intercambio surgen afirmaciones significativas: “El objetivo es poner sobre la mesa los obstáculos

³⁷Para ampliar ver : <https://cuadernosdeltaller.com/2016/11/24/50-familias-con-una-canilla-de-agua-por-jorge-bentancur>

³⁸ El gobierno nacional ha realizado en diversas oportunidades reuniones abiertas del Consejo de Ministros en localidades del interior del país donde se recogen planteos de la comunidad.

que existen para el avance del SNIS. Entre otros hay renta escondida en el funcionamiento de los servicios, no se prioriza de verdad el Primer Nivel de Atención, los fondos de la sobrecuota de inversión no se abocan al Primer Nivel y nunca pasan por ámbitos con participación social”. “Dicen que hay déficit en las mutualistas pero no se habla de cuánto ganan los que dirigen las instituciones”. “La reforma de la salud está estancada. Hay cuatro o cinco cuellos de botella que están trancando la reforma.” “Hay que revitalizar la Red de Atención de Primer Nivel para descongestionar las urgencias de los hospitales. No se invierte en el Primer Nivel porque el negocio es la enfermedad”. “La lucha cultural y política pasa por instalar en la opinión pública que hay que atender los determinantes de la salud”.

Movimientos de Usuarios de la Salud

La presidenta en ese momento del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada, Elisa Sánchez relata que el funcionamiento de la organización se basa en reuniones mensuales con delegados de todos los departamentos. “Los lugares del interior más alejados tienen hoy un rebrote de la participación” destaca. El Movimiento tiene una Mesa Ejecutiva que se amplió no solo con la dirección del movimiento sino también con representantes de 4 regiones . En esa Mesa Ejecutiva Ampliada participan también a los representantes en la JUNASA y el directorio de ASSE.

El movimiento de usuarios que se formó en 2005 tuvo posteriormente una serie de escisiones de las cuales la mas importante dió lugar al Espacio Participativo de Usuarios de la Salud que tiene presencia en varios departamentos del país. Más que diferencias programáticas los motivos de la división fueron los énfasis distintos en la participación a nivel de base y su relación con la representación en los ámbitos del SNIS. Las concepciones y metodologías de trabajo diferentes en estos planos (algo frecuente en todos los movimientos sociales) sumados a la forma como el MSP manejó estos temas, dieron pie a la fractura del joven movimiento. En este período de gobierno la representación de los usuarios en ASSE fue asignada por el MSP al Movimiento Nal. De Usuarios y la representación en la Junasa a tres movimientos, Movimiento Nacional, Espacio Participativo y ADUSS (Asociación de Usuarios del Sistema de Salud) que se rotan en el ejercicio. Jorge Moreira representante del Espacio Participativo en la Junasa señala que el principal obstáculo para el desarrollo de la participación social en salud es la fragmentación de las organizaciones sociales. Durante el año 2017 el Movimiento Nacional, el Espacio Participativo y la Organización de Usuarios del Cerro suscribieron una plataforma programática común con el PitCnt (FUS y FFSP) , Onajpu y el SMU.

En suma el Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud y el Espacio Participativo son organizaciones que han mantenido un funcionamiento a nivel nacional con presencia en varios departamentos del país, actuando en Julosas, Judesas, Junasa y en algunos Consejos Asesores por

institución. Aunque las organizaciones de usuarios han reclamado reiteradas veces la realización de elecciones para las representaciones institucionales en el SNIS el Poder Ejecutivo no ha implementado las mismas hasta el momento.

REPRESENTACIONES SOCIALES EN EL DIRECTORIO DE ASSE

ASSE es el principal prestador estatal de atención integral a la salud, con una amplia red de servicios que cubre todo el país, 900 puntos de atención. Es el único efector de salud con llegada en todo el país, el de mayor tamaño en población usuaria y en trabajadores. Tiene un rol social importante y ha realizado avances en el cambio del modelo de atención propuesto por el SNIS, con actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno y rehabilitación.

En el sector público de la salud hay otros efectores importantes como Sanidad Policial, Sanidad Militar, Banco de Previsión Social, Servicios de salud departamentales (el Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de Montevideo y otros), Hospital de Clínicas (Universitario), Banco de Seguros del Estado. Estos servicios de salud con la coordinación de ASSE, conformaron la RIEPS, Red Integrada de Efectores Públicos de Salud, que durante el período 2010-2015 tuvo un fortalecimiento significativo con la aprobación de un Plan Estratégico y la elaboración de 56 proyectos prioritarios de desarrollo sanitario. En el período 2015 en adelante el MSP debilitó el funcionamiento de la RIEPS y varios de los proyectos se discontinuaron.

Para Pablo Cabrera representante actual de los trabajadores en el Directorio de ASSE, la institución ha logrado dar un salto cuali-cuantitativo desde 2005 en adelante. Durante la década del 90 y los primeros años del siglo XXI se había llegado a un deterioro grande de las prestaciones y de la infraestructura. Dicho deterioro tuvo un impacto considerable en la población usuaria vulnerable en todos los aspectos, sanitario, social, económico, cultural. Desde 2005 hubo un quiebre de esa tendencia y en el presupuesto nacional se produjo un incremento sustancial. En una primera etapa como parte del MSP y luego de 2007 como organismo descentralizado. Se ha logrado un desarrollo importante en infraestructura y logística. Cabrera señala que se ha intentado fortalecer los vínculos interinstitucionales a través de convenios de complementación, entendiendo que el recurso ASSE es un recurso país y la duplicación de servicios lo que genera es malgasto. Para la representación de los trabajadores la perspectiva sigue siendo lograr un mayor diálogo entre los sectores privado y público, donde ASSE tiene un papel fundamental, por estar en todo el país y por tener un Primer Nivel desarrollado con un modelo de atención diferente. Muchas veces se informa desde la prensa que los usuarios optan por la cobertura privada cuando tienen posibilidad de elegir. Cabrera, sin embargo, destaca que no todos hacen esa opción y mirando los números “en la apertura del corralito³⁹ hay movimientos hacia el sector privado, pero en el resto del año hay una movilidad

39 El “corralito” fue hasta 2017 una instancia de un mes cada dos años para habilitar el libre cambio de prestador de salud.

hacia ASSE.”. ASSE aumentó sostenidamente la cantidad de usuarios que acceden a la cobertura vía Fonasa, llegando en la actualidad a 500 mil en esa condición de un total de usuarios de 1:200.000.

Martin Pereira, secretario general de la Federación de Funcionarios de Salud Pública afirma que “muchas veces se cuestiona a ASSE por razones políticas. Muchos legisladores no tienen idea lo que es la salud, desconocen la realidad de lo que pasa en el interior. Incluso legisladores del Frente Amplio no salen a recorrer los hospitales.” “Todavía hay muchos que ven a ASSE como un servicio para pobres”. Sin embargo Pereira sostiene que ASSE ha adquirido visibilidad nacional por servicios como el Hospital de Ojos, “una insignia del país, gracias al apoyo de la brigada cubana”. “Debemos mostrar todo lo bueno que se hace en ASSE”. Pereira critica que hay direcciones institucionales que no escuchan a los trabajadores y reclama “una discusión a nivel nacional, compromiso de los legisladores y diálogo entre trabajadores, usuarios, fuerza política y gobierno”. Sobre la participación social en el directorio Pablo Cabrera considera que el conocimiento profundo de lo que es la institución y los lazos de la institución con el entorno, son fortalezas claras. Destaca que el despacho del representante de los trabajadores es de puertas abiertas. Uno de los vínculos que jerarquiza es la participación de su equipo de representación en una comisión de trabajo del PitCnt, con otros referentes sindicales que representan a los trabajadores en distintos organismos del Estado. Todos los meses hay reunión de este ámbito, que permite poner información en común. Su vínculo más importante es a través de las organizaciones sindicales. La representación en el directorio de ASSE mantiene “el mismo diálogo de siempre con la Federación de Salud Pública”. Aunque también deja claro que, desde ese lugar, tienen apertura para dialogar con otras organizaciones como el SMU y la FEMI, o también organizaciones de colectivos con base científico-académico, que también están en ASSE. Entre sus propuestas en la conducción de ASSE está la comunicación como un valor fundamental, la capacidad de ser horizontales, de saber informar y comunicar. “Cuando uno pretende avanzar en determinados procesos si no comunica bien, si no se informa a los involucrados, los resultados no son eficientes”. Hay una debilidad que considera puede ser una fortaleza en sí misma: “la participación social no se ve como un efector político más del gobierno”. Hay una separación clara de los representantes del Poder Ejecutivo y la participación social en el directorio, que no tienen el mismo rol, dice Cabrera. Cabe señalar que en la representación de los trabajadores desde 2007 hubo una primera etapa donde se generaron muchos cuestionamientos a formas de conducta que culminaron con una actuación del Poder Judicial y la renuncia de los representantes. Autocrítica mediante la representación sindical actual adoptó otra forma de trabajo y posicionamiento con el respaldo de la FFSP y el Pit Cnt. Natalia Pereira, representante por los usuarios en el Directorio, afirma que “lo que tiene ASSE por delante es el desafío de mejorar las prestaciones porque tiene la responsabilidad de tener la mayor

cantidad de usuarios del país. Debe asumir una perspectiva estratégica para responder a las necesidades en tiempo y forma, y con servicios de calidad”. Otro de sus desafíos es, en su opinión, poder retener a sus recursos humanos y apostar a la formación continua. Pereira destaca como fortalezas de la participación social en ASSE la visión del territorio y la posibilidad de poder volcarla en la toma de decisiones. “Poder evaluar si las decisiones que se toman son positivas para los usuarios o no, y poderlas direccionar en función de sus intereses”. Señala asimismo que hay una mirada diferente de la población cuando interactúa con un integrante del Directorio que tiene legitimidad social. En la interna institucional es una fortaleza contar con información amplia y de primera mano. Pone como ejemplo la reacción de delegaciones extranjeras cuando visitan al directorio de ASSE y se encuentran con un organismo que tiene representantes sociales. Siempre preguntan si los usuarios tenemos voz y voto, si acceden a toda la información. Allí se explica que los directores sociales tienen todas las responsabilidades y los derechos del cargo.

Valorando las dificultades Cabrera señala que ASSE es una institución muy grande, y muchas veces la posibilidad de llegar a todos los puntos es muy compleja. Son un 1:200.000 usuarios distribuidos en todo el país. “Muchas veces no podemos llegar a la gente en tiempos adecuados”.

Para Natalia Pereira, desde el punto de vista de la participación, el desafío es cumplir con lo que está previsto que es el funcionamiento de los Consejos Honorarios Asesores y “entender de qué se trata la herramienta”. Estos procesos significan aprendizajes, subsanar errores y omisiones.

Entre los múltiples esfuerzos que se realizaron para promover la participación social por parte de ASSE, vale la pena rescatar uno que se llevó adelante en el año 2013 para conformar Consejos Honorarios Asesores Departamentales (C.H.A.D.). Desde comienzos de ese año la presidenta de ASSE solicitó la colaboración de la Dirección General del SNIS (Di.Ge.SNIS) para la reglamentación de los artículos 10 y 11 de la ley 18.161 de Descentralización de ASSE que establece la conformación de los Consejos Honorarios Asesores a nivel nacional, departamental y local. La estrategia definida en su momento fue promover la elección de los representantes sociales de los usuarios, preparándola a través de una serie de actividades de información y difusión departamento por departamento, con participación de integrantes de la Di.Ge.SNIS, representantes de los usuarios en el Directorio y mandos medios de ASSE. Luego de varios intercambios se llega a la resolución 1408 de abril de 2013 que reglamenta dichas instancias de preparación y en octubre la resolución 3832 del Directorio aprueba el plan de trabajo. En esos meses se realizan reuniones amplias con usuarios y trabajadores de ASSE en Rivera, Tacuarembó, Salto, Artigas, Paysandú, Río Negro, Cerro Largo y Treinta y tres. Los contenidos de estas actividades estuvieron centradas en tres ejes principales: a) Sistema Nacional Integrado de Salud y participación social en salud; b) marco legal de ASSE para la participación en salud y c) funcionamiento de los C.H.A.D. en ASSE.

Algunos usuarios señalaron también una serie de dificultades en los servicios que brinda ASSE y en el relacionamiento con las autoridades. Junto al reconocimiento de los avances, algunos usuarios señalaron enfáticamente que no existe una actitud de escucha a nivel de los responsables institucionales. También propusieron realizar actividades de ese tipo en las localidades del interior de cada departamento. Se discutió sobre las dificultades de complementación público-privado en cada departamento y la incompatibilidad que perciben los usuarios entre el desempeño de roles de dirección en el subsector público y tener relaciones de dependencia laboral en el sector privado. Estos intercambios informaron sobre los lineamientos generales de ASSE y el MSP a la vez que pusieron sobre la mesa problemas de funcionamiento de los servicios y permitieron analizarlos junto con los usuarios. En cambio no parecen haberse tratado los problemas de salud prioritarios de esas poblaciones y la forma integral de abordarlos desde lo local. La participación social se orientó a la elección de los representantes de los usuarios en los Consejos Asesores Departamentales, prevista para el año 2014, que finalmente no pudo realizarse por coincidir con las elecciones nacionales. De acuerdo a un informe de ASSE en 2018 existen un total de 23 Consejos Consultivos funcionando. Hay Consejos Consultivos en 13 Hospitales del interior y en 8 Redes de Atención de Primer Nivel RAP ASSE. En otros dos departamentos funciona un Consejo Consultivo conjunto entre hospital y Rap. En otros departamentos los responsables institucionales informan de que están procurando su conformación. Destaca la ausencia de Consejos Consultivos en los grandes hospitales de Montevideo y en la mayoría de los Centros de Salud de la capital. En suma la representación de los trabajadores en el directorio de ASSE logró superar un conjunto de problemas iniciales, consolidando un posicionamiento que promueve el desarrollo global de ASSE con fuerte respaldo de la FFSP y el PitCnt. La representación de los usuarios asume asimismo una actitud de compromiso con el fortalecimiento de la institución. Si bien no hay una estructura de participación en todo el país, existen 23 Consejos Consultivos funcionando.

Participación social en las instituciones, en la base territorial y en la conducción nacional

Esta multiplicidad de ámbitos y niveles de participación ha permitido una experiencia variada para el SNIS, con efectos en las instituciones y en los actores sociales. Con luces y sombras, con factores favorables y obstáculos importantes, abrieron un camino para el desarrollo del Sistema. Con el riesgo de la captura corporativa de espacios de poder, macro y micropoderes, con el peligro de la inercia institucional que sostiene los status quo, pero también con la posibilidad de ir construyendo mecanismos democratizadores en la salud que generen el involucramiento mayor de la sociedad sobre el proceso salud-enfermedad-cuidados.

CAPÍTULO 9 : FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

Los usuarios como nuevo actor social

La constitución de los usuarios como actor del SNIS es un paso destacable. Elisa Sánchez presidenta del Movimiento Nal de Usuarios, afirma que lograron “ser un colectivo con alcance a nivel nacional, con una comunicación llana. Hay una cultura cívica para participar que viene de la militancia de otros tiempos”. Daniel Baldasari secretario general de ONAJPU señala que “la experiencia muestra que la participación social es la única forma de hacer que esos procesos no se desvirtuen y se profundicen. Sin participación no hay soluciones duraderas y permanentes, que no estén sujetas al vaiven de lo que pueda ocurrir a nivel gubernamental”.

Las organizaciones de los usuarios se plantearon ir más allá de la presentación de reivindicaciones o de la gestoría de reclamos individuales por fallas en la asistencia. Puede señalarse como experiencias innovadoras que aportaron al cambio en el modelo de atención, la participación de los usuarios en campañas de prevención y promoción, en la identificación de problemas prioritarios en el territorio, en la consideración de los determinantes económicos, sociales, ambientales, conductuales, de la salud y la enfermedad, así como en las acciones intersectoriales. Baldasari menciona como ejemplo la participación de ONAJPU en la implementación de la Operación Milagro, un dispositivo para resolver los problemas visuales de decenas de miles de personas.

Jorge Bentancour de la Organización de Usuarios de la Salud del Cerro sostiene que “la verdadera fortaleza es que todos los usuarios participen de este proceso. Si el usuario no quiere cambiar de hábitos, mejorar su alimentación, saber que tiene derechos a tomar decisiones, no se consigue una verdadera participación, no fortaleces una democracia a todos los niveles. Una democracia económica, social y política, es la forma de darle sustento a los cambios”.

Para Carmen Millán vicepresidenta de ONAJPU “el control social es uno de los elementos fundamentales, pero no lo lograremos si la gente no se apropia del sistema, conozca sus derechos y aprenda a defenderse. Mas en un sistema médico-centrista”. Millán enfatiza como rol fundamental de la participación social al control y la denuncia de las malas practicas, sobre todo de los problemas cotidianos que viven la mayoría de los usuarios. Para Onajpu no existen politicas enfocadas hacia los adultos mayores. La salud es una de sus principales reivindicaciones.

La capacitación de los usuarios es un tema importante. El desconocimiento de sus derechos por parte de los usuarios es mencionado como un problema por los movimientos de usuarios y por Onajpu. Elisa Sanchez refiere que en el primer período buscaron capacitarse para “traer las leyes al terreno más llano”. En el segundo período no se logró y en este tercer periodo se hizo una

experiencia propia en el Dpto de San José. Sanchez reafirma la necesidad de crear talleres, impulsadas por los usuarios y los trabajadores. Entre los antecedentes está la realización del Curso de Fortalecimiento de la Participación Social organizado por la División Salud de la IMM en 2006 .

Los trabajadores como sujetos de cambio

Vale reafirmar que el programa de las organizaciones de trabajadores de la salud y de la central sindical tienen acuerdos muy importantes con el SNIS. Como ya se ha mencionado la Federación Uruguaya de la Salud definió en su congreso de abril de 2003 un programa sustancialmente similar al que luego aprobó la ciudadanía en las elecciones de 2004 (FUS 2015 pp 165-178). En el gremio médico las Convenciones definieron asimismo lineamientos programáticos similares. En ambos gremios hay una larga tradición de preocupación por los temas programáticos y de propuestas de cambio para la salud, desde sus orígenes como organizaciones.

“Creo que la Participación Social es esencial” sostiene Gustavo Grecco presidente del SMU. “Ha sido así desde la historia. Tanto en el colectivo médico como en las federaciones de trabajadores no médicos. Y también los usuarios. Ellos son la voz de quienes reciben las prestaciones del sistema.”

La participación de trabajadores y usuarios en el Directorio de ASSE “significa avanzar en democracia, incorporar la mirada de los actores sociales como un elemento fundamental en la construcción de cualquier política” sostiene Pablo Cabrera, que hoy representa a los trabajadores en la dirección de la institución pública. El período inicial de la representación de los trabajadores en el Directorio de ASSE ha sido un tema polémico con muchos cuestionamientos ⁴⁰. Pablo Cabrera asume una mirada autocrítica, “la primera experiencia en ASSE no fue satisfactoria...la toma de decisiones para ocupar un lugar en el directorio no fue la más acertada y eso dio lugar a errores. Creo que aprendimos y en esta etapa estamos tratando de construir un camino diferente”.

En la JUNASA la representación de los trabajadores fue asignada por el PTCNT a la FUS desempeñando un rol activo y crítico en el SNIS. Al mismo tiempo la FUS ha priorizado la capacitación y la elaboración programática a través del Instituto de Formación Sindical para poder desarrollar propuestas actualizadas tanto a nivel nacional como local.

En los Consejos de Salarios del sector privado la FUS y el SMU promovieron y se acordó una capacitación masiva de trabajadores médicos y no médicos con un pago como contrapartida, cuyos temas incluyeron los ejes principales del SNIS. Esta capacitación se realizó en 2016 y 2017 vía web alcanzando a más de 60 mil trabajadores, un hecho inédito a nivel nacional e internacional.

En suma la participación de los trabajadores en la conducción y en la base del SNIS procura un rol activo que no se limita a lo reivindicativo sino que se apunta a transformaciones estructurales.

Interinstitucionalidad y participación social

40 El procesamiento por parte de la justicia del anterior representante de los trabajadores en el Directorio generó una ola de críticas públicas, que en muchos casos iban más allá de la actuación individual para buscar erradicar toda participación social.

Ricardo Larrañaga destaca (refiriéndose al Cerro) “el hecho que en las reuniones de usuarios esté presente gente que trabaja con la primera infancia, gente que trabaja en el Parque Punta Yeguas, gente que trabaja en salud mental, en recreación, en el área social del Municipio y en el Policlínico Móvil, son fortalezas”. También considera una fortaleza tener una reunión mensual con actores de la salud, como la dirección del Centro de Salud del Cerro, la dirección regional de la Div. Salud de la IMM, junto a enfermeros y trabajadores del Policlínico Móvil y de policlínicas del municipio. La creación de ámbitos interinstitucionales de los sub-sectores público y privado con la participación de actores sociales es una fortaleza a destacar. Este lineamiento atraviesa toda la estructura del SNIS desde la JUNASA a las JUDESAS y JULOSAS. Pero además es una estrategia que ha permitido experiencias locales de conjunción de miradas y esfuerzos.

Alianzas entre usuarios y trabajadores

La creación del Movimiento en Defensa de la Salud de los Uruguayos en 2013 expresó una alianza entre trabajadores y usuarios logrando la recolección de más de 56 mil firmas por una plataforma de mejoras en la atención a la salud. El movimiento se planteó la elaboración de propuestas y el desarrollo de acciones de masa para lograr la profundización de la reforma de la salud en curso. Entre los objetivos del Movimiento se planteó luchar por “la complementación entre el sector público y privado en todo el país, el acceso a la tecnología, la disminución del valor de tickets y órdenes, el acortamiento de tiempos de espera para acceder a las consultas por parte de los usuarios, tratando de lograr que la salud sea un derecho social y no una mercancía”.

En la marcha y el acto cuando se entregaron las firmas a la ministra en 2013, Fernando Pereira, presidente del Pit Cnt afirmó que “el SNIS fue la principal reforma” pero agregó que “los uruguayos, si bien reconocemos ese logro, vamos por más. Creer que porque uno subió dos peldaños de la escalera no va a seguir peleando es regresivo y conservador”.

Evangelio Nuñez del Movimiento Nacional de Usuarios sostuvo que “la tarea no culmina acá, hay que dar la lucha cotidiana para que la reforma de la salud no se desvirtúe”. La ONAJPU (Oscar Moreno) por su parte recordó que “el SNIS fue rechazado por mucha gente, y fue la clase trabajadora, junto con los jubilados y los usuarios, quienes lo sacaron adelante”. Agregó que “la lucha del movimiento es porque como está hoy el SNIS no nos está alcanzando a los jubilados”.

Jorge Bermúdez secretario general de FUS enfatizó que se trataba de un día histórico por el hecho de que “se está estableciendo un movimiento” que “responde a la mejor historia del movimiento sindical, a favor de los cambios”. Afirmó asimismo que “la reforma de salud del gobierno frenteamplista es parte de un proceso de cambio que dio muchas ventajas a las clases populares” pero que “no hay que conformarse con los cambios si éstos se detienen”. Bermudez que “democracia e inclusión es tener el mismo nivel de atención en todo el país” y convocó a

profundizar el SNIS para lo cual “van a tener que pisar algunos callos del empresariado”.

Luego de un período de reflujo de la movilización, desde el PITCNT se reafirmó la idea-fuerza de recomponer el Frente Social de la Salud, elaborando un programa común para la etapa y aportando propuestas conjuntas al Diálogo Nacional de Salud. El documento acordado en julio 2017 por FUS, FFSP, PITCNT, ONAJPU, SMU, Mov. Nal de Usuarios, Espacio Participativo de Usuarios y Organización de Usuarios del Cerro es una referencia social, programática y política importante para el SNIS. Fue recogido en el libro “A 10 años de iniciada la Reforma Sanitaria” (MSP 2018).

En ese sentido cabe señalar como fortaleza de los movimientos sociales su capacidad de propuesta. Un ejemplo de ello es la propuesta de FUS en marzo de 2017 de convocar a un Diálogo Nacional de Salud para discutir los rumbos de profundización de la reforma. Dicha propuesta fue acogida favorablemente por el Ministerio de Salud Pública y se concretó durante los meses de mayo, junio y julio de 2017. Es una fortaleza de la reforma que las autoridades gubernamentales tengan la disposición a escuchar y crear este tipo de ámbitos. Así como era una debilidad la ausencia de instancias de reflexión y debate sobre el estado de la reforma y sus perspectivas.

Existe un antecedente reciente a tener en cuenta. Durante el año 2016 el gobierno nacional llevó adelante un Diálogo Social en múltiples áreas temáticas, incluyendo la salud. Sin embargo las características del mismo en lo que refiere a Salud ⁴¹ adolecieron de varios problemas importantes: no priorizaron temas, incentivando una dinámica de catarsis y dispersión. No se concretaron en propuestas que contribuyeran a definir la agenda futura de la reforma. Las fuerzas sociales fueron separadas, sin coordinación entre ellas. No hubo un debate claro, tuvo poca difusión pública, no hubo convocatorias y movilización de masas al respecto. El proceso llevado adelante en 2017 con el Dialogo Nacional “A 10 años de iniciada la Reforma Sanitaria” corrigió casi todos estos aspectos. El MSP armó una agenda de temas prioritarios, presentó documentos-base a cada jornada e interactuó con las organizaciones sociales en los debates. La FUS presentó documentos en todos los temas y luego todo el Frente Social se unificó en 21 propuestas de fondo para el avance del SNIS. El documento programático común del Frente Social fue presentado públicamente en un PITCNT lleno, posteriormente se realizó un acto de masas en la calle y luego cuatro encuentros regionales en Artigas, Minas, Mercedes y San José. En su 18 Congreso en abril de 2018 la FUS reafirmó la plataforma programática del Frente Social. Cabe señalar que el MSP hasta el momento no ha dado respuestas claras a las propuestas presentadas por el Frente Social.

En el último trimestre del 2017 el Frente Amplio como fuerza política impulsó una campaña de movilización y debate llamada “Construyendo Salud. Por una segunda generación de reformas” que incluyó un lanzamiento central, asambleas abiertas en todos los departamentos del país, instancias

41 En otros temas como las Políticas Públicas de Alimentación la dinámica del Dialogo Social fue diferente y se llegó a acordar un documento importante tanto por sus líneas estratégicas como por sus propuestas inmediatas.

barriales y un Encuentro Nacional de Salud. El mensaje público de esta campaña reconoce y valora los aportes del Frente Social de la Salud y retoma sus propuestas principales. Profundizar la participación social se propone como uno de los ejes fundamentales de esta campaña.

Durante un largo período se instaló la idea de que el SNIS ya estaba completado y ahora se trataba de mantenerlo en funcionamiento. Gustavo Grecco (SMU) afirma que el SNIS no ha profundizado aspectos que son sustanciales, “la necesidad de una segunda reforma, o hacer lo que estaba planificado hacerlo. Hay falta de liderazgo político y dificultades para tomar decisiones que afectan intereses económicos muy poderosos”. “El mayor deber que tiene el sistema es cumplir con la universalización del sistema incluyendo a toda la población. Para que realmente sea un sistema integrado de salud y que todos se ajusten a las mismas reglas de juego” agrega.

Hasta el momento no se incorporó en Uruguay la experiencia de Conferencias sobre Salud que jugaron un papel tan relevante en la construcción del SUS (Sistema Único de Salud) en Brasil. Conferencias cada dos años con temáticas priorizadas, preparación en cada territorio, aportes de la academia y de los movimientos sociales, organizadas y lideradas por la autoridad sanitaria, serían un oxígeno para la reforma y así lo han reivindicado los movimientos sociales.

Un ejemplo anterior en esta dirección fue el “Ciclo de encuentros sobre la Reforma de la Salud en Uruguay” organizado durante 2012 y 2013 por la Dirección General del SNIS del MSP, el Dpto de Medicina Preventiva y Social de Facultad de Medicina y la OPS. El Curso sobre Profundización del SNIS y Participación Social que organizó el Instituto de Formación Sindical de FUS en abril de 2017 fue otra instancia de reflexión ordenada sobre Modelo de Atención, Financiación, Nudos Críticos del SNIS y Participación Social. Por un mecanismo de teleconferencia este curso se llevó adelante en cinco departamentos simultáneamente que agruparon en regiones a todo el país, convocando a sindicatos de la FUS, organizaciones de usuarios, Onajpu y otros sindicatos. La metodología de este curso combinó conferencias centrales, trabajo en talleres, puesta en común y elaboración de proyectos. En 2017 el MSP inició un Ciclo de Coloquios que aborda temas importantes para las estrategias de salud, colectivizando información necesaria, abriendo debates significativos aunque sin ámbitos participativos. Las Jornadas sobre Recursos Humanos convocadas por el MSP han sido también instancias de debate .

En suma la ausencia de ámbitos amplios de análisis de la reforma debilita la participación social y todo el proceso de construcción del SNIS. Cuando se han dado pasos como el Dialogo Nacional en Salud los resultados han sido positivos, los debates enriquecedores y disparadores de procesos de cambio. La unión de las organizaciones sociales de la salud en una plataforma programática común y su respaldo con movilizaciones en distintos puntos del país es un avance para la participación.

Debilidades , errores, autocríticas, aprendizajes

El tema de la participación no es externo al conjunto de los desafíos y dificultades más generales del SNIS. El secretario general de FUS Jorge Bermudez ha insistido reiteradas veces que el sistema sanitario está en zona de peligro. Si bien en el primer período se avanzó mucho “en algunas zonas la reforma está estancada y en otras está retrocediendo”. Uno de los factores que dificulta la participación social es la falta, en reiteradas ocasiones, de una “hoja de ruta” de la reforma que identifique los objetivos tácticos y estratégicos de cada período a través de “hitos” visibles. Para convocar a la población a participar hacia la consecución de esos objetivos es necesaria claridad en los mismos y el involucramiento de las organizaciones sociales en su elaboración. Junto a los procesos en cada territorio es necesaria una incidencia en la escena política nacional, sin la cual la acumulación de fuerzas se hace mucho más difícil.

Por otro lado en las organizaciones de usuarios inciden problemáticas más generales del país y de los movimientos sociales. Elisa Sánchez del Movimiento Nal de Usuarios refiere que “la centralización del país en Montevideo es un factor que influye, porque se piensa que todo está concentrado en la capital”. En un sentido similar Natalia Pereira sostiene que “una dificultad para incidir en la agenda pública de la salud son las diferencias entre lo que es la atención de salud y la participación en Montevideo y lo que es en el interior del país y en particular en el interior profundo”. Una agenda adecuada debe reflejar cada realidad. No es lo mismo incluso la realidad de unas zonas de Montevideo que otras, agrega Pereira.

Gustavo Grecco del SMU pone en cuestión la cultura e idiosincrasia uruguaya en términos de salud y políticas sanitarias porque “atentan contra todos estos aspectos de cambio que hablamos. Si no logramos que la sociedad se empodere de estos cambios, no avanzamos. La sociedad uruguaya tradicionalmente ve en el sistema de salud una cuestión de status y pertenencia. Ser de una determinada mutualista o de un seguro privado son una señal de prestigio. Ir a un hospital es una cuestión de pobres. Ese patrón cultural atenta contra todo lo que nos proponemos con la reforma. Es un problema grave para lograr los cambios.” También Baldasari de ONAJPU se refiere a este punto al analizar la opción por prestadores privados que realizan jubilados con bajos recursos.

En suma la participación social no es resultado exclusivo de la constitución de ámbitos formales en el SNIS, ni solo del accionar de los movimientos sociales, sino que recibe fuertes influencias del desarrollo general de la reforma, de sus nudos críticos y también de los procesos culturales, sociales, ideológicos de la sociedad toda.

Participación social y capacidad de decisión

La relación entre participación y capacidad de decisión es un tema polémico. Para Elisa Sánchez “la participación en salud se mueve en la antigua concepción de la participación, por eso la mayoría son gente mayor, jubilada”. Eso también pone límites a la participación. Cuestiona asimismo que “los

directores departamentales tienen poder de articular. Pero los usuarios son independientes. Tenemos la trampa de que no somos vinculantes”. “Podemos decir y denunciar muchas cosas pero ellos ya saben como es el juego. Se tienen que bancar lo que decimos porque saben que no resolvemos”.

Un ejemplo para ella son las especialidades que tienen de rehen al usuario y traducen su poder en mayores ingresos para ellos. En ese caso los usuarios no lograron alinear los actores que pueden revertir la situación. El documento presentado por el Movimiento Nacional de Usuarios en el Diálogo Social de 2016 afirmaba: “La participación discursiva, excluyente, no tuvo en cuenta la autonomía de la participación de los usuarios como parte de la elaboración y planificación de los programas y su posterior evaluación. Aún hoy seguimos no tenidos en cuenta a la hora del análisis, elaboración y control de las Políticas en Salud. Nuestros saberes no son importantes para el Sistema, porque no son vinculantes”.

Existen opiniones que cuestionan el carácter consultivo de varias de las instancias de participación previstas, señalando que al no ser vinculantes son desestimadas por los que toman las decisiones (gobierno e instituciones). Cabe señalar de todas maneras que el diseño institucional del SNIS permite que tanto los Consejos Asesores y Consultivos como las Jueces y Julos, eleven sus propuestas a la Junasa para ser consideradas y/o aprobadas allí. Vale analizar porqué no se ha utilizado más este recurso. Es decir que junto a la posibilidad o necesidad de nuevas normas que amplíen las potestades decisorias de la participación, corresponde analizar cómo se han utilizado las que ya permiten las normas vigentes.

Desde otra perspectiva puede preguntarse si entre una instancia consultiva con participación de muchas personas y una instancia decisoria donde concurren muy pocas, no es más democrática y tiene más incidencia la primera. Por otro lado hay momentos en que una medida puntual, episódica, a veces menor, desencadena un cambio cultural mayor, influye en los comportamientos colectivos, se transforma en una señal y una bandera de transformaciones mucho más trascendentes.

Gustavo Grecco (SMU) cuestiona que “la participación social no tiene el desarrollo ni las herramientas para que la participación sea realmente productiva. Para la estructura de los usuarios, en un espacio como la Junasa, eminentemente técnico, se hace difícil seguir los temas. Los usuarios deben tener las herramientas y una injerencia mayor. Tampoco el SMU tiene el peso necesario. Las decisiones llegan a Junasa para ser validadas. El rol de las organizaciones sociales no tiene el peso que deberíamos tener. No tenemos posibilidades de aportar como podríamos.”

En suma el carácter decisorio de los ámbitos de participación es un aspecto reclamado por los movimientos de usuarios. Al mismo tiempo hay problemas de representatividad y de capacidad de llegada y escucha amplias a la población usuaria. Los procesos de participación pasan por momentos de alza y de baja, por instancias masivas y otras de reflujo, por instancias consultivas y

otras con más poder de decisión. Importa considerar el sentido global, la direccionalidad de los procesos, las modificaciones de las correlaciones de fuerza, para ver hasta donde se llegó y todo lo que falta. Se trata de procesos complejos, multicausales, que resisten las visiones reduccionistas. A su vez la participación debe pensarse a sí misma para poder avanzar. No es el “resultado natural” de los procesos sociales, sino construcciones que no se agotan en una instancia o en un diseño institucional. Por el contrario como todo proceso social requiere de un análisis más profundo sobre roles, mecanismos y objetivos de dicha participación en cada momento histórico y cada etapa, evaluando el camino recorrido y mirando hacia adelante.

División en el movimiento de usuarios

Se trataba de “pasar del yo a nosotros y de nosotros a todos” fundamenta Jorge Bentancour. “Pero en muchos lugares había otra cultura de participación. Hubieron desentendimientos que no supimos explicar, conciliar, encauzar entre prácticas más horizontales y prácticas más verticales, entre prácticas más participativas y prácticas más delegativas. Si hubiéramos entendido eso como un problema hubiéramos tratado de deconstruir los hábitos equivocados y generar una nueva cultura de participación lo más democrática posible.”

Esos debates mal procesados llevaron a la división del movimiento de usuarios en dos corrientes, el Movimiento Nacional de Usuarios y el Espacio Participativo de Usuarios de la Salud. Luego también hubo otras escisiones y se fue generando un cierto proceso de fragmentación.

Para Natalia Pereira representante del Movimiento Nacional de Usuarios en el directorio de ASSE “la división entre las organizaciones partió de designar a una organización para un ámbito y otra para el otro, sin haber definido criterios y formas comunes de vincularse con la institucionalidad. Fue una opción de reparto sin trabajo previo, sin acuerdos. Las organizaciones no fueron capaces de resolver por sí solas esta problemática. Desde las autoridades no se jerarquizó ni se pensó en una estrategia para fortalecer esta participación.”

“En un momento que habían dos posiciones claramente diferenciadas. Planteamos el camino de las Asambleas Representativas y otra gente venía con los vicios de los aparatos políticos, nombrando a dedo los delegados en los distintos lugares. Eran formas de crecer pero sin una participación real, y sin un trabajo sobre los factores de riesgo” sostiene Jorge Bentancour.

La reflexión autocrítica de Bentancour va más a fondo: “Desde estas experiencias se puede decir que teníamos una teoría y la pusimos en práctica, y no dió todos los resultados que esperábamos pero ellas pueden contribuir a generar una nueva teoría”. “Hay cambios a tener en cuenta. Tal vez pensamos que el proceso para pasar del “yo” a “nosotros” iba a ser más rápido. Hay pautas culturales que operaron como obstáculos en ese sentido”.

Natalia Pereira del Movimiento Nacional de Usuarios autocritica que “no hemos logrado

consolidar las organizaciones de usuarios como proyectábamos en un comienzo. Con los espacios de participación a nivel nacional deben ser organizaciones fuertes las que estén detrás”. Y agrega que existe “una debilidad de la participación, que viene de las dificultades de las organizaciones de usuarios de no poder sentarse juntos para definir formas de incidir en las políticas públicas en general”. Pereira insiste en que no tiene sentido competir entre las organizaciones de usuarios. “Incluso para llegar a la opinión pública y ser visualizados por los medios de comunicación. Los medios de comunicación no visualizan a las organizaciones de usuarios como protagonistas”. La incapacidad para encontrar la forma de integrar la pluralidad de opiniones y estrategias manteniendo la unidad lleva a Bentancour a reflexionar que “faltó un liderazgo natural que tuviera peso a nivel nacional para abrir el juego a la participación. Nosotros tenemos parte de responsabilidad porque teníamos un rumbo para donde ir pero no tuvimos la capacidad de plantear un debate sobre estas temáticas a nivel nacional. Evitábamos un enfrentamiento público con otras actitudes dentro del joven movimiento. Era fácil repetir las pautas culturales ya establecidas.”

Elisa Sánchez del Movimiento Nacional de Usuarios da cuenta de algunas de las consecuencias de este proceso y fundamenta que “las “chacras” nos están haciendo mal. “Hay gente desgastada. Gente que debería apoyar va solo a tirar piedras”. Destaca que la organización de los usuarios tiene creatividad para poder sortear las dificultades. “Y eso está bueno. Aunque no haya disponibilidad económica”. La ausencia de recursos económicos para las actividades de los usuarios es un problema destacado por el Movimiento Nacional. Nelson Sena, representante del Movimiento Nacional de Usuarios en la Junasa, insiste en ese punto como un indicador claro de los obstáculos que la institucionalidad pone a la participación social. Natalia Pereira señala que el financiamiento de la participación es una debilidad. “No tanto a nivel nacional porque hay algunos rubros previstos por ley que permiten tener una sede central y un mínimo de funcionamiento, pero no para un desarrollo como se pretende y que está definido en las leyes. En particular para las actividades locales no hay recursos. Esa es una barrera”. Y agrega “a su vez las organizaciones de usuarios no hemos tenido la capacidad de autosustentarnos presentando algún tipo de proyecto y acordando con otros actores. Un ejemplo fue el intento de generar un convenio con el Congreso de Intendentes para financiar el desarrollo de la participación en cada departamento. No fuimos capaces de concretar esta posibilidad, que estuvo abierta en un momento determinado”. También Carmen Millán de ONAJPU señala que sin recursos es difícil sostener la participación a nivel nacional. “Pensamos hacer funcionar la descentralización política a través de esta escuela de educación popular que sería el movimiento de usuarios. Sabiendo que cada zona es distinta, promovimos un modelo arraigado desde la experiencia del Cerro. No nos importaba quien fuera a los lugares de representación sino que los usuarios ejercieran sus derechos. Queríamos ser facilitadores de la

participación para que el movimiento no se centrara en los personalismos” sostiene Bentancour. En un país como Uruguay donde la tradición batllista le dió al Estado un lugar central en la vida social, la institucionalidad importa e influye . Un elemento que no puede dejar de tenerse en cuenta son las orientaciones y los errores de la JUNASA y del MSP en este proceso. Las autoridades de la salud, en varias ocasiones, estimularon la lucha entre los usuarios por los lugares de representación, en lugar de promover la unión de esfuerzos en aras de una movilización más amplia de la comunidad por los temas de salud. Más que trabajo en equipos se hizo hincapié en “titulares y alternos”, más que campañas conjuntas sobre los problemas de salud se puso el centro en quién ocupaba los “cargos” en la JUNASA o las JUDESAS. Esta concepción de la participación social influyó negativamente en un movimiento nuevo, relativamente débil, que intentaba construir un cambio cultural en la salud y no solo ocupar un lugar más en la institucionalidad.

Uruguay es un país donde existe una tradición muy fuerte de unidad en los movimientos populares que tiene como símbolo la unificación del movimiento obrero en la Convención Nacional de Trabajadores (CNT) desde el año 1964 . Esa unidad ha logrado pasar todas las pruebas hasta el momento. La Federación de Estudiantes Universitarios (FEUU), el movimiento cooperativo (FUCVAM) o la Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas (ONAJPU) también llevaron adelante procesos que se inscriben en esa tradición unitaria. Las estrategias de los movimientos sociales en el período de gobierno progresista, han sido tema de intensos debates internos y externos, que se han procesado dentro de la unidad. En particular el movimiento obrero ha impulsado mayoritariamente una estrategia de diálogo e interlocución con el gobierno frenteamplista, que no excluye cuestionarlo y enfrentarlo en los campos donde las discrepancias son mayores, manteniendo la movilización de masas en forma sostenida. No solo se aprovechan los espacios de negociación y participación sino que se asume la iniciativa política para promover leyes, decretos y políticas, que vayan en el sentido de los intereses populares. Pero también otras corrientes sindicales tienen un posicionamiento más crítico y de mayor enfrentamiento al gobierno. En suma la división del movimiento de usuarios de la salud agregó un elemento de debilitamiento a la participación social en salud. Más que un estímulo al desarrollo de experiencias y estrategias variadas que enriquecieran al movimiento, significó una disgregación mayor. Diferentes concepciones o prácticas, énfasis distintos entre participación y representación, en un movimiento joven y en particular el accionar del MSP JUNASA fueron factores que operaron en este proceso. Resolver una instancia unitaria de los usuarios de la salud es un pendiente importante todavía hoy, aunque la creación del Frente Social de la Salud incluye a trabajadores, jubilados y pensionistas.

Investigación y Participación

Las transformaciones en la salud no son la aplicación de una fórmula ya elaborada sino un proceso

innovador que debe apoyarse en la producción permanente de nuevos conocimientos. Hay ejemplos de este tipo de investigación, que se realizaron por articulación de esfuerzos de la OPS/OMS y la Facultad de Economía, que se tradujo en un libro sobre los procesos económicos de la reforma. En otros campos la investigación ha avanzado menos. La sociología, psicología, antropología, educación, y otros, pueden contribuir mucho a la reflexión sobre estos procesos.

En suma la investigación y la producción de información pertinente es un campo relevante para el desarrollo de la participación social y el avance global del SNIS. Las iniciativas concretadas hasta el momento en este plano son interesantes pero absolutamente insuficientes. Al mismo tiempo las instancias de capacitación son fundamentales para la formación de una “masa crítica” de actores con capacidad de reflexión propia, con pensamiento crítico y vocación de incidencia.

A modo de reflexión general puede señalarse que existen problemas en el funcionamiento y roles de los organismos de participación. Las estructuras territoriales del SNIS como las JUDESAS y JULOSAS abrieron un campo nuevo de articulación institucional/social y público/privado. Sin embargo los ámbitos de participación establecidos por ley han tenido un funcionamiento desigual, con carencias importantes en varios casos, y su rol en relación con las políticas de salud ha sido acotado. Están lejos de desarrollar el potencial que tienen para la gestación de políticas y planes de salud. En especial su capacidad de promover la participación y el involucramiento societario.

En la relación entre representación y participación hubo un desbalance muy fuerte en favor de la representación. La participación social quedó muy centrada y limitada a los distintos ámbitos de representación y faltó la gestación de un vínculo más amplio con la población. Un ejemplo de este enfoque es la ausencia de iniciativas o campañas donde la comunidad juegue un rol relevante. La participación de la población en la definición de los problemas de salud prioritarios en cada territorio y las líneas de acción respecto a ellos, así como la rendición de cuentas de lo hecho, no ha sido una práctica generalizada, pero vale destacar que generó experiencias ricas.

Entre los propósitos de la reforma sobre participación social y lo que realmente sucedió hay diferencias. Estas diferencias a veces son distancias y otras algo distinto a distancias, son variaciones, inflexiones, errores, cambios de orientación, avances, retrocesos. Al mismo tiempo el proceso se reflexiona a sí mismo, corrige errores, propone, reformula líneas, incide sobre la salud.

CAPÍTULO 10 : CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En un contexto epidemiológico como el de Uruguay la estrategia de APS renovada implica la búsqueda de un modelo integral donde la prevención y promoción jueguen un rol importante. En esa estrategia sanitaria integral son fundamentales la creación de Redes Integradas de Servicios, la intersectorialidad en las políticas y la participación social como dinamizador. La inclusión de mecanismos de participación social en el diseño inicial, en la estructura y el funcionamiento del SNIS fue una impronta importante del nuevo sistema de salud. Dicha participación social no es un complemento de la labor técnica sino que refiere a una concepción de la salud con amplios fundamentos teóricos. Más que instalar nuevas tensiones corporativas que pudieran bloquear al SNIS, la participación fue planteada como un aporte de saberes, propuestas y prácticas que van en el sentido de la apropiación de la salud por parte de la sociedad. A su vez la economía política de la construcción del SNIS operó con una estrategia que incorporaba una planificación situacional (OPS 2015). En esa dirección se definieron diseños para empoderar a dos actores del sistema de salud, los usuarios y los trabajadores, históricamente marginados de los sistemas de poder de la salud. También se incluyó a los prestadores integrales de salud sin fines de lucro del sector privado (mutualistas y cooperativas médicas). Por otro lado la Corporación Anestésico Quirúrgica, los laboratorios de medicamentos (nacionales y extranjeros), las empresas de emergencia móvil, las empresas dueñas de tecnologías complejas, no fueron incluidos como tales al diseño institucional, aunque se vincularon a través de los prestadores integrales del SNIS.

Una serie de conflictos se desataron durante el proceso de creación y desarrollo del SNIS. Para poder gestionarlos se contó con una gobernanza que incluía el involucramiento de actores sociales diversos que participaban de alguna manera en la conducción del Sistema.

La investigación propuso las siguientes preguntas iniciales :

¿Cuáles han sido las formas de democratización de las políticas públicas dentro del campo de la salud desde la mirada de los actores sociales? ¿Fortalezas y debilidades de la participación social en salud, factores favorables, obstáculos y resultados para la sociedad y el Estado?

-Con un enfoque situacional: ¿cómo se posicionan los diferentes actores del campo de la salud respecto a procesos democratizadores que modifiquen las relaciones de poder existentes?

Por otro lado los problemas de salud de la población están relacionados con un conjunto de factores socioeconómicos, culturales, ambientales, políticos e institucionales que operan como determinantes, en relaciones de distinta complejidad e interacción.

-¿Cómo es posible actuar sobre dichos determinantes? ¿De qué forma la participación social constituye una herramienta para fortalecer prácticas transformadoras sobre estos factores?

-¿Es posible vincular esas luchas con otras de carácter democratizador y popular en Uruguay y América Latina?

Si tomamos como indicadores de la democratización de la sociedad y el Estado la creación de ámbitos de participación social y la evolución de los actores sociales en estos procesos, la presente investigación demuestra que en ambos casos los avances han sido claros. Sin que esta afirmación deje de lado las críticas y autocríticas que los propios movimientos sociales han hecho.

Consideramos tres planos de la participación social (MSP 2009) :

-Un primer plano, con control social de los efectores, oficinas de atención al usuario, y participación en las comisiones de cada institución.

-Un segundo plano, articulando las políticas sociales del Estado en el territorio, con importante papel de los municipios, fuerte impulso a las comunidades productivas y saludables, y el apoyo de agentes comunitarios y promotores de salud promoviendo estilos de vida saludables.

-Un tercer plano, que es la participación ciudadana en los ámbitos de decisión del Sistema de Salud, con el usuario como actor privilegiado en la construcción de un modelo de atención integral, preventivo, comunitario, jerarquizando el primer nivel de atención e incidiendo en aspectos centrales de las políticas de salud.

De acuerdo a las percepciones de los actores sociales en todos estos planos surgen de la investigación avances, problemas sin resolver, fortalezas y debilidades.

Retomando los hallazgos del trabajo de campo desarrollados en los capítulos 8 y 9 sobre *Funcionamiento de los ámbitos de participación social* y *Fortalezas y Debilidades de la participación*, destacaremos como conclusiones de la investigación que :

--La creación de ámbitos interinstitucionales de los sub-sectores público y privado con la participación de actores sociales ha sido una fortaleza para el SNIS y un elemento clave para su viabilidad fundacional (Fuentes 2010). Este lineamiento atraviesa toda la estructura del SNIS desde la Junta Nacional de Salud JUNASA a las Juntas Departamentales JUDESAS y Juntas Locales JULOSAS. Como tal ha permitido el desarrollo de experiencias locales de conjunción de miradas y esfuerzos. La jerarquía que el SNIS dio a la participación social contribuyó a fortalecer las redes territoriales o temáticas de salud que en muchos casos ya existían.

--Los actores sociales no sólo han subsistido, sino que continúan teniendo capacidad de propuesta e interacción positiva con los demás protagonistas del sector. Hay actores más recientes y otros con larga trayectoria, algunos más débiles y otros con mayor capacidad de movilización propia. Las características de las organizaciones de trabajadores y de usuarios son diferentes. Pero está claro que la fragmentación es un factor de desacumulación y los pasos hacia un accionar unido son caminos hacia el fortalecimiento de la participación social. La creación de un Frente Social de las

organizaciones de los trabajadores privados y públicos, los usuarios de casi todos los movimientos, la Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas, y el Sindicato Médico, ha dado pasos significativos con la elaboración de una plataforma programática común (MSP 2018).

--Las organizaciones sociales de trabajadores y usuarios han apoyado expresamente la construcción del SNIS. Sin embargo ello no ha significado pérdida de autonomía respecto al Poder Ejecutivo y al curso de la reforma sanitaria. Las percepciones de los protagonistas sociales son críticas, señalan con fuerza los pendientes que tiene el proceso y exigen más profundidad en los cambios. Al tiempo que valoran y defienden los avances del SNIS. Los actores sociales no se limitan a reclamar que el gobierno haga más y mejor las cosas, sino que demandan participar en forma más amplia en la construcción de esos avances. El involucramiento de los trabajadores en la conducción y en la base del SNIS no se limita a los temas reivindicativos sino que promueve transformaciones de fondo.

--Respecto a la JUNASA cabe una observación que es aplicable a todas las instancias, afirman los trabajadores (M.Mujica): “si uno crea un ámbito de participación debe asignarle la cuota de poder para que cumpla su función”. Mas allá de sus roles formales la Junasa no ha discutido diagnósticos ni políticas o planes de salud excepto en los casos que trabajadores o usuarios han propuesto la consideración de ese tipo de temáticas. Aunque las organizaciones de trabajadores (FUS-PITCNT) representadas en la Junasa y las organizaciones de usuarios (Mov. Nal. De Usuarios, Espacio Participativo, ADUSS) tienen historias, estructuras y formas de funcionamiento diferentes, han coordinado casi siempre bien su labor en la JUNASA. Sin embargo la JUNASA ha centrado su trabajo en los temas de financiación, donde hay visiones contrapuestas con el sector empresarial. En varios ámbitos importantes como las comisiones de cápitras y metas, todas las representaciones sociales fueron excluidas de las instancias de discusión. Las representaciones sociales señalan como contradicción decir que los usuarios deben estar representados y después poner obstáculos para el desarrollo de su organización. Mario Mujica fundamenta : “El SNIS dice que los usuarios son un actor necesario. Pero si eso es así hay que apoyarlos. En el caso de los trabajadores existen más herramientas, que generan una independencia respecto al Estado y que no deberíamos perder.”

--En cuanto a las JUDESAS las percepciones relevadas indican que la mayoría tiene un funcionamiento regular aunque hay departamentos donde ha sido discontinuo. Tanto las entrevistas como las discusiones posteriores en jornadas y talleres y los informes de JUNASA referidos al funcionamiento en 2017 (ver Anexos) , constatan que la mayoría de los actores sociales e institucionales previstos en la normativa participan de las reuniones aunque su asiduidad varía. La frecuencia de las reuniones va de 5 a 11 al año. Hay un tratamiento frecuente del tema de la complementación de servicios así como problemas asistenciales de los servicios y en algunos casos el desarrollo del Primer Nivel de Atención en el departamento. En cambio destaca la ausencia de

diagnósticos locales, definición de problemas prioritarios y líneas de acción conjuntas hacia ellos. En la mayoría de los casos no hay planes locales de salud con construcción participativa, intersectorial y rendición de cuentas a la población sobre los mismos. En lo que refiere a la complementación de servicios los avances son heterogéneos y escasos en gran parte por la inexistencia a nivel general de normas que establezcan precios de referencias e incentivos económicos y la obligatoriedad de la misma en ciertas condiciones. La creación de las Julosas, la situación de los Consejos Consultivos, la atención a la salud rural, el consumo problemático de drogas, la prevención del suicidio, la seguridad vial, la prevención del Dengue, son temas abordados en distintos momentos por las Judesas.

--En varios departamentos los movimientos sociales han promovido instancias de participación más amplia de la comunidad como asambleas, talleres, jornadas, recorridas, ferias de salud. Sin embargo no existe una estrategia común que asegure amplitud, continuidad, aprendizajes e intercambios de esas experiencias a nivel de todo el país. Esta dificultad no proviene solo de las organizaciones sociales sino desde la rectoría del MSP y de la JUNASA, de las JUDESAS como ámbitos de gobernanza del SNIS. Por otro lado los vínculos entre los movimientos sociales de trabajadores y usuarios no son iguales en todos los departamentos, manteniendo en general buenas relaciones aunque no exentas de conflictos y en muchos casos falta diálogo o coordinación.

--En la percepción de los actores sociales la instalación de las Juntas Locales de Salud JULOSAS es una experiencia que fortalece la participación local en salud acercando las instancias de diálogo interinstitucional y social a los territorios y sus poblaciones. Su desarrollo es todavía parcial, alcanzando a 16 localidades y por lo tanto se está lejos de llegar a todos los municipios del país. Dada la heterogeneidad de situaciones socioterritoriales existentes esa mayor cercanía crea mayores posibilidades de un abordaje más integral de los problemas de salud, aunque en otros aspectos padecen los mismos problemas que las Judesas. Las entrevistas realizadas, las discusiones en los talleres de las Jornadas de Formación y los informes de JUNASA sobre regularidad de reuniones, asistencia de sus integrantes y temas tratados en 2017 coinciden en esta visión sobre las Julosas.

--En los Consejos Asesores y Consultivos la experiencia que refieren los actores sociales evidencia un conjunto de dificultades para su instalación y funcionamiento, que surgen de la actitud de las direcciones institucionales, de la debilidad de los actores sociales y del diseño y potestades de estas instancias. Por ejemplo no tienen participación en el control del cumplimiento de las metas asistenciales, un elemento particularmente importante para los usuarios, en el cual el MSP padece dificultades de evaluación y seguimiento. De todas formas importa valorar algunos aspectos positivos que han tenido estos ámbitos y las potencialidades que podrían alcanzar si se modifican los obstáculos a su desarrollo. No han existido instancias de intercambio de experiencias de los

Consejos Consultivos, ni planes de formación que atiendan estas situaciones.

--Las Redes de Salud son una realidad potente en distintas zonas del país y en particular en varios municipios de la capital (Anzalone 2018). Constituyen una de las formas más significativas de participación social y trabajo interinstitucional en prevención y promoción. El trabajo permanente de las Redes incluye también la realización anual de asambleas o cabildos como forma de convocatoria abierta para analizar lo hecho y definir prioridades para el año, con una metodología participativa. Esta producción de experiencias aporta a un modelo de atención con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, en y desde la comunidad. En ese sentido han recibido varios premios del MSP, la Comisión de Salud Cardiovascular, Alames, entre otros. La estrategia de “Municipios Saludables” del MSP se apoyó en las Redes de Salud y su labor intersectorial. La experiencia de trabajo de las Redes de Salud ha demostrado su capacidad para el desarrollo de iniciativas innovadoras en materia de prevención y promoción, así como una buena articulación intersectorial territorial y un alto grado de satisfacción de los participantes con la labor conjunta (que no es un tema menor). Cabe señalar que no ha existido una política de creación de Redes de Salud en todos los municipios del país. Es un desafío para los ámbitos como Junasa y Judesas, acercarse, apoyar, interactuar con estas formas de hacer salud, aprender de ellas e integrarlas en políticas más amplias. Las Redes de Salud son parte de una experiencia más general de constitución de Redes Sociales (Netto 2003) y de políticas sociales locales (Rivoir 2003) en Montevideo, que ha tenido distintas etapas.

--La creación de dispositivos intersectoriales locales de alianza entre salud, deporte, cultura y educación genera un cambio en calidad para la labor del sector salud. Un ejemplo es el Complejo municipal SACUDE (Salud, Cultura, Deporte y Educación) en el Barrio Municipal del Municipio D de Montevideo. Si esos dispositivos incorporan, como en este ejemplo, la participación de los vecinos en la gestión, es mayor su fortaleza en términos comunitarios y su capacidad de llegada a los barrios. Otros ejemplos con menos organización son el ámbito creado por la Plaza Casavalle, la policlínica IM, las escuelas de la zona y el Centro Cívico. Otro ejemplo es el Apex Cerro, la policlínica IM “U.Rodríguez”, el liceo 70 y las canchas de fútbol y basquetbol del predio. Construir esas articulaciones locales o redes barriales, es un elemento relevante para la participación social.

--Las Asambleas de Salud en las distintas zonas o municipios son instancias participativas destacables. La participación de la comunidad en la definición de prioridades y acciones sobre los problemas de salud, la rendición de cuentas pública, la elaboración de propuestas, los intercambios horizontales entre vecinos, trabajadores, instituciones de la salud y otras fuerzas sociales de la zona, son considerados por muchos actores como elementos fundamentales del cambio en el modelo de atención que promueve la reforma de la salud (Anzalone 2016).

--El Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud y el Espacio Participativo de Usuarios de Salud son organizaciones que han mantenido, en todos estos años, un funcionamiento a nivel nacional con presencia en varios departamentos del país, actuando en Julosas, Judesas, Junasa, Directorio de ASSE y en algunos Consejos Asesores por institución. El desarrollo de una organización de usuarios a nivel nacional supuso un salto desde lo micro a lo macropolítico, desde lo local a lo nacional (Rudolf et al 2007 pp 25-26). La fragmentación de estas organizaciones no ha sido un factor de desarrollo sino de debilitamiento de la movilización de los usuarios. En muchos casos siguen existiendo dificultades en la relación entre representación, representatividad y accionar de base en las comunidades. Aunque las organizaciones de usuarios (no así los trabajadores) han reclamado reiteradas veces la realización de elecciones para las representaciones sociales institucionales en el SNIS el Poder Ejecutivo no ha implementado las mismas hasta el momento. Diferentes concepciones y prácticas, énfasis distintos entre participación y representación, fueron factores que influyeron en este proceso, en un movimiento joven constituido luego de 2005. Existe una responsabilidad del MSP y JUNASA y sus errores en la forma de abordar estos procesos. Reconstruir una instancia unitaria de los usuarios de la salud es un pendiente importante todavía, aunque la creación del Frente Social de la Salud ha sido un paso que incluye a las organizaciones de los trabajadores, los usuarios y los jubilados y pensionistas.

--Entre las experiencias locales más ricas cabe destacar a la Organización de Usuarios de Salud del Cerro de Montevideo (Bedat 2009). Existe una larga trayectoria de acciones comunitarias en salud en esta zona (Organización de Usuarios del Cerro 1993). Esta organización de usuarios ha impulsado iniciativas y campañas de abordaje integral de los problemas de salud priorizados en asambleas abiertas de vecinos. En particular cabe mencionar sus campañas “Mi Cerro Sin Drogas” y “Atención a la primera infancia”. Tuvo un rol muy activo durante el proceso de creación del SNIS, surgiendo allí la primer convocatoria a un movimiento nacional de usuarios de la salud.

--Tanto la representación de trabajadores como la de usuarios en el Directorio de ASSE son espacios de decisión en las políticas de salud. Existieron distintas experiencias en ambos actores y etapas diferentes en su accionar. En el caso de la representación de los trabajadores logró superar un conjunto de errores iniciales, autocriticarlos y superarlos, para llegar en la actualidad a un posicionamiento que promueve el desarrollo global de ASSE, con fuerte respaldo de la FFSP y el PITCNT. La representación de los usuarios asume asimismo una actitud de compromiso con el fortalecimiento de ASSE, en una primera etapa a través de representantes del Espacio Participativo y en este período del Movimiento Nacional de Usuarios. Cabe señalar que se han creado Consejos Asesores y Consultivos en ASSE en 23 hospitales y RAP del interior pero no en todos los departamentos ni en los grandes hospitales y centros de salud en Montevideo.

--No se han logrado generar mecanismos que posibiliten un accionar mayor de los usuarios en todo el país, una representatividad amplia más allá del respaldo de sus organizaciones y sobre todo una conexión más cercana y proactiva entre representaciones y comunidades. Construir mayor participación social pasa por el crecimiento e innovación en la base del sistema, en los territorios y en las instituciones, superando el aislamiento de las experiencias más ricas.

--Surge de la investigación que los ámbitos de participación social previstos en la normativa legal son necesarios pero insuficientes para una perspectiva de profundización del SNIS. En primer lugar se constatan problemas de funcionamiento en algunos de los ámbitos territoriales que revelan falta de directivas adecuadas por parte de las autoridades. En segundo lugar los temas que abordan son limitados en algunos casos, sin información y discusión adecuadas y sobre todo no toman resoluciones. Las organizaciones sociales señalan la necesidad de más participación en la definición de los principales problemas de salud y sobre todo en la elaboración y puesta en práctica de líneas de acción respecto a ellos. No hay suficientes campañas específicas con compromisos de los distintos actores que surjan de esa priorización local de problemas. En tercer lugar se constata la debilidad de una actitud más proactiva desde las autoridades para generar mayores formas de participación del conjunto de la sociedad en los problemas de salud. Las asambleas de salud previstas en el decreto reglamentario de las Judesas, no se han impulsado adecuadamente en todo el país, ni tampoco otras formas de participación comunitaria. Las alianzas intersectoriales entre salud, educación, cultura, ambiente, gobiernos locales y entramado comunitario, son todavía escasas para los requerimientos de un enfoque integral de los principales problemas de salud. En cuarto lugar se constata poca autoreflexión de estos organismos, escasas instancias de balance, aprendizajes conjuntos, autocríticas y correcciones o reconocimientos públicos a las mejores experiencias locales. Al mismo tiempo los actores sociales valoran positivamente los esfuerzos realizados en los ámbitos de participación del SNIS y la generación de experiencias, en un escenario muy distinto a la situación anterior a la reforma. No consideran que exista una homogeneidad de situaciones departamentales y locales sino que rescatan experiencias diferentes.

--Fortalecer el rol de las Judesas, Julosas y Consejos Asesores aparece como una prioridad en un escenario de incremento de la participación social. Estos organismos están lejos todavía de su potencial transformador para las políticas de salud. También la Junasa, demasiado centrada en los problemas de la financiación y ausente en políticas integrales que apunten al cambio del modelo de atención. Cabe señalar que las reuniones de la JUNASA con las JUDESAS de cada región del país reciben una valoración muy positiva de sus participantes.

--En la relación entre representación y participación, se constata un desbalance en favor de la representación. Es decir que la participación social quedó muy centrada en los distintos ámbitos de

representación y es insuficiente la gestación de acciones colectivas que promuevan vínculos más amplios con la población. Un ejemplo de este enfoque es la escasez de iniciativas o campañas sobre problemas de salud donde la comunidad juegue un rol relevante.

--El carácter decisorio de los ámbitos de participación es un aspecto reclamado por los movimientos de usuarios, ya que actualmente solo existe en el Directorio de ASSE y en la JUNASA. En relación con las Judesas se proponen modificaciones a las normativas legales para explicitar sus responsabilidades en relación con la elaboración y resolución de planes locales. Queda claro de todas formas que la actual normativa habilita a un accionar más amplio que el existente. En cuanto a los problemas de representatividad y de capacidad de llegada a la población usuaria cabe señalar que los procesos de participación pasan por momentos de alza y de reflujo, por instancias masivas y otras de menor concurrencia, por instancias consultivas y otras con más poder de decisión. Debe considerarse el sentido global, la direccionalidad de los procesos, las modificaciones de las correlaciones de fuerza.

--Al mismo tiempo las acciones provenientes de la participación social en la base no han logrado influir más en la escena nacional, en la opinión pública, en las decisiones estratégicas del SNIS. Es un tema de comunicación y también es más que eso. Debe problematizarse el paradigma hegemónico respecto a la salud así como su traducción en el contenido de las políticas de salud y su interacción con la sociedad (Castro 2015). Ese modelo centrado en el hospital, viene de la incorporación (en el siglo XVIII) de los mecanismos de poder disciplinador desde el saber médico, para individualizar a los enfermos con fines de vigilancia y registro (Foucault 1990 pp 167). Al articularse con el poder empresarial en la salud, este modelo ha mostrado una notable persistencia.

--La participación social no es resultado exclusivo de la constitución de ámbitos formales en el SNIS, ni solo del accionar de los movimientos sociales, sino que está influenciada por el desarrollo general de la reforma y también por los procesos culturales y sociales de la sociedad toda. Se trata de procesos complejos, multicausales, que resisten las visiones reduccionistas. La participación social no se reduce a todo o nada, ni se agota en una instancia o en un diseño institucional. Por el contrario como todo proceso social implica una consideración sobre sujetos, roles, mecanismos y objetivos en cada momento histórico.

--La situación del conjunto del SNIS y sus desafíos para la próxima etapa fue caracterizada por varios actores sociales con el concepto de nudos críticos (FUS 2016). Entendiendo por ellos, no los aspectos críticos a tal o cual política, sino los anudamientos de temas, problemas y potencialidades que permitan desencadenar mayores procesos de cambio. La participación social está inserta en estas encrucijadas. Esos nudos críticos la condicionan y a su vez es un factor de transformación.

--La elaboración de los Objetivos Sanitarios Nacionales y su traducción en planes nacionales y

locales, en líneas de acción conjunta de instituciones públicas y privadas, de actores sociales de la salud y de la comunidad es uno de esos nudos (MSP 2018 pp79-94). Su definición es un avance para todo el sistema de salud pero la jerarquización que tienen para el conjunto de la sociedad todavía es muy insuficiente. Su integralidad e intersectorialidad son perspectivas necesarias en las políticas públicas de salud (OPS 2014, 2015), con un carácter eminentemente político y social. Es la salud de la población y no el sistema de salud como tal el objetivo principal de estas políticas.

--La planificación estratégica en RRHH, la formación continua del personal de la salud, su distribución adecuada, el trabajo en equipo, el vínculo más humanizado con los usuarios, la satisfacción con el trabajo y la protección de la salud de los trabajadores, son nudos relevantes.

--Los actores sociales del SNIS enfatizan la necesidad de evitar la fragmentación del sistema, el predominio del mercantilismo y la lógica del lucro. Para ello reclaman medidas legales, económicas y culturales que afirmen el trabajo conjunto interinstitucional. Promueven fortalecer la integralidad en el abordaje de los problemas, el trabajo en red y la participación social.

--Varios actores sociales perciben una debilidad en su accionar por carecer de líneas más claras y comunes para influir en los espacios del SNIS. Participar de estos ámbitos es importante pero requiere una preparación continua de acción y reflexión (Gohn 2016 pp12) no solo en lo técnico o particular sino como ciudadanos activos que retomen las utopías y sepan construir proyectos emancipatorios. La formación de trabajadores y usuarios para poder participar de manera más profunda es una necesidad sentida por los propios protagonistas. Desde sus organizaciones están desplegando iniciativas para avanzar en este plano. Las instancias de capacitación/acción son fundamentales para la formación de una “masa crítica” de actores con capacidad de reflexión propia y vocación de incidencia. Este es uno de los componentes de todo proceso de cambio y en el caso del SNIS con más razón, dada la complejidad de las transformaciones.

--La producción de conocimientos nuevos y mayores sobre estos procesos es un elemento esencial para que los actores puedan reflexionar, corregir, ampliar, insistir, pensar el largo plazo y también lo cotidiano. Como señalan Clavell y Rodríguez (2011 pp 138) todos los niveles de participación evidencian avances pero la bibliografía sobre el tema reconoce la falta de indicadores y la complejidad de desarrollar metodologías de evaluación adecuadas a la comunidad que se estudie. Dada la carencia de información sistematizada en materia de participación social y reforma sanitaria en Uruguay, éste es un campo a seguir investigando, profundizando en sus distintos componentes y experiencias, tanto en los ámbitos micro como en los meso y macro, integrando distintas miradas y disciplinas en ese estudio (OPS-MSP-SUSAC- MPS 2012). Partiendo de los muchos saberes que los protagonistas ya tienen, interactuando con la academia y la institucionalidad, enriqueciendo el pensamiento y la acción colectivas. Los pasos dados en este campo son insuficientes y están

centrados en aspectos económicos de la reforma (aportes de Fac. Economía y OPS). La Investigación-Acción Participativa es un diseño metodológico adecuado para este tipo de procesos. La UDELAR tiene una responsabilidad importante en este campo, que debería motivar nuevas y mayores iniciativas, proyectos, programas, interdisciplinarios que combinen investigación, extensión y enseñanza. La idea de una Agenda Nacional de Investigación-extensión en Salud con instancias anuales de intercambios y debates, parece necesaria y atractiva.

--La ausencia de ámbitos amplios de análisis de la reforma debilita la participación social y todo el proceso de construcción del SNIS. Cuando se han dado pasos como el Dialogo Nacional en Salud los resultados han sido positivos, los debates enriquecedores y disparadores de procesos de reflexión mayores. La unión de las organizaciones sociales de la salud en una plataforma programática común y su respaldo con movilizaciones en distintos puntos del país son avances para la participación social y el SNIS.

--Crear una agenda pública en salud no es sólo una tarea del MSP o del gobierno sino de todos los actores sociales y políticos también. La agenda pública forma parte de la construcción de un relato que unifique las múltiples acciones en pos de la salud, que les dé sentido para la población, establezca prioridades de forma participativa y proponga con insistencia el involucramiento activo de toda la sociedad en torno a ellas, a través de formas variadas e innovadoras.

--Con carácter general puede concluirse que las estructuras territoriales del SNIS como las JUDESAS y JULOSAS abrieron un campo nuevo de articulación institucional/social y pública/privada. Sin embargo los ámbitos de participación establecidos por ley han tenido un funcionamiento desigual, con carencias importantes en varios casos. Su rol en relación con las políticas de salud ha sido acotado. Están lejos de desarrollar el potencial que tienen para la gestación de políticas de salud, y para promover la participación y el involucramiento societario en dichas políticas. Ha faltado iniciativa y flexibilidad para promover otras formas de participación o la incorporación de las mismas cuando existen como es el caso de las Redes de Salud.

--La participación de usuarios, trabajadores y prestadores de salud, genera una nueva forma de gobernanza, que amplía las bases de sustentación de las políticas, enriquece sus contenidos y fortalece las capacidades estatales para implementar cambios mayores (Bentancour y Busquets 2017 pp 130-138). Este tipo de gobernanza participativa se articula con la democracia representativa que legitima la autoridad del Ministro de Salud. El SNIS desde su concepción integró ambas legitimidades, reafirmando la Rectoría del MSP como uno de los ejes fundamentales, al tiempo que promovió la participación social en la base del sistema y en su conducción. Complejizar la democracia (Rosanvallon 2017 pp 153) es hoy una condición del progreso democrático y requiere multiplicar los registros de expresión de la voluntad general, establecer formas plurales de soberanía

y ampliar las formas de participación y representación .

--La creación de espacios donde la voz de los usuarios pueda expresarse, no es un hecho menor. A pesar de ser la razón de ser del sistema de salud, la concepción tradicional reduce a los usuarios a pacientes, objeto de tratamientos definidos desde el poder médico, creando un estatuto del enfermo en la sociedad marcado por la obediencia (Foucault 1987 pp 275). La perspectiva de derechos aplicada a la salud, significa pensar en las dimensiones e instrumentos para su ejercicio pleno, a través de un rol activo de los protagonistas. El sector salud no ha sido preparado para liderar una respuesta integral-intersectorial a los problemas de la población y los trabajadores de la salud deben redefinir su papel para poder promover activamente la participación de organizaciones y comunidades locales (Espinosa 2001 pp2) .

-- Como destaca la literatura sobre el tema, las políticas de participación social en salud no son algo nuevo en América Latina (Vazquez et al 2000 pp 37). Desde las múltiples experiencias locales comunitarias a muchas reformas de los sistemas de salud que han promovido la participación social nos encontramos con objetivos y resultados muy distintos. Por lo tanto usar ese concepto requiere esclarecer el significado que se le otorga y definir cuales son los objetivos que se busca obtener con su utilización (Menéndez 1995 pp 7-37). La forma como el tema fue propuesto en la creación del SNIS en Uruguay tiene especificidades relacionadas con definiciones fundacionales de este sistema de salud y con la experiencia acumulada de participación social en los sindicatos y movimientos comunitarios (FUS 2015 pp 165, Fernandez Galeano 2009 pp 13) . Al mismo tiempo se constatan diferencias entre lo propuesto teóricamente, lo plasmado en las normativas legales y lo que efectivamente sucedió. A su vez lo que sucedió, en realidad está sucediendo, porque éste es un proceso inconcluso donde se producen cambios en los posicionamientos y articulaciones de los diferentes actores sociales, institucionales y políticos.

-- La democratización de la salud y de la sociedad son procesos que entran en contradicción con contextos sociales y culturales de fragmentación (Giorgi 2009 pp 9). La participación no es un elemento a incorporar simplemente al sistema de salud sino que, desarrollado en profundidad, cambia sustantivamente sus dinámicas internas y su relación con el entramado social. En tal sentido y dimensiones confronta con el modelo hegemónico de salud y sus soportes técnicos, políticos e ideológicos. Pensar estos procesos como contradictorios, significa también dejar de lado modelos simplistas o mecanicistas, para abordarlos desde la complejidad de sistemas en movimiento.

--Las dimensiones de la participación social en salud, van mas allá del sector como tal, son influenciadas y a su vez inciden sobre el conjunto de las luchas democratizadoras de la sociedad y del Estado. En ese plano se suman, en mayor o menor medida, a las luchas democráticas de la nueva agenda de derechos, las movilizaciones feministas, las luchas obreras y populares contra las

desigualdades y por mayores libertades. En general los movimientos sociales forman parte de las transformaciones históricas de una sociedad, asumiendo siempre un carácter político (Gohn 1997 pp 252), aunque su definición como progresistas o reaccionarios depende de sus proyectos políticos y de las fuerzas sociopolíticas en las que están articulados. No solo sus demandas sino también sus utopías (Gohn 1997 pp 256). Por eso importa señalar que la ideología de estos movimientos en Uruguay se define como democratizadora del sector y sus estructuras. En los últimos 25 años América Latina ha sido el escenario de un auge de las movilizaciones populares (Almeida y Cordero 2017 pp 14). La experiencia de la última década no ha sido estudiada en profundidad en sus avances, límites y errores (Moreira 2016), en actores y alianzas, en modificaciones estructurales y en prácticas sociales, políticas y culturales. La relación entre movimientos sociales, gobiernos progresistas y Estado es una clave para analizar los procesos latinoamericanos (Bringel y Falero 2016 pp3).

A esa riqueza, de avances y pendientes, de limitaciones estructurales y posibilidades de cambiar las correlaciones de fuerzas que aparecían inamovibles, pueden aportar los actores sociales en distintos campos. Como señala Maria da Gloria Gohn (2016 pp12) gobernar es una oportunidad de construir espacios de libertad y de igualdad, con un proyecto de emancipación y ese es, para muchos actores, el objetivo de la participación de la sociedad civil en instancias de gobierno. En ese sentido tiene una importancia particular el análisis de las formas de democratización de la sociedad y el Estado que se produjeron en este período, la “democratización de la democracia” (Panizza 2009 pp 14,15). Si bien existen desarrollos heterogéneos y múltiples corrientes, el accionar de los movimientos sociales en Uruguay no se ha limitado al carácter identitario de sus colectivos sino que se ha centrado en la lucha por derechos democráticos, es decir apuntaron a convertir sus demandas particulares en demandas ciudadanas y democráticas, con una estrategia de ampliación de alianzas y base social. Por ejemplo las luchas feministas por los derechos de las mujeres (Johnson, Lopez Gomez, Schenck 2011) y las del colectivo de la diversidad sexual (Sempol 2013). El concepto de hegemonía aparece como una herramienta fermental para pensar esa diversidad de luchas (Laclau Mouffe 1987). Es una forma de reivindicar/expandir la política en un período de crisis del pensamiento crítico. Una democratización radical de la sociedad que integre esas luchas en distintos campos constituye un proyecto y una estrategia posible de diferentes actores en diversos planos en esta etapa. La salud es uno de esos campos. La experiencia uruguaya es singular en el contexto regional y merece mayores investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, Yamandú et al Coord. (2011). *Pensamiento crítico y sujetos colectivos en América Latina . Perspectivas interdisciplinarias*. Uruguay. Ed. Trilce.
- Almeida, John y Cordero, Allen ed. (2017) . *Movimientos sociales en América Latina. Perspectivas, tendencias y casos*. Buenos Aires. Colección Democracias en Movimiento. CLACSO
- Amarante Verónica, Colafranceschi Marco y Vigorito, Andrea, (2011). *Uruguay's income inequality under right and left regimes over 1981-2010*. Working Paper 94/11. WIDER.
- Amarante, Verónica y Vigorito, Andrea, (2012) *La Expansión de las Transferencias no Contributivas en Uruguay en los Últimos Años*. Centro Internacional de Políticas para el Crecimiento Inclusivo. Research Brief. N.º 29. Agosto 2012 .
- Amarante, Verónica, Burdín, Gabriel, Ferrando, Mery, Manacorda, Marco, Vernengo, Adriana., Vigorito, Andrea, (2009) . *Informe final de la evaluación de impacto del PANES*. Instituto de Economía Uruguay. Disponible en : http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/37904/1/informe_final_de_evaluacion_de_impacto_del_panes_metodo.pdf
- Ander-Egg, Ezequiel (2003) *Repensando la Investigación-Acción Participativa* . Buenos Aires. Grupo editorial Lumen Hvmanitas. Biblioteca de Trabajo Social.
- Anzalone, Pablo. (13 junio 2016) “Democratización de la política”. En *Dinamo*, suplemento de La Diaria. http://ladiaria.com.uy/media/editions/20160613/la_diaria-20160613-dinamo_2.pdf
- Anzalone, Pablo. (2016). “*Asambleas de Usuarios de la Salud: una realidad fermental y poco conocida*”. *El Diario Medico*-diciembre 2016. disponible en : <https://cuadernosdeltaller.com/2016/12/13/asambleas-de-usuarios-de-saluduna-realidad-fermental-y-poco-conocida-por-pablo-anzalone/>
- Anzalone, Pablo. 2016. *Pobreza, derechos y democracia*. Semanario Crónicas. Disponible en: <https://cuadernosdeltaller.com/2017/02/03/pobreza-derechos-y-democracia-por-pablo-anzalone/>
- Anzalone, Pablo. (18 junio 2018) *La experiencia de la Red de Salud del Municipio G y los aportes de este tipo de redes al SNIS*. La Diaria. Disponible en : <https://salud.ladiaria.com.uy/articulo/2018/6/la-experiencia-de-la-red-de-salud-del-municipio-g-y-los-aportes-de-este-tipo-de-redes-al-snis/>
- Arim, Rodrigo y Vigorito, Andrea (2006). *Las políticas de transferencias de ingresos y su rol en Uruguay*. 2001-2006. Documento de base preparado para el Banco Mundial, mimeo.
- Banco Mundial (2007). *Las políticas de transferencia de ingresos en Uruguay: cerrando las brechas de cobertura para aumentar el bienestar*. Departamento de Desarrollo Humano, Oficina Regional.
- Bedat M.P., (2009). *Usuarios en la definición de políticas de Salud: el proceso del grupo promotor del movimiento de usuarios de salud del Cerro*. Tesis de grado en Trabajo Social. Montevideo. UR-FCS.
- Bentancur, Nicolas y Busquets Jose Miguel (2017) *Capacidades estatales y cambio en las políticas públicas: el caso de Uruguay bajo los gobiernos del Frente Amplio (2005-2015)* . Brasil. Soc. e Cult., Goiânia, v. 20, n. 1, p. 127-146, jan./jun. 2017 .
- Bourdieu, Pierre, (1989). *O poder simbolico*. Lisboa. Difel.
- Bringel, Breno y Falero, Alfredo (2016). *Movimientos sociales, gobiernos progresistas y Estado en América Latina: transiciones, conflictos y mediaciones*. Cadernos CRH, vol 29, Salvador, Brasil. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792016000400003>
- Castro, Roberto, (2011). *Teoría Social y Salud*. México. Lugar Editorial.
- Castro, Roberto y Erviti, Joaquina (2015) *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Mexico. Universidad Nacional Autónoma de Mexico.
- Celedón, C. y Noé, M. (2000) *Reformas del sector de la salud y participación social*. In: Revista Panamericana de Salud Pública. Disponible en: <http://eurosocialsalud.eu/files/docs/00600.pdf>
- CEPAL (2015), *Panorama Social de América Latina 2015*.
- CEPAL (2006). *La protección social de cara al futuro. Acceso, financiamiento y solidaridad*. Chile. CEPAL.
- Clavel Elena y Rodríguez Martín. (2011) “La participación social en el Sistema Nacional Integrado de Salud: opciones y debates”. En *Transformar el futuro Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud* Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/libro-transformar-el-futuro-metas-cumplidas-y-desafC3%ADosrenovados-en-el-sistema-nacional>
- Coraggio, José Luis (2004) “Las políticas públicas participativas: ¿obstáculo o requisito para el Desarrollo Local?” en Inés González Bombal (comp.), *Fortaleciendo la relación Estado-Sociedad Civil para el Desarrollo Local*, CENOC.
- Coraggio, José Luis (2016) *Sobre las relaciones entre economía, democracia y revolución*. Cadernos Prolam (Programa de Posgrado en Integración de América Latina de la Universidade de Sao Paulo) Vol. 15 - No. 28 (Jan-Jun).
- Consejo Nacional de Políticas Sociales. (2007). *Plan de Equidad*. Montevideo. Ed. IMPO.
- Cubides, Humberto; Durán , Armando (2002) *Epistemología, ética y política de la relación entre investigación y transformación social* nómadas (col), núm. 17, 2002, pp. 10-24 Universidad Central Bogotá, Colombia .Disponible en : <https://es.scribd.com/doc/31165074/Epistemologia-etica-y-politica-de-la-relacion-entre-investigacion-social-y->

transformacion-HUMBERTO-CUBIDES

- Dean, Andres (15 agosto 2016) "Activos y autogestión en los gobiernos del Frente Amplio". Dinamo. La Diaria. 4,4.
- De Rosa, Mauricio. (2017). "En Uruguay la mitad de la población no posee riqueza." <https://ladiaria.com.uy/articulo/2017/1/en-uruguay-la-mitad-de-la-poblacion-no-posee-riqueza/>
- De Sousa Santos, Boaventura (9 mayo 2016) "Hay que empezar de nuevo". *Dinamo. La Diaria. 1,4.* <http://ladiaria.com.uy/articulo/2016/5/hay-que-empezar-de-nuevo/>.
- De Souza, Cecilia (2010) *Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa*. Salud Colectiva, vol. 6, núm. 3, septiembre-diciembre, 2010, pp. 251-261 Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina.
- Escobar, Arturo (2005) "El "postdesarrollo" como concepto y práctica social". En Daniel Mato (coord.), *Políticas de economía, ambiente y sociedad en tiempos de globalización*. Caracas: Fac.de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Central de Venezuela.
- Espinosa de Restrepo, Helena (2001) *Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud*. Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 19, núm. 1, enero-junio, 2001 Universidad de Antioquia. Disponible en : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12019104>
- FA (2003), V Congreso Extraordinario Zelmar Michelini. Lineamientos programáticos. 2003. Disponible en: <http://www.frenteamplio.org.uy/files/Programa%20VC.pdf>
- FA (2003), Congreso Héctor Rodríguez, Frente Amplio. 2003.
- FA (2004), Plan de Gobierno en Salud. Unidad Temática de Salud, Frente Amplio. 2004. FA, Unidad Programática. Plan de Gobierno en Salud, publicado en El Diario Médico. 2004.
- Falabella Gonzalo . (2002) "Investigación participativa: nacimiento y relevancia de un nuevo encuentro cienciasociedad". En Durston John y Miranda Francisca compiladores. *Experiencias y metodología de la investigación participativa*. CEPAL . ECLAC. Santiago de Chile.
- Falero, Alfredo, Sans I., Viera, E. (2015). *Movimientos y organizaciones sociales en la Investigación de la UDELAR. Sistematización de trabajos realizados en los últimos 10 años*. Nucleo-red interdisciplinario Pensamiento Crítico en América Latina y sujetos colectivos. Udelar. Montevideo.
- Falero Alfredo.,(2008). "Las batallas por la subjetividad. Luchas sociales y construcción de derechos en Uruguay. Una aproximación desde la teoría sociológica". En Falero, A., Sans I., Viera, E. 2015. *Movimientos y organizaciones sociales en la Investigación de la UDELAR. Sistematización de trabajos realizados en los últimos 10 años*. Nucleo-red interdisciplinario Pensamiento Crítico en América Latina y sujetos colectivos. Udelar. Montevideo.
- Fernandez da Silva S.(2001). *Municipalização da Saude e poder local. Sujetos, atores e politicas*. Sao Paulo Ed. Hucitec
- Fiszbein, Ariel y Schady, Norbert (2009) . *Conditional Cash Transfers. Reducing present and future poverty*. Washington: World Bank. Disponible en : http://siteresources.worldbank.org/INTCCT/Resources/57576081234228266004/PRR-CCT_web_noembargo.pdf
- Fernandez Galeano M. (2009) "Reforma y participación: una prioridad para la agenda de las políticas públicas en salud" . En *Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud. Una mirada desde la Psicología*. Rudolf, S., Bagnato M.J., Guida C., Rodriguez A.C., Ramos F., Suarez Z, Arias M.A. Editorial Fin de Siglo. Montevideo.
- Fernández Galeano, M. y Olesker, D. "Rectoría del Estado y justicia social" (2009) En: *Gozos y sombras del gobierno progresista. Aportes al balance*. Editorial Dedos. Montevideo Uruguay.
- Fernández Galeano M, Levcovitz E, Olesker D. Coordinadores.(2015) *Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay*. Montevideo, OPS.
- Ferrara, Floreal (1985) *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires, Catálogos Editora.
- Foucault, Michel (1990) *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Madrid. Ediciones de La Piqueta.
- Foucault, Michel (1987) *El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México. Siglo XXI
- Francés García F., Alaminos A., Penalva C., Santacreu O.(2015). *La investigación participativa: métodos y técnicas*. Pvdlos Ediciones. Ecuador.
- Fuentes, Guillermo (2015). "Actores, intereses y alianzas de cara a la segunda etapa de implementación del SNIS: cambio institucional gradual y posibles escenarios y orientaciones de cambio". En *Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay*. OPS-OMS-UDELAR.
- 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* . Montevideo. Revista Uruguaya de Ciencia Política - Vol. 19 N°1 - ICP . Disponible en : <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rucp/v19n1/v19n1a05.pdf>
- FUS . Federación Uruguaya de la Salud (2015) Martínez, Ignacio. *1965-2015 Federación Uruguaya de la Salud. Cinco Décadas de lucha*. Montevideo. Editorial Primero de Mayo. Pp 165 a 178
- FUS Federación Uruguaya de la Salud (2016) *10 Problemas y 10 Propuestas para la Salud*. Material de discusión aprobado por el IFS FUS sobre los nudos críticos del SNIS.
- García Lineras, Alvaro, (2016) "¿Fin de ciclo progresista o proceso por oleadas revolucionarias? Los desafíos de los procesos progresistas del continente," en *Las vías abiertas de América Latina*. Sader, Emir (coord), García Linera, Alvaro; Forster, Ricardo et. al. Buenos Aires. Ed. Octubre.
- Giorgi, Victor (2009) Presentación de *Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud. Una mirada desde la Psicología*. Rudolf, S., Bagnato M.J., Guida C., Rodriguez A.C., Ramos F., Suarez Z, Arias M.A. Montevideo. Ed.

Fin de Siglo.

- Gohn, Maria da Glória (1997) *Teoria dos movimentos sociais. Paradigmas clássicos e contemporaneos*. São Paulo. Edições Loyola
- Gohn, Maria da Glória. (2016) *Gestao Publica e os Conselhos: revisitando a participacao na esfera institucional*. Brasil. Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas V.10 N.3 2016 ISSN: 1984-1639
- Gomez Zamudio, Mauricio. (1998) *Teoría y guía práctica para la promoción de la salud*. Québec: Univ. de Montreal.
- Hernandez Bello A., Rico de Sotelo, C. editores. (2011). *Protección social en Salud en América Latina y el Caribe. Investigación y políticas*. Ed. Pontificia Universidad Javeriana. Bogota
- Instituto Cuesta Duarte (2016). *Informe de coyuntura 2016*.
- Jiménez-Domínguez, B. (2000). *Investigación cualitativa y psicología social crítica. Contra la lógica binaria y la ilusión de la pureza*. Investigación cualitativa en Salud. Recuperado el 17 de octubre del 2007 : <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/3investigacion.html>
- Johnson N., Lopez Gomez A., Schenk M., (2011). “La sociedad civil ante la despenalización del aborto”. En : Johnson N., Lopez Gomez A., Arribelz G., Sapriza G, Castro A. 2011 . *(Des)Penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos, abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja*. Montevideo: UR-CSIC . Disponible en http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_31.pdf
- Keucheyan, Razmig (2016). *Las mutaciones de la teoría crítica. Un mapa del pensamiento radical hoy*. Revista Nueva Sociedad 261, enero-febrero de 2016, ISSN: 0251-3552, <www.nuso.org>.
- Laclau, Ernesto y Mouffe, Chantal. (1987) *Hegemonía y estrategia socialista: hacia una radicalización de la democracia*. Madrid. Siglo XXI.
- Laurell, Asa Cristina (1975). *Medicina y capitalismo en México*. Cuadernos Políticos 5. 80-93.
- Leites, Martín. (2016). *Evolución reciente de la pobreza en Uruguay*. IECON. Instituto de Economía de Facultad de Economía de la Universidad de la República. Uruguay. Disponible en <http://www.fcea.edu.uy/blog/1071-la-evolucion-reciente-de-la-pobreza-en-uruguay-2.html>
- Magnone, S. y Rovner, H. (2016) . “Percepciones sobre la pobreza en la opinión pública en Uruguay”. En *Los cambios de valores en la sociedad uruguaya: confianza, tolerancia, pobreza, autoridad, género*. Montevideo. Fundación Konrad Adenauer, Uruguay.
- Menéndez, Eduardo L. (1995), *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social* en Dimensión Antropológica, vol. 5, septiembrediciembre, 1995, pp. 7-37. Disponible en: <http://www.dimensionantropologica.inah.gob.mx/?p=1499>
- Ministerio de Desarrollo Social MIDES y Oficina de Planeamiento y Presupuesto OPP. (2013) *REPORTE SOCIAL 2013. Las principales características del Uruguay Social*.
- Modonesi, Massimo (2013) “Revoluciones pasivas en América Latina. Una aproximación gramsciana a la caracterización de los gobiernos progresistas de inicio de siglo” en *Horizontes gramscianos. Estudios en torno al pensamiento de Antonio Gramsci*, México, FCPyS-UNAM.
- Moreira, Constanza, (2016). *La porfiada voluntad de un proyecto: la izquierda uruguaya en la encrucijada latinoamericana*. En *Las vías abiertas de América Latina*; Sader, Emir, García Linera, Alvaro; Forster, Ricardo et. al. Buenos Aires. Ed. Octubre.
- Mouffe, Chantal. (2007) *En torno a lo político*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- MSP. (2009). *Dossier nacional: intercambio sobre “participación social y ciudadana en salud”* .República Oriental del Uruguay. Montevideo.
- MSP. (2006) *Inequidades del sistema de salud uruguayo*. División Economía de la Salud. Ministerio de Salud Pública. Montevideo, Uruguay.
- MSP (2018) . *A 10 años de iniciada la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Jornadas de Intercambio*. Ministerio de Salud Pública. Uruguay
- Netto, Clara (2003) Presentando Redes Sociales. En URB-AL (2003). “La salud de todos. Desde el proyecto a la acción. La experiencia de Montevideo”. Montevideo. Unión Europea. Intendencia Montevideo. Instituto del Hombre. Red N°5 Programa URB-AL.
- Olesker, Daniel (2015). *Igualdad, universalidad y accesibilidad: economía política y estado actual de la política pública de salud*. En Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay. Fernandez Galeano, Miguel, Levcovitz, Eduardo, Olesker, Daniel (coord.) . Montevideo. Udelar, OPS, OMS.
- Olesker, Daniel (2014). *La clase trabajadora en Uruguay. Comparando el 2004 con el 2013*. Disponible en : http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/26739/1/olesker_ponencia-fuecys-junio-2014.pdf
- OPS. (2005). *Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud* .
- OPS. (1990) *La Participación Social*. HSD/SILOS3 Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Disponible en: <http://www.bvsops.org.uy/cgi-bin/wxis1660.exe/lildbi/iah/>
- OPS-MSP-SUSAC- MPS .(2012) *ATENEOS DEL SNIS Ciclo de Encuentros sobre la Reforma de Salud del Uruguay .Capítulo 6 La participación social en el SNIS: Opciones y debates*. Documento de Síntesis. 13 de Noviembre de 2012 . Disponible en : <http://ussf.org.uy/wp-content/uploads/2012/12/Relatoria-6-Participacion-social-en-el-SNIS.pdf>
- OPS 2015 *Perfil del Sistema de Salud 2015. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio*. Levcovitz Eduardo, Fernández Galeano Miguel, Benia Wilson, Anzalone Pablo, Harispe, Estela. Montevideo. OPS.

- Oreggioni, Ida, (2015). “El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: cambios en el financiamiento del sistema de salud uruguayo”. En *Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay*. Fernandez Galeano, Miguel, Levcovitz, Eduardo, Olesker, Daniel (coord.) . Montevideo. Udelar, OPS, OMS.
- Panizza, F. (2009). “Nuevas izquierdas y democracia en América Latina”. En *Los retos de América Latina en un mundo en cambio*. Barcelona. Rev. Cidob D'Afers Internacionals. 85-86. 75-88
- PNUD. (2008). *Política, políticas y desarrollo humano*. Informe Nacional de Desarrollo Humano. Montevideo.
- PNUD (2016). *Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe. Progreso Multidimensional: bienestar más allá del ingreso*. Montevideo. PNUD.
- Organización de Usuarios del Cerro (1993) *Para que el Cerro Sonría*. https://www.youtube.com/watch?v=AUoP7g8m_v0
- Poder Legislativo (2007). *Ley 18.211 de creación del SNIS*. Disponible en : <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/6>
- Rivoir, Ana Laura (2003) “Redes sociales y gestión local. Políticas sociales con participación social”. En URB-AL (2003). *La salud de todos. Desde el proyecto a la acción. La experiencia de Montevideo*. Montevideo. Unión Europea. Intendencia Montevideo. Instituto del Hombre. Red N°5 Programa URB-AL.
- Rosanvallon, Pierre (2017) *La democracia del siglo xxi*. Nueva Sociedad No 269, mayo-junio de 2017. Disponible en : <http://nuso.org/articulo/la-democracia-del-siglo-xxi/>
- Rudolf, Susana, Bagnato, María José, Güida, Carlos, Rodríguez, Ana Carina. 2007. *Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud en el sistema de salud. Una mirada desde la Psicología*. Universidad de la República Facultad de Psicología (Área de Salud) Montevideo. Ed Fin de Siglo.
- Sader, Emir (2016). “Brasil: de Lula al golpe blanco”. En *Las vías abiertas de América Latina*; Sader, Emir, García Linera, Alvaro; Forster, Ricardo et. al. Buenos Aires. Ed. Octubre.
- Salgado, Ana (2007) *Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos*. Universidad de San Martín de Porres. Disponible en : <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>
- Sanabria, Giselda. *Participación Comunitaria*. Material docente para el Curso pre-congreso II Taller de Promoción y Educación para la salud del escolar. IPLAC. Cuba, 2000
- Sautu, Ruth (2005) *Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires. Ed. Lumiere.
- Sempol, D. 2013. *De los baños a las calles. Historia del movimiento lésbico, gay, trans uruguayo 1984-2013*. Random House Mondadori. Ed. Sudamericana. Uruguay
- Setaro, Marcelo (2014) . *Transformaciones en la gobernanza de un estado social centenario: estructura y funcionamiento del sistema nacional integrado de salud de Uruguay*. Disponible en : <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rucp/v23n1/v23n1a06.pdf>
- Terazón, Oneida et al (1999) *Administración estratégica local y su repercusión en la participación social en salud*. Cuba. Revista Cubana de Medicina General 1999; 15 (4).
- Thwaites Rey, Mabel. (2007). “El Estado “ampliado” en el pensamiento gramsciano”. En *Estado y marxismo: un siglo y medio de debates*. Editorial Prometeo. 1° ed 2007, 2° ed 2010. Buenos Aires.
- Thwaites Rey, Mabel (2016) *La impugnación al neoliberalismo y su crisis*. Disponible en : <http://ladiaria.com.uy/articulo/2016/5/la-impugnacion-al-neoliberalismo-y-su-crisis/>
- URB-AL (2003). *La salud de todos. Desde el proyecto a la acción. La experiencia de Montevideo*. Montevideo. Unión Europea. Intendencia Montevideo. Instituto del Hombre. Red N°5 Programa URB-AL.
- Uzcategui J.L. 2012. *La participación ciudadana en Salud en Venezuela y el nuevo marco constitucional. ¿De la representación a la participación protagónica?* ConSalud. As. Prof. Universidad de Carabobo. Venezuela.
- Valles, Miguel S.(2005) *El reto de la calidad en la investigación social cualitativa: de la retórica a los planteamientos de fondo y las propuestas técnicas* Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, núm. 110, 2005, pp. 91-114 Centro de Investigaciones Sociológicas Madrid, España
- Vázquez; M; Siquiera, E; Kruseb, I; Da Silva; A; Leite; I. (2000): *Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina* - Consorcio Hospitalario de Cataluña. España - Instituto Materno Infantil de Pernambuco – Universidad Federal de Pernambuco. Gaceta Sanitaria 2002. Versión electrónica.
- Wallerstein, Nina. *Power between evaluator and community: research relationships within New Mexico's healthier communities*. Social Science of Medicine. 1999;49(1):39-53.
- Wright, Eric Olin, 2014. *Construyendo utopías reales*. España. Akal Ed.