

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL  
**Tesis Licenciatura en Trabajo Social**

**Plan Aduana:**  
dilemas y tensiones en el acceso a la salud

**Helena Mateos Lobelcho**  
Tutora: Sandra Leopold

**2016**

## INTRODUCCIÓN

La presente Monografía corresponde a la exigencia curricular para la finalización de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

El tema a estudiar son las propuestas de atención a la salud que se disponen desde el Plan Aduana, particularmente en la Policlínica Municipal del Barrio Nuevo París de la ciudad de Montevideo. Se realiza un estudio exploratorio del Plan Aduana teniendo en cuenta la percepción y valoración proveniente de la atención a la salud que recibieron algunas familias que participaron del Plan en el período comprendido entre el año 2011 y el 2014<sup>1</sup> en la Policlínica mencionada. Asimismo, se incorpora la percepción de dos Técnicos del área de la Salud, que fueron considerados informantes calificados de este estudio.

Cabe mencionar que el interés por el presente tema a estudiar surge a partir de la intervención de una pasantía pre- profesional en la que quien escribe transitó desde principios de noviembre del año 2013 hasta principios de junio del año siguiente. Dicha pasantía se inscribía en un convenio de cooperación e intercambio entre la Intendencia Municipal de Montevideo y la Universidad de la República.

Es de destacar que no en todos los organismos las pasantías se ejercen de igual manera. En algunos está la presencia del Trabajador Social acompañado de uno o más pasantes, en tanto en otros está sólo el pasante de Trabajo Social, como es el caso de las Policlínicas Municipales. En esta Institución el pasante de la Licenciatura en Trabajo Social atiende las consultas de los usuarios, las derivaciones de otros profesionales que allí atienden, trabaja en red con otras instituciones de la zona, y acompaña en las visitas domiciliarias del Plan Aduana tanto a las Licenciadas en Enfermería, Enfermeras, Administrativas o Pediatras, ya que el profesional que sale a las visitas depende de los recursos humanos con los que se

---

<sup>1</sup> La opción de seleccionar este período de tiempo se debe a que en el año 2011 hubo una modificación en la edad de la población objetivo del Plan Aduana, ampliándose la atención desde el nacimiento hasta los tres años de edad.

cuenta en dicha Policlínica.

A partir de esta inserción institucional es que a quien escribe le fueron surgiendo diversas interrogantes e inquietudes que fueron delineando el tema a estudiar y los objetivos a seguir.

Se considera de gran utilidad para el Trabajo Social el estudio de las valoraciones de los usuarios del Plan Aduana por diferentes motivos. El principal es que la meta de todo programa debe ser la mejor atención de la población objetivo del Plan o Programa, por tal motivo siempre se debe evaluar los programas y planes y su pertinencia en lo que refiere al cumplimiento de sus objetivos y metas. De esta manera es que se interrogó a los usuarios acerca de su perspectiva en relación a la atención a la salud que recibieron o reciben, ya que la perspectiva de los usuarios constituye un factor importante a tener en cuenta en todo proceso de evaluación.

Desde el área social no se puede ser indiferente al hecho de que existan personas cuyos derechos se encuentren vulnerados, no haciendo referencia sólo a los derechos en atención en salud sino también en lo que tiene que ver con la comprensión de los usuarios de la intervención, el conocimiento de sus derechos y deberes.

Por otro lado, como profesionales (o futura profesional del área social), debemos recordarnos y recordar a los usuarios que la salud no es sólo la ausencia de enfermedades sino que es importante tener en cuenta el concepto de salud integral. Salleras (1990) manifiesta que la salud es el completo estado de bienestar mental, físico y social. El autor habla de definiciones negativas y positivas, estas últimas son las que consideran a la salud como integral, ya que salud en este sentido sería el estado óptimo del individuo, el estado en el cual este pudiera desarrollar todas sus actividades de acuerdo a su edad. En tanto las definiciones en términos negativos hacen referencia a lo patológico, a la ausencia de enfermedades e invalideces, el autor concluye que estas no serían útiles para las ciencias sociales, entre otros motivos porque el límite entre lo normal y lo patológico varía con el tiempo y según la sociedad a la que se haga referencia, por ende también varía el concepto de normalidad.

## **-Estrategia metodológica-**

### Objetivo general:

- Describir y analizar las propuestas de atención a la salud que se disponen desde el Plan Aduana, particularmente en la Policlínica Municipal del Barrio Nuevo París de la ciudad de Montevideo.

### Objetivos específicos:

- Indagar acerca de los conocimientos que los usuarios de la Policlínica Municipal del Barrio Nuevo París de la ciudad de Montevideo tienen en relación al Plan Aduana.
- Profundizar en las expectativas de los usuarios en cuanto a la propuesta de atención del Plan mencionado.
- Conocer las fortalezas y debilidades percibidas por las familias que han hecho uso del Plan Aduana en el lugar mencionado desde el 2011 al 2014.
- Tener un acercamiento a la perspectiva que tienen los informantes calificados en relación al funcionamiento del Plan Aduana en general y en la Policlínica en particular.

### Preguntas de investigación que guiarán el estudio:

- ¿Cómo perciben los usuarios de la Policlínica Municipal del barrio Nuevo París la atención recibida en el marco del Plan Aduana?
- ¿Qué expectativas tienen los usuarios de la Policlínica Municipal del barrio Nuevo París en relación al Plan Aduana?
- ¿Qué expectativas tienen los usuarios de la Policlínica Municipal del barrio Nuevo París en relación a la atención recibida por parte del personal de salud y del área social?
- ¿Qué fortalezas y debilidades encuentran en la atención recibida en el marco del Plan Aduana en la Policlínica Municipal del barrio Nuevo París?
- ¿Cómo consideran pertinentes el aporte desde el área técnica entrevistada para una mejora en la atención brindada?

La estrategia metodológica empleada es de tipo cualitativa; se utilizó la técnica de entrevista y se apeló al uso de fuentes secundarias, fundamentalmente en lo que refiere a documentación institucional del plan en estudio.

Se realizaron entrevistas a dos Técnicos del Equipo de Salud de Plan Aduana de la Policlínica donde se llevó a cabo el estudio. El primer técnico fue entrevistado por su rol de Coordinador (cumpliendo también el cargo de Pediatra), que hace que tenga un conocimiento más profundo de la Policlínica y del Plan en estudio, así como por su trayectoria dentro de la Institución, ya que se encuentra trabajando en dicha Policlínica desde su creación. En tanto al Personal de Salud encargado del Plan Aduana se consideró relevante entrevistarlo por ser quien posee mayor conocimiento del Plan en dicha Policlínica, y quien lo lleva adelante de manera permanente. También se entrevistaron a cuatro usuarios de la Policlínica y del Plan, considerando su carácter de usuario dentro del período 2011- 2014.<sup>2</sup>

Para la selección de los usuarios se consideraron los siguientes criterios:

- Ü Tiempo de atención en la Policlínica incluyendo ingresos recientes y núcleos familiares atendidos por más de una generación.
- Ü Presencia de riesgo social<sup>3</sup> según pautas de la Administración de los Servicios de la Salud del Estado (ASSE).
- Ü Cuadros de salud que presentan: controles ordinarios y rutinarios / patologías específicas.

Para una mejor organización expositiva la monografía se divide en la introducción, tres capítulos y las reflexiones finales.

En el primer capítulo se desarrolla la categoría analítica salud, realizando la

---

<sup>2</sup> Ver pautas de entrevistas y desgavación de entrevistas en anexos, de los seis informantes calificados entrevistados.

<sup>3</sup> Por definición de riesgos sociales ver documento en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/2516/1/FE-0371TG.pdf>, consultada el 19 de agosto de 2015.

conceptualización pertinente del término, su devenir histórico a nivel mundial, nacional y por último se conceptualiza la Atención Primaria en Salud a nivel departamental. Finalizando el apartado se realiza una breve reseña de las Policlínicas Municipales, más específicamente la Policlínica Municipal “Aquiles Lanza” ubicada en el barrio Nuevo París, que es donde se centra el trabajo de campo de la presente monografía.

En tanto en el segundo capítulo se presenta el Plan Aduana, básicamente su reseña histórica. Se plantean sus objetivos, origen, organismos intervinientes y tareas que le competen al Plan. Así como también se exponen los antecedentes de estudio en la temática.

Por último, en el tercer capítulo se analiza el material obtenido a través de las entrevistas realizadas en el trabajo de campo y el recopilado de las fuentes secundarias, a la luz de las categorías analíticas previamente desarrolladas.

De manera de dar un cierre al presente documento, se presentan en un último apartado las reflexiones finales, procurando realizar un aporte al Trabajo Social en general y en particular para el colectivo profesional interviniente en Infancia, Salud y Familia.

## Capítulo 1 –Aproximación al concepto de Salud-

La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó una redefinición del concepto de salud en la Carta Magna o Carta Constitucional de 1946, entendiendo por ella “(...) *el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (U. S. en Salleras, Luis; 1990: 14).

Esta definición marcó una clara evolución y avance respecto al concepto clásico que se venía manejando anteriormente, pues no solo tiene en cuenta la ausencia de enfermedades o afecciones sino que incorpora otros aspectos de la persona como son la dimensión mental y social.

La definición de la OMS coloca a la salud como un objetivo utópico, pues la obtención de un estado de completo bienestar es casi inalcanzable ya que las personas no viven en continuo estado de bienestar; es así, que la salud pasa a constituirse como una aspiración necesaria, que intenta alcanzarse a través de mecanismos y actitudes que adquiere cada sociedad para que los ciudadanos en su conjunto puedan alcanzar el cumplimiento de este derecho. En síntesis, que las personas puedan desarrollar una vida social acorde a las actividades que se esperan para su edad.

El concepto de salud ha variado a lo largo del tiempo y la cultura, con lo que se puede decir que “*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. La posesión del mejor estado de salud que es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera sea su raza, religión, ideología política y condición económica social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental de la paz mundial y de la seguridad, depende de la cooperación más estrecha posible entre los estados y los individuos*”.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), entrando en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.” (<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>, consultada el 21 de julio de 2013).

También la salud ha sido entendida y definida en términos negativos, esto significa que la “(...) *salud sería la ausencia de enfermedades e invalideces*” (Fletcher, C. M. y Horn, D. (1970) en Salleras, Luis; 1990: 13).

Por otro lado, el 21 de setiembre de 1986, se realizó la primer Conferencia Internacional sobre la Promoción de Salud, reunida en Ottawa en donde se emitió la Carta con el objetivo “Salud para todos en el año 2000”. “*La Salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa así mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud*”.<sup>5</sup>

Con este aporte de la Conferencia Internacional reunida en Ottawa se evidencian los cambios en la concepción de salud, ya se la ve como el estado de bienestar, resultado de ciertos cuidados, prevenciones y calidad de vida que se requiere en la vida cotidiana para poder estar en “buen estado de salud”. Aunque no se especifica que se entiende exactamente por “buen estado de salud”, pudiendo resultar un concepto un poco ambiguo.

De la carta del mismo año, emitida por la OMS (1998) se desprende que la promoción en salud en tanto política pública, consiste en el fortalecimiento del control que las personas tienen sobre los factores que determinan su estado de salud. En este contexto de promoción de salud, “*la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas*” para llevar a cabo un estado de salud equilibrado. (OMS; 1998: 11 en Setaro, Marcelo; 2013: 81).

---

<sup>5</sup> Carta de Ottawa para la Promoción de Salud [online], página 3. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>, consultada el 21 de julio de 2013.



## Acercamiento a las políticas de salud en Uruguay

Ahora bien, luego de hacer mención muy brevemente al concepto de salud se considera necesario hacer foco en el proceso de transición que tuvo la atención a la salud en nuestro país. El Estado batllista tuvo especial influencia en la salud en Uruguay, impulsando entre otras acciones la creación de nuevos hospitales tanto en Montevideo como en el interior del país. *"En Montevideo, el de Caridad, fundado en 1877- 88, ensanchado en 1825, 1859, 1879 y 1890, fue el único hasta 1860, en que se habilitó, (...) la quinta de Vilardebó para los enfermos mentales. El 'Fermín Ferreira' aparece en la estadística en 1899, aunque funcionaba desde hacía ya algunos años como 'Casa de Aislamiento'; en 1908 se inauguró el 'Pereira Rossell' destinado a niños; en 1913, el 'Refugio de embarazadas'; en 1914, la 'Escuela de Nurses', fundada en 1913 y que también recibía enfermos; en 1915, la 'Maternidad'; en 1922, el 'Pasteur'; en 1927, el 'Pedro Visca'; en 1928, la 'Colonia de Convalecientes Saint Bois'; y en 1930, la 'Casa Maternal' y los sanatorios antituberculosos Nos. 1 y 2. No hemos considerado al 'Hospital Militar', la estadística recién lo menciona en 1914"* (Barrán, José Pedro; 1993: 70).

El Estado batllista tuvo especial vínculo con la medicalización y el poder médico que se fue difundiendo sobre todo a partir del primer batllismo y el período de la “sensibilidad civilizada”, término utilizado por Barrán (1993) para denominar al período que transcurre entre 1860 y 1930, en el que se produce el tránsito del Uruguay “bárbaro” al Uruguay moderno.

Menciona Barrán (1993) que en las tres primeras décadas del siglo XX ya habían comenzado a funcionar el 75% de los centros hospitalarios existentes en 1930.

De esta manera se fue accediendo a una cobertura más universal de la población en lo que respecta a la atención de la salud, creándose en Montevideo los primeros centros de salud u hospitales públicos, extendiéndose de manera paulatina al resto del país. Es de destacar que el Primer Hospital Público creado en Montevideo fue el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el año 1908, siguiendo el Hospital Maciel en el año 1911, el Hospital Pasteur en 1922, el Hospital Saint Bois en 1928 y el Hospital de Clínicas en 1953.

Es de destacar que la Medicina se fue socializando e incluyendo a mayor cantidad de población de manera paulatina a partir de la atención médica. *"Los hospitales recién después de la ley de salud pública en 1910 y la apertura que siguió de los de la mayoría del interior, cubrían parcialmente las enfermedades de los 'indigentes'; las sociedades de socorros mutuos atendieron a una porción relevante de la sociedad sobre todo montevideana y recién en la década 1920- 30; clases medias y altas de Montevideo y el interior debían, pues, costearse privadamente su salud"* (Barrán, José Pedro; 1993: 109).

En lo que respecta al proceso de medicalización de la sociedad uruguaya, otra muestra de ello fue la creación del Ministerio de Salud Pública. El mismo fue creado el 12 de enero de 1934, bajo de Ley N° 9. 202,<sup>6</sup> *"(...) centralizando, a nivel nacional, todo lo referente a políticas de salud (con potestades normativas, fiscalizadoras, controladoras, coordinadoras, etc.) y a la dirección de los Servicios de Salud que estaban bajo la égida de la Asistencia Pública Nacional, así como las que se crearan. En este sentido se puede afirmar que fue una respuesta integral por parte de un Estado benefactor y centralizador, que ya se había desarrollado en otros sectores"* (Piotti, Diosma; 1998: s/ página –antecedentes-).

La asistencia en salud para los que en esa época eran considerados "indigentes" era cubierta por el Estado. La Ley N° 9. 202 incluyó la intervención y atención en salud de embarazadas, parturientas, enfermos crónicos, inválidos, y la protección a la infancia.

Menciona Piotti, que el MSP es: *"(...) quién debe actuar como organismo rector en materia de políticas de salud y quién tiene las potestades legales para ejercer la regulación y el control del mismo, con la finalidad de promover la universalidad, la eficiencia y la calidad de los servicios que se prestan a la población"* (Piotti, Diosma; 2002: 197).

Según los aportes de Ortega (2008), en el contexto histórico del período neobatllista

---

<sup>6</sup> Ley N° 9. 202, denominada Ley Orgánica de Salud Pública. Promulgada el 12/ 01/ 1934 y publicada el 22/ 01/ 1934. Extraída del <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/9202-1934/32>, consultada el 20 de febrero de 2016.

se producen múltiples transformaciones en la sociedad uruguaya. Entre ellas, se da un proceso de medicalización de la vida social, en tanto cambia la forma de actuar en relación a la salud, ya que aumenta el control de personal especializado sobre la higiene del hogar y del individuo, así como sobre hábitos de la población con el objetivo de prevenir algunas enfermedades contagiosas como la tuberculosis, la viruela, entre otras. Se crean también los Centros de Salud, logrando así consolidar la profesión del Trabajador Social en dicha área.

En la segunda mitad del Siglo XX en Uruguay, comenzó el debate acerca de la ejecución de un nuevo Sistema Nacional de Salud (SNS), adquiriendo sobre los años '60 mayor intensidad ya que se incrementaron las presentaciones de posturas en relación a la reforma de la salud. El debate se centró en qué reajustar o transformar del sistema vigente y por qué. (Mancebo, María Ester; 2002).

El sistema de salud que primaba en la década de 1960 se caracterizaba por estar desregularizado, con poco control, no siendo el factor predominante la prevención ni la atención del primer nivel. Por tanto, la estrategia de transformación en el sistema de salud buscaba un mejor uso de los recursos administrativos, humanos, financieros y técnicos, dirigiéndose a mejorar la calidad de los servicios y reducir los costos para la sociedad. Estos últimos, son algunos de los aspectos que conducirían a lo que es hoy en día la reforma de la salud.

La Dictadura Militar (1973- 1984) acelera el ritmo de los cambios que se venían debatiendo desde 1960 y que se materializarían en el año 1975. *“Con el Decreto- Ley 14. 407 de 1975, el gobierno crea la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad (ASSE) (...). El Estado centraliza la administración del seguro social de salud, con la excepción de los denominados Seguros Convencionales o Cajas de Auxilio, que podrían mantener su régimen. Serían centralizadas en la Administración del Seguros de Salud (ASSE), posteriormente denominada Dirección de Seguro Social de Salud (DISSE) (hoy Banco de Previsión Social, creado con la reforma constitucional de 1967)”* (Setaro, Marcelo; 2013: 190).

Posteriormente, en el 1985 todos los sectores políticos y sociales del país, aprobaron

por consenso un documento de la Concertación Nacional Programática (CONAPRO), en el que se definía el derecho a la salud en los siguientes términos: “(...) *el derecho a la salud no es más que el derecho al bienestar, a una vida digna y grata y por lo tanto es un derecho inalienable, inherente a la persona humana (...) El derecho a la salud implica el derecho a una alimentación adecuada, a la protección y la seguridad social, al pleno empleo, la vestimenta, al descanso y la recreación, la educación, la libertad, los derechos civiles, políticos y culturales*”. (López, Alejandra y Abracinskas, Lilián; 2004: 50- 51).<sup>7</sup>

En otras palabras, avanzó la concepción de que el derecho a la salud es un derecho integral que implica bienestar en la vida cotidiana del ser humano.

Un año y medio más tarde, en julio de 1986, luego de diversas propuestas provenientes de los diferentes partidos políticos, se presentó en la Cámara de Senadores por parte del Partido Nacional, el proyecto que creaba el Sistema Nacional de Salud (SNS). Piotti (1998) señala también que en junio de 1987, el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Economía y Finanzas envía al Parlamento la Ley de Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal que correspondía al año 1986. “*En el mensaje se menciona la creación del Servicio Estatal de Salud como organismo dependiente del MSP (...). La redacción que se le dio significaba un primer paso en el proceso de descentralización (...)*”.<sup>8</sup>(Piotti, Diosma; 1998: s/ n° de página).

El primer artículo del proyecto de la Ley N° 15. 903 presentado por el Poder Ejecutivo cambió el nombre del Servicio Estatal de Salud (SES), pasando a denominarse Administración de los Servicios de la Salud del Estado (ASSE).

Una vez aprobado el proyecto, entró en vigencia como Ley el 10 de octubre de 1987,

---

<sup>7</sup> Documento de la CONAPRO cito en “*Mortalidad Materna, aborto y salud en Uruguay*” en: <https://www.yumpu.com/en/document/view/53836901/mortalidad-materna-aborto-y-salud-en-uruguay/51>. Consultada en mayo de 2015.

<sup>8</sup> Del Seminario en el marco de los 10 años de descentralización en la Intendencia de Montevideo, se extrajo las siguientes palabras de la Edila Graciela Garín, Presidenta de la Comisión de Descentralización, Junta Departamental de Montevideo. Al “*concepto de Descentralización lo podemos definir como optimización de los recursos, es decir la redistribución de funciones y recursos que permite mayor eficacia y eficiencia de las acciones del Estado, tratando de garantizar la dimensión política y social de la democracia*” (Garín, Graciela; 2001: 99).

sin embargo no colmó las expectativas de descentralización de quienes formaron parte de este proyecto, “(...) *las expectativas esperadas con la creación de ASSE desconcentrada, no se concretaron en el nivel de los hechos*”. (Piotti, Diosma; 1998: s/ página –La segunda etapa: 1987- 1995). Esto se evidencia, en el hecho de que en las elecciones de 1989 todos los partidos políticos plantean dentro de su programa a la dimensión centralización-descentralización.

ASSE no se descentralizó en su totalidad más que nada porque la reforma que se intentó llevar a cabo no se completó en su totalidad. El Poder Ejecutivo no dio el último paso, la desconcentración fue limitada dado que administrativamente no había la preparación suficiente para que se llevase adelante.

Posteriormente, para el período 1995- 1999 en el Proyecto de Ley de Presupuesto Nacional, se presentó por parte del MSP la Carta Orgánica en la que se definía la descentralización de ASSE. No obstante, luego de diversos debates por parte de agentes tanto políticos como del área de la salud se resolvió que este proyecto debía desglosarse de la Ley de Presupuesto. Finalmente, esta Ley fue aprobada en febrero de 2007 y publicada en agosto del mismo año, con el número de Ley 18. 161.

A partir del Sistema Nacional Integrado de Salud (Ley 18. 211 publicada el 13 de diciembre de 2007) se detecta una intención de universalizar la atención creándose el Fondo Nacional de Salud (FONASA) “(...) *que recibe los recursos de trabajadores/as y jubilados/as, organismos estatales y empresas, y aportes estatales. Los aportes personales se realizan por tasas porcentuales progresivas, según niveles de ingreso y composición del grupo familiar, en concordancia con el principio aportación diferencial de acuerdo a posibilidades contributivas. Se establece un 3% como aporte básico para trabajadores cuyos ingresos no superen las 2,5 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC). Si el ingreso es mayor, el porcentaje es 4,5%, y si además tiene hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad a su cargo, la contribución es 6%. En los casos en que se cubre al cónyuge o concubina, se le agrega un descuento adicional de 2%. Los empleadores aportan adicionalmente el 5% referido al trabajador asegurado. Por otra parte, los jubilados que han ido ingresando al sistema, lo hacen con una aportación similar; el 3% a los jubilados con ingresos menores a 2,5 BPC, 4,5% a los jubilados con ingresos mayores a 2,5 BPC sin hijos a cargo y 6% los que sí tengan a cargo hijos menores a 18 años o mayores con discapacidad. El aporte asciende a 8% cuando además de superar las 2,5*

*BPC de ingresos, se cubre al cónyuge o concubino/a. Los jubilados que no queden cubiertos por el seguro, aportan un 1%.” (Gallo, María Alejandra y Sosa, Santiago; 2015: 159- 160)*

El cambio a partir de la ley anteriormente mencionada en el Modelo de Financiamiento supuso la instauración del Seguro Nacional de Salud (SNS), administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA). El SNS está financiado por el FONASA, en donde el descuento es proporcional al ingreso, la composición del núcleo familiar y las características del mismo (es decir, si posee menores o personas dependientes a cargo) manteniéndose del sistema anterior, que quién no realice aportes a BPS, por lo tanto a FONASA tampoco y no cuente con recursos económicos para sustentarse por sus propios medios la atención mutual, se podrá atender en ASSE. Setaro (2013) complementa aportando que a partir de la reforma quedaron incluidos en la cobertura mutual de la seguridad social familiar, a los hijos de los trabajadores con aportes a BPS y desde el año 2010 lo siguieron haciendo de manera progresiva cónyuges y jubilados. Siguiendo a Setaro es preciso destacar una diferencia que él menciona entre el antiguo DISSE y la reforma de la salud. Antes sólo se podía elegir prestadores privados, en tanto ahora se trata de un sistema mixto que incluye tanto a prestadores privados sociales y públicos.

*“La ley 18211 es la norma “constitucional” del sistema porque en ella se encuentran, además de los principios rectores, los mecanismos institucionales básicos de financiamiento, de coordinación de los actores, de incentivos que modulan la conducta de los actores del sector salud. En diciembre de 2007 se aprobaría la ley 18211 que crea el SNIS. Consta de ocho capítulos y setenta y siete artículos. La ley le asigna al MSP el comando de la construcción del SNIS (art. 5). También crea una Junta Nacional de Salud, que subsume en único organismo las competencias que el programa Frentista preveía para dos organismos públicos diferenciados (Junta Nacional de Salud y Superintendencia Nacional de Salud). Evidentemente, esto supone una importante concentración de poder, fusionando las competencias de conducción del SNIS, con las de administración de los recursos del Seguro de Salud” (Setaro, Marcelo; 2013: 269- 270).*

Es preciso mencionar que toda esta reestructura requirió de mucha planificación en cuanto a los acuerdos políticos previos con el objetivo de que la reforma se lograra de la

mejor manera posible. Por este motivo es que llevó casi dos décadas la concreción de dicha reforma, dado que se inició en la restauración democrática en el año 1985. *“El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay, ha planteado por Ley el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país, asegurando la equidad de las prestaciones y la accesibilidad a servicios integrales de salud de los mismos (Ley 18211, artículo 3); aún hoy quedan grupos poblacionales que no acceden, o acceden tarde y en forma no equitativa a dichos servicios. Y siempre son las poblaciones más vulnerables las relegadas en el acceso a prestaciones integrales de salud, y en particular son los niños de esa franja poblacional, quienes se ven más violentados por el sistema (...)”* (Sbárbaro, Milton y Nantes, Alicia; 2012: 3). Con esto se evidencia que a pesar de que demoró en implementarse la reforma, una vez implementada no se logró un acceso universal en cobertura de salud.

Resumiendo, las principales normas en la reforma de la salud en este último período histórico (además de las ya mencionadas) fueron: la Ley 18.131, de mayo de 2007 que crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA); la Ley 18.161, de agosto de 2007 que descentraliza la Administración de los Servicios de la Salud del Estado (ASSE); y la Ley 18.211, de diciembre de 2007 que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud y el Seguro Nacional de Salud (SNIS- SNS).

En síntesis, algunos de los principales cambios que se dieron en esa área fueron: la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, la descentralización de Administración de los Servicios de Salud del Estado, adquiriendo un nuevo rol el MSP, una nueva forma de atención dirigiéndose prioritariamente a la prevención, y una mayor garantía a los derechos en salud con una dirección a la universalidad.

De esta manera se puede decir que se ha llegado en la actualidad a un acceso universal de la población, en lo que refiere a la cobertura en salud principalmente a través de la lucha y conquista de los derechos. Para esto se fue ampliando la toma de conciencia por parte de los usuarios y de la población en general, la importancia que la lucha por el cumplimiento de los derechos, en este caso de salud. No obstante, se evidenció en las particularidades observadas en las situaciones familiares abordadas en la práctica pre profesional y en la pasantía llevada a cabo en el período mencionado anteriormente que por más que sea en ASSE la atención no siempre es gratuita, ya que existen dificultades en el acceso y uso del

servicio, esto se puede ejemplificar en el cobro de tickets, medicamentos insuficientes en algunas situaciones, falta de recursos materiales para acceder a algunos centros de atención médica, entre otras. Esto permite ver aspectos contradictorios a la interna del sistema de salud.

### **Notas sobre la Reforma de la Salud en Uruguay en el año 2007**

A continuación se expone la visión y misión que tuvo la reforma de salud en nuestro país en el año 2007. Con respecto a la primera se intenta: *“Consolidar un Primer Nivel de atención continente y resolutivo que permita realizar la promoción, prevención específica, detección precoz, atención de los problemas de salud, rehabilitación y cuidados paliativos para la población del Uruguay. Brindar atención a la salud con criterios de integralidad, oportunidad, accesibilidad, calidad, continuidad y equidad, consolidando un modelo de atención humanizado con enfoque interdisciplinario y la plena participación de funcionarios y beneficiarios, desde una perspectiva de derechos”*.<sup>9</sup>

Es preciso tener en cuenta, que por ser esta la visión, estamos frente a una perspectiva amplia y que no en todos los centros de salud se pudo cumplir con las metas propuestas. Incluso se entiende que la prevención específica es un tema que requiere de muchos recursos humanos sobre todo para la educación en salud, tema en los que no siempre se concuerda con la población beneficiaria.

En lo que refiere a la misión ASSE propone: *“Ser el prestador público de referencia, basado en la Atención Primaria, con equidad, eficiencia y calidad, y con capacidad para responder a las necesidades de su población usuaria, en un marco de políticas de equidad social”*<sup>10</sup>. Con esto se apunta a la centralización en el mencionado Ministerio de todos los programas relacionados con la cura y prevención de enfermedades, así como con la mejora de la calidad de vida.

Por ende, la actual reforma promueve que la salud debe ser un bien público, un bien social de la ciudadanía, un derecho que el Estado debe garantizar y asegurar el acceso

---

<sup>9</sup> Administración de los Servicios de Salud del Estado [online] Disponible en: [http://www.asse.com.uy/uc\\_2382\\_1.html](http://www.asse.com.uy/uc_2382_1.html), consultada el 04 de julio de 2012.

<sup>10</sup> MSP [online] Disponible en: <http://www.msp.gub.uy>, consultada el 04 de julio de 2012.



universal de la Atención Integral a la Salud a toda la población con equidad, atención continua y oportuna de calidad, según normas socialmente sustentables, trabajando en equipos de salud interdisciplinarios, con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano, con centralización normativa y descentralización en la ejecución.

Cabe destacar que la reforma de Salud diseñó y ejecutó una serie de programas para el fortalecimiento de la Atención de Primer Nivel, teniendo como prioridad nueve programas institucionales: Niñez, Adolescencia, Mujer y Género (con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva), Población Adulta, Adulto Mayor, Salud Bucal, Nutrición, Salud Mental y Atención a Consumidores de Drogas.

Es preciso definir aquí los niveles de atención en salud: *“Clásicamente se distinguen tres niveles de atención. El **primer nivel** es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. (...)*” (Dr. Vignolo, Julio; 2011: 12).

En el **segundo nivel de atención** se encuentran los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados con temas más específicos, pero que no necesiten la internación. En tanto estamos frente al **tercer nivel de atención** cuando se trata de problemas poco prevalentes, patologías complejas que requieran de tratamientos especializados y de alta tecnología.

No obstante, la presente monografía se centra principalmente en el Primer Nivel de Atención, dado que el trabajo de campo y el surgimiento de interrogantes en relación el Plan seleccionado para estudiar tuvieron origen en una Policlínica Municipal.

Las tres principales metas que se plantearon en el SNS para los años 2008- 2012 son: la Salud Materno Infantil; el Adulto Mayor; capacitación del personal de salud y definición

de Médicos de Referencia.

La meta N° 1, que es la que está vinculada con este estudio cuenta con los siguientes indicadores: captación del recién nacido; visita domiciliaria para nacidos de riesgo; controles en salud de niños de uno, dos y tres años, todos según pauta; ecografía de cadera; acreditación en BPA; control del embarazo; historia clínica perinatal básica completa; control de VDRL y HIV en el embarazo; captación precoz del embarazo y pesquisa de violencia doméstica. *“Todas estas acciones, además de la prioridad sanitaria, están fundamentadas en razón de su efecto esperado en el cambio de modelo de atención”*. (Setaro, Marcelo; 2013: 291).

Según Marcelo Setaro y Guillermo Fuentes (2012), a través de la Ley de Presupuesto Nacional N° 18. 719 del año 2010, el MSP para una mejor organización de las políticas, crea la Dirección General del SNIS, la Dirección de Programas de Salud, y la Coordinación de Descentralización territorial. En noviembre del año 2011 finalizaron los acuerdos en la JUNASA que permitieron la renovación de los compromisos entre esta Junta y los prestadores de Salud. En general esto apunta *“(…) a garantizar el derecho de los usuarios, además de promover el cambio del modelo de atención y de gestión en los prestadores. En su conjunto, marca la introducción de más obligaciones a los prestadores (…)”* (Setaro, Marcelo y Fuentes, Guillermo; 2012: 263).

Dentro de las metas asistenciales<sup>11</sup> de la JUNASA se encuentran la atención en salud materna infantil en el Primer nivel de atención y la atención a las enfermedades crónicas no transmisibles. *“El embarazo no deseado, el control inadecuado del embarazo, las malas condiciones de vida, son factores asociados a la mayor incidencia de la prematuridad y las enfermedades respiratorias, que impactan fuertemente en este componente de la mortalidad infantil”* (Setaro, Marcelo y Fuentes, Guillermo; 2012: 268). Esta población que atraviesa las situaciones mencionadas por Setaro y Fuentes (2012) es la que muchas veces pasa a ser intervenida por el Programa del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) “Uruguay Crece Contigo”, dado que necesita de un programa de cercanía para una intervención más fluida y duradera con la familia o el referente familiar.

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) *“(…) plantea que*

---

<sup>11</sup>[file:///C:/Users/ACER/Desktop/COMPARECENCIA\\_MINISTRA\\_PARLAMENTO\\_JULIO\\_2013\\_fin\\_al.pdf](file:///C:/Users/ACER/Desktop/COMPARECENCIA_MINISTRA_PARLAMENTO_JULIO_2013_fin_al.pdf), consultada el 19 de agosto de 2015.

*para que la estrategia RISS<sup>12</sup> funcione se debe presentar un territorio y una población definidas, un primer nivel de atención multidisciplinario, que sirva de puerta de entrada al sistema, centrando la atención en el individuo, la familia y la comunidad”. (Sbárbaro, Milton y Nantes, Alicia; 2012: 3)*

De alguna manera esto es lo que se lleva a cabo en los tres niveles de atención en nuestro país, o al menos es la meta que el MSP tiene en cuenta para la atención a los usuarios.

Es preciso mencionar que *“El término Atención Primaria de Salud (APS) se popularizó rápidamente a nivel universal a partir de la Conferencia de Alma Ata (URSS, 1978)”*.<sup>13</sup> En tanto, a nivel país su difusión se inicia a partir de 1985 cuando el MSP declara a la APS *“como estrategia oficial para el cumplimiento de la meta de Salud para Todos en el año 2000”*. Esto es consecuencia de todo un trabajo de técnicos que se desempeñan laboralmente en el área de la salud y que procuran la mejora de la atención de los usuarios, por tal motivo año a año se renuevan las metas tanto en las Policlínicas de ASSE como en las Municipales.

### **La Policlínica Municipal del barrio Nuevo París**

A través de la búsqueda de fuentes secundarias no se encontró documentación que exponga datos acerca de la creación de la Policlínica Municipal Aquiles Lanza. Por tal motivo en este apartado se incorpora información proveniente de una de las entrevistas realizadas a los técnicos de la Policlínica y a un documento on- line que resume la apertura de dicha Institución a través de otra entrevista realizada previamente a la misma técnica.

En el documento *“Para ellas, trabajar es salud”*<sup>14</sup>, se menciona que la Policlínica lleva el nombre en honor a quien al inicio del retorno a la democracia, era el Intendente de Montevideo, el Doctor Aquiles Lanza, quien además aceptó y tomó en cuenta la solicitud

---

<sup>12</sup> RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud.

<sup>13</sup> <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>, consultada el 15 de marzo de 2014.

<sup>14</sup> <http://municipioa.montevideo.gub.uy/node/793>, documento realizado por Pablo Khalil en base al Municipio A de la Intendencia de Montevideo. Consultado el 05/ 07/ 2015.

e inquietud acercada por los vecinos de la zona para hacerla realidad, hecho que también fue manifestado por la entrevistada 1<sup>15</sup>. Esto se debió a que la atención brindada en el Club barrial era irregular y sentían la necesidad de un lugar fijo y apropiado para ser utilizado por el área de la salud. Por tal motivo los vecinos acercaron tal inquietud y propuesta a la Intendencia y no al Ministerio de Salud Pública, dando lugar de esta manera a que la misma sea una Policlínica Municipal y no de ASSE. Su creación se produjo finalmente el 23 de junio de 1986.

A partir de ello fue mejorando paulatinamente la atención hacia los usuarios y aumentó la cobertura sobre todo en lo que tiene que ver con población menor a 3 años. En esto de la mejora y ampliación de los servicios tiene especial influencia el compromiso de los técnicos y el trabajo en equipo que se evidenció durante el transcurso de la pasantía de quien suscribe. Con ampliación de los servicios se hace referencia a los distintos programas que han seleccionado como sede tal Institución y la incorporación de nuevos Técnicos para un mejor trabajo interdisciplinario. Dentro de los programas que se fueron incrementando se encuentran: plan de atención zonal, programas para la mujer, el niño, el adulto mayor, y otros programas como inmunizaciones, salud mental, odontología, grupo con personas diabéticas, grupo con personas hipertensas y grupo de cesación del tabaquismo. En tanto los programas actuales con los que la Policlínica se encuentra trabajando en red<sup>16</sup> son: una dupla de Uruguay Crece Contigo (UCC), una dupla de Equipos Territoriales de Atención Familiar (ETAF) y el Programa Aleros. A su vez, dentro de la incorporación de nuevos técnicos cabe mencionar a la odontóloga, dado que en sus inicios había sólo higienista dental, Doctora en Medicina Familiar y Comunitaria contratada de UCC para desempeñar sus funciones unos días a la semana en la Policlínica Municipal del barrio Nuevo París. Los becarios, tanto de Enfermería, Trabajo Social o Administración son de una incorporación no mayor a 10 años. Los técnicos que ya se encontraban y que aún continúan desempeñando sus funciones allí son 2 Pediatras, Residentes en Pediatría (teniendo en cuenta las rotaciones, siempre hay entre 3 y 4), 2 Licenciados en Enfermería, 4 Administrativos, 1 Vacunador, 1 Higienista dental, 1 Odontóloga, 3 Doctores en Medicina General, 1 interno (estudiante de Medicina General),

---

<sup>15</sup> Por mayor información ver en anexos desgravación de la entrevista a “técnica 1”.

<sup>16</sup> Esto implica coordinación en estrategias y técnicas de intervención entre las Instituciones o Técnicos intervinientes, así como devolución mutua de lo trabajado.

1 Psicóloga, 1 Doctora en Psiquiatría, 1 Ginecólogo, 1 Nutricionista y 2 auxiliares de servicio. En tanto, en un inicio había Asistentes Sociales pero por disposición de la Dirección de la Intendencia fueron trasladados de área mismos dentro del municipio. Este equipo de profesionales atiende a un total aproximado de 5000 usuarios de todas las edades, ya que hay Pediatras y Doctores en Medicina General. Hay que tener en cuenta que hay usuarios permanentes de esa Policlínica y otros que consultan por algo puntual y no vuelven a concurrir.

Es de destacar que la “técnica 1” manifestó en la entrevista, que aún se sigue reclamando la incorporación de Técnicos de manera permanente como ser Trabajador Social, en tanto la “técnica 2” enfatiza en un mayor equipo permanente para la dedicación al Plan Aduana.

Es preciso mencionar que el barrio desde su creación en 1869 se caracterizó por ser una zona de fábricas<sup>17</sup>, lo que produjo el poblamiento de la zona, actualmente persisten fábricas y curtiembre. La cantidad de asentamientos irregulares fue creciendo, así como la cantidad de servicios debido al aumento poblacional. Algunos de estos asentamientos irregulares se encuentran en proceso de regularización y otros han sido recientemente regularizados, por ejemplo el asentamiento 6 de diciembre. En octubre de 2012 se inauguró una Policlínica de ASSE durante el proceso de regularización de este asentamiento, llevando el mismo nombre “6 de diciembre”. La zona de Nuevo París “(...) era una zona de diversas y variadas fábricas que fueron cerrando y dejaron un distrito algo empobrecido; la gran cantidad de espacios verdes fueron convirtiéndose, en primera instancia, en asentamientos. En los últimos años la zona aumentó mucho demográficamente y se formaron, también, muchas cooperativas. En ese contexto, no existe pues otro servicio de salud pública. Así se convirtió en un servicio de referencia, de fuerte arraigo para los vecinos y vecinas usuarios. A su vez, un punto no menor, es que el personal municipal, trabaja en ella comprometidamente.”<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> El barrio fue fundado en 1869 por el Ingeniero Demetrio Ísola. “(...) hacia 1884 funcionaban once (...)” (Barrios Pintos, Aníbal; 1971: 32) curtiembres en el barrio. Produciendo gran poblamiento por las fuentes de trabajo, que a su cierre, la población permaneció en la zona. Fuente: <http://municipioa.montevideo.gub.uy/node/180>, consultada el 21 de febrero de 2016.

<sup>18</sup> <http://municipioa.montevideo.gub.uy/node/793>, consultada el 05 de julio de 2015.

## Capítulo 2 –Plan Aduana, un plan para reflexionar...-

### ¿Quién más ha estudiado en relación a la temática?

Es preciso destacar que en el área social no se encontraron investigaciones previas en relación al Plan Aduana. Los documentos que se mencionan a continuación fueron la principal fuente de información acerca del Plan Aduana, dado que a nivel nacional y del Ministerio de Salud Pública en particular, se carece de datos actualizados. Los documentos previos que se hallaron provenían tanto de las carreras de Enfermería como de Pediatría, los cuales serán enumerados a continuación por ser tenidos en cuenta como documentos que sirvieron de insumo para la elaboración de la presente Monografía.

\*De la Cátedra Materno- Infantil de la Facultad de Enfermería de la UdelaR, las bachilleres María Estefanía Ascarate Farías, Ana Karen Olveira Soppi, Patricia Daniela Silva Casafuz, Patricia Florencia Sosa D’Angelo y Estefanía Vivián Gallardo en compañía de las tutoras Profesora Licenciada Cristina Barrenchea y Profesora Adjunta Licenciada Silvia Crosa; en el año 2012 realizaron el trabajo final de investigación de la Licenciatura denominado “*Causas del incumplimiento del control de salud de los niños/ as menores de 2 años del Centro de Salud Cerro*”.

\*De la Cátedra Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la UdelaR, las bachilleres Noelia Alvarez, Ana Bertin, Carolina Martínez y M<sup>a</sup> José Palacios, en compañía de las tutoras Profesora Licenciada Cristina Barrenchea y Profesora Adjunta Licenciada Silvia Crosa; en el año 2010 realizaron el trabajo final de investigación de la Licenciatura denominado “*Características de los niños de 12 a 24 meses. Programa Aduana*”.

\*De la Cátedra Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la UdelaR, las bachilleres Valeria Cuello, Virginia Medina y Natalia Santucci, en compañía de las tutoras profesoras agregadas Esther Lacava y Teresa Menoni; en el año 2009 realizaron el trabajo final de investigación de la Licenciatura denominado “*Relación entre el estrato socioeconómico y la composición familiar con el crecimiento en niños desde su nacimiento hasta los dos años de edad, de un centro de salud público de Montevideo*”.

Por otro lado, del Hospital Pereira Rossell, de la Clínica Pediátrica “A”, la Profesora Doctora Ana María Ferrari realizó en el año 1992 la Monografía correspondiente al 3er. año de postgrado de pediatría, denominada “*Captación y seguimiento de Recién Nacidos*”.

*en el Centro Auxiliar Pando a través del Plan Aduana”.*

Estos textos, como se mencionó en el inicio del capítulo, fueron el primer acercamiento en lo que tiene que ver con datos del Plan y bibliografía que se pudiera consultar, ya que la que se consultó en la biblioteca de la Facultad de Medicina no se encontraba en la búsqueda on- line de la página de biblioteca. No obstante, los datos del Plan en muchas de las monografías se repetía y otras no contenían bibliografía completa por lo que se debió usar dicha fuente. De esta manera estos textos contribuyeron en la búsqueda bibliográfica, ya que se tomó como fuente secundaria y como únicas investigaciones y monografías que tuvieron como eje central al Plan Aduana, sin embargo los objetivos diferían entre ellas y entre la presente monografía, por lo tanto solo fue tomada en cuenta una parte del marco teórico de dichas monografías.

De la primera investigación se extraen más que nada los objetivos y componentes del Plan, identificándose tres: componente hospitalario, componente central (RAP- ASSE) y otro periférico.

En tanto de la segunda investigación se tomó como eje central la justificación y antecedentes del documento, que se centró en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y en el Primer Nivel de Atención. Su marco de referencia también contiene elementos de mucha importancia para este estudio, como ser ASSE y la Red de Atención del Primer Nivel (RAP), lo que tiene que ver con antecedentes del Plan, Atención Primaria de Salud (APS) y definición de Primera Infancia.

De la tercera monografía se destaca el objetivo de Plan Aduana y su población objetivo.

Finalmente, de la última monografía mencionada se extrajeron datos que no se habían obtenido de otra fuente y permitieron el acercamiento a los Archivos Pediátricos de Alfredo U. Ramón Guerra.

## **Antecedentes de Plan Aduana<sup>19</sup>**

*“El Plan Aduana (P. A.), es una estrategia de captación precoz del Recién Nacido (R. N.) propuesta en 1972 por el Prof. Dr. Alfredo Ramón Guerra, y ejecutada desde 1974 hasta la fecha, en que aún se mantiene vigente por el Ministerio de Salud Pública (M. S. P.) en Montevideo.”* (Dra. Rita Ferraro; 1992: S/ página).

Dicho Plan *“(...) consistía en la utilización de un sistema de referencia de los recién nacidos a los que se derivaba al alta de los mismos a 4 centros de salud y 10 servicios del Consejo del Niño (hoy Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay- INAU), ésta actividad era desarrollada por personal de enfermería de los servicios”* (Sbárbaro, Milton y Nantes, Alicia; 2012: 4).

Los objetivos del Plan son: captar todos los nacimientos de las maternidades del Centro Hospitalario Pereira Rosell (C. H. P. R.); entrevistar a las madres durante su estadía en la maternidad hasta asegurar su atención en los centros de salud o policlínicas barriales que les corresponda según la zona de residencia; así como comunicar las altas de las Maternidades desde el Hospital a las Policlínicas periféricas. Otro de los objetivos principales en el diseño inicial del Plan es planteado por el MSP en relación a la Mortalidad Infantil, teniendo como meta la reducción de los valores de la Tasa de Mortalidad Infantil. No obstante, estos objetivos planteados por Alfredo U. Ramón- Guerra (1982) están redactados de tal manera que dan cuenta de las actividades que se deben llevar adelante para el cumplimiento de los mismos.

En una conferencia de Alfredo U. Ramón- Guerra (1982), se evidenció que en 1969 iniciaron las actividades del Departamento materno- infantil del M. S. P. hasta que en 1971 se comenzó progresivamente a redactar el programa. *“En 1973 se inició el P. A.<sup>20</sup> y se instalaron Centros Periféricos y de Tratamiento Intensivo, que sin duda, junto a otras*

---

<sup>19</sup> Es preciso aclarar que en algunos documentos o archivos aparecía como Plan Aduana y en otros como Programa Aduana pero se hace referencia siempre al mismo programa, indistintamente del año de publicación y referencia. Como unificación se prefirió referirnos siempre al Plan Aduana dada la duración del mismo y los objetivos con los que se creó, adecuándose más a un Plan que a un Programa.

<sup>20</sup> Con P. A. el autor hace referencia a Plan Aduana.



*mejoras llevaron a una mejor captación, control y tratamiento de los niños. La Tasa de Mortalidad Infantil es un indicador, entre otras cosas de las condiciones de salud, vivienda, alimentación, educación, saneamiento ambiental y otros factores que caracterizan el estilo y la calidad de vida de una sociedad determinada (...). Esta tasa sufrió un descenso franco en el curso de la década de los años 70, (...)*". (Ferraro, Rita; 1992: 1)

Milton Sbárbaro y Alicia Nantes (2012) mencionan que finalmente en 1974 se concreta el funcionamiento del Plan en los hospitales Pedro Visca y en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (C. H. P. R.).

Según lo citado por Alvarez, Noelia et al (2010) este Plan avanza con mejoras paulatinas. En el año 1976 se capacita personal para esta tarea específica, a quienes se les asigna una dedicación de tiempo completo.

*"En cada uno de los subcapítulos del programa se contó con la colaboración de instituciones o de grupos humanos especializados. Así a título de ejemplo: el plan de capacitación del personal afectado al programa contó con la participación de diversos departamentos del M. S. P., del Instituto de Servicio Social del M. de Trabajo y Seguridad Social, de la Fac de Medicina, de OPS/ OMS."* (Guerra, Alfredo U. Ramón; 1981: 167). Pudiendo evidenciarse así, las diferentes disciplinas partícipes de las capacitaciones y de la formación para el buen desarrollo del Plan.

En 1983, con el cierre del Hospital Pedro Visca, se concentraron las actividades en el C. H. P. R., realizándose la incorporación del Hospital de Clínicas a esta coordinación.

*"En 1996 el programa recibe un nuevo impulso, y en 2002 comienzan las primeras evaluaciones."* (Alvarez, Noelia et al; 2010: 14)<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Es preciso aclarar que las autoras no referencian la cita, pero dada la importancia del dato, se la decidió incluir. Se considera relevante este dato ya que el Plan se propuso en 1972 y recién en el año 2002 se iniciaron las primeras evaluaciones y en una Monografía final de la Licenciatura en Enfermería (Licenciatura encargada del Plan a nivel de la Policlínica) no se referencia ni exponen los resultados de la evaluación.

Desde el comienzo y hasta la actualidad se han producido cambios y modificaciones procurando la mejora de la gestión, es decir de la captación, seguimiento y controles de salud de los recién nacidos y niños menores de 3 años de edad.

*“Estas cuatro décadas de trabajo han dejado rasgos que caracterizan al programa: (...) el enfoque preventivo, la coordinación intra e inter institucional”.* Integrado a su vez por: *“tres componentes: a).- un componente Central constituido por el equipo ubicado en la sede central de la Red de Atención Primaria (RAP) de la Administración de los Servicios de la Salud del Estado (ASSE) en Montevideo. b).- un componente hospitalario, donde se capta al recién nacido en las maternidades (Hospital Pereira Rosell y Hospital de Clínicas fundamentalmente) (...). c).- un componente periférico, constituido por los efectores en el Primer Nivel de Atención (Centros de Salud de la RAP, policlínicas Municipales, Médicos de Familia y policlínicas barriales autogestionadas) (...)”* (Sbárbaro, Milton y Nantes, Alicia; 2012: 4).

Siguiendo a los mismos autores, es preciso mencionar, haciendo referencia al componente hospitalario, que el C. H. P. R. es considerado el principal componente de referencia del Plan, debido a la cantidad de nacimientos que presenta mensualmente. Desde allí se realiza la derivación a los diferentes Centros de Salud, según el domicilio proporcionado por la madre.

El Plan Aduana en el Primer Nivel de Atención lleva adelante básicamente las siguientes tareas:

- “- Recepción de los listados enviados por los centros hospitalarios en soporte papel.<sup>22</sup>*
- Se informa a las policlínicas dependientes de los centros, policlínicas municipales y médicas de Familia, los datos de las puérperas y recién nacidas referidas a esos efectores según su lugar de residencia.*
- Apertura de tarjetas de seguimiento por cada niño citado.*

---

<sup>22</sup> Actualmente esta tarea se realiza a través del sistema informático que conecta al sistema de salud público (intranet). Este programa es el Sistema de Gestión Asistencial (SGA) en donde se actualiza toda la información de los niños menores de tres años.

- *Realizar las visitas domiciliarias.*
- *Control pediátrico, de enfermería, de nutrición y asistente social si correspondiera, del recién nacido ingresado al centro.*
- *Seguimiento de los niños derivados en el mes, repitiendo visita domiciliaria de aquellos que no concurren, procurando su captación.”<sup>23</sup>*

En relación a la primera tarea, Milton Sbárbaro y Alicia Nantes (2012), plantean los cambios acaecidos en el sistema de registro de información. Actualmente se cuenta con un sistema informático a nivel nacional, utilizado por cualquier servicio de salud que tenga a su disposición una computadora. El acceso a este sistema se produce a través de una clave personal obteniendo los datos on- line, con actualización diaria desde el componente hospitalario. Este sistema de información “(...) conecta en red a los Centros de Salud, policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM), las diferentes Maternidades y la Central de la RAP (...)” (Sbárbaro, Milton y Nantes, Alicia; 2012: 4). De esta manera se permite el trabajo interdisciplinario e interinstitucional. Con la interinstitucionalidad se alude tanto a la comunicación entre diferentes Policlínicas, así como a las derivaciones al centro de salud correspondiente en caso de mudanza de usuarios, o a la central del Plan Aduana cuando no se obtenga nuevo contacto con la familia del recién nacido y el mismo no registre controles de salud en ningún centro asistencial.

Con respecto a la visita domiciliaria<sup>24</sup>, el Librillo visita domiciliaria (2011) del Ministerio de Salud Pública (M. S. P.) la ha incluido dentro del Programa Nacional de Salud de la Niñez, impulsada y desarrollada principalmente por la Administración de los Servicios de la Salud del Estado (ASSE) como parte del Plan Aduana. Después de la reforma del SNIS, esta estrategia quedó dentro del programa de funcionamiento de todos los efectores del SNIS.

---

<sup>23</sup> [www.suis.org.uy/pdf/programa\\_aduana.pdf](http://www.suis.org.uy/pdf/programa_aduana.pdf), consultada el 25 de febrero de 2014. Páginas 3- 4.

<sup>24</sup> Es pertinente aclarar que este término será retomado y problematizado en las reflexiones finales ya que va más allá de los objetivos de este documento. Desde el Trabajo Social se difiere con el término, pero como en este documento se lo utiliza desde la terminología del área de la salud no considero su modificación, ya que se citan documentos que lo definen de esa manera.

*“El objetivo de esta estrategia es apoyar y acompañar a las familias en el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños y niñas mediante acciones de promoción de salud y prevención de enfermedad. Para ello es necesario que las intervenciones tengan un enfoque de riesgo, anticipatorio al daño e incluyan la visión de los determinantes sociales con énfasis no solo en el niño o niña sino en su familia, en su entorno y en la comunidad.*

*En esta primera fase se ha priorizado a los recién nacidos por tratarse de una etapa de especial vulnerabilidad que ofrece una oportunidad de intervención familiar que puede promover el cuidado y proteger la salud y así contribuir a disminuir la mortalidad en el primer año de vida.” (MSP- Librillo visita domiciliaria; 2011: 4).*

Por tratarse de familias que cuentan con recién nacidos, y ser esta la población prioritaria del Plan es que *“(...) se tiende a desarrollar la visita domiciliaria como herramienta de gran valor, que ‘posibilita el acercamiento hacia el usuario, su familia y su hábitat por parte del equipo de salud’”*. (Sbárbaro, Milton y Nantes, Alicia; 2012: 4) y (RAP- ASSE. Programa Aduana. Montevideo: Informe 2011: 5 en: Sbárbaro, Milton y Nantes, Alicia; 2012: 4). De esta manera, la entrevista domiciliaria se convierte en una herramienta de gran utilidad en la intervención. No obstante, no en todas las policlínicas participan los mismos profesionales, lo ideal (que en algunas Policlínicas funciona) son las entrevistas domiciliarias con equipos interdisciplinarios. Se realiza esta tarea con la intervención de un Trabajador Social y un Licenciado en Enfermería, en otras, con la intervención también del Pediatra, y en donde el recurso humano es escaso llevan a cabo esta tarea los administrativos. De esto se puede leer que por falta de recursos económicos y humanos, el trabajo no se está haciendo como se debería, la entrevista domiciliaria debería hacerse interdisciplinariamente, sobre todo por una mejor calidad en la atención a los usuarios.

En 1996, en una publicación de la Intendencia Municipal de Montevideo se evidenció que ya aparecía como meta fijada por dicha Institución el hecho de que sus funcionarios trabajaran teniendo en cuenta los objetivos del Plan Aduana.

Casi 10 años más tarde, en el año 2007 se generó un fuerte y amplio debate para proyectar las políticas sociales de infancia para los próximos 20 años. En tanto en diciembre del año 2008 fue presentado el documento Estrategia Nacional para la Infancia y

la Adolescencia (E.N.I.A.) 2010- 2030, que tiene como objetivo describir las principales políticas de protección social, pretendiendo ser un insumo para alimentar la discusión en cuanto a las políticas de infancia y adolescencia para el período mencionado.

En tanto, para el mismo período (2010- 2030), el MSP propone las siguientes metas: lograr la captación desde ASSE de los recién nacidos, así como fomentar y obtener que las familias realicen el control de salud de los niños según lo recomendado para la edad. En caso de que los niños no sean llevados al centro de salud a realizar dicho control, se visitará por parte de personal capacitado de la Institución, priorizando los sectores de bajos ingresos.<sup>25</sup>

En el año 2011, el MSP introduce en la meta asistencial correspondiente a la salud del niño y la embarazada, la visita domiciliaria obligatoria para el seguimiento de los recién nacidos de riesgo antes de los 7 días del alta y de aquellos que no concurren a los controles antes de los 10 días de vida. *“En el fundamento (...) se señala: ‘Varios factores detectados tempranamente, relacionados con el cuidado familiar del niño, pueden prevenir alteraciones de salud y más aún la mortalidad. Las estadísticas muestran un porcentaje importante de casos de muerte en recién nacidos en el primer mes de vida, con una incidencia mayor en la primera semana de vida. Significativamente los casos de mortandad de niños se dan en recién nacidos bajo situación de riesgo como ser, prematuridad, defectos congénitos, madre menor de 19 años, madre consumidora de sustancias psicoactivas, madre con problemas mentales, entre otros. Muchas de estas muertes están relacionadas según muestran los estudios realizados, con la falta de los cuidados necesarios a nivel del domicilio, como por ejemplo la posición supina, el abrigo, hacinamiento, ambiente libre de tabaco, nutrición y demás’”*. (MSP, JUNASA; 2011: 7).<sup>26</sup>

Las Metas Asistenciales del SNIS en relación al Plan Aduana son las siguientes:

- *“Generalización del Programa Aduana a todos los efectores del SNIS.*
- *Al menos 8 controles de salud al año en primer año de vida.*
- *Plan Ampliado de Inmunización primer año de vida (100%).*

---

<sup>25</sup> [www.mides.gub.uy/innovaportal/file/12622/1/convenio\\_interinstitucional\\_msp\\_mides\\_asse\\_inau\\_plan\\_caif\\_1\\_1.pdf](http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/12622/1/convenio_interinstitucional_msp_mides_asse_inau_plan_caif_1_1.pdf). Consultada el 15 de diciembre de 2014.

<sup>26</sup> Disponible en: [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy) en MSP- Librillo visita domiciliaria.

- *Promoción de la Lactancia Materna según pauta.*
- *Ecografía de Cadera de niño antes de cumplir 4 meses (100%)*.<sup>27</sup>

Respecto al Programa Prioritario de Atención a la Niñez, la Dirección General de la Salud y la División Salud de la Población (2006) definen como estrategia de intervención la priorización de la mejora en las condiciones de vida de la población en situación de pobreza, sobre todo la población infantil y adolescente. Esto se plantea realizar a través de la ejecución de políticas sociales integrales, “(...) *desarrollando una atención de salud con fuerte énfasis preventivo y de promoción y mayores niveles de accesibilidad, con promoción de derechos y participación ciudadana, donde espacios como la escuela y la familia se constituirán en objetivos a fortalecer*” (Dirección General de la Salud y División Salud de la Población; 2006: s/ n° de página).

---

<sup>27</sup> Elaborado por M. Setaro en base a MSP- DIGESA (2007). En: Sbarbaro, Milton y Nantes, Alicia; 2012: 10.

## **Capítulo 3 –Análisis del Plan Aduana a partir de la perspectiva de los actores intervinientes en la Policlínica Aquiles Lanza**

### **La perspectiva técnica acerca del funcionamiento del Plan Aduana**

A continuación se analizarán las entrevistas realizadas a los Técnicos de la Policlínica Aquiles Lanza y compararán sus posturas en relación al centro asistencial y al Plan objeto de estudio, considerando diferencias y similitudes entre ambas entrevistadas.

Una primera similitud que se encuentra en ambas entrevistas es la importancia que destacan del trabajo en equipo, la “técnica 1” lo visualiza más que nada en relación a la Policlínica en general, repercutiendo en los usuarios y en Plan Aduana. Esto lo manifiesta cuando hace referencia a las actividades educativas que se han llevado a cabo en la Policlínica, hecho que se ha podido aumentar siempre a la luz del trabajo en equipo. Reitera la importancia del mismo cuando enumera las fortalezas del Plan en la Policlínica, visualizando como una de ellas el grupo humano que lo lleva a cabo y el compromiso individual de cada una de las disciplinas que hace que el Plan funcione como tal. La calidad del equito también lo visualiza la “técnica 1” en el apoyo y sostén para evitar el desgaste del personal, ya que en ocasiones se presentan situaciones que exceden la simple consulta médica de rutina.

En tanto, la “técnica 2” también menciona como fortaleza el trabajo en equipo, pero haciendo referencia al grupo de técnicos que trabaja de manera directa con el Plan. Considera que ahora está funcionando bien dado que hay entre 3 y 4 personas trabajando en el mismo, hecho que no había ocurrido anteriormente, al menos desde que ella se encuentra en la Policlínica. Esto la entrevistada 2 lo encuentra positivo sobre todo por la cantidad de niños que allí se atienden y por tratarse de un equipo interdisciplinario. No obstante reconoce que esta situación es pasajera, ya que las visitas domiciliarias las están realizando la becaria de la Licenciatura en Enfermería, la becaria de la Licenciatura en Trabajo Social y el Residente de Pediatría (tres personas que no tienen cargos estables en la Institución).

Ambas entrevistadas consideran que la existencia de becarios tiene aspectos favorables

y desfavorables.

La “técnica 1” manifiesta la importancia y necesidad de que haya Asistentes Sociales de manera estable y permanente, refiere que antes había pero por resolución de la Dirección Municipal pasaron a pertenecer a otras áreas. Desde ese momento empezaron a reclamar el recurso porque lo consideran una necesidad. Sin embargo, expresa que lo único que lograron hace aproximadamente 10 años, porque hubo mucha presión para ello, fue el sistema de becas. A este sistema lo negativo que se le encuentra, es que es por un período muy acotado (subrayado en más de una oportunidad durante las entrevistas), por lo que parte del tiempo es de adaptación, a lo que agrega que después los becarios tienen que tener otro trabajo. En el caso de la pasantía en Policlínicas se trabaja de manera muy solitaria en lo que respecta al área social, más específicamente, lo que tiene que ver con la intervención del Trabajo Social dado que no hay Profesional de dicha carrera que acompañe y guíe el período de beca o pasantía.

Cuando se le consulta acerca de las debilidades y fortalezas del Plan y del funcionamiento del Plan en la Policlínica también hace referencia a residentes y pasantes. Ve como fortaleza el hecho que haya gente nueva como los residentes que suma en lo que tiene que ver con el trabajo diario en Plan Aduana. En tanto, al área social lo encuentra como una debilidad por el período de adaptación que el cargo de becario tiene consigo, conocer la zona y las características tanto del cargo como de la población con la que se trabaja.

La “técnica 2” habla de los becarios, sobre todo los becarios de la Licenciatura en Enfermería, dado que fue una becaria de esta Licenciatura que ocupaba el cargo cuando ella ingresó. Menciona como fortaleza el hecho de que el equipo involucrado en Plan Aduana esté ampliado, y quien está actualmente de manera exclusiva en el desarrollo del mismo es una becaria de la Licenciatura en Enfermería, que termina su período de beca en unos meses. *“Y si no viene otra persona o tienes que orientar, ver que a la persona le guste y a su vez lo que requiere el Programa Aduana es mucho compromiso”* (“técnica 2”) para el que se necesita agotar todos los recursos de comunicación e intervención para lograr el objetivo planteado (en este caso contar con el control pediátrico actualizado del niño), que no se concluyen en la visita domiciliaria o en el simple registro del retraso o ausencia del control médico correspondiente. La “técnica 2” coincide con la “técnica 1” en el sentido del tiempo que lleva la adaptación en los becarios, la demora que esto conlleva. Agregando al respecto la “técnica 2” que se corre el riesgo que *“(…) se te puede venir*



*abajo el Programa (...) tienes que estar como bastante presente y encima del Programa y más por las situaciones de riesgo que tenemos ¿no?” (“técnica 2”).*

Ambas técnicas entrevistadas coinciden en que se trata de una población de “*mucho riesgo*”, haciendo referencia más que nada a los riesgos de salud que están expuestos los usuarios, tanto por las condiciones ambientales y de higiene en las que se vive en algunas zonas del barrio como por el “grado de atraso” que a veces presentan las consultas de los usuarios del Plan, sumándose a esto la cantidad de niños que hay en relación al personal permanente del Plan.

La entrevistada 1 refiere a la población usuaria del Plan en los siguientes términos: “*(...) para nosotros desde el punto de vista sanitario es como vital, nosotros hacemos un seguimiento de Plan Aduana así ¿viste? (gesto significando rigurosidad). Es un seguimiento cuerpo a cuerpo y cuando sacamos el foco de eso, pasan cosas... ¿viste? Porque a veces, viste que ha pasado..., que uno se enferma, que esto, que el otro (...). Y..., es una población muy lábil, es una población muy muy lábil (anécdota).*<sup>28</sup> *Es población de mucho riesgo (...)*” (Entrevista a la “técnica 1”). Cabe aclarar que a lo largo de la entrevista se evidencia que con la expresión lábil hace referencia tanto a la inestabilidad en las decisiones como en la movilidad territorial que caracteriza a la población usuaria de la Policlínica.

Por otro lado la “técnica 2”, consultada acerca de las debilidades y fortalezas del Plan y de su funcionamiento en la Policlínica, hace referencia a ciertas dificultades de seguridad al momento de hacer las entrevistas domiciliarias. “*En estos últimos momentos tenemos varios compañeros que han sido atacados por robos, eh... bueno, han roto la camioneta, los vidrios. O sea nosotros trabajamos con una población muy vulnerable ¿tá?, muy vulnerable, de alto riesgo social. Entonces en cada uno de los asentamientos donde nosotros ingresamos, si la persona no es muy bien reconocida por el barrio uno corre riesgos, igualmente siendo reconocido también corres riesgos porque tienes pasajes, tienes asentamientos.*” (Entrevista a la “técnica 2”).

---

<sup>28</sup> La entrevistada ejemplifica intentado demostrar el el sentido de pertenencia que tienen los usuarios con respecto a la Policlínica, la confianza que depositan en los técnicos y la dependencia que se genera. Sin embargo, por respeto a los usuarios y a su privacidad, no serán transcritos en el documento.

En síntesis manifiesta que cuando se trabaja en asentamientos, donde vive población muy vulnerable, los técnicos (estando o no con identificación o siendo reconocidos) corren riesgos de seguridad personal cuando se ingresa por ejemplo a algunos pasajes.

Es de destacar, que la “técnica 2” manifiesta como uno de los avances en la Policlínica en relación al Plan la elaboración del manual de Enfermería, donde “(...) *se habla de visita domiciliaria y hay diversos protocolos de actuación frente a diferentes situaciones.*” (Entrevista a la “técnica 2”). Sin embargo a las visitas las ve como una carencia del Plan, considerando que su frecuencia semanal debería ser mayor dado el gran número de niños menores de 3 años que se atienden en la Policlínica.

*“Nosotros en este momento de 0 a 3 años tal vez tengamos una población de cerca de 300, 300 y poquitos niños. Y nosotros por ejemplo salimos a hacer visitas domiciliarias para captar a estos niños para Programa Aduana una sola vez por semana, los días martes 2 horas, 2 horas y media, eso es muy poco, eso es una carencia.”* (Entrevista a la “técnica 2”).

La misma entrevistada refiere que siempre se planteó realizar visitas domiciliarias mínimo 2 o 3 veces por semana, pero no se ha logrado. Considera que de esta manera, con mayor presencia y visibilidad en territorio, se lograría mayor respuesta de la población, a las orientaciones del Plan. La entrevistada entiende que para desarrollar un trabajo de esa naturaleza, se necesitaría un equipo más consolidado.

No obstante, considera que a nivel de la comunidad se les conoce por el hecho de salir a hacer visitas una vez a la semana. *“Entonces, no es que nos estén esperando pero ya nos ven en la camioneta y ya más o menos nos conocen, nos ubican y saben que es lo que estamos haciendo. Saben que estamos buscando o algún recién nacido o un bebé chiquito o un bebé menor a 3 años o alguna mujer embarazada.”* (Entrevista a la “técnica 2”).

En relación al vínculo con el MSP las entrevistadas exponen percepciones diferentes. Mientras la “técnica 1” habla de sugerencias y acuerdos de trabajo en tanto la “técnica 2” habla de que las orientaciones y las modalidades de atención vienen pautadas desde el MSP. Esta diferencia de percepciones podría deberse a los cargos que ocupan cada una dentro de la Institución. Una de las entrevistadas en su rol de Coordinadora tiene otras posibilidades de acceso a debates y discusiones; en tanto la otra entrevistada, al ser Licenciada en Enfermería, conjuntamente con el resto del equipo técnico ya recibe la

información previamente procesada en otras instancias.

La “técnica 1” habla de acuerdos con ASSE cuando relata la historia de la Policlínica. Además menciona los acuerdos con ASSE en cuanto a los Programas de Salud que se fueron implementando, los avances en cuanto a las consultas programadas y a demanda y las derivaciones de los menores vía telefónica tanto con otros efectores de salud como con Plan Aduana central. Por otro lado la misma técnica habla de sugerencias mutuas entre Coordinadores de Policlínicas Municipales y la División Salud de la Intendencia de Montevideo en relación al funcionamiento en la Policlínica. Así como también “(...) *cosas que se han ido haciendo conjuntamente*” (entrevista a la “técnica 1”) con el MSP cuando se hace referencia a la decisión acerca de la ampliación de la franja de edad de la población objetivo del Programa, aunque aclara que las decisiones, en última instancia, siempre las toma el MSP.

A diferencia de la “técnica 1”, la “técnica 2” hace hincapié en aspectos que vienen pautados desde el MSP, como sucede con las modificaciones referidas a la edad de la población objetivo de ciertos programas. En igual dirección, hace referencia a las definiciones conceptuales, que vienen formuladas desde las órbitas centrales “(...) *eso en sí viene por el Programa Nacional de Niñez y Ministerio de Salud Pública y Programa Aduana en sí*” (entrevista a la “técnica 2”).

Otro punto en el que se encontró discrepancia entre las entrevistadas es el referido a ciertas dificultades de gestión cotidiana del plan, como lo que sucede, por ejemplo, con la accesibilidad telefónica desde la Policlínica.

Para la “técnica 1” ha sido muy dificultoso y lento poder acceder a la salida telefónica a celulares, teniendo los propios técnicos que operar con recursos personales, mientras que para la “técnica 2” este proceso se “*dio bastante rápido e inmediato*”.

La “técnica 2” a pesar del avance de las salidas a celulares aún encuentra como una debilidad la falta de celulares institucionales o Handy cup, encontrándolo necesario dada la inseguridad que percibe actualmente en la calle, ya que en territorio se comunican desde los celulares particulares. “(...) *una de las debilidades más grandes que yo veo en este momento del Programa es la inseguridad que hay en la calle para poder salir a hacer las visitas.*” (Entrevista a la “técnica 2”). Por tal motivo, afirma que se está “(...) *elaborando un protocolo de seguridad de visita domiciliaria, para las visitas*” (entrevista a la “técnica 2”), en el que se prevé que hayan celulares en las camionetas, pero aún no están habilitados. Agrega como muy positiva la comunicación vía e-mail con el Pereira Rossell,

de esta manera se comunica cuando los niños han sido dados de alta, y luego que esta información llega a la Policlínica, en formato papel se coloca el mail impreso dentro de las historias clínicas una vez que el niño es controlado por primera vez, y en caso de que no se vaya a atender allí la información luego de impresa queda en una carpeta exclusiva del Plan.

En tanto la “técnica 1” manifiesta la importancia de la comunicación en red con el Pereira Rossell, viéndolo como una fortaleza y como característica del funcionamiento actual del Plan, ya que dada su antigüedad en la Institución puede visualizar las diferencias entre antes y después del sistema informático. Antes llamaban por teléfono desde el Pereira a la Policlínica o viceversa, ahí se anotaba en una planilla. Después se dispensarizó<sup>29</sup> a Sayago y Sayago llamaba a la Policlínica, pero califica este proceso como muy tortuoso. La entrevistada considera a la comunicación en red con el Pereira como *“(…) vital! Ahora claro, es importante que Plan Aduana del Pereira Rossell funcione bien porque ahí arranca todo. (Risas). Pero eso es fundamental porque nosotros entramos y ya vemos quienes nacieron. A quienes tenemos que esperar y si no vienen los vamos a buscar. Entonces ya estás preparado de otra cosa ¿viste?, eso para el trabajo de campo es muy importante. Como conoces a la familia, bueno sabes ella puede esperar 2 días más, ella no puede esperar ni 2 horas tengo que ir hoy a buscarla.”* (Entrevista a la “técnica 1”).

Por otra parte, consultadas las entrevistadas por las familias que asisten al Plan, la “técnica 2” caracteriza a las familias como “nómades” y “móviles”, con bajo nivel de escolaridad, muchas no pudiendo relatar bien sus domicilios y contando muchas veces con 2, 3 teléfonos o de algún familiar. También las caracteriza como familias muy numerosas, *“(…) que cuentan con 4, 5 o 9 hijos. Entonces claro, esto es algo reiterativo en el tiempo”* (entrevista a la “técnica 2”) por lo que considera que la participación del Plan en estas familias se mantiene en el tiempo y eso les otorga a los técnicos del Plan un conocimiento

---

<sup>29</sup> En Salud se utiliza esta expresión para hacer referencia a los Centros de Salud que prestan asistencia médica sin necesidad de internación. Estos Centros de Salud derivan a Policlínicas dependientes, que son asignadas por cercanía locataria. Por ejemplo la Policlínica de La Teja depende en algunos aspectos del dispensario del Cerro y la Policlínica Aquiles Lanza lo hace del Centro de Salud de Sayago. Estos Centros de Salud (Cerro y Sayago), en un organigrama dependerían de los Hospitales, los nacimientos en el CHPR son enviados en este orden, a los dispensarios y estos a las Policlínicas.

exhaustivo de las familias y de su entorno barrial, aún cuando se producen mudanzas de manera reiterada.

Por último es preciso mencionar que ambas entrevistadas coinciden en que la cantidad de atenciones a niños menores a 3 años es mayor que en otras Policlínicas, atendándose aproximadamente algo más de 100 recién nacidos por año, mientras que en otros lugares los números son muy inferiores. Dado este volumen de población atendida, la “técnica 1” entiende que sobran razones para que se adjudique un Trabajador Social de manera permanente, mientras que la segunda entrevistada argumenta que este número de población atendida justifica que las entrevistas domiciliarias sean insuficientes.

En relación al Plan en sí, ambas entrevistadas aportan información relevante, y otra es completada desde la experiencia en la Institución. La “técnica 1” menciona que el Plan se desempeña seguro desde 1990 en adelante, desde el CHPR se remiten semanalmente los nacimientos al Centro de Salud de Sayago, desde ahí se envían a las Policlínicas dependientes. Este sistema electrónico es revisado semanalmente, así como las fichas que realizan las Pediatras con los menores de 3 años, para ver quienes tienen los controles médicos atrasados. Estas fichas son ordenadas de acuerdo al mes y año de nacimiento, a su vez separadas las fichas de niños que tienen controles atrasados de los que los tienen al día, y por otro lado también se separa la ficha de quienes ya cumplieron 3 años y deben ser dados de alta del programa. Con estos datos se toma contacto telefónico con las familias para ver el motivo de ausencia y otorgar nueva fecha y hora para la atención del Pediatra y también se organizan las entrevistas en domicilio. Se concurre al domicilio de los más pequeños, de los que hace más tiempo que no concurren y de los que fueron valorados en situación de riesgo social, según pauta de salud pública. En el caso de que no se logra contactar a las familias ni por entrevista domiciliaria ni por vía telefónica la situación es comunicada a Plan Aduana central. Y en el caso de que la familia se haya mudado, hay que llamar a la Policlínica o Centro de Salud del nuevo barrio de la familia a comunicar la nueva dirección para que estén atentos de que esa familia nueva tiene que llevar al niño porque tiene los controles atrasados. Luego que el niño tuvo consulta con Pediatra la ficha de Plan Aduana realizada por los Pediatras debe ser pasada al sistema informático. Estas tareas por lo general son realizadas por la Licenciada en Enfermería. Estos detalles del funcionamiento fueron descritos en su mayoría por la “técnica 2”.

## **La perspectiva de algunas familias participantes de Plan Aduana en relación a la Policlínica y al Plan.**

En las siguientes líneas se analizarán las entrevistas realizadas a algunas familias participantes del Plan Aduana en la Policlínica Municipal Aquiles Lanza y se compararán sus posturas, viendo contraposiciones y similitudes entre las cuatro entrevistas realizadas.<sup>30</sup>

Es preciso recordar que las entrevistadas fueron seleccionadas según los criterios mencionados en la introducción cuando se desarrolló las estrategias metodológicas y las técnicas de investigación. Para estas entrevistas se elaboró una pauta en común sin embargo, en el correr de la entrevista en algunos casos fueron surgiendo preguntas que no estaban pautadas desde un inicio. Estas preguntas espontáneas tienen que ver más que nada con la salud de algunos de sus hijos, cuando se menciona el tipo de controles que realiza o información que tiene que ver con asesoramiento para algunos trámites como Tarjeta Uruguay Social (TUS), Asignaciones Familiares (AFAM) o tenencia.

Como un primer dato a mencionar es que todas las entrevistadas fueron del sexo femenino, teniendo 17 (primera familia), 20 (cuarta familia), 26 (segunda familia) y 32 años (tercera familia).

La primera familia está integrada por la entrevistada, su hermana y los hijos de ambas, uno de la entrevistada y 2 de su hermana. Sus sobrinos tienen 2 años y medio y 9 meses y su hija 1 año y medio. La segunda familia está integrada por la entrevistada, su pareja, y sus 5 hijas de 3, 5, 8 y las gemelas de 6 meses. La tercera entrevistada vive con su hija de 6 años y su hijo de 1 año. Por último la cuarta familia está integrada por la entrevistada, sus dos abuelos, sus 3 hermanos de 19, 14 y 8 años, su hija de 3 años y su hijo de 2 meses.

Con respecto a la situación laboral actual de las familias entrevistadas se puede decir que una sola de las 4 familias, la primera, registra ingresos por trabajo formal. En tanto la segunda y tercera familia obtienen ingresos de manera informal (changas), aunque la segunda familia en un inicio responde como situación de desempleo, no considerando la informalidad como un trabajo. Por último, la cuarta familia registra ingresos provenientes

---

<sup>30</sup> Ver entrevistas en anexos.

de jubilaciones y pensiones.

Otro punto a destacar es que las 4 familias entrevistadas cuentan con prestaciones sociales. De la primera familia ambas mujeres cobran la asignación familiar por sus hijos. La segunda familia cuenta con Asignación Familiar del Plan de Equidad y prestación de INDA por bajo peso de una de sus niñas. La tercera familia también recibe la Asignación a través del Plan de Equidad, siendo doble en el caso de una de las niñas por ser celíaca, quien además por este motivo tiene fecha para entrevista en INDA, para ver si le corresponde el otorgamiento de la canasta alimenticia. De la última familia sólo la entrevistada cobra Asignación, lo hace por su hija ya que de su hijo aún recibe la prenatal porque refiere que no ha hecho el trámite. Sus abuelos no cobran la asignación por sus hermanos menores porque no tienen la tenencia. Tiene otorgada y habilitado el cobro de la Asignación y la Tarjeta Uruguay Social por sus hijos a pesar que no vive con ellos y afirma que tampoco les transfiere el dinero ni las especias que compra con la tarjeta.

En relación al tiempo que hace que habitan el barrio, la segunda, cuarta y primera familia lo hacen desde que nacieron las entrevistadas (26, 20 y 17 años respectivamente), en tanto la tercera familia lleva 27 años viviendo en el barrio, desde que se vino desde el interior a vivir a Montevideo (viviendo 13 años en una zona del barrio y 14 en otra, por eso en un inicio responde 14 años).

Del total de las entrevistadas, 3 de ellas, desde que viven en el barrio se atienden en Salud Pública y en la misma Policlínica. La entrevistada de la primer familia refiere que ella y su hija se atendían en Mutualista, hace 6 meses pertenecen a Salud Pública y a la Policlínica del barrio, en cambio su hermana sí siempre se atendió en Salud Pública y en la Policlínica Municipal del barrio. Es de destacar que esta última es la única entrevistada que trabaja de manera formal. La segunda y la cuarta entrevistada y todas sus familias (madre, hermanos e hijos de las entrevistadas) también siempre se atendieron en Salud Pública y en la Policlínica mencionada. La tercera entrevistada refiere que ella, sus hermanos y su hijo siempre se atendieron en Salud Pública y en la Policlínica, en tanto su hija tiene asistencia médica en Mutualista por parte del padre.

Respecto a las consultas, las 4 familias concurren a los mismos especialistas. La primera familia consulta siempre con Pediatra y a veces con Ginecólogo, a su hija le hicieron exámenes porque estaba con anemia. La segunda familia a veces consulta por

infección respiratoria de alguna de sus hijas, motivo por el cual sus hijas de 6 meses estuvieron internadas en el Pereira; además de llevarlas a control de rutina. La tercera familia también consulta al Ginecólogo y por controles rutinarios del niño. En tanto la última familia consulta a Ginecólogo y Pediatra sólo por control de rutina, agregando que ahora estuvo yendo más seguido porque su hijo estuvo internado 12 días en el CTI.

Es de destacar que las 4 entrevistadas valoran favorablemente la atención recibida en la Policlínica Aquiles Lanza, incluso 2 de ellas ejemplifican queriendo demostrar la buena atención que han recibido por parte de los Médicos. Ejemplo brindado por la primera entrevistada: *“Sí, porque él siempre te hace todo y yo siempre siempre cumplí con todo. Con los dos embarazos, con todo lo que me pedía. Igual que H, que es la que traté cuando mi hijo nació, porque a mi hija le pertenece el Militar por el papá pero yo siempre los atendí acá con H. Desde que nació el varón acá y siempre los atiendo con H.”*. (Ver entrevista en anexo).

Sin embargo cuando se les pregunta por las fortalezas y debilidades de la atención que allí se les brinda la mayor parte de las entrevistadas mencionan algunas debilidades. De la primera familia ambas entrevistadas coinciden en que una de las debilidades es *“(…) el tema de los horarios y los tiempos de espera”* (entrevista a la primera familia), ya que refieren que muchas veces las citan a una hora y las atienden mucho después. La hermana de la entrevistada como fortaleza encuentra la atención recibida por parte del Ginecólogo y de una de las Peditras. La segunda y la tercera entrevistadas no mencionan ninguna fortaleza, sí aspectos a mejorar como el hecho de aumentar los números para Pediatría *“Y un poco más, como es...de día y horario para poder retirar las cosas”* (entrevista a la segunda familia), aspecto en el que coinciden. La tercera entrevistada agrega además como debilidad el tamaño de la sala de espera en relación a la cantidad de niños, ya que es mucha la población infantil y a veces no hay lugar para sentarse. También discrepa con la forma de atender de los administrativos ahora. Afirma que atienden muy lento en comparación con una estrategia que tenía un administrativo hace unos años. En tanto la última entrevistada no visualiza ninguna debilidad ni fortaleza.

En cuanto a si conocen el Plan Aduana o el Programa Aduana, la primera, tercera y cuarta familia responden que no pero cuando se les explica de qué se trata todas lo



identifican. La primera y la cuarta familia porque fueron a sus casas cuando el nacimiento de sus respectivos hijos, pero refieren que nunca supieron el nombre del Plan. En tanto la tercera entrevistada lo ubica por haber visto a la camioneta de la Intendencia y personal de la Policlínica en la casa de su vecina. La segunda familia sí lo ubica ya que fueron desde el Pereira Rossell cuando el nacimiento de sus hijas porque eran prematuras. Lo que conoce del mismo es *“que cuando por ejemplo son niños prematuros van a tu casa y te los pesan para que vos no saques a los niños”* (entrevista a la segunda familia) y ante dudas sobre diferentes aspectos de la salud, se puede consultar telefónicamente.

Es preciso mencionar que la mayor parte de las entrevistadas respondió que no conocía el nombre del Plan o Programa. Sin embargo quien manifestó conocerlo, que fue la entrevistada de la tercera familia, dijo que *“está bueno que se hagan esos seguimientos”*, haciendo referencia al seguimiento de los menores de 3 años que se realiza por parte del Plan Aduana. De esto se destaca que a pesar de que todas las familias entrevistadas pertenecen a la población objetivo del Plan, sólo una lo ubica como tal, y es quien nunca recibió entrevista en domicilio por parte del Plan mencionado, mientras que el resto de las familias recibió a personal del Plan en su domicilio y en este momento se enteran el motivo y quienes eran. El resto de las entrevistadas lo ubicó cuando se mencionó quienes lo llevan a cabo allí y algunas de las técnicas que incluye.

### **A modo de síntesis de las percepciones consideradas**

El primer punto de coincidencia entre ambos grupos de entrevistadas es en lo que respecta al sentido de pertenencia que tienen los usuarios con la Policlínica, la confianza que depositan en los técnicos y la dependencia que se genera, hecho que a grandes rasgos también es expresado por las familias entrevistadas. Esto se debe no sólo por el transcurso de tiempo que llevan atendándose ahí, sino también por la atención favorable que manifiestan las entrevistadas recibir por parte de los técnicos.

El otro punto en el que se encuentra respuesta entre ambos grupos de entrevistas es en lo que tiene que ver con el reconocimiento del Plan en el barrio. Plantea la “técnica 2” que teniendo mayor presencia y visibilidad en territorio se lograría mayor respuesta de la población. Asumiendo que para esto se necesitaría un equipo más consolidado. No obstante, considera que el barrio ya los conoce por el hecho de salir a hacer visitas una vez a la semana. Esto último es respondido por 3 de las 4 entrevistadas, ubicando al Plan luego

de contar en qué consiste y ubicándolo por las visitas, ya sea que se hayan hecho visitas a ellas mismas o a vecinos. Se destaca que la mayor parte de las familias desconocía el nombre del Plan, sólo una familia lo ubicó por el nombre y el personal técnico a entrevistarla venía desde el CHPR. Lo que deja una brecha entre la difusión del Plan por parte de los Técnicos de la Policlínica y el interés de las familias pertenecientes al mismo en conocer el Plan o principalmente los motivos de la entrevista en el domicilio.

Otro punto que merece ser analizado es la diferencia de percepciones en cuanto al conocimiento y visibilidad del Plan que tienen en general por un lado los técnicos entrevistados y por otro las familias entrevistadas. Es preciso recordar que todas las familias entrevistadas pertenecen a la población del Plan en estudio, entendiendo los técnicos que en el barrio se los reconoce y se sabe lo que hacen cuando realizan las entrevistas en los domicilios, sin embargo las familias entrevistadas a pesar de estar dentro del Plan, la mayor parte de ellas no lo identifican por el nombre. Teniendo en cuenta que el vínculo que se entabla desde la Policlínica con las familias cuando se interviene desde el Plan es mínimo, ya que la comunicación por la ausencia al control pediátrico puede ser de manera telefónica o en el domicilio (a través de la visita domiciliaria). En cualquiera de las dos formas de comunicación, la mayor parte de las veces sólo se indaga el motivo de ausencia al control pediátrico y se brinda nueva fecha y hora para Pediatra. Dados los recursos humanos con los que se cuenta, sólo se hace seguimiento y acompañamiento por parte del área social en las situaciones que lo ameriten o que ellos soliciten.

## REFLEXIONES FINALES

Es preciso recordar que el objetivo general de este documento plantea: describir y analizar las propuestas de atención a la salud que se disponen desde el Plan Aduana, particularmente en la Policlínica Municipal del Barrio Nuevo París de la ciudad de Montevideo. Este se pretendió abordar a través del estudio de fuentes secundarias tanto del área de salud, yendo desde el nivel internacional, nacional hasta llegar a la creación e historia de la Policlínica mencionada. Además que se realizaron entrevistas a algunas familias usuarias de la Policlínica pertenecientes a la población objetivo del Plan. El cometido de las mismas fue acercarnos al conocimiento y expectativas que tenían en relación al Plan Aduana. También se les interrogó acerca de las fortalezas y debilidades que visualizaban del mismo. De igual manera se entrevistó a dos técnicas de dicha Institución para conocer sus perspectivas en relación al funcionamiento del Plan Aduana en general y en la Policlínica en particular. Estos objetivos pudieron ser alcanzados ya que se pudo realizar las entrevistas y estudiar las fuentes secundarias. No obstante, con los informantes de las familias seleccionadas no se pudo profundizar el diálogo en relación al Plan en estudio ya que existe un gran vacío en conocimiento del mismo, teniendo en cuenta que son familias que pertenecen a la población objetivo del Plan. Ante esto surge las interrogantes: ¿es falta de interés o comprensión de las familias en conocer el Programa o Plan que trabaja con ellas? O ¿es falta de comunicación precisa acerca del Plan por parte del personal que trabaja en él desde la Policlínica en que se realiza la monografía?

Se destaca que las familias entrevistadas recién pudieron reconocer el Plan una vez resumido por la entrevistadora. Esto genera un aparente vacío en la difusión del mismo, familias que reciben la visita domiciliaria del Plan Aduana desconociendo el motivo y quiénes son. A esto cabe recordar que son familias a las que por considerarse una “obligación los controles al día” se les violenta el derecho de privacidad en el domicilio, teniendo los referentes familiares el derecho de comprender los motivos claros de la visita, del Plan y quiénes son los que ingresan a su domicilio. De esto y de manifestaciones recibidas en la experiencia en la Institución se lee que muchas veces algunos usuarios por temor a pasar por ignorantes, a avergonzarse de no saber, no preguntan y no reclaman sus derechos.

A pesar del tiempo que tiene la Policlínica en el barrio y el Plan funcionando allí, la mayor parte de las familias no lo reconoce como tal, teniendo en cuenta que casi la

totalidad de las familias entrevistadas lleva gran parte de su vida viviendo allí.

Se considera un Plan de mucha importancia pero debería tener algunas modificaciones para un mejor rendimiento del mismo, como ser más días para visita domiciliaria para que estas pudieran ser más amplias y con un contenido más educativo, permitiendo un trabajo más de acompañamiento por parte del área social. De esta manera se podría mejorar la calidad del trabajo que se realiza. Teniendo en cuenta que este componente educativo podría tener incidencia en la reducción de ausencia a los controles pediátricos, ya que a través de la concientización de los referentes de la población objetivo se podría lograr un mejor cumplimiento de uno de los objetivos del Plan, que es reducir la Mortalidad Infantil.

De la información expuesta en el capítulo de salud se evidencia que tanto la extensión en la cantidad de usuarios de Salud Pública, como la cantidad de centros de salud y hospitales públicos a nivel nacional ha sido un proceso paulatino. A su vez a este proceso se lo tuvo que ir acompañando desde el ámbito legal, ya que se debió ir aprobando legalmente derechos, deberes y demás competencias de cada una de las Instituciones para que cada nueva incorporación en el acceso a la salud fuera una incorporación de hecho y de derecho.

Puede afirmarse que el Plan Aduana opera con cierta concepción preventiva de la salud, ya que se toma contacto con la población para propiciar los controles preventivos. Prueba de ello son las distintas formas de contactar a las familias que allí se utilizan, por ejemplo las entrevistas domiciliarias y los contactos telefónicos.

Es de destacar la importancia que siempre tuvo para nuestro país la infancia y las mujeres embarazadas, ya que desde la Ley de Salud Pública en 1910 se incluyó dentro de los que tendrían atención estatal a embarazadas, parturientas, enfermos crónicos, inválidos e infantes. En la reforma de Salud del año 2007 cuando se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se diseñaron y ejecutaron una serie de programas para el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, nuevamente se definió como áreas prioritarias a la Niñez, la Mujer y el Género (con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva). Además, dentro de las tres principales metas que se plantean en el SNIS para el período 2008- 2012, se encuentra como Meta N° 1 la Salud Materno Infantil. Esto reafirma que desde las Instituciones y los programas nacionales se pone énfasis y preocupación en esta población.

Es oportuno subrayar que ASSE se crea por Decreto- Ley en 1975, en tanto el Plan Aduana fue propuesto en 1972 y ejecutado desde 1974, lo que demuestra la vigencia y

legitimidad que se deposita en el Plan, sobre todo desde quienes trabajan en él, como es el caso de las técnicas entrevistadas.

Es preciso mencionar que en paralelo en el año 1986 en tanto a través de la conquista de un grupo de vecinos del barrio Nuevo París se pudo inaugurar la Policlínica Municipal Aquiles Lanza. A nivel nacional en julio del mismo año, se crea el Sistema Nacional de Salud (SNS) y se inicia a partir de estos años el proceso de descentralización de ASSE.

Otro punto a destacar es que en la misión del 2007 en la reforma de implementación del SNIS, se manifestó que la salud debe responder a las necesidades de la población apuntando a la equidad social. Años antes, en 1985 aprobado por consenso de todos los sectores políticos y sociales se creó un documento de la Concertación Nacional Programática (CONAPRO), que sostiene que el derecho a la salud “(...) *implica el derecho a una alimentación adecuada, a la protección y la seguridad social, al pleno empleo, la vestimenta, al descanso y la recreación, la educación, la libertad, los derechos civiles, políticos y culturales*”. (López, Alejandra y Abracinskas, Lilián; 2004: 50- 51)<sup>31</sup>. Estas orientaciones en términos de salud pública no siempre se ven reflejadas en los recursos concretos con los que luego los programas y planes deben operar. A modo de ejemplo, téngase en cuenta que en la órbita municipal algunos dispositivos de salud son atendidos por becarios y pasantes, con la consiguiente debilidad que esto genera al momento de pensar en una atención de calidad.

En suma, se puede agregar la necesidad y el vacío de profesionales del área social en la Policlínica, más precisamente de Trabajadores Sociales solicitado desde hace un tiempo directamente por Técnicos de dicha Institución. Demandado también indirectamente por algunas familias entrevistadas a través de inquietudes y solicitud de asesoramiento en relación a los quehaceres profesionales. Vinculado con el trabajo de los Licenciados en Trabajo Social en dicha Institución se encuentra la modalidad de la visita domiciliaria, que desde nuestra área no se la denomina así por tratarse de una entrevista planificada, con un fin y una metodología a seguir que se realiza en el contexto del domicilio, sin embargo la modalidad como se aplica en esta Institución no permite el desarrollo de esta técnica de intervención como debería realizarse para un mejor ejercicio de la profesión. No obstante,

---

<sup>31</sup> Documento de la CONAPRO cito en “*Mortalidad Materna, aborto y salud en Uruguay*” en: <https://www.yumpu.com/en/document/view/53836901/mortalidad-materna-aborto-y-salud-en-uruguay/51>. Consultada en mayo de 2015.

como ya se mencionó, para que esto pudiera concretarse se necesitaría un equipo más consolidado que trabaje de manera permanente en el Plan.

Con respecto al Plan Aduana es preciso mencionar que en un documento elaborado por Alfredo U. Ramón- Guerra en 1981 se menciona que se contó con la participación, entre otros del Instituto de Servicio Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. De igual manera se previó dentro de las líneas de acción del Plan en el Primer Nivel de Atención, la atención por parte de un Asistente Social a familiares de un recién nacido en caso que correspondiese. Sin embargo ambas afirmaciones tienen una cierta inconsistencia, ya que a pesar de que Servicio Social participó en sus inicios, siguió habiendo Asistentes Sociales o Licenciados en Trabajo Social en el área de la salud pero no en número suficiente para lo que estaba previsto. Una de las entrevistadas identifica esta necesidad, al mismo tiempo que señala la preocupación de que se sostenga a los becarios sin profesionales de referencia.

Contar con el número de profesionales necesarios habilitaría una adecuada estrategia de entrevistas domiciliarias, aspecto sobre el que también se detuvieron las entrevistadas.

En este punto es preciso destacar que menciona una de las técnicas entrevistadas que el sistema de becarios funciona allí hace aproximadamente una década sin embargo Trabajadores Sociales no cumplen funciones en la Policlínica desde hace muchos años, sólo hubo en sus inicios personal permanente en la Institución. Teniendo en cuenta que, según Ortega (2008) esta profesión se arraigó en el área de la salud en el período neobatllista.

En síntesis se puede decir que el Plan Aduana es de gran importancia por los objetivos que persigue y las características de la población objetivo. Resultando de esta manera de gran relevancia las tareas y actividades que lleva adelante. No obstante, se considera que para una mejor calidad en la aplicación del Plan, es precisa una reformulación más que nada en las estrategias de intervención a llevar a cabo para el cumplimiento de los objetivos. La principal estrategia que se considera que debe ser reformulada es la visita domiciliaria, es oportuno un cambio en la manera de intervenir por varios motivos: la sociedad de la década de 1970 (momento en que se inició el Plan) no es igual a la actual; las familias entrevistadas no reconocen el Plan y sus objetivos a pesar de que se ingrese al domicilio; el tiempo previsto de realización de visitas domiciliarias no permite un acompañamiento. También es importante que se pudiese revisar los objetivos, ya que son los mismos desde su creación, poder visualizar si se mantienen con validez.

En relación al acceso a la salud es preciso recordar que en la Conferencia reunida en Ottawa en 1986 se habla de la capacidad de tomar decisiones, controlar la vida propia y asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. Sin embargo, según esta definición, la población usuaria del Plan no gozaría de un buen estado de salud ya que la sociedad no se los provee. Los niños menores de tres años en la Policlínica son atendidos sin que los referentes tengan claro quién maneja su historia clínica, sus datos de contacto y con qué motivo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barrán, José Pedro (1993): “*Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*”  
1- El poder de curar. Segunda reimpresión. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, Uruguay.
- Mancebo, Ma. Ester, Pedro Narbondo y Conrado Ramos [compiladores] (2002): “*Uruguay: La reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000)*”. Editorial: La Banda Oriental. S.R.L. Montevideo, Uruguay.
- Ortega, Elizabeth (2008): “*El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*”. Editorial Trilce. Montevideo, Uruguay.
- Pérez, Mercedes y Acosta Cecilia [docentes compiladoras y responsables] (2013): “*Seguimiento domiciliario del binomio madre- hijo en situación de vulnerabilidad*”. Facultad de Enfermería. Departamento de enfermería materno infantil. Departamento de Enfermería comunitaria. Comisión Sectorial de Educación Permanente. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Piotti, Diosma (1998): “*La dimensión centralización- descentralización y el proceso de referencia en el Sistema de Salud en el Uruguay*”. Documento de Trabajo N° 61. Instituto de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Piotti, Diosma (2002): “*La reforma del estado y el sistema de salud*” en: Mancebo, Ma. Ester, Pedro Narbondo y Conrado Ramos [compiladores] (2002): “*Uruguay: La reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000)*”. Editorial: La Banda Oriental. S.R.L. Montevideo, Uruguay.
- Piotti, Diosma “*Historia de la Salud en el Uruguay*”. (1930-1995) Parte III. “El Ministerio de Salud Pública y el Sistema de Salud. (1934-1995)”. S/E.
- Salleras San Martí, Luis (1990): “*Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*”. Madrid: Díaz de los Santos. Madrid, España.
- Setaro, Marcelo y Fuentes, Guillermo (2012): “*Segunda etapa de la reforma de salud. Navegando entre Escila y Caribdis*” en “*Política en tiempos de Mujica II: un balance a mitad del camino*”. Informe de coyuntura N° 11. Instituto de Ciencia



Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

- Taylor, S. J. y Bodgan, R. (1987): “*Introducción a los métodos cualitativos de investigación.*” La búsqueda de significados. Ediciones Paidós. Segunda reimpresión 1994. Madrid, España.
- Valles, Miguel S. (2000): “*Técnicas cualitativas de investigación social*” Reflexión metodológica y práctica profesional. Proyecto Editorial, Síntesis Sociología. Segunda Edición 2000. Madrid, España.

## FUENTES DOCUMENTALES

- Administración de los Servicios de Salud del Estado [online] Disponible en: [http://www.asse.com.uy/uc\\_2382\\_1.html](http://www.asse.com.uy/uc_2382_1.html), consultada el 04 de julio de 2012.
- Alma- Ata, URSS (1978): “*Atención primaria de salud*”. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>. Ginebra, Suiza. Consultada el 21 de julio de 2013.
- Alvarez, Noelia et al (2010): “*Características de los niños de 12 a 24 meses. Programa Aduana.*” Investigación Final. Cátedra de enfermería comunitaria, Facultad de Enfermería, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Alfredo U. Ramón- Guerra. Departamento Materno- infantil del M. S. P. y hospitales “Pereira Rossell” y “Dr. Pedro Visca”. Montevideo, Uruguay. Comunicación a la Sociedad Uruguaya de Pediatría: 17. VI. 1981. Recibida para su publicación: 31. III. 1982.
- Arch. Pediat. Uruguay 53 (3) (1981) Conferencias. “*Mortalidad Infantil en el Uruguay estadísticas vitales y programa de salud materno- infantil integral*”.
- Ascarate, María et al (2012): “*Causas del incumplimiento del control de salud de los niños/ as menores de 2 años del Centro de Salud Cerro*”. Trabajo final de investigación de la Licenciatura en Enfermería, la Cátedra Materno- Infantil de la Facultad de Enfermería de la UdelaR. Montevideo, Uruguay.
- Barrios Pintos, Aníbal (1971): “*Montevideo, los barrios I*”. Editorial Copyright. Montevideo, Uruguay. Disponible en:

[http://www.periodicas.edu.uy/o/Nuestra tierra/pdfs/4Montevideo Los barrios I.pdf](http://www.periodicas.edu.uy/o/Nuestra_tierra/pdfs/4Montevideo_Los_barrios_I.pdf).

Consultada el 20 de febrero de 2016.

- *Carta de Ottawa para la Promoción de Salud* [online] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>, consultada el 21 de julio de 2013.
- Casanova, Gimena et al (2010): “*Impacto del internado en la población de 0 12 meses del Programa Aduana, que se asiste en el Centro de Salud Cruz de Carrasco*”. Trabajo final de la Cátedra de Administración de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. [online] Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/2516/1/FE-0371TG.pdf>, consultada el 19 de agosto de 2015.
- CEPAL apud Fernández, Tabaré (2001); [online] Disponible en: [http://www.fcs.edu.uy/archivos/DocTrab76 Reformas%20transitorias%20y%20desigualdades%20educativas.pdf](http://www.fcs.edu.uy/archivos/DocTrab76_Reformas%20transitorias%20y%20desigualdades%20educativas.pdf), consultada el 08 de julio de 2012.
- Cuello, Valeria; Medina, Virginia y Santucci, Natalia (2009) “*Relación entre el estrato socioeconómico y la composición familiar con el crecimiento en niños desde su nacimiento hasta los dos años de edad, de un centro de salud público de Montevideo*”. Trabajo final de Investigación. Cátedra de enfermería comunitaria, Facultad de Enfermería, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Declaración de Alma Ata [http://www.paho.org/spanish/.../alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/.../alma-ata_declaracion.htm)-, consultada el 21 de julio de 2013.
- Dirección General de la Salud y División Salud de la Población (2006), Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez; en [http://www2.msp.gub.uy/uc\\_709\\_1.html](http://www2.msp.gub.uy/uc_709_1.html). Consultada el 26 de febrero de 2014.
- Ferrari Ana María (1992): “*Captación y seguimiento de recién nacidos en el Centro Auxiliar de Pando a través de Plan Aduana*”. Monografía correspondiente al 3er. año de postgrado de pediatría. Hospital Pereira Rossell, Clínica Pediátrica “A”. Montevideo, Uruguay.
- Ferraro, Rita y Rosario Germán (1992): “*Aplicación del Plan Aduana: logros y dificultades. Centro Materno Infantil Maciel (Ciudad Vieja). Semestre marzo 1990/ agosto 1990*”. Tesis de Especialización en Pediatría. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Gallo, María Alejandra y Sosa, Santiago (2015): “*Principales cambios en el sistema de salud del Uruguay. Avances hacia la universalidad del aseguramiento*”. Asesoría

- General en Seguridad Social. Comentarios de Seguridad Social N° 47. Disponible en: [http://www.bps.gub.uy/innovaportal/file/9420/1/47\\_cambios\\_de\\_salud\\_del\\_uruguay\\_avances\\_hacia\\_la\\_universalidad\\_de\\_aseguramieto\\_gallo\\_alejandra\\_y\\_sosa\\_santiago.pdf](http://www.bps.gub.uy/innovaportal/file/9420/1/47_cambios_de_salud_del_uruguay_avances_hacia_la_universalidad_de_aseguramieto_gallo_alejandra_y_sosa_santiago.pdf). Consultada el 17 de junio de 2015.
- Garín, Graciela (2001): “*Los orígenes, preparándonos para el debate*” en Diez años de descentralización: un debate necesario. Una mirada hacia adelante. Instituto de Investigación y Desarrollo (IDES). Departamento de Descentralización. Intendencia Municipal de Montevideo, Uruguay.
  - [http://books.google.com.uy/books?id=6xkfw9n8EC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.uy/books?id=6xkfw9n8EC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false) y <http://es.scribd.com/doc/38510787/Valles-M-Entrevistas-Culitativas-Cuadernos-Met#scribd> (2002), “*Entrevistas cualitativas*”, Cuadernos Metodológicos 32. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid, España. Consultada el 10 de agosto de 2014.
  - <http://municipioa.montevideo.gub.uy/node/793> “*Para ellas, trabajar es salud*”. documento realizado por Pablo Khalil en base al Municipio A de la Intendencia de Montevideo. Consultada el 05 de julio de 2015.
  - <http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf> (1998), Ministerio de Sanidad y Consumo y Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. Consultada el 10 de agosto de 2014.
  - Intendencia Municipal de Montevideo (1996): “*Los montevideanos y las políticas de solidaridad*”. *Acciones municipales y participación social*. Montevideo, Uruguay.
  - Ley Orgánica de Salud Pública, N° 9. 202. Promulgada el 12/ 01/ 1934 y publicada el 22/ 01/ 1934. Extraída del <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/9202-1934/32>, consultada el 20 de febrero de 2016.
  - López, Alejandra y Abracinskas, Lilián (2004): Documento de la CONAPRO cito en “*Mortalidad materna, aborto y salud en Uruguay*”. Proyecto DAWN en colaboración con MYSU (Mujer y Salud en Uruguay). Disponible en: <https://www.yumpu.com/en/document/view/53836901/mortalidad-materna-aborto-y-salud-en-uruguay/51>. Consultada el 10 de mayo de 2015.
  - MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. “*Transformar el Futuro*”. [online] (actualizado marzo 2012) Disponible en: [http:// www.msp.gub.uy/uc5143\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/uc5143_1.html), consultada el 04 de julio de 2012.

- Ministerio de Salud Pública. Departamento de Programación Estratégica. Área Ciclos de Vida. Programa Nacional de Salud de la Niñez. Apoya PNUD- Proyecto Desarrolla (2011). “*Visita domiciliaria: una estrategia de atención y acompañamiento al niño, niña y su familia*”.
- MSP [online] Disponible en: <http://www.msp.gub.uy>, consultada el 04 de julio de 2012.
- MSP. Informe Especial. (2010) “*La reducción de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) en Uruguay*”. Montevideo, Uruguay.
- <http://municipioa.montevideo.gub.uy/node/180>, consultado el 21 de febrero de 2016.
- Organización Mundial de la Salud [online] Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>, consultada el 04 de julio de 2012.
- *Organización panamericana de la Salud (OPS) /OMS* [online] Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS\\_spa.pdf](http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf), consultada el 04 de julio de 2012.
- *Parlamento Nacional, Senado de la República*, 04 de julio de 2013. Ministerio de Salud Pública [online] Disponible en: [file:///C:/Users/ACER/Desktop/COMPARECENCIA\\_MINISTRA\\_PARLAMENTO\\_JULIO\\_2013\\_final.pdf](file:///C:/Users/ACER/Desktop/COMPARECENCIA_MINISTRA_PARLAMENTO_JULIO_2013_final.pdf), consultada el 19 de agosto de 2015.
- RAP- ASSE. (2011) Programa Aduana. Montevideo: Informe. En: Sbárbaro, Milton y Nantes, Alicia (2012) “*Gestión de calidad aplicada a un programa extrahospitalario*”, Trabajos Científicos. En: Revista Uruguaya de Enfermería, noviembre de 2012, 7 (2): páginas 1- 20.
- Sbárbaro, Milton y Nantes, Alicia (2012) “*Gestión de calidad aplicada a un programa extrahospitalario*”, Trabajos Científicos. En: Revista Uruguaya de Enfermería, noviembre de 2012, 7 (2): páginas 1- 20.
- Setaro, Marcelo (2013): “*La economía política de la reforma del sector salud en el Uruguay (2005- 2012)*” Tesis de Doctorado. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- “*Transformar el Futuro*”. [Online] [Actualizado mayo 2011] Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/uc\\_5143\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/uc_5143_1.html), consultada el 21 de julio de 2013.
- Vignolo, Julio et al (2011) en: Arch Med Interna vol. 33 no. 1. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>. Recibido: 28/02/11– Aceptado: 30/03/11. Montevideo, Uruguay. Consultada el 20 de marzo de 2014.

- [www.mides.gub.uy/innovaportal/file/12622/1/convenio\\_interinstitucional\\_msp\\_mides\\_asse\\_inau\\_plan\\_caif\\_1\\_1.pdf](http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/12622/1/convenio_interinstitucional_msp_mides_asse_inau_plan_caif_1_1.pdf). Plan de trabajo ASSE- Plan CAIF para la implementación del Convenio Interinstitucional MSP, MIDES, ASSE, INAU, Plan CAIF, Educación y Salud en la Primera Infancia. “*Por la equidad de oportunidades desde el inicio de la vida*”. Consultada el 15 de de diciembre de 2014.
- [www.suis.org.uy/pdf/programa\\_aduana.pdf](http://www.suis.org.uy/pdf/programa_aduana.pdf). “*Proyecto: Sistema Informático del Programa Aduana- Setiembre*”. Dra. Adriana Méndez, Dra. Graciela García, Dra. Myriam Contera. Consultada el 25 de febrero de 2014.