

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

**Alcances y limitaciones del Plan Nacional de Salud
Rural: la mirada desde la policlínica de San Antonio**

Lorena Natalia Fernández Maquieira
Tutora: Beatriz Fernández Castrillo

2015

Resumen

El presente documento tiene como objetivo general analizar la aplicación de políticas de salud rural en la localidad de San Antonio ubicada en el Departamento de Canelones y cómo repercute en los usuarios del poblado de MEVIR II. Dicha monografía surge producto de la participación en la práctica pre profesional en mencionada localidad en el año 2010, experiencia que nos hizo reflexionar sobre la situación de la salud en el medio rural. En lo referido a la metodología aplicada realizamos un estudio de caso, exploratorio y cualitativo, tomando en cuenta los discursos de los diferentes entrevistados. El análisis expone la situación del Plan de Salud Rural, articulando diferentes conceptos teóricos como políticas sociales, vulnerabilidad, exclusión, pobreza y salud. Las reflexiones finales se refieren a la no puesta en marcha del Plan de Salud Rural, pero visualizando algunas estrategias que el mismo se ha planteado llevar adelante, como fomentar la prevención en Salud promoviendo equipos de salud a las escuelas rurales, o intentando ampliar la cobertura de médicos en el medio rural contando con el apoyo de la Universidad de la República y el Ministerio de Salud Pública. Hemos visualizado los cambios que ha tenido la población estudiada en lo referido a la accesibilidad a los servicios de salud, obteniendo más especialistas, ampliación en el horario de atención y quienes no se atienden por FONASA una atención totalmente gratuita. A nivel general se logró observar una conformidad por parte de los entrevistados en relación a los servicios que la policlínica ofrece.

Palabras claves

Salud rural, políticas sociales, vulnerabilidad

INDICE

1. Introducción-----	1
2. Justificación-----	3
2.1 Movimiento de Erradicación de la Vivienda Rural (MEVIR) ----	4
2.2 Presentación San Antonio-----	6
2.3. Policlínica de ASSE San Antonio-----	7
3. Antecedentes-----	9
4. Marco Teórico-----	14
4.1 La Salud-----	14
4.2 Políticas Sociales y Estado de Bienestar-----	17
4.3 Evolución de las Políticas en el Campo de la Salud-----	20
4.4 Las políticas de Salud desde los gobiernos de facto hasta los gobiernos de izquierda-----	22
4.5 Plan Nacional de Salud Rural-----	26
4.6 Pensando la vulnerabilidad en torno a la pobreza-----	28
5. Presentación del Objeto de Estudio-----	33
5.1 Sistema de Objetivos-----	33
5.2 Preguntas que pretenden responder el estudio-----	34
6. Metodología-----	35
7. Políticas sociales en el Campo de la Salud-----	38
7.1 Políticas de Salud para el sector rural, en sintonía con la Reforma de la Salud-----	39
7.2 ¿Cómo repercutió el FONASA en la atención de la policlínica?	45
7.3 ¿Qué perspectiva tienen los usuarios de su policlínica?-----	48
7.4 Relación Médico- Paciente-----	50
7.5 Sobre los funcionarios y las gestiones que realizan-----	51
7.6 ¿Qué tan accesible es mi policlínica?-----	53
8. La vulnerabilidad y exclusión en torno a la pobreza-----	54
9 Reflexiones Finales-----	61
Bibliografía-----	65

Anexo 1 Entrevistas informantes calificados

Anexo 2 Entrevistas usuarios de la policlínica

1. Introducción

El presente documento constituye la monografía final de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de la República. La misma presentó como objetivo general analizar la aplicación de políticas de salud rural en la localidad de San Antonio ubicada en el departamento de Canelones y cómo repercute ello en los usuarios del poblado de MEVIR II. Es en función de esto que se exponen los principales resultados arrojados en la investigación exploratoria realizada.

Dicha monografía surgió producto de la participación en la práctica pre profesional a cargo de la docente Lorena Fernández en el año 2010, en el departamento y localidad mencionados. Fue aquella experiencia la que nos hizo reflexionar sobre la situación de la salud en el medio rural, más precisamente sobre las políticas de salud que se desarrollaban en dicho sector.

La monografía está estructurada en tres partes. Una primera parte engloba la base teórica, para ello fueron tomados conceptos como los de políticas sociales, haciendo mención a la tipología de los Estados de Bienestar que realiza Esping- Andersen surgiendo luego la tipología desarrollada por Fernando Filgueira para el caso Latinoamericano. A partir de allí se exponen las políticas relacionadas al campo de la salud, para culminar con las referidas al medio rural, éstas últimas se conjugan con la noción de campo de Bourdieu. Luego se exponen los conceptos de vulnerabilidad y exclusión social tomando los aportes de Ximena Baraibar centrándose para ello en las dimensiones económicas como sociales, relacionándolo con la pobreza dado el perfil de la población de nuestra investigación. El marco teórico finaliza planteando diferentes conceptos de Salud pero principalmente resaltando la importancia que tiene la misma como un Derecho fundamental del hombre.

Luego se exponen los objetivos específicos a los que apunta la investigación. Los mismos son: determinar los alcances del nuevo programa de salud rural implementado por el último gobierno, desde la perspectiva de los técnicos, determinar las limitaciones del nuevo programa de salud rural implementado por el último gobierno, desde la perspectiva de los técnicos, evaluar los alcances y las limitaciones que las personas de MEVIR II usuarios de la policlínica de San Antonio observan en cuanto a la atención en salud que reciben y analizar los alcances y las limitaciones que las personas de MEVIR II usuarios de la policlínica de San Antonio observan en cuanto a la accesibilidad a los profesionales, los medicamentos y las gestiones.

La segunda parte hace referencia a la metodología utilizada, se pone énfasis en que se realizará un estudio de caso, dado que los resultados a los que se aspiraron estaban sujetos a la realidad en particular de esa población estudiada. Se realizará un estudio exploratorio y cualitativo, para eso se tomarán en cuenta los discursos de los diferentes entrevistados. En este sentido se entrevistaron a un total de once personas tanto hombres como mujeres que abarcan diferentes tramos de edad. Se realizaron dos entrevistas a informantes calificados como son a la Licenciada Pilar González encargada del área de programas del MSP, y a la doctora en Medicina General Graciela Scudrone de la policlínica de San Antonio. Dichas entrevistas se realizaron para ahondar más en lo que tiene que ver con el Plan de Salud Rural y cómo se estaba realizando en nuestra localidad de estudio. Para las mismas se utilizó la técnica de entrevista semi estructurada, puesto que permitió tener un marco de referencia al momento de preguntar, y dio la posibilidad de re preguntar si era necesario.

Por otra parte se desarrollará el análisis de las entrevistas realizadas. Exponiendo la situación del Plan de Salud Rural y cómo ha influenciado en la población en particular, articulando para ello los diferentes conceptos de políticas sociales, con los conceptos de Salud. A demás se tratan los temas de vulnerabilidad, exclusión y pobreza, tomando para ello ciertos elementos que la población tenía, para ello se tuvo en cuenta el perfil de la misma, sobre todo el trabajo que realizaban, puesto que en su mayoría todos los entrevistados contaban con un trabajo informal siendo en muchas ocasiones excluidos desde el punto de vista de Ximena Baraibar. Por último se plantearán las reflexiones finales sobre lo que se ha visualizado a lo largo de toda la investigación.

2. Justificación

El tema elegido para esta monografía es la Salud en el medio rural. El mismo fue considerado en base a la realización del último año de práctica pre-profesional realizada en el año 2010 en el marco de un convenio entre la Facultad de Ciencias Sociales y el Movimiento de Erradicación de la Vivienda Insalubre Rural (MEVIR). Dicho convenio se llamó “Fortaleciendo Vínculos” y estuvo a cargo del área “Trabajo y Cuestión Agraria”, del Departamento de Trabajo Social. La práctica se realizó en la localidad de San Antonio en el departamento de Canelones en dos pueblos nucleados de MEVIR.

En el transcurso de la misma se observó la falta de varios servicios básicos para los pobladores, pero lo que más llamó la atención fue las dificultades que se tenía en materia de Salud, si bien en ese año contaban con algunos especialistas como un doctor en Medicina General y otro en Pediatra, para casos más específicos tenían que trasladarse hasta el Hospital de Canelones.

El poblado de MEVIR se considera dentro de una zona rural, de esta manera éste estudio pretende profundizar la existencia de las políticas de salud rural, para conocer cómo llega la atención en materia de salud a los pobladores de MEVIR II.

El siguiente estudio pretende dar una mirada desde lo social, introduciendo para ello al Trabajo Social, ya que el mismo es de suma importancia a la hora de trabajar desde el campo de la salud rural. Es difícil encontrar en esta área y en otras del medio rural la intervención del Trabajo Social, esto nos ayuda a entender la escasa sistematización de experiencias de la disciplina en el medio rural y sobre todo en el campo de la salud.

Es importante considerar que nuestro estudio pretende abordar la salud rural desde las políticas sociales existentes ya que a través de ellas se procura conocer si existen políticas de salud desarrolladas en San Antonio. En este sentido Andrenacci y Repetto (2006) expresan que las mismas

“(…) incluyen a todas aquellas intervenciones públicas que regulan las formas en que la población se reproduce y socializa (...), y que, además protegen a la población de

situaciones que ponen en riesgo esos procesos o neutralizan los efectos “no deseados” de los mismos. Suelen entenderse así los ámbitos del empleo, la educación, la salud, los sistemas de seguridad social y la asistencia social.” (Andrenacci.L, Repetto, F: 2006: 2).

Como es conocido los recursos humanos y económicos con que cuenta la salud pública en nuestro país es un tema muy discutido. Más aún en el mundo rural latinoamericano donde, “Los servicios de salud están sobre todo en las áreas urbanas y tienen muy poca presencia en las pequeñas poblaciones y en las regiones con la población dispersa” (Pérez: 2007; 95). En relación a esto el Plan Nacional de Salud Rural (2011) expresa que:

“Resulta difícil la llegada de políticas sociales al Uruguay profundo por la dispersión de la población, dificultades organizativas y escasa priorización de la zona rural en las políticas, por lo que habitualmente se habla del alto costo/beneficio de las mismas.” (Plan Nacional de Salud Rural; 2011:6).

Otro punto a considerar es la falta de médicos en el interior, algo que lleva a que cada vez se cuente con menos especialistas, esto lo podemos observar según los datos que en el año 2013 el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) publicó en su página web donde se muestra que hasta el 2010 habían en actividad 14726 médicos en todo el país, de estos 11225 residían en Montevideo y en el interior 3501. De esos últimos 1034 se atienden en Canelones.

A continuación se desarrollará una breve caracterización de MEVIR como institución para luego centrarse en la presentación de la localidad a investigar.

2.1- Movimiento de Erradicación de la Vivienda Insalubre Rural (MEVIR)

MEVIR fue creado en el período blanco 1990-1995, el mismo “no pertenece a la órbita del Estado sino que es una institución para estatal aunque su fin sea público y reciba dinero de las arcas del Estado (...)” (Berazategui. M: 2010:34). La autora destaca que esto sucedió como una respuesta a la no acción por parte del Estado y como un mecanismo de tercerización por parte del mismo.

Por otro lado en sus comienzos MEVIR quería fomentar la erradicación de la vivienda insalubre de las personas que vivían en el medio rural. En relación a esto Berazategui (2010) plantea que MEVIR, se está replanteando su accionar buscando una articulación entre la vivienda y el hábitat, en este sentido se amplía “la cobertura tanto de la población como en tipo de construcción” (Berazategui.M 2010: 37)

Siguiendo las palabras de la autora esto quiere decir que se incorpora a trabajadores de bajos recursos, así como la construcción de las unidades productivas, esto último es la creación en su propio terreno de galpones, salas de ordeño entre otros.

MEVIR tiene diferentes programas para acceder a la vivienda, en este sentido nos referimos sólo al plan de viviendas nucleadas¹ que son los dos poblados que hay en la localidad de San Antonio. Los requisitos para acceder a las mismas son ser,

“Titular/es mayor/es de 21 años o mayores de 18 años casados. Ingreso del núcleo familiar inferior a 60 Unidades Reajustables. Mínimo de 3 años de residencia en la localidad de por lo menos uno de los titulares”. (Comisión Honoraria de MEVIR; 2007:15).

Se realizan diferentes reuniones en la localidad con las personas que cumplen con los mencionados requisitos, para luego realizar un estudio socioeconómico de las familias anotadas al programa. Este estudio recopila información sobre su núcleo familiar, el nivel de ingreso y las características de la vivienda en la que habitaba al momento de postularse. Luego de esto se decide si se incorpora o no al programa a la familia y se establece el “subsidio a otorgar (entre el 20% y el 70% del costo total de la intervención).” (Comisión Honoraria de Mevir; 2007:16).

En función de esto último es que especifican la cuota que cada beneficiario del plan debe de pagar, esto permite que MEVIR logre determinada solvencia. Luego las familias son las encargadas de construir sus propias viviendas, lo que es exigido por el organismo para la adjudicación de las mismas. Esta situación según la Comisión Honoraria de Mevir (2007) conlleva a que las personas adquieran cierta dignidad y solidaridad, pues son ellas quienes construyen su vivienda.

¹ Son para familias de pocos recursos que no cuentan con un terreno o vivienda propia.

2.2- Presentación de San Antonio

La ciudad de San Antonio, está compuesta según el último censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2011 por 1489 habitantes, de los cuales setecientos cincuenta y ocho son hombres y setecientas treinta y una son mujeres. Los mismos se encuentran dispersos entre población urbana y rural. Por otro lado la Intendencia Municipal de Canelones (IMC) en el año 2013 expresaba que San Antonio mantiene una fuerte incidencia en el medio rural, el 55,2% de su población es rural. Para este estudio entenderemos como medio rural a

“un conjunto de regiones o zonas (territorio) cuya población desarrolla diversas actividades o se desempeña en distintos sectores, como la agricultura, la artesanía, las industrias pequeñas y medianas, el comercio, los servicios, la ganadería, la pesca, la minería, la extracción de recursos naturales y el turismo, entre otros.” (Pérez: 2001:14).

Por otro lado si pensamos en un perfil de población, la misma se encuentra más envejecida en lo que tiene relación con todo el departamento de Canelones, lo mismo ocurre con los hombres, según la IMC (2013), el 51,5% son varones, en contraposición al promedio departamental donde la población masculina es el 49%. Así mismo es una zona agrícola y ganadera, mientras que la industria es de escasa significación. Los pobladores son empleados públicos, chacreros, quinteros, muchos de ellos viajan a trabajar a las localidades vecinas y en otros casos a Montevideo.

A pocos kilómetros de San Antonio se sitúan dos poblados de viviendas nucleadas de MEVIR, denominados MEVIR I y II, los mismos están comprendidos por ciento trece familias. Para nuestro estudio nos centraremos en el poblado de MEVIR II, el cual está integrado por 84 viviendas que fueron inauguradas el 28 de setiembre de 1996.²

Este hecho produce un desfase entre lo rural y lo urbano, puesto que por las características que presenta San Antonio en materia de servicios, se asemeja más a un centro urbano que a uno rural, en la medida que cuenta con centros educativos, Escuela, Liceo, la Universidad del Trabajo del Uruguay (UTU) y una Plaza de Deportes, así como reparticiones de organismos estatales como Ose, Antel, el Municipio, además cuenta con servicios de transporte.

² Datos obtenidos de un estudio realizado por docentes del área de Trabajo y Cuestión Agraria del Departamento de Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales en el año 2010.

En lo que refiere a la seguridad social, una vez al mes va un integrante del Banco de Previsión Social (BPS) de la localidad de Santa Rosa para gestionar todo tipo de trámites, teniendo luego que esperar un mes para volver a tramitar hasta que éste funcionario vuelva a San Antonio.

Por último en lo que respecta a la atención en la Salud puntualmente existe una Policlínica dependiente del Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Cooperativa Médica de Canelones (Comeca), perteneciente al sector privado.

A continuación observaremos los cambios que ha tenido la Policlínica de San Antonio desde el período 2009-2012.

2.3- Policlínica de ASSE en San Antonio

En sus comienzos atendía únicamente en el horario de la mañana, así lo afirmaba una enfermera de la policlínica en el año 2009.

“no se cuenta con muchos recursos humanos, sólo tiene un especialista, medicina general, y se está trabajando con el programa de salud sexual y reproductiva, sin dejar de resaltar el horario de atención, el cual es de las seis a las diez de la mañana, quedando el resto del día sin cobertura.”³

En el año 2010 la policlínica comenzó a atender en el turno de la tarde, pero sin contar en aquel entonces con especialistas, como, Psiquiatra, Otorrino, Traumatólogo, Oftalmólogo, Ginecólogo, Cardiólogo, entre otros, tampoco contaban con un equipo multidisciplinario, para ello tenían que recurrir al Hospital de Canelones que se encuentra a 25 Km., de esta localidad, contando con una sola línea de transporte, cuyo horario entre un ómnibus y otro es muy esporádico, teniendo que recurrir sino a algún transporte particular si se tiene como moto u automóvil.

En el año 2011 según la Intendencia Municipal de Canelones (2011) se realizó un convenio entre ésta, el Club de Leones de San Antonio y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), haciéndose efectiva la entrega de una ambulancia, la cual está al servicio de San Antonio y de dos localidades más: Santa Rosa y San Bautista. Esta conjunción hizo que el Club de Leones de

³ Fragmento de entrevista realizada en el año 2009, por estudiantes de trabajo social, del área trabajo y cuestión agraria, a la enfermera de la policlínica de San Antonio.

Atlántida donará la ambulancia a su coterráneo de San Antonio, este último es el encargado de pagar el seguro del vehículo, aunque también contó con el apoyo de la Intendencia ya que la misma exoneró el pago de patentes, otorga combustible y conductores. ASSE destacó la importancia de la unión de varias partes para poder cumplir con una necesidad de la zona y de dos municipios.

En el año 2012 se agregaron especialistas de las áreas de Pediatría, Ginecología y Cardiología, contando con un técnico en familia, y un área de psiquiatría infantil. Sin embargo se sigue sin contar con algunos especialistas y no existe un área que se encargue de los adultos mayores, o de la psiquiatría para adultos y adolescentes.

Cabe agregar que la policlínica atiende a la población urbana y rural de San Antonio, así como a personas de zonas aledañas, como es el caso de la Colonia Rafael Montelongo ubicada en la ruta 81 a seis kilómetros de San Antonio. Berrutti, Verger y Narbono (2008) expresan que en lo que tiene que ver con la salud

“en San Antonio se encuentra una policlínica del M.S.P como también servicios privados. Cabe señalar que la gran mayoría de los colonos se atiende en esta policlínica.” (Berrutti, Verger, Narbono: 2008; 13)

Es por esto que también pretendemos estudiar cómo observan las personas de MEVIR II la policlínica de su pueblo, independientemente de si hasta este momento se aplica o no el Plan de Salud Rural en la localidad, ya que es uno de los servicios más importantes con los que cuenta la población de MEVIR II.

3-Antecedentes

En este apartado se mencionarán algunos trabajos que se encuentran en la revisión bibliográfica, relacionados con la temática elegida.

En primer lugar tomaremos los aportes de Fabiana Hernández Abreu la cual en su tesis de grado realizada en el año 2004 titulada “Pobreza y salud pública: aspectos sociales de la relación usuario-personal de la salud”. Presenta como objetivo en sus comienzos explorar y analizar “un espacio social escasamente investigado en el campo de la sociología de la salud” (Hernández: 2004; 5). Mencionado estudio se realizó en el Hospital Pereira Rossell en el espacio denominado “situación de pasillo”. La autora a lo largo de su monografía estudia la relación que tienen los usuarios con el personal de la salud en el transcurso del tiempo que están esperando para ser atendidos. La autora realizó una

“descripción etnográfica de las relaciones observadas en diferentes situaciones de pasillo del Hospital con el propósito de estudiar el papel que jugaba la condición social del paciente en las relaciones que mantenían con sus interlocutores (...) y como éstas relaciones afectaban la calidad del servicio en términos del trato humano, la transmisión de información y los posibles efectos sobre la salud de los pacientes”. (Hernández: 2004; 5-6).

Por otro lado tomamos como antecedente la monografía de la doctora Diana Doménech realizada en diciembre de 2007 con el título “Modelo de atención integral a la salud. Aporte desde la práctica de la residencia de medicina familiar y comunitaria. Policlínica de San Antonio-Canelones Abril 1999-Abril 2002” Si bien la monografía se centra en los aspectos médicos de las personas de San Antonio, consideramos pertinente retomarla como un antecedente de lo que se ha hecho en la policlínica para contrastar la información recabada en esos años con datos más actuales. Mencionada monografía tiene como objetivo general

“ Introducir cambios en el Modelo de atención de la Policlínica de San Antonio del MSP, aplicando los principios del Modelo de Atención Integral a la Salud, en el marco de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria, en el periodo abril 1999-abril 2002”(Domenech:2007: 19)

Por otro lado se cuenta con la monografía final de grado de Marcelo Pérez, (2009) la cual sirve como base para entender de qué hablamos cuando hacemos referencia a las políticas de salud. Dicha monografía fue realizada en el año 2009 y tiene como título “La reforma del sistema de salud en el primer gobierno de izquierda en la historia del Uruguay. Los desafíos del cambio”. Si bien la misma mantiene un enfoque político, en su mayor parte se focaliza en analizar la Reforma del Sector Salud, teniendo como objetivo general “comprender cuáles son las características de dicha reforma y dónde residen los apoyos y los vetos tanto actuales como a futuro” (Pérez; 2009:3). Mencionada monografía es según su autor de tipo descriptivo-analítico. Estructurada en cinco capítulos, de los cuales nos enfocaremos en el tercero, donde se desarrolla una descripción de la Reforma de Salud en su conjunto.

Luego nos centraremos en el estudio realizado en el año 2010 por docentes del área de Trabajo y Cuestión Agraria del Departamento de Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales. Siendo éstas: Lorena Fernández, Patricia Rodríguez, Dolores Aguiar. El mismo está dividido en dos partes, la primera parte cuenta el trabajo realizado en la localidad de San Gregorio del Departamento de San José. La segunda da cuenta de lo trabajado en la localidad de San Antonio del departamento de Canelones. Esta segunda parte es la que tomamos como antecedente para nuestro estudio. La misma comienza con una breve caracterización de San Antonio en general, para luego presentar a los dos poblados nucleados de viviendas de MEVIR. Para este estudio sólo nos basaremos en la presentación de MEVIR II. El mismo comienza con un perfil de la población que allí reside, analizando variables como, trabajo, educación, seguridad social y salud. Este presenta datos que fueron recabados a lo largo del año 2010, a continuación veremos sólo los relacionados en materia de salud.

Podemos diferenciar entre todos los habitantes de MEVIR II los que reciben una atención en salud pública y los que la perciben en la salud privada. En lo que respecta a la primera se puede notar que el 18% de la población encuestada se atiende en la policlínica local, un 41.4% se atiende en el Hospital de Canelones. Por otra parte en la salud privada según el estudio realizado el 35% se atiende en mutualistas de Canelones y un 4.6% en mutualistas de Montevideo.

Relacionado con la salud uno de los objetivos que plantea dicho informe, es que se debe tomar como un

“desafío pendiente las condiciones de salud, sobretodo de las personas de mediana edad muy deterioradas, en especial problemas vinculados a enfermedades profesionales y a la salud mental” (Fernández, Rodríguez, Aguiar: 2010; 52).

Luego nos apoyaremos también en una monografía final de grado realizada por Martín Rodríguez Araujo en el año 2011, denominada “Democratización de la gestión pública en el gobierno del Frente Amplio. El caso de la participación social en la Reforma del Sector Salud.” Si bien la mencionada monografía no trata específicamente el tema de nuestro objeto de estudio, creemos pertinente su consideración, en cuanto nos brinda información sobre lo que ha sido la Reforma en el Sector de la Salud con la puesta en marcha del primer gobierno progresista. La misma mantiene un enfoque político que se visualiza en el objetivo general:

“analizar la relación que se da entre los gobernantes y los actores sociales en el marco de la RSS⁴, a través de las principales “innovaciones democráticas” que con diferente peso institucional ha impulsado el gobierno del FA” (Rodríguez: 2011; 2).

La monografía está dividida en diez apartados de los cuales sólo observaremos el capítulo dos donde el autor plantea su marco conceptual que “se relaciona con la discusión sobre participación social en las políticas públicas (...)” (Rodríguez: 2011, 3) y “la reforma de la salud: expansión del bienestar y reforma política”.

También tomaremos los aportes de Yariffe Yakzan que en el año 2011 realizó su monografía final de grado llamada “Mientras el cuerpo aguante...” La misma pretende analizar “la manifestación del vínculo trabajo y procesos de salud-enfermedad”. (Yakzan: 2011:5).

Si bien se centra en el trabajo y cómo repercute en la salud de los habitantes, la consideramos relevante porque atiende a algunas características en común con nuestra investigación el medio rural y las condiciones de salud-enfermedad de los trabajadores. Algunas de las características pueden ser, que ambas poblaciones pertenecen al medio rural, tienen en su mayoría las mismas condiciones precarias de trabajo, por ende el mismo nivel socioeconómico.

⁴ Reforma del Sistema de Salud.

La monografía está estructurada en tres capítulos, de la cual se tomarán aportes del segundo el cual

“intenta una aproximación a la construcción de la categoría salud como proceso de salud-enfermedad, al concepto de políticas sociales, a la reforma de la salud en Uruguay y a la implementación del Plan Nacional de Salud y sus objetivos”. (Yakzan: 2011:5).

Luego presentaremos el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) creado por el MSP en el año 2011. Se hará una breve caracterización del mismo, puesto que será utilizado a lo largo del estudio, por ser lo único que hasta el momento se ha encontrado sobre la temática de la Salud Rural. El Plan se propone contribuir “al desarrollo de la salud en esta área, así como también una herramienta para el combate de la pobreza y la marginación” (Plan Nacional de Salud Rural: 2011:6). El mismo toma como población beneficiaria lo que el INE reconoce como rural dispersa y las pertenecientes a localidades de hasta cinco mil habitantes. Según el Plan se estima que la población beneficiaria será un total de 590.039 habitantes, éstos representan en porcentajes el 18,21% del total de la población, en este porcentaje están incluidas 470 localidades y población dispersa en todo el país.

Por otro lado pretende abordar tres aspectos críticos, la mejora de la accesibilidad, la atención integral a la salud y la continuidad de la atención. Fundamentos básicos a los que también apunta la Reforma de la Salud.

Por último se tomarán aportes que el mismo Plan Nacional de Salud Rural elaboró en el año 2012 denominado “Primer Manual de Orientación Técnica para Servicios de Salud Rural”, el mismo se propone

“servir de guía y herramienta facilitadora, para los gestores de los servicios de salud, (...). Es de utilidad para la aplicación de los contenidos del decreto de Salud Rural” (Primer Manual de Orientación Técnica para Servicios de Salud Rural: 2012:6).

A su vez pretende instalar policlínicas rurales las cuales atenderían a 3000 habitantes lo que el Manual de Orientación Técnica para Servicios de Salud Rural llama puestos de salud rural. Estos se crearían para facilitar el acceso a los pobladores y para que los servicios de salud estén más cerca de los pobladores rurales. Cada establecimiento contaría con un equipo multidisciplinario y una auxiliar de enfermería, reuniéndose con la policlínica de referencia.

Por otro lado se pretende que cada puesto de salud rural cuente a su cargo con no más de 1000 habitantes, tanto concentrados como dispersos, que se encuentren a 13 Km. del área o que puedan llegar allí en no menos de dos horas y media caminando. Al mismo tiempo el horario de cada puesto no puede ser menor de 36 horas semanales, desde lunes a sábados, siendo el horario accesible para la población que vive allí. También se cree de mayor relevancia que el personal que allí trabaje viva en la zona.

Del mismo modo el Manual (2012)⁵ desarrolla las funciones que cumplirán las policlínicas rurales, las mismas tendrán como máximo a 3000 usuarios, el horario debe de ser de 12 horas diarias de lunes a sábado, y deberán contar tanto con médico como con una enfermera de guardia en los momentos que permanezca cerrada.

⁵ Manual de Orientación Técnica para Servicios de Salud Rural.

4- Marco Teórico

Para comenzar con nuestra línea teórica empezaremos por un repaso de los conceptos más significativos de salud. Luego nos centraremos en el objetivo que creemos tiene la misma que es la promoción en salud. A continuación se dará pie al eje central de esta investigación que son las reformas de la salud desde sus comienzos hasta nuestros días, centrándose en las referidas al sector rural. Para ello se utilizará la noción de campo de salud, siguiendo la línea teórica de Bourdieu. Se culminará con definiciones de vulnerabilidad social, abordando el mismo desde la pobreza.

4.1 LA SALUD

En sus comienzos la Salud se pensaba como una ausencia de enfermedad, con el pasar de los años esto ha cambiado, entendiéndose por salud el concepto tal cual lo expresa la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Carta Magna de 1946: “La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (Salleras.L, 1990:14.)

El concepto indica que para gozar de buena salud, o estar sanos no solamente basta con no tener ninguna enfermedad sino que se debe de tener un completo bienestar físico, mental o social. Por otro lado se puede considerar a éste concepto como el más específico, porque por primera vez introduce el término “completo bienestar”.

Pero, ¿qué se entiende por bienestar?, ya que el concepto no discrimina entre una salud individual o una colectiva, no distingue si el sujeto de la salud es una persona o si por ejemplo cuando se habla del bienestar social se hace referencia a sujetos colectivos. (De Martino 2004).

Salleras (1990) propone un concepto de salud dinámico como

“el logro del más alto nivel de bienestar físico mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad”. (Salleras: 1990; 17)

Según los aportes de Beatriz Fernández (2009) se puede decir que el concepto de salud de la OMS rescata “su carácter, en tanto coloca el eje central de las actividades sanitarias institucionales, que la tienen por objeto”. (Fernández; 2009:22). Sin embargo la autora plantea que la salud no se produce en las instituciones sanitarias, sino en diferentes espacios de la vida cotidiana de las personas.

Villar y Capote (2013) consideran a la salud como “una categoría biológica y social en unidad dialéctica con la enfermedad (...)”.

Fernández Beatriz (2009) destaca que la salud está referida

“en términos de Derechos Humanos, pudiendo gozar de oportunidades tanto económicas, como políticas, legales, entre otras, para que los individuos sea de forma individual o de forma colectiva puedan desarrollar sus potencialidades en pro del bienestar.” (Villar y Capote apud Fernández: 2009:23)

Si continuamos con la línea que se viene exponiendo en la última definición, podemos observar que se toma a la salud como un derecho, en este sentido la Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948-1998 en su artículo 25 considera que:

“Toda persona tiene derecho a un nivel adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

Todos tienen derecho a estar en condiciones necesarias de asistencia, de recibir una salud de calidad y eficiente, sin ningún tipo de discriminación hacia el usuario. Por otra parte, la Constitución de la República de nuestro país la considera también como un deber. Así queda expresado en el artículo 44:

“Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”. (Constitución de la República Oriental del Uruguay, 1997:9)

En este sentido es que pretendemos hablar de salud no sólo en términos de enfermedad sino pensar a la misma desde un plano más social, para eso se tomó el concepto de Promoción de la Salud, en la Carta de Ottawa (1986) se la define como,

“proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana.”

Respecto a lo planteado en Uruguay la promoción en salud está definida en la Ley 18.211, poniendo “énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población” (Artículo 3, inciso A)

Por otro lado para nuestra investigación nos centraremos únicamente en la salud pública entendiendo por está según Yakzan (2011), no sólo a la salud sino también a la enfermedad de los individuos. Hablamos de salud pública porque utiliza el criterio de que llegue a toda la comunidad. En este sentido decimos que “La salud pública comprende el conjunto de actividades organizadas de la comunidad, dirigidas a la promoción (...) y a la restauración (...) de la salud de la población.” (Colectivo de autores apud Salleras: 1990; 36).

Salleras plantea que la misma es una responsabilidad del gobierno, el cual debe organizar las actividades comunitarias que contribuyan a la salud de la población de una forma directa o no. En lo que refiere a las actividades éstas “son propias de los Servicios de Salud, y están dirigidas primariamente a la consecución de los objetivos de la salud pública” (Salleras: 1990; 37)

En este sentido tomando la línea teórica de la Reforma de la Salud, (algo que se desarrollará más en profundidad en el siguiente capítulo) la misma prevé que el Sistema Nacional Integrado de Salud se desarrolle desde un primer nivel de atención, principalmente en las policlínicas de barrios. Este primer nivel está constituido en el artículo 36 de la Ley 18.211 (2007).

“por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia.” (2007:9)

4.2 Políticas sociales y Estado de Bienestar

Para enfocarnos en las políticas sociales es preciso focalizarnos en lo que entendemos por Estado Bienestar, ya que en el mismo surgen estas políticas. Este

... “no es un Estado de servicios sociales, dirigido al uso de recursos comunes para abolir la miseria y asistir a los más desfavorecidos, sino una de las grandes uniformidades estructurales de la sociedad moderna, en la que el poder político se emplea para modificar con medios legislativos y administrativos el juego de las fuerzas del mercado”. (Briggs, A apud Picó, J: 1987; 133)

Picó (1987) plantea que en el momento en que el Estado asume la responsabilidad de garantizar los derechos sociales a través de las políticas sociales pasa de un Estado mínimo a uno ampliado. El Estado del Bienestar además de políticas sociales produce una ruptura conceptual respecto al Estado Liberal y por tanto fue necesaria la intervención del Estado para poner límites al mismo, adquiriendo este último nuevas funciones.

Por otra parte Esping-Andersen (1993) elaboró una tipología de regímenes basada en tres dimensiones, estas son la desmercantilización, la estratificación y la dinámica en el mercado de empleo.

Los regímenes planteados por Esping-Andersen (1993) son Estado del Bienestar Liberal, el Corporativo-Conservador y el Socialdemócrata. Tomando sus aportes, Fernando Filgueira (1998) estableció una tipología para referirse al Estado de Bienestar para estudiar América Latina en el periodo 1930-1970/80. Estos son 1) universalismo estratificado, 2) regímenes duales y 3) regímenes excluyentes.

El autor introduce a Uruguay en el primer caso de su tipología sumándosele también los países de Chile y Argentina. Las matrices de protección de estos países se dieron de forma temprana y son buenas porque alcanzan a toda la población. Es un universalismo estratificado porque todas las personas están comprendidas dentro de las políticas sociales, empero no a todas les llega de la misma manera. La fuerza de las mismas recaía en las poblaciones urbanas, siendo los más protegidos los funcionarios del Estado, de fábricas, los profesionales entre otros.

En segundo lugar Filgueira (1998), plantea los regímenes duales. Porque dentro del mismo país se produce un universalismo estratificado y a su vez un régimen excluyente en otra parte del país. Por último están los regímenes excluyentes. Estos países tienen un nivel de pobreza extremo según palabras del autor menos del 20% de la población accede a las políticas sociales. Son regímenes donde hay una concepción de protecciones elitistas. Estos estados se denominan depredadores, esto hace referencia a que todo lo que se produce, se lo queda un pequeño grupo que coloniza al Estado.

Luego de este desarrollo debemos enfocarnos en las políticas sociales algo que se desprende de este Estado de Bienestar, producto de las manifestaciones de las personas frente a la crisis que vivían en ese momento. Alejandra Pastorini (2005) analiza las diferentes concepciones del término políticas sociales. Existe una concepción tradicional la cual ve a las políticas sociales “como un conjunto de acciones, por parte del aparato estatal, que tienden a disminuir la desigualdad social” (Pastorini: 2005:145). Desde el lado Marxista se consideran a las mismas como “concesiones del Estado y del capital y como conquista de las clases trabajadoras” (Ídem: 148).

Un avance que se puede ver desde la perspectiva Marxista es que incorpora la idea de totalidad. Desde esta totalidad la autora plantea que es un error ver a las políticas sociales como las acciones que se realizan para disminuir las desigualdades sociales. Al mismo tiempo ella retoma aportes de Netto (1997) e Iamamoto (1997) diciendo que las políticas sociales tienen como fin atender las secuelas de la “cuestión social”, es decir, el conjunto de problemáticas tanto sociales, políticas como económicas generadas con el surgimiento de la clase obrera dentro de la sociedad capitalista.

En este sentido podemos entender como una manifestación de la cuestión social contemporánea lo que plantea Margarita Rozas (2001) como “la vulnerabilidad, el empobrecimiento, la fragmentación, la marginalización, la desocupación y la precarización”. (Rozas.M: 2001; 224)

Si pensamos esto desde la órbita del Estado, éste estaría ampliando más su estratificación en lo que tiene que ver con la cobertura de salud para toda la población. Si bien en sus comienzos el mismo se dedicó exclusivamente a la población urbana, ha comenzado a ocuparse también de otra parte de la población, como es la población rural.

En relación a esto podemos decir siguiendo a Setaro (2004) que “El Estado no puede renunciar a su rol de proveedor, pero tampoco al de regulador, de visión general sobre el desarrollo de los servicios de salud y su grado de respuesta a las necesidades poblacionales”. (Setaro: 2004; 4)

Para eso comenzaremos analizando cómo se fueron dando las diferentes reformas a nivel de políticas de salud y su focalización en el ámbito rural. Previamente se expondrá el concepto de campo que utiliza Pierre Bourdeau.

Bourdeau define el campo como “un espacio donde se ponen de manifiesto relaciones de poder que se estructuran a partir de la distribución desigual de capital. Reconoce tres clases de capital el económico, cultural y social.” (Bentura apud Bourdeu: 2011: 24). Así mismo el autor plantea el concepto de espacio social donde se diferencian los agentes por la similitud que tengan con las diferentes nociones de capital.

En este sentido señala Bentura (2011) que el campo de la salud

“tiene una configuración de luchas de poder específicas; en cada campo de interacción, (...) el capital es un recurso que debe ser reconocido como tal en ese campo particular. (...) Si los profesionales que desempeñan en el campo de la salud no tienen herramientas teórico metodológicas que les permita generar esas estrategias quedan sin posibilidad de pelear un mejor lugar en el espacio social” (Bentura; 2011: 9).

Por otro lado el autor plantea la idea de Habitus, en donde expresa que el mismo, es un cuerpo socializado, un cuerpo estructurado, un cuerpo que se ha incorporado a las estructuras inmanentes de un mundo o de un sector particular de ese mundo, de un campo, y que estructura la percepción de este mundo y también la acción de este mundo. (Bourdieu: 1999 apud Bentura; 2011: 28).

4. 3 Evolución de las políticas en el campo de la salud

Los cambios que se han desarrollado en el campo de la Salud son varios, esto lo podemos observar históricamente. En el Uruguay recién a mediados de 1829 Rondeau crea la Comisión de Higiene Pública, que es la encargada de legitimar los títulos y regularizar la vacunación. Un año después Lavalleja crea el Consejo de Higiene, terminando en 1838 llamándose La Junta de Higiene y la Policía Sanitaria (Gorlero.R apud Portillo: 1995; 12). Se puede decir que en esta época todavía el Estado no era el regulador de la Salud, ya que quienes tenían dinero podían lograr una atención más individualizada en su hogar mientras que el que no contaba con recursos necesarios accedían a una salud deficiente o directamente no accedían a la misma.

Para la segunda mitad del siglo XIX según Barran y Nahum (1990) el país vivía una doble encrucijada, tanto económica como política militar, llegando a finales de siglo con un repunte en materia económica, pero afianzándose en contrapartida la crisis política.

Ambas crisis hicieron repensar en la viabilidad del modelo agroexportador; fue una crisis restauradora del país como nación. Si pensamos en este nuevo Estado, la Salud comenzó a consolidarse, puesto que tanto el Estado como la Sociedad Civil eran los encargados de la atención

médica de las personas. En aquellos tiempos comenzaban las comunidades de inmigrantes a hacerse cargo de la sociedad, creando los Fondos de Ayuda Mutua. En 1853 se crea la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, este tipo de instituciones dieron origen según José Portillo (1995) al: “sub-sector más importante en la actualidad en la atención” (Portillo, J: 1995: 14).

Avanzando en la historia encontramos que en el gobierno de Gabriel Terra en el año 1934 se crea el Ministerio de Salud Pública. Este fue:

“el organismo rector de la Salud, con una función normatizadora general (...) y una función asistencial directa sobre aquellos sectores de la sociedad que van quedando al margen de la estructura económica del Uruguay moderno.”(Portillo, J: 1995; 15)

Rápidamente se crearon hospitales que pasan a cumplir el segundo nivel de atención, éste brinda según Margolis y De Silva (1989) una cantidad de especializaciones, produciéndose también en caso de urgencias la posibilidad de internación, algo que no ocurría en los centros de salud como por ejemplo policlínicas, encargadas de brindar un primer nivel de atención, éste

“es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica (...) y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena” (Testa: 1989; 162).

A medida que fue avanzando el siglo, los hospitales comenzaron a cumplir no sólo la función de asistencia al más necesitado, sino que se comenzó a pensar en la medicina desde otro nivel, desde un lado más educativo teniendo la Facultad de Medicina un rol importante, para finalmente llegar a 1953 con la creación del Hospital Universitario. Según aportes de Piotti (2002) en 1979 se creó el Fondo Nacional de Recursos (FNR), donde toda la población tenía garantizado el acceso al tercer nivel de atención, “para el diagnóstico y tratamiento de afecciones que requieren alta especialización” (Piotti.D; 2002:202).

Finalmente en 1985 se propone crear el Sistema Nacional de Salud como un órgano que regula el Plan Nacional de Salud y que está a cargo del Poder Ejecutivo mediante el Ministerio de Salud Pública, en lo que respecta a su financiamiento según el SMU (2010):

“se preveía la creación de un Fondo Nacional de Recursos en base a los aportes de toda la población en forma proporcional a sus ingresos. En el caso de los trabajadores asalariados y los jubilados este aporte se vertería a través de los organismos de la seguridad social, en tanto que en el caso de las personas de altos ingresos el aporte se realizaría en proporción a sus rentas y patrimonio a través de la Dirección General Impositiva. El Estado aportaría para subsidiar a los desocupados o a quienes recibieran retribuciones o pasividades por debajo de un tope mínimo a fijar.”

En relación a esto en 1987 según Piotti (2002) se produce la creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

4.4 Las políticas de salud desde los gobiernos de facto hasta los gobiernos de izquierda

Es importante remarcar que durante el siglo XX hubo un estancamiento de las reformas a nivel Salud, esto fue así según Setaro (2004) por “la heterogeneidad del sector” destacándose por un lado las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas, (IAMC) y por el otro el sector público también fragmentado.

“Esto ha redundado en que tareas como la regulación, el contralor o la visión general sobre una política nacional de salud (...), hayan sido desempeñados deficientemente por parte del Estado”. (Setaro: 2004; 7).

Según Moreira y Setaro (2002) existieron algunas políticas puntuales en los dos gobiernos de facto, tanto el de Terra como en el de 1976. Con la vuelta a la democracia las reformas no fueron muchas. Entre 1995-1999 la reforma del Estado de salud apuntaba a conseguir cuatro objetivos, el primero referido a la equidad, el segundo a la eficiencia, el tercero a la calidad y por último a la eficiencia en la asignación de recursos. Pero sin embargo estas reformas quedaron solo en los papeles, ya que en los hechos no se pudieron plasmar. Para el nuevo periodo electoral 2000-2004 “Si bien no se consignaron grandes propuestas durante la presidencia de Jorge Batlle, los cambios tuvieron en principio el objetivo de contener el gasto en salud, tanto pública como privada”

(Fuentes: 2010; 131)

En julio del 2000 el Ministerio de Salud Pública, (MSP), siguiendo el planteo de los autores propone la realización de auditorías a nivel interno en todas las instituciones médicas de Montevideo, un año después comienza a funcionar una Comisión Multisectorial, la misma según Moreira y Setaro (2002) estaba precedida por el MSP, también integrada por representantes tanto gremiales como sindicales y empresariales, al mismo tiempo también tenía una representación de los Ministerios de Economía y de Trabajo. Dicha Comisión tenía como objetivo llevar a cabo una serie de medidas propuestas en el llamado “Plan de Fortalecimiento al Sector Mutual.”

En ese momento el sindicato de la Salud Privada como uno de los partidos de la oposición de ese año, el Frente Amplio, coincidieron en el papel central que vuelve a asumir el MSP fiscalizando a las instituciones.

En base a todo lo expresado anteriormente podemos pensar que en estas últimas décadas del siglo XX y comienzos del siglo XXI, las reformas en el sector salud y sobre todo las políticas enfocadas hacia la misma, no han sido en buena manera significativas. Recién con la entrada del gobierno de izquierda, con la administración del doctor Tabaré Vázquez, es que se comienza a dilucidar y efectivizarse en los hechos las reformas más importantes.

Moreira y Delbono (2010) sostienen que “las políticas públicas en la era de la cuestión social estuvieron caracterizadas por tres conjuntos de medidas”. (Moreira, C, Delbono.A:2010; 102.). La primera de ellas se refiere a “las políticas sociales de transferencia contributivas y no contributivas a sectores “vulnerables”.” (Ídem: 102). Un ejemplo de ellos es el Plan de Emergencia Nacional. La segunda en lo que respecta a políticas laborales y por último la destinada a la reforma en el sector salud, siendo esta redistributiva creando un Sistema Nacional Integrado de Salud. (SNIS).

Dicha reforma es percibida por Carmen Midaglia (2007) como una medida innovadora puesto que anteriormente no se realizaron políticas de esa envergadura. Al mismo tiempo es innovadora por tres aspectos que se desarrollarán a continuación, estos son según la autora, la prioridad en el primer nivel de atención, por una articulación de los servicios públicos-privados y con la creación de un Fondo Nacional de Salud siendo éste el financiador del sistema.

Podemos decir que la reforma del sector salud en la administración Vázquez propuso un cambio en la estructura del Estado, en la relación de éste con el mercado y con la sociedad. En un principio el SNIS según Setaro (2010) tenía la idea de ser mixto, articulando los sistemas de prestaciones públicas y privadas. Siendo el rol del Estado el conductor y el financiador de las políticas de salud, pero al mismo tiempo “mantendría un papel relevante en la provisión de servicios, de manera articulada con el sector privado social”. (Setaro.M; 2010:210). El financiamiento de este Sistema Integrado se llevaría a cabo por los aportes que realicen los trabajadores, empresarios y el propio Estado, siendo los prestadores de salud a nivel privado las IAMC y los seguros privados y a nivel público ASSE. (OPS/OMS; 2011; 89).

Se deja la libertad a los trabajadores y sus familias de acceder al prestador que ellos deseen, puede ser tanto público como privado. Esto es una clara diferencia y reforma del viejo sistema de DISSE que solo permitía elegir prestadores de servicios privados. Otra diferencia es que “el sistema nacional de salud paga por riesgos y no por cuota única”, (Setaro; 2010; 219), volviéndose un seguro de por vida ya que la persona aunque se jubile sigue teniendo asegurada la cobertura en salud.

Luego se crea la Ley 18.131 donde se realiza la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y paralelamente se crea en el año 2007 la Ley 18.211 que “(...) además de expandir derechos sociales, supone un potente esquema de regulación del Estado, creando una nueva agencia con competencias de regulación muy amplias: la Junta Nacional de Salud (JUNASA)”. (Setaro; 2010; 211)

Siguiendo los aportes de Setaro (2010) el FONASA es el encargado de recibir los aportes tanto del Estado, como de las empresas y las familias, y la JUNASA es quien da las órdenes para que el FONASA realice los pagos a los diferentes prestadores. Algo muy importante de este sistema es que los individuos aportan de acuerdo a su capacidad contributiva y reciben atención de acuerdo a sus necesidades de salud. “En términos de modelo de bienestar, la reforma de la salud constituye un modelo de provisión mixto, de inspiración social cristiano o corporativo, con participación activa de trabajadores organizados y empresarios”. (Setaro; 2010: 215).

En relación a esto siguiendo a Setaro (2010) el autor plantea que en el año 2008 el FONASA “administró 676 millones de dólares anuales”. Con esto el FONASA pagó las cuotas de salud a las IAMC, a los seguros integrales y a ASSE. La JUNASA, fue la encargada de gestionar el llamado corralito mutual a comienzos del año 2009, dicho corralito permitía que las personas pudieran cambiar de mutualista o ingresar al ámbito público, ampliando la cobertura de ASSE.

El SNIS integra a toda la población, no sólo a los trabajadores privados que aportaban al ex-DISSE, sino que también a los jubilados y pensionistas. Esto lleva a universalizar la protección social, incluyendo de forma inmediata a los hijos e hijas menores de 18 años de los trabajadores, también hijos mayores con alguna discapacidad y a los cónyuges, hecho que se efectivizó en el año 2011. Uno de los objetivos fundamentales a los que apunta este SNIS es a generar un mayor nivel de atención de salud, fomentando el primer nivel de atención, que hace alusión a la promoción y prevención en salud. Pero el principal objetivo que el mencionado sistema tiene es el de “asegurar el acceso universal a los servicios de salud, guiado por principios de equidad, calidad y descentralización”. (SNIS: 2007:2)

Para el periodo comprendido entre 2010-2015, los ejes principales en materia de reforma de la salud son los siguientes:

“Fortalecer la Rectoría del Estado sobre el sector salud, afirmar ASSE y el sistema público de atención, fomentar la participación social de usuarios y trabajadores, consolidar el Nuevo Modelo de Atención de Salud, ampliar la cobertura para alcanzar a toda la población dentro del Seguro de Salud, intensificar la formación y capacitación permanente del personal de salud.”(Fuentes y Setaro; 2011: 132.)

En lo que tiene que ver con nuevas incorporaciones al FONASA, se espera y se sigue negociando la “incorporación de las Cajas de Auxilio, los Escribanos y Profesionales, pero (...) son sectores que ven aumentar su carga contributiva al Seguro Nacional de Salud.”(Fuentes, Setaro: 2011; 132).

Una consecuencia directa según aportes de Guillermo Fuentes y Marcelo Setaro en el Informe de Coyuntura n°10 (2011) es que hasta que estos colectivos no decidan formar parte del FONASA, hay otros grupos de población que no pueden ingresar.

Si retomamos los aportes de Carmen Midaglia (2007) la autora plantea que el gobierno de izquierda ya desde la administración del doctor Tabaré Vázquez se planteaba realizar tres líneas de conducción política “Una de ellas es de corte restaurador; otra de tipo innovador, y por último, se constata un manejo cauteloso en torno a una serie de prestaciones reformadas”. (Midaglia, 2007:142)

La autora introduce la última reforma del Sector Salud, dentro del tipo innovador, por considerarse que en los años anteriores no se habían realizado cambios significativos en el sector, algo que se pudo desarrollar a lo largo de este documento. En relación a lo anteriormente planteado desde el primer gobierno de izquierda 2004-2010 se propuso desarrollar un cambio en el modelo de gestión, priorizando este cambio en diferentes áreas de la salud éstas son, “la salud sexual y reproductiva, la salud mental, la salud en el área rural y la de los niños y adolescentes”. (Fuentes, Setaro: 2011; 134).

4.5 Plan Nacional de Salud Rural

En lo que refiere al área rural recién en el año 2011 se comenzaron a pensar políticas específicas para este entramado de la población creándose el Plan Nacional de Salud Rural. Si retomamos a Midaglia (2007) podemos decir que este Plan también entraría dentro de las reformas de corte innovador porque desde comienzos de la década del siglo XX la campaña no ha contado con recursos en lo que tiene que ver con la misma. Según Chiarino y Saralegui (1996) (...) “no hubo recursos para salas de auxilio y policlínicas (...) ni para presupuestar servicios médicos numerosos y cercanos” (Chiarino, Saralegui; 1996:52).

Según el Plan Nacional de Salud Rural el 73% de los médicos están en Montevideo, el 20% al sur del Río Negro y el 7% se encuentran en el Norte. (Plan Nacional Salud Rural: 2011; 73). En cuanto a la organización del trabajo Yakzan (2011) plantea que en el sector salud se centralizan los servicios en Montevideo y en las capitales del interior.

En relación con todo esto el Plan Nacional de Salud Rural (2011) se propone según Yakzan (2011) en materia de recursos humanos una “generación de políticas favorables a la

radicación de técnicos, aumentando los salarios y mediante acuerdo con las instituciones públicas vinculadas a vivienda y servicios”. Y en lo que refiere a la atención en salud se persigue

“Modelo de atención integral, con base poblacional y territorializado, con regiones de gestión por equipos locales y con la participación de usuarios y trabajadores de la salud”. (Yakzan: 2011:43).

El Plan de Salud Rural pretende llegar al territorio en conjunto con la Unidad de Descentralización de la Dirección General de la Salud (DIGESA), con las direcciones departamentales de salud y los referentes de los programas de salud rural de cada departamento.

El Plan Nacional de Salud Rural (2011) pretende abordar tres aspectos críticos, la mejora de la accesibilidad, la atención integral a la salud y de esa manera continuar con la atención en salud. En relación a esto los autores Marcelo Setaro y Guillermo Fuentes (2012) en el Informe de Coyuntura número 11 expresan que si bien el Plan de Salud Rural fue marcado como una prioridad en el gobierno de Mujica, el mismo continúa en estudio. Existen diferencias entre el MSP y la Federación Médica del Interior (FEMI), ya que para FEMI existen algunos errores en el diagnóstico que ha realizado el MSP.

FEMI (2012) realizó dos encuestas, la primera en el año 2011, para corroborar si en las localidades de menos de 5000 habitantes existía una cobertura sanitaria ya que el Plan Nacional de Salud Rural elaborado por el MSP tiene como población objetivo localidades con menos de 5000 habitantes, en dicha encuesta FEMI recabó datos donde se revela que los pobladores de más de 1500 habitantes tienen servicios de salud en el lugar.

Por eso realiza una segunda encuesta en 2012 teniendo como fin conocer la situación sanitaria en centros poblados de menos de 1500 habitantes. Los datos más relevantes son que

“La mayoría de los centros poblados menores de 1500 habitantes tienen un sistema de atención sanitaria que otorga cobertura al centro poblado y a su zona de influencia, donde pueden confluir otros centros poblados o población rural dispersa”. (Propuesta para un plan de Salud Rural/FEMI: 2012: 24).

Además presentan que en los dieciocho departamentos FEMI y ASSE, han realizado convenios de complementación público privada, la mayoría de ellos son informales, por último revela que existen algunos centros poblados que hoy en día forman parte de áreas urbanas o suburbanas.

Setaro y Fuentes (2012) plantean en relación a esto que estas discrepancias se deben a intereses encontrados entre ASSE y el sector mutual del interior. Puesto que en las zonas rurales o de baja población los servicios de salud privados son débiles, teniendo una mayor cobertura dentro del sector público.

En relación a esto se plantea que el sector privado se encuentra obligado a “(...) tratar de complementar sus servicios con el efector estatal, a fin de dar cobertura a un porcentaje significativo de sus usuarios que viven en esas áreas” (Setaro.M, Fuentes: 2012; 268).

4.6 Pensando la vulnerabilidad en torno a la pobreza

Se cree pertinente hacer mención al término de vulnerabilidad social, puesto que según Edelmira Pérez (2007) la vulnerabilidad es mayor en el mundo rural, sobre todo si los integrantes son mujeres y jefas de hogar.

Si retomamos al Plan Nacional de Salud Rural (2011) éste manifiesta que las familias rurales del Uruguay son especialmente vulnerables porque las condiciones de vida y el acceso a determinados servicios como pueden ser la educación, el trabajo y la salud se encuentran restringidos y deteriorados.

Por eso para hablar de vulnerabilidad primero debemos centrarnos en las desigualdades que han comenzado a surgir en los últimos años. Este nuevo fenómeno de las desigualdades según Fernández Castrillo (2009) está

“sujeto a factores demográficos, factores de organización de trabajo, factores de urbanización, modas y surgimientos de nuevas necesidades de consumo, (...) que afectan la calidad de vida de las personas tanto en la dimensión física como psíquica.”(Fernández Castrillo: 2009: 31)

Esto quiere decir para la autora que nos enfrentamos a nuevas vulnerabilidades sociales, ya que afectan el bienestar de las personas provocando una baja en el rendimiento psicofísico. Por otro lado, la desigualdad produce una pérdida de sentido de pertenencia, esto quiere decir entre otras cosas que la persona pierde su pertenencia a una clase social a la que pertenecía antes. Pero ésta desigualdad para la autora también provoca una nueva desigualdad en la nueva posición a la que pertenece. En este sentido Fernández Castrillo (2009) plantea que la vulnerabilidad social

“es definida por atributos que no sólo son propios de un estatus dentro de la estructura social (...) sino una predisposición a descender de cierto nivel de bienestar. (...) El concepto alude a sectores de población que comparten una categoría dentro de las condiciones de desigualdad social predominantes.”(Fernández Castrillo: 2009:31)

Castel (1997) considera que la vulnerabilidad social es producto principalmente de la precarización del trabajo, ya que ésta nutre la vulnerabilidad social generando un mayor desempleo y desafiliación. En este sentido Ximena Baraibar (2005) introduce el término dentro de las dimensiones de la exclusión social, considerándola como una dimensión económica. Esto provoca que muchos trabajadores no accedan a la seguridad social y de esa manera no recurran a los servicios públicos que brinda el Estado.

La vulnerabilidad genera también exclusión social y es por ello que hablaremos ahora de la dimensión social. Esta hace referencia a tres aspectos “aquellos que hacen al acceso a los beneficios sociales, los que se refieren a los impactos de los cambios en el mundo del trabajo en la inserción relacional y los procesos de segregación residencial” (Baraibar: 2005:97).

La autora plantea que en lo que tiene que ver con las prestaciones sociales, las mismas tienen que ser universales, pero al mismo tiempo algunas son focalizadas y se produce una responsabilidad pública a la privada. En lo que respecta al gasto público, plantea que se focaliza en los sectores pobres, “quienes deben acreditar la condición de tales, y se elimina en los sectores

medios todo subsidio público de forma que puedan incorporarse plenamente al mercado” (Baraibar: 2005:98).

Baraibar (2005) plantea que el tipo de políticas sociales que se centran en la pobreza y en los grupos socialmente vulnerables, “tienen un rol marginal, son distributivamente neutras y son posteriores a las decisiones que se toman desde la economía.” (Bustelo apud Baraibar: 2005:99).

Si retomamos a las prestaciones sociales Rosanvallon (1997) expone que las mismas no se pueden pensar solo desde el lado económico, sino que estas aportan cierta ciudadanía a las personas. Al mismo tiempo “constituyen una de las expresiones del vínculo social y a su manera dan testimonio de una forma de igualdad” (Rosanvallon apud Baraibar: 2005: 99)

Para finalizar con las dimensiones de la exclusión social expondremos brevemente las dos restantes, la dimensión simbólica y la dimensión política respectivamente. La autora toma a Gaujelec y Leonetti para hablar de la dimensión simbólica, estos autores plantean que hay factores simbólicos en la vida de las personas que llevan a una sociedad a un “sistema de valores (...) que define los fuera de norma, como no teniendo valor o utilidad social, lo que conduce a tomar la desinserción como fenómeno identitario en la articulación de elementos objetivos y subjetivos” (Gaujelec, Leonetti apud Baraibar: 2005:103)

La dimensión política para Baraibar (2005) hace referencia a tres aspectos

“a la forma en que los procesos analizados impactan en el ejercicio de los derechos ciudadanos, a las formas de organización colectiva y finalmente, a la democracia que surge como consecuencia de estos procesos.” (Baraibar: 2005:105)

La población que consulta en la policlínica de San Antonio, son vulnerables en tanto en su mayoría son pobres. Consideraremos a la pobreza para referirnos a la vulnerabilidad y de la pobreza se desprende el cumplimiento o no de las necesidades básicas de esta población. En este sentido tomaremos a la pobreza como una dimensión socioeconómica. Según Beatriz Fernández (2009) hubo "aumento de las desigualdades estructurales que afecta la vida humana, a nivel del ingreso, del consumo, de la posesión de bienes, de acceso a la salud y a la educación etc."(Fernández: 2009; 78).

La autora plantea que el concepto de pobreza es producto de la estratificación social, que conlleva a desigualdades. Por eso afirma que "la discriminación entre pobres y no pobres, evoca (...) una evaluación en términos de desigualdades sociales, en función de la capacidad de acceso, de poder y de incidencia sobre los bienes materiales o valores socialmente legitimados."(Fernández; 2009:79).

También utilizaremos lo que Max Neef (1986) entiende por pobreza, el autor no habla directamente de pobreza sino de pobrezas. "(...) *cualquier necesidad humana fundamental que no es adecuadamente satisfecha revela una pobreza humana*" (Max Neef: 1986; 7)

El autor nombra por ejemplo la pobreza de subsistencia que hace referencia a una debida alimentación o un abrigo suficiente, también menciona la pobreza de protección, referida a sistemas de salud ineficientes. Pero habla de que cada pobre ocasiona una patología cada vez que traspasa límites críticos de intensidad y duración.

El Informe de Desarrollo Humano del año 1990 menciona que la pobreza "está asociada (...) a carencias materiales concretas, sean estas derivadas de insuficiencia de ingresos o de falta de acceso a infraestructuras y servicios básicos."(Informe de Desarrollo Humano apud Adriana García: 1999:17). Al mismo tiempo señala que no todos los hogares son pobres de la misma manera. El Centro de Estudios para América Latina (CEPAL) entiende que "el sentirse pobre es un concepto relativo, vinculado al acceso a los recursos necesarios para satisfacer los niveles de vida que se acostumbran o que se aprueban en la sociedad de pertenencia."(CEPAL apud Fernández; 2009:80).

Finalizando con el tema Fernández Castrillo (2009) concluye que la pobreza no se define sólo por la privación material, sino que "devalúa la autoestima, el prestigio y la aceptación social, que en el plano individual se traduce en frustración y temor."(Fernández Castrillo; 2009:104).

Si lo pensamos desde el lado de las necesidades básicas autores como Potyara Pereira (2000) hace énfasis en dos: la salud física y la autonomía. De la salud física se desprenden algunos satisfactores para llevar a cabo esas necesidades. En el caso de la salud física uno de los satisfactores son los cuidados con la salud. La autora retoma a los autores Doyal y Gough los cuales plantean que la salud no se debe restringir solo a una atención primaria, sino mejorar también los demás niveles de atención en lo que respecta a los cuidados de las personas. Esto lleva a que se

deban atender las enfermedades en un primer lugar, pero al mismo tiempo “colocar al servicio de todos, inclusive de los pobres, la alta tecnología y recursos de última generación existentes en el campo de la medicina curativa”. (Doyal y Gough apud Pereira; 2000: 92).

5- Presentación del objeto de estudio

El presente trabajo abordará como temática las políticas sociales de salud en el medio rural.

Para ello se planteó como objetivo de estudio conocer si efectivamente se aplica el Nuevo Programa de Salud Rural diseñado en el año 2011, centrándonos en la localidad de San Antonio del departamento de Canelones, indagando cómo repercute el mismo en los pobladores del Movimiento de Erradicación de la Vivienda Insalubre Rural (MEVIR). Para ello se tomaron en cuenta los diferentes discursos de los usuarios en cuanto a la atención ofrecida por parte de la policlínica.

Este estudio aborda los conceptos de políticas sociales, salud y vulnerabilidad social ya que entendemos que estas temáticas se relacionan y son fundamentales a la hora de entender el acceso de los pobladores a la salud pública.

5.1-Sistema de Objetivos

Objetivo General:

1. Analizar la aplicación de políticas de salud rural en la localidad de San Antonio del departamento de Canelones y su repercusión en los usuarios del poblado de MEVIR II.

Objetivos Específicos:

- 1-1: Determinar los alcances del nuevo programa de salud rural implementado por el último gobierno, desde la perspectiva de los técnicos.
- 1-2: Evaluar los alcances y las limitaciones que las personas de MEVIR II usuarios de la policlínica de San Antonio observan en cuanto a la atención en salud que reciben.
- 1-3: Analizar los alcances y las limitaciones que las personas de MEVIR II usuarios de la policlínica de San Antonio observan en cuanto a la accesibilidad a los profesionales, los medicamentos y las gestiones.

5.2 Preguntas que pretenden responder el estudio

1. ¿El programa de Salud Rural es aplicable para la localidad de San Antonio?
2. ¿Los pobladores de MEVIR II están conformes con las prestaciones en salud que reciben?
3. ¿Los servicios a que acceden los usuarios de la policlínica de San Antonio responden a las demandas esperadas para el contexto en el que viven?
4. ¿Cómo ha ido evolucionando las prestaciones de salud en San Antonio en los últimos cinco años?
5. ¿La oferta de los servicios de Salud es escaso? Y si lo es ¿Cuáles son las circunstancias?
6. ¿Los factores socioeconómicos de los pobladores de MEVIR II influyen en su acceso a la salud?

6. Metodología

El presente estudio abordará la lógica de diseño cualitativo, entendiendo por este

“una ‘distinción analítica’ dentro de la propuesta o proyecto de investigación; es una instancia previa de reflexión sobre las formas de articular sus componentes para responder a los interrogantes planteados tratando de lograr toda la coherencia posible entre el problema de investigación, los propósitos, el contexto conceptual, los fundamentos epistemológicos, las preguntas de investigación, los métodos y los medios para lograr la calidad del estudio” (Mendizábal: 2006; 71).

Por otro lado el estudio que se lleva adelante refiere a un estudio de caso, el mismo está acotado a un poblado en particular en este caso MEVIR II y a su policlínica ubicada en San Antonio, por lo cual los resultados y conclusiones no permiten ser generalizados, dado que es un fenómeno que está ocurriendo en la singularidad de esta zona. Dicho estudio se enmarca dentro del diseño de tipo exploratorio, puesto que la realidad que se va a investigar no cuenta con antecedentes de investigaciones vinculadas directamente a profundizar sobre la situación que se está dando en dicha zona.

El universo de estudio que se abordó son los poblados de MEVIR de la localidad de San Antonio del departamento de Canelones y nuestra muestra es el poblado de MEVIR II. El mismo fue elegido por considerar que las personas que viven allí son los que más se atienden en la policlínica de San Antonio, según los datos obtenidos por el estudio presentado por las docentes Fernández, Aguilar, Rodríguez, (2010). Las unidades de análisis fueron los usuarios de la policlínica de la mencionada localidad, que se hayan atendido o concurrido el último año en la misma. Las personas entrevistadas fueron tanto mujeres como hombres entre 20 y 72 años. Se tomó este corte etéreo, para alcanzar una mayor amplitud en las respuestas de las personas entrevistadas. Se realizaron más entrevistas a mujeres que hombres, puesto que las mujeres son generalmente las que más concurren al médico y las que se mostraron más dispuestas a contestar las preguntas planteadas. En relación a esto último Rossana Vitelli (2005) plantea que en las localidades de hasta 2000 habitantes hasta el año 2000 se atendían más mujeres que hombres en servicios del Ministerio de Salud Pública, según la autora de un total de 30,8% que es la población atendida en los servicios de salud el 38,3% son mujeres, y un 24,5% son hombres.

Para ello se utilizaron técnicas cualitativas, éstas son según Valles (1997) “instrumentos que están ahí (...), a la espera de que cada investigador haga un uso específico de ellas en un estudio real” (Valles: 1997; 97).

Se realizaron entrevistas de tipo semiestructuradas, las cuales “...están guiadas por un conjunto de preguntas y cuestiones básicas a explorar, pero ni la redacción exacta, ni el orden de las preguntas está predeterminado” (Valles, 1997: 38-39). Esto quiere decir que se utilizó una pauta de preguntas flexibles que permitió añadir nuevas preguntas, mientras que se realizaban las entrevistas. Cabe aclarar que de igual manera se realizó el mismo cuestionario siguiendo el mismo orden a cada uno de los entrevistados.

Para realizar las entrevistas el criterio metodológico que se utilizó fue la elección del primer entrevistado al azar y luego la utilización de lo que se denomina la técnica “bola de nieve”. Katz y Lazarsfeld (1955) sugieren que se comience con un “muestreo aleatorio de personas pertenecientes a una comunidad de interés y, luego, solicite a cada uno de ellos que faciliten el contacto con otras de su círculo de familiares, amigos o conocidos” (Katz y Lazarsfeld apud Valles; 1997:215).

En lo que tiene que ver con el tamaño muestral se tuvo en cuenta la estrategia de saturación. Según Glaser y Strauss (1967) la misma se alcanza cuando “no se encuentran datos adicionales donde el sociólogo pueda desarrollar propiedades de la categoría” (Glaser y Strauss apud Valles: 1997; 215). Se realizaron once entrevistas, las mismas fueron efectuadas en el hogar de los entrevistados, ya que se consideró necesario tratar de evitar factores externos como son interrupciones por parte del personal médico, además para lograr una mayor comodidad a la hora de realizar la entrevista y así alcanzar una mayor privacidad, permitiendo al entrevistado reflexionar al momento de responder y no sentirse influenciado por el personal de la policlínica.

Por último también se realizaron dos entrevistas a informantes calificados, a este tipo de entrevistados Valles (1997) los denomina como “especiales”, estos son “cualquier persona que da información directamente relevante para los objetivos del estudio y que es seleccionada porque ocupa una posición única en la comunidad, grupo o institución a estudio”. (Gorden apud Valles: 1997; 213)

Se desarrolló una entrevista a una integrante del Ministerio de Salud Pública encargada del área de Salud Rural, la Lic. Pilar González Ortuya y a una referente de la Policlínica de San Antonio, la doctora Graciela Scudrone. Consideramos necesario realizar las entrevistas, ya que los entrevistados desde sus lugares aportan información significativa a nuestro estudio.

Para todas las instancias se utilizaron como herramientas el registro y la grabación, contando para esta última con el consentimiento previo de los entrevistados.

7. Políticas Sociales en el campo de la salud

Como mencionábamos en nuestro enfoque teórico para comenzar a hablar de políticas sociales primero debemos referirnos al Estado de Bienestar de donde surgieron las mismas producto de las manifestaciones de la clase obrera frente a la desigualdad que estaban viviendo en lo que respecta a la redistribución de la riqueza.

Para eso nos basamos en la tipología de Gotta Esping Andersen, para relacionarlo luego a las políticas de nuestro país en donde se utiliza la tipología aplicada por Fernando Filgueira, el cual toma los aportes de Mesa Lago (1991). La misma coloca a los diferentes países en diferentes categorías como son, pioneros, intermedios y tardíos. Pero para Filgueira eso no era suficiente, y para ello propone analizar el gasto social. Para el caso uruguayo pretende analizar el mismo incluyendo la seguridad social. Como mencionábamos el autor introduce a Uruguay dentro de la tipología de “universalismo estratificado”. En este sentido Midaglia y Antia (2007) plantean que “el régimen social uruguayo no escapó de cierto grado de estratificación de los beneficios, en particular los relativos a las prestaciones vinculadas a la seguridad social” (Midaglia. Antia: 2007; 133).

Este universalismo estratificado logra que las políticas sociales lleguen a todos de una forma más equitativa, algo que no sucedía anteriormente. Si nos centramos en las diferentes reformas sociales que hubieron en nuestro país una vez terminada la dictadura militar, observamos que surgieron varias en áreas como el trabajo, la educación, la salud, etc. Pudimos apreciar a lo largo de la monografía que las últimas no fueron significativas hasta la llegada del gobierno de izquierda. Porque si retomamos lo expuesto a lo largo de nuestra investigación, las reformas en el sector de la Salud desde la década del noventa fueron escasas, con pocos intentos de generar un sistema integrado de Salud. Guillermo Fuentes (2010) considera que la crisis del año 2002 fue “el disparador final para consolidar en el sistema político la necesidad de reformar la salud”. (Fuentes; 2010: 131).

Siguiendo a éste autor, se produce una destrucción del sistema provocando el cierre de diferentes mutualistas, la pérdida de afiliados del sector privado, el aumento de personas afiliadas a ASSE y el incremento progresivo de las órdenes y ticket.

Durante el primer periodo (2004-2010) del gobierno de izquierda comienza su accionar con tres tipos de orientaciones en cuanto a políticas públicas que las autoras Midaglia y Antia (2007) reconocen como, de corte restaurador, de corte innovador y por último prestaciones que ya existían fueron modificadas.

Para nuestra investigación nos enfocaremos en las de corte innovador, las autoras Midaglia y Antia (2007) se centran en la reforma de la salud. Cuando pensamos en políticas sociales para el sector rural generalmente éstas se vinculan al ámbito del trabajo, ya que a lo largo de los años se han llevado a cabo distintos programas para ese sector, como por ejemplo algunos de ellos los expone Magdalena Berasategui (2010) estos son, Uruguay Rural, Producción Responsable, la Dirección General de Granja y el Programa Ganadero. Esta autora sostiene que estos programas estuvieron enfocados a los productores familiares dejando de lado al asalariado rural. Según esta autora estos programas son focalizados a un grupo de pobladores, haciendo un mayor hincapié en el trabajo, algo importante para estos habitantes. Pero es necesario reforzarlo con mejoras también en el ámbito de la salud, puesto que en el medio rural en general no se han pensado políticas específicas para este sector hasta llegado el año 2011, con el Plan Nacional de Salud Rural.

7.2 Políticas de Salud para el sector rural, en sintonía con la Reforma de la Salud

En la entrevista realizada a la Licenciada Pilar González nos decía que el objetivo general del Plan Nacional de Salud Rural es *“contribuir a mejorar el acceso a una atención integral a la salud de todos los pobladores que viven en las localidades de menos de cinco mil habitantes, con la intención de mejorar el nivel de la calidad de vida de los pobladores. Con una particularidad que son las conexiones intersectoriales con las instituciones de la zona”*.

Podemos pensar este tipo de política social desde una perspectiva tradicional como plantea Alejandra Pastorini (1999), donde las mismas *“son concebidas como un conjunto de acciones por parte del aparato estatal, que tienden a disminuir las desigualdades sociales”* (Pastorini; 1999: 208). Pero a qué nos referimos cuando hablamos de desigualdades, siguiendo las palabras de la autora las mismas hacen referencia a como están distribuidos los individuos en la división del trabajo, la riqueza y el mercado, provocando situaciones de pobreza y de necesidades básicas no satisfechas

entre otras. En referencia a esto ésta política diseñada por el MSP la podemos asociar con esta perspectiva, puesto que tiende a disminuir las desigualdades sociales, generando un Plan que apunta a reforzar la universalidad del sistema de salud, donde todos obtengan el acceso a la misma. Sobre todo se enfoca según palabras de nuestra entrevistada, solamente en “las localidades de menos de cinco mil habitantes y toda la población que viven en localidades dispersas”.⁶

Pastorini (2005) retoma a Marshall, pionero a la hora de hablar de política social, identifica cuatro categorías de políticas sociales estas son la salud, la educación, la pobreza y la industria teniendo como objetivo primario proteger a los trabajadores junto a su familia, a los pobres e indigentes. Algo que se encuentra reflejado en el Plan de Salud Rural, ya que no sólo se dirige a los trabajadores y su familia sino también a los más necesitados, puesto que está pensado según la Lic. Pilar González para ser “*la normativa para todos los servicios de salud del país tanto público como privado, no solo público*”. (Entrevistada Lic. Pilar González, ver anexo)

Tanto la nueva reforma en el sector salud como el Plan Nacional de Salud Rural de alguna manera intentan romper con esa dualidad que se produce entre el campo y la ciudad en lo que respecta a las desigualdades. El hecho de que se piense un plan integral para una población que a lo largo de los años ha sido marginada por los diferentes gobiernos o las políticas que se implementan, es producto de lo que ha avanzado el campo a nivel de desarrollo, pero en algunos lugares todavía sigue quedando el pequeño productor o los pobladores rurales que viven de un trabajo en condiciones precarias.

Como mencionamos, la reforma de la Salud engloba a todos los individuos del país teniendo como ejes principales la equidad, la universalidad, la accesibilidad y la descentralización. Este Plan se centra en un tipo de población específica, la población rural, si lo pensamos desde el punto de vista de la población objetivo de nuestro estudio, el Plan tendría que aplicarse en San Antonio, no sólo porque en el mismo habitan personas que trabajan en el ámbito rural, sino porque su población no llega a los mil quinientos habitantes, algo a lo que el Plan apunta como un objetivo primario a alcanzar.

Al momento de la realización de nuestra investigación dicho Plan no fue instaurado en San Antonio, eso lo podemos observar en la palabra de la Doctora en Medicina. Scudrone quien

⁶ A este tipo de población consideraremos población rural para nuestra investigación.

expresaba

“ El Plan de Salud Rural conozco que es un plan que se quiere implementar, ASSE tiene mucho interés en instrumentar el Plan de Salud Rural, pero todavía no se ha instrumentado, como que todavía está en vía de estudio y no, todavía nosotros no tenemos para aplicar ningún tipo de programa de salud”.

Esto nos hace reflexionar por qué el Plan no se aplica en dicha localidad, si nos basamos en las palabras de la Dra. Scudrone, ella plantea desconocer este tipo de Plan eso produce que los prestadores de la Salud Pública en San Antonio todavía no tengan información del mismo a pesar de que hace ya más de tres años que fue aprobado.

La reforma de la Salud, según Setaro y Fuentes (2012) refiere a un cambio en el modelo de atención “como por ejemplo la asignación de un médico de familia a cada usuario como parte de la centralidad que se le pretende dar a la atención primaria en el sistema.”(Setaro, Fuentes: 2012:133).

Ese cambio en el modelo de atención forman parte de las reformas del sector Salud que se pueden apreciar en la localidad en estudio así lo vemos en algunas manifestaciones de los usuarios, como es el caso del entrevistado N° 4 quien expresa *“acá en la policlínica si te atiende una doctora, después tenés que decir que doctora querés que te atienda, porque así ya tenés una doctora estable”*. Otro entrevistado mencionaba *“Nos han hecho elegir médico de cabecera (...) de un año para acá, que eso nunca lo hicimos, fue lo único que cambiamos por un médico más firme cada uno.”*

Podemos pensar en un trabajo intersectorial. En este sentido en palabras de Pilar González el Programa de Salud Rural se propone trabajar *“(…) en forma conjunta con el Ministerio de Desarrollo Social, desde el área de la Salud Rural, con el Ministerio de Ganadería Agricultura y Pesca”*.

Este trabajo afirma González se realizaba para poder pensar *“qué necesita la política relacionada al área rural”*. Al mismo tiempo proporciona la posibilidad que desde las diferentes políticas se piense una mejora global para ésta población. Esta integración está asociada a que antes los Estados se pensaban más fragmentados donde cada campo estaba manejado de forma

monopólica e independiente.

Si pensamos esto desde la perspectiva conceptual de campo que analiza Bourdieu, podemos observar que el campo de la salud tiene diferentes interacciones, dependiendo desde cual se interactúe, en este sentido hablamos de la parte institucional, donde diferentes agentes en este caso los distintos representantes de los Ministerios y técnicos específicos en sus áreas participan para elaborar políticas específicas para un determinado grupo de la población.

Para que este trabajo intersectorial se produzca es necesario contar con un trabajo entre las diferentes instituciones que están en la zona. En este sentido el Programa de Salud Rural se plantea *“ir a las escuelas a realizar actividades, un ejemplo es la Salud Bucal que se va con técnicos y se les explica como cepillarse los dientes y cuando lo deben hacer; (...) además se le dan los materiales a los chicos”*. (Entrevistada Lic. Pilar González. Ver anexo)

En ese aspecto, podemos ver que es lo que está realizando la policlínica de San Antonio al respecto, al momento de la investigación, si bien como mencionábamos anteriormente el Plan de Salud Rural no se encontraba aplicándose, si se pueden observar algunas estrategias del mismo. Una de ellas es

“(...) la participación y organización comunitaria. (...) viabilizando canales e instrumentos para la integración intersectorial, buscando especialmente el acercamiento de las instituciones y las propuestas de las comunidades rurales”. (Plan Nacional de Salud Rural: 2010; 11)

La Doctora en Medicina, Scudrone decía, *“cuando aparecen determinados temas de interés se trabaja en red. Trabajamos con el Caif, la Junta local de acá de San Antonio, sobre todo con estos organismos que están en la localidad. Cuando son temas puntuales y cualquier tema que sea necesidad del pueblo.”*

Sin embargo no observamos este tipo de trabajo intersectorial en San Antonio, si un fuerte trabajo en red con las diferentes instituciones de la zona algo beneficioso dado que la policlínica no cuenta con un equipo multidisciplinario, de todas formas logra avanzar en algunas cuestiones con profesionales que integran otras instituciones sin tener la necesidad de un equipo propio. De todas maneras se torna difícil seguir con un ritmo de trabajo si el mismo se realiza sólo cuando se

presentan algunas dificultades, y no de una manera continua.

Otro punto a destacar es la falta de médicos en el medio rural, como veíamos en los comienzos de la policlínica, ésta a lo largo de los años ha podido mejorar su nivel de atención con la incorporación de más especialistas. Según el diagnóstico realizado por el Plan Nacional de Salud Rural (2010) el 73% de los médicos está en Montevideo y el 20% al sur del Río Negro, y solo un 7% se encuentran al norte.

Frente a esto el Plan de Salud Rural tiene en la mira algunas estrategias de acción para lograr que los profesionales se motiven por el medio rural. Para eso se proponen realizar

“procesos de capacitación permanente en alianza con la Universidad de la República, reorientando las prácticas de los equipos de salud y las prácticas comunitarias hacia el cambio de modelo de atención” (Plan de Salud Rural: 2010; 10)

En este sentido se piensa en un trabajo en conjunto con la Universidad de la Republica (Udelar), más precisamente con la Facultad de Medicina, para lograr que las prácticas de los residentes se realicen en el medio rural, para así darles el incentivo a la hora de recibirse de volver a ese lugar. En este sentido Pilar González plantea que el Plan para lograr este objetivo, precisa que *“los estudiantes tengan sus prácticas en el área rural, tengan esas experiencias para que tengan contacto con la realidad y una vez que egresen quieran volver al área rural, estamos trabajando en esa estrategia y eso la salud rural como una materia obligatoria.”*

La idea es generar nuevos recursos humanos para estas zonas, para eso además pretenden generar políticas que favorezcan a que los médicos se radiquen en el interior, en este sentido se proponen no sólo aumentar su salario sino crear acuerdos con las instituciones públicas para garantizar la vivienda y algunos servicios. Esto nos lleva a reflexionar sobre porqué la necesidad de que sólo el personal médico sea el que se precise y no otros recursos humanos como ser Trabajadores Sociales o Psicólogos, apuntando a un campo más social, el cual serviría para reforzar otros campos, complementando la tarea realizada por los doctores.

Pilar González nos decía *“También estamos pensando (...) en diferentes estímulos para la gente que se va a radicar en el área rural, esos estímulos no solamente vinculados con su condición*

salarial, sino que también con la posibilidad de que una vez que se instalen en el área rural puedan continuar formándose, de tener acceso a una vivienda, tener acceso a Internet.”

Una de las estrategias del Plan Nacional de Salud Rural es mejorar la atención de la salud de los pobladores. En este sentido el mismo “apuesta al igual que en otras medidas de la reforma de la atención de la salud a la participación de la ciudadanía en la organización e implementación de los servicios” (Yakzan: 211: 44).

Si bien nuestro estudio se basó en la salud a nivel de la policlínica de ASSE, en San Antonio existe una policlínica del sector mutual, no ahondamos en si cuenta con una mejora en su atención o si implementa algún plan, ya que no forma parte de nuestros objetivos. Pero como es sabido el sector mutual más precisamente la FEMI es la encargada de brindar la atención a la salud a nivel privado en estos lugares. Debido a esto desde sus comienzos el Plan de Salud Rural ha sido cuestionado y no ha llegado a implementarse en todos los departamentos de la misma manera. En este sentido los autores Setaro y Fuentes (2012) manifiestan que

“las zonas rurales y de baja densidad poblacional cuentan con una débil oferta de servicios privados de salud. (...) Se impone entonces la obligación, para el sector privado, de tratar de complementar sus servicios con el efector estatal, a fin de dar cobertura a un porcentaje significativo de sus usuarios que viven en esas áreas” (Setaro, Fuentes: 2012; 269).

Podemos pensar que debido a que el sector mutual depende del sector público para cubrir su cobertura en aquellas zonas donde no logre brindar atención es necesario que el sector público logre mejorar su atención mientras el sector mutual del interior logre afianzarse en las zonas donde todavía no brinda atención. Con la mejora en la atención hacemos referencia a que el acceso a los servicios de salud sea equitativo, y se produzca de una forma integral.

Esto también sucede a la inversa, todavía existen algunos lugares en el interior del país donde ASSE no ha logrado brindar una cobertura de salud, para eso el Plan Nacional de Salud Rural, se propone trabajar en conjunto con FEMI, para lograr una universalidad en el acceso a los servicios de salud, logrando que todos los pobladores accedan de igual forma, es por esto que según Pilar González existe

“un convenio con FEMI desde Paysandú a Cerro Largo, para que en esas localidades donde la FEMI domina se atiendan a todas las personas por igual independientemente que sea de ASSE o sea de la FEMI y eso es bien importante y en ese sentido se ha ido avanzando, en algunos departamentos. Porque no hay otra forma de resolver el acceso a la salud sino es desde la conjunción de lo público y lo privado.”

7.2 ¿Cómo repercutió el FONASA en la atención de la policlínica de San Antonio?

A continuación se expondrá brevemente como repercutió en la policlínica de San Antonio el FONASA a la hora de brindar una mejora en su atención, tomando para ello los aportes brindados por la Doctora Graciela Scuadrone. Cabe recordar que la ley 18.131 (2007), establece en el artículo 5 cuáles son los prestadores de salud a los que los beneficiarios pueden aspirar. El mismo establece que

“(…) podrán optar, de acuerdo con lo que determine la reglamentación, por su afiliación a las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) contratadas por el Banco de Previsión Social (BPS) o a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), en cuyo caso se realizará bajo las condiciones que se establezcan entre dichas instituciones (BPS y IAMC o ASSE).”

Las personas pueden elegir por continuar con su asistencia en la policlínica de San Antonio o en la policlínica privada COMECA. Para eso se le preguntó a la doctora encargada de la policlínica de San Antonio como repercutió en su opinión el FONASA con respecto a la cantidad de usuarios atendidos en la policlínica. La doctora Scuadrone nos decía *“Si, notoriamente, ha bajado el número de usuarios”*.⁷ De lo expresado podemos suponer que esto en cierta medida puede mejorar o no la calidad de la atención, mejorarlo en el sentido de que si son menos usuarios para entender, las consultas con los especialistas deberían de ser más rápidas, y el tiempo que cada médico le

⁷ Cabe aclarar que nunca se nos proporcionaron datos para afirmar sus declaraciones

dedique a sus pacientes debería ser mayor, puesto que es un número inferior de pacientes el que atiende. Por el otro lado la falta de usuarios puede hacer que la policlínica no se vea con la necesidad de ampliar su cobertura, o tener más especialistas en la semana puesto que con los recursos humanos con los que cuentan lograrían abarcar a la población que allí se atiende.

Vemos que el cambio en el modelo de atención centrándose en el primer nivel, ha generado a lo largo de estos años diferentes cambios en la policlínica, desde ampliar el horario de cobertura, hasta incluir nuevos especialistas paulatinamente.

Para corroborar lo antes expresado es que realizaremos a continuación una breve caracterización de la policlínica, describiendo cómo ha evolucionado desde sus comienzos hasta nuestros días, para ello contamos con la información brindada por la doctora Scuadrone.

En este sentido podemos decir que la policlínica cuenta con una extensa historia desde sus orígenes. La doctora Scuadrone, entrevistada en la presente monografía, trabaja allí desde hace veinte años y por ello, hace referencia a los comienzos de la misma. Si bien la doctora nos cuenta que la policlínica comenzó a funcionar el cuatro de mayo de mil novecientos ochenta y uno, San Antonio siempre contó con atención médica, no en la policlínica como lugar físico, sino en el hogar del médico que en ese momento vivía allí. Uno de los últimos médicos que estuvo, retomando a la entrevistada, fue *“el doctor Higinio Clavijo que empezó de forma honoraria desde mil novecientos setenta y dos a mil novecientos ochenta y uno”*. (Dra. Scuadrone).

En torno a esto podemos pensar que el hecho de que recién en el año 1981 se comenzara con una atención más profesional a los usuarios residentes, es característico de la época en que se vivía y el lugar. Anteriormente en el medio rural ocurría con frecuencia que el médico que residía en ese momento atendiera en su casa y las personas tuvieran a sus hijos en sus propios hogares.

Por otro lado, también es de suma importancia conocer el funcionamiento de la policlínica. La doctora Scuadrone menciona que *“Atendemos todos los días de seis de la mañana a las dieciocho horas” “De lunes a viernes. Y los sábados de seis a doce. No hay atención, ni de noche, tampoco hay atención los fines de semana.”*

Si bien podemos decir en lo que respecta a la atención, la policlínica ha mejorado

sustancialmente ya que como mencionábamos antes en sus comienzos sólo atendía en el turno de la mañana, es mejor para las personas que allí viven el contar con una atención diaria. La doctora nos explicó que la policlínica no es una puerta de emergencia como existe en los hospitales, consideramos que sería necesario que hubiera atención en la noche y los fines de semana, aunque sea contar con un médico de guardia, puesto más que nada por el lugar del que estamos hablando y las características de las personas que allí viven, siendo en su mayoría personas de un nivel socioeconómico bajo, con poca accesibilidad en lo que respecta a locomoción propia, entre otras. Si bien el hospital más cercano queda a 35 Km., muchas veces si el medio de traslado no es propio, se dificulta mucho ante una urgencia trasladarse en la locomoción con la que cuenta San Antonio y más si lo pensamos en las noches o fines de semana, en donde de por sí el transporte merma en su frecuencia. Relacionado con ello la ambulancia con la que cuenta la policlínica es según la doctora Scudrone *“solamente para llamados coordinados no para urgencias”* se trataría de una ambulancia que *“está para todo el santoral, es decir, Santa Rosa, San Bautista, San Antonio”*.

Por otro lado la médica entrevistada con que cuenta la policlínica expresaba, *“Tenemos ginecólogo, tenemos pediatra, tenemos cardiólogo, tenemos psiquiatría infantil, después tenemos medicina general y medicina familiar, y tenemos perdón el odontólogo también”*

Si bien cuentan con más especialistas la policlínica no cuenta con un equipo multidisciplinario, para eso había que ir a Canelones. Podemos pensar que el hecho de que los especialistas vayan una vez cada quince días o una vez por mes, y el no contar con un equipo multidisciplinario se remita también a la cantidad de población que se atiende en la policlínica, en palabras de la doctora Scudrone, *“Tenemos un promedio mensual de seiscientas personas que se atienden en la policlínica, eso lo tenemos que dividir sobre veinte, en una semana treinta o cuarenta personas”*. De todas maneras podemos pensar que el número de pacientes que hay por médico es elevado, esto también se debe a la poca concurrencia de médicos que existen en la policlínica de San Antonio.⁸

De esto se desprende que como San Antonio es un pueblo chico que no llega a los mil quinientos habitantes, no es necesario contar con una mayor cobertura en lo que tiene que ver con los especialistas, puesto que cubre a los usuarios, y no se presentan quejas ni por parte de los usuarios ni por parte de los directivos de la policlínica.

⁸ Cabe aclarar que no se nos aportaron datos para afirmar estas declaraciones.

La policlínica por otra parte no cuenta con Trabajadores Sociales, si bien la misma trabaja en red y muchas veces lo hacen con el Caif de la zona que si cuenta con una trabajadora social, no se logra que la salud integre más a este tipo de profesionales a su área. Entrando así en juego los diferentes campos de poder, esto si tomamos los aportes de Bourdeau, “no es un campo como los demás: es el espacio de las relaciones de fuerza entre los diferentes tipos de capital o, (...) entre los agentes que están suficientemente provistos de uno de los diferentes tipos de capital” (Bourdeau apud Bentura; 2011: 32). Los diferentes tipos de capital son tanto el económico, cultural como social. En relación a esto observamos que el campo profesional tienen un mayor peso, puesto que el sector médico siempre ha establecido por el lugar que ocupa dentro del campo de poder una cierta presión dentro del campo de la Salud, no pudiendo otras profesiones abrirse camino en él.

A continuación se expondrá la percepción que los usuarios de la policlínica de San Antonio tienen en relación a la policlínica en general, su infraestructura, la relación con su médico de cabecera, con los funcionarios no médicos y con las gestiones que allí realizan, para culminar con la accesibilidad que la policlínica les ofrece.

7- 3 ¿Qué perspectiva tienen los usuarios de su policlínica?

Los entrevistados manifestaban que la policlínica era acorde para el lugar en donde vivían, como es la situación del entrevistado n°1 donde expresa: “*No va mucha gente a la policlínica, no es grande. Es acorde a San Antonio*”. O el entrevistado n° 3 donde nos cuenta, “*(...) es perfecta la policlínica, demasiado linda para un pueblo chico.*”

En su mayoría todos manifiestan su conformidad con el lugar, ello lo podemos observar en algunas entrevistas como el caso n°2 donde el entrevistado decía

“A mí me gusta pila, es linda, es prolija, es limpia, para mí es bastante espaciosa, me parece que está bien, los consultorios son limpios, a mí me parece que es cómodo, que es espacioso.”

Son muy pocos los que muestran un desagrado con la misma, no en el sentido de que les parezca un mal lugar sino que en algunas circunstancias consideran que el espacio edilicio es un poco chico, como el entrevistado n° 7 cuando dice “*Es chico pero está bien. Los niños chicos*

cuando se van a atender, los niños chicos no caben a veces, están todos apretados ahí.”

El entrevistado N° 11 decía acerca del espacio *“la sala de espera es chiquita, no tiene muchos asientos. Más los días de pediatría que van madres con tres cuatro niños y es re chiquito. Pero después donde nosotros esperamos no es malo. Los consultorios son lindos hay camilla y todo.”*

En líneas generales tomando en cuenta los discursos de los diferentes entrevistados podemos decir que los usuarios de la policlínica están conformes con la misma, ello se debe al hecho de que la mayoría de las personas comenzaron a atenderse desde que la policlínica empezó a funcionar, por ende ellos fueron creciendo junto con la misma, entonces ven cada progreso como suyo y como ellos mismos manifestaban y en su momento lo hizo la doctora Scuadrone, el lugar es demasiado cómodo y amplio para las personas que allí concurren.

En relación a esto la doctora Scuadrone decía *“como tú ves, es una policlínica que está bien, tal vez de las de Salud Pública será una de las mejores. La estamos ahora arreglando porque tenía algunos problemitas (...) tuvimos problemas en el techo que se filtró agua, se deterioró un poco las paredes, pero gran parte de esto fue logrado por el pueblo y cada vez que pasa algo la gente del pueblo colabora”*

En este sentido algo llamativo de la policlínica al momento de realizar nuestra investigación fue que la misma no contaba con un cartel, donde expusiera su nombre, la misma queda a unas pocas cuadras de la plaza principal del pueblo y es de conocimiento de todas las personas que allí viven en donde se ubica, pero para una persona externa como es nuestro caso, si bien habíamos concurrido a San Antonio en otros momentos, se debe preguntar dónde queda la policlínica.

En referencia a esto la doctora Scuadrone nos decía que *“El cartel hace mucho tiempo que estamos por hacerlo. Ahora que dependemos del RAP⁹ de San Ramón se van a mandar las medidas del cartel para poner policlínica de San Antonio.”*

⁹ Red de Atención del Primer Nivel

7.4 Relación médico - paciente

Nos centraremos en lo que se refiere a la percepción que tienen los usuarios a la atención médica. En líneas generales todos los entrevistados han manifestado no tener problemas con el médico de cabecera o el especialista al que concurren, sobre todo en el trato que obtienen por parte de los mismos al momento de la consulta. En este sentido podemos retomar las palabras de algunos de los entrevistados, el entrevistado N° 2 decía, *“La verdad que muy bien, a mi me han tratado siempre bien.”*

El entrevistado N° 4 expresaba, *“Bien, bien todo. Yo voy a pedir receta y a tomarme la presión, hoy fui y había un doctor de San Ramón y él me la tomó y hablamos de pesca, todo conforme. Son todos conocidos (...)”*

El entrevistado N° 6 decía *“Para mí está todo bien, son muy buenos, a mí siempre me atendieron muy bien, con todos bien, nunca tuve problemas.”*

Por otra parte el entrevistado N° 7 decía, *“Los médicos me atienden bien.”*

El entrevistado N° 10 *“A no, es bueno, nunca tuve problema con nadie, voy muy poco. Por ahora. Voy cuando yo me siento muy mal, sino no voy.”*

El entrevistado N° 11 expresaba *“A muy bueno, muy bueno. La verdad es que yo no puedo decir nada, de parte mía. Nos han hecho elegir médico de cabecera (...), que eso nunca lo hicimos, fue lo único que cambiamos por un médico más firme cada uno. Pero de más no, yo no tengo problema. Gracias a Dios”.*

En referencia a esto podemos decir que el hecho de que ellos se sientan tan cómodos con sus médicos se debe a que antes la atención que recibían era escasa teniendo un solo médico en la semana, y no contaban con la concurrencia de más especialistas, como si sucede ahora, es por ello que consideran que la atención que reciben ahora es mejor si la comparamos con la de años atrás.

Podemos pensar que el hecho de que ellos evalúen todo de forma correcta también se puede deber a que fueron entrevistados por una persona extraña a ellos y por considerar en algunas

oportunidades que las entrevistas se hiciesen públicas a los miembros de la policlínica, algo que se les reiteró en cada una de las entrevistas, que los datos eran confidenciales y para el uso exclusivo del entrevistador. Pensamos que este “miedo” o desconfianza llevó a que los usuarios en algunas oportunidades no se hayan expresado de forma libre.

Continuando con esta línea de exposición, también podemos observar que los usuarios asocian el concepto de salud con el de enfermedad, puesto que todos al momento de ser entrevistados manifestaban que únicamente concurrían a la misma por caso de enfermedad. Ninguno considera a la salud más allá de “si estoy enfermo voy a atenderme”, no se concurre a la policlínica para consultar sobre promoción o prevención, sino para atenderse de algún malestar físico. Varios entrevistados decían que concurren a la policlínica:

“Por enfermedad y a tomarme la presión”, “Cuando estoy enferma, ahora tengo que ir para hacerme análisis, cuando estoy bien no voy”.

7.5 Sobre los funcionarios y las gestiones que realizan

A continuación veremos las expresiones de los entrevistados en lo que tiene que ver con su percepción en su relación con los demás funcionarios de la policlínica (administrativos, enfermeros, etc.), con la accesibilidad tanto a la misma como a los medicamentos y gestiones. Haciendo una diferenciación entre funcionarios médicos y no médicos puesto que a veces es diferente el trato que se recibe por parte del personal no médico al que se recibe por los médicos que los atienden desde hace algunos años.

En líneas generales así como pasó con los médicos, las personas no ven aspectos negativos en los demás funcionarios, con ello nos referimos a enfermeras y al personal administrativo. Aunque algunos entrevistados manifiestan haber tenido problemas con la enfermera del lugar. En este sentido el entrevistado N° 1 nos decía, *“una enfermera que hay que es media bruta para pincharte el brazo. Porque cuando fui no me encontraba la vena, yo le dije que era mejor en el brazo derecho que se me nota más (...) pero como a ella le quedaba más cómodo el otro brazo me empezó a pinchar.”*

El entrevistado N° 7 expresaba, *“La enfermera más o menos, a veces bien, a veces mal. Cuando está de buen humor te atiende bien.” “Pasa que si no te atienden acá tenés que ir a Canelones. (...) Lo que no me gustó fue el trato que recibí ese día”*

En este sentido no podemos generalizar que todas las personas que viven en San Antonio estén conformes con su policlínica, pero si las personas que han sido entrevistadas. Tampoco podemos pensar que las enfermeras no cumplen bien con su trabajo por lo que algunos entrevistados manifiesten.

En lo que se refiere a las gestiones que realizan los usuarios, si bien no es uno de nuestros objetivos de investigación, solo haremos mención a las dificultades que a veces tienen los entrevistados para obtener los medicamentos.

El entrevistado N° 9 nos contaba, *“Con los remedios cuando no hay, hay que irlos a buscar a San Ramón, pero eso ya lo sabemos. Cuando hay medicamentos nos dan (...) casi siempre están, algunas veces no, pero no hay problema.”*

Algunas de las personas entrevistadas manifestaron tener ciertas estrategias para poder conseguir la medicación cuando ésta se les está acabando, sobre todo por la buena relación que ellos tienen con el personal administrativo, más específicamente con el funcionario “Quique”. Logran que los médicos les dejen las recetas así directamente levantan su medicación. Pero por el otro lado no todos logran acceder a los mismos, y no pueden permitir pagarla en una farmacia de forma particular, ya que eso sería un gasto elevado para sus condiciones de vida. Estos hechos nos hacen reflexionar sobre la buena voluntad del personal administrativo para con los usuarios, puesto que no forma parte de su trabajo realizar estas acciones. De todas formas no podemos aseverar que este suceso sea clientelismo porque no tenemos la certeza de que el funcionario no médico reciba algo a cambio por el favor que les hace a los usuarios, sino parte de la voluntad del mismo para hacerlo, por ser conocidos y por haber nacido en el mismo lugar.

7.6 ¿Qué tan accesible es mi policlínica?

Ahora nos centraremos en lo que tiene que ver con la accesibilidad tanto geográfica como la que la propia policlínica presenta. En relación a esto último en la investigación realizada se pudo comprobar que la policlínica es amplia y no tiene ningún tipo de escalón, eso lleva a que sea accesible tanto para madres con niños pequeños, como para adultos mayores o personas con discapacidad, al mismo tiempo las salas de espera son cómodas y los consultorios amplios para atender al momento de la consulta. En referencia a esto se le preguntó a los entrevistados como observaban ellos la infraestructura de la policlínica, en su mayoría no percibían ninguna anomalía de la policlínica, la encontraban amplia o simplemente decían “bien”, por otro lado nos encontramos con relatos que manifestaban una cierta disconformidad con el espacio, así lo percibía el entrevistado n° 7 *“Es chico pero está bien. Los niños chicos cuando se van a atender, los niños chicos no caben a veces, están todos apretados ahí.”*

El entrevistado n° 11 expresaba *“No la sala de espera es chiquita, no tiene muchos asientos. Más los días de pediatría que van madres con tres, cuatro niños y es re chiquito. Pero después donde nosotros esperamos no es malo. Los consultorios son lindos hay camilla y todo.”*

En lo que tiene que ver con la accesibilidad geográfica, (a esto nos referimos en que tan lejos está la policlínica del poblado de Mevir II y cuánto demoran en llegar los usuarios), todos los entrevistados manifestaron que la policlínica queda a un kilómetro del poblado y que es relativamente cerca, algunos van caminando, y otros en algún medio de transporte propio.

Algunos entrevistados manifestaron que demoran muy poco en llegar a la misma. Podemos reflexionar que la policlínica queda relativamente cerca, en su mayoría los entrevistados tienen sus propios medios para ir, los medios que utilizan también son muy característicos de la gente de campo, la moto o la bicicleta o caminando. El camino para llegar hasta la policlínica puede llegar a tener alguna complicación, puesto que ellos tienen que caminar ese kilómetro sobre la ruta y no existen veredas que sean exclusivas para peatones o bicicletas como si existen en las ciudades. No nos centramos en la disponibilidad de transporte puesto que la policlínica queda relativamente cerca y no existe la necesidad de utilizar el transporte local para concurrir a la misma.

8 La vulnerabilidad y exclusión en torno a la pobreza

Para comenzar a hablar del tema de la vulnerabilidad comenzaremos definiendo el perfil de población que se atiende en la policlínica de San Antonio, de acuerdo a la impresión de la doctora en medicina Scudrone, nos decía *“La gente que se atiende es gente trabajadora, algunos no tienen trabajo formal y otros si tienen trabajo formal, pero que para ellos han tenido buena atención y quieren seguir. A ellos no se les cobra nada, ni para el retiro de medicamentos.”*

Este hecho es muy importante puesto que aún el acceso a los servicios de salud sea totalmente gratuito en lo que respecta a la atención y a la entrega de medicamentos, es algo que puede llegar a influir notoriamente en su cotidianeidad.

En referencia a esto podemos pensar en términos de vulnerabilidad social “atributos que no sólo son propios de un estatus dentro de la estructura social, es una predisposición a descender de cierto nivel de bienestar (...)” (Fernández Castrillo: 2003; 5).

La autora plantea retomando a Filgueira que si bien el concepto es tomado para un individuo puede utilizarse para definir a un grupo de población que comparten determinadas características. En este sentido se pudo observar que existe un sector de la población dentro de la ciudad de San Antonio que comparten ciertas características, tanto a nivel social, cultural como económico, que los hace estar en un cierto grado de vulnerabilidad. En referencia a esto cuando hablamos de grados de vulnerabilidad hacemos referencia a diferentes indicadores como son “la edad, género, ocupación, nivel educativo, procedencia geográfica”.

En este aspecto podemos observar que todas las personas entrevistadas tienen la misma procedencia geográfica, y en su mayoría antes vivían en el campo. Esto lo podemos ver en las siguientes manifestaciones de los entrevistados. Puntualmente se les preguntó donde vivían antes de llegar a MEVIR. El entrevistador n° 5 decía: *“Si en la campaña, en el campo.”* El entrevistado n° 7 expresaba *“En el campo”*, El entrevistado n°8: *“Si, en el Colorado, en el campo.”* y el entrevistado n°9 decía: *“Antes vivía en la campaña.”*

Esta característica en particular de los entrevistados nos lleva a pensar en las condiciones en

las que antes vivían, y cómo ha sido modificada su vida a nivel de acceso a recursos, servicios, ahora que viven en MEVIR, ya que antes no accedían a servicios básicos como ser el agua potable, luz eléctrica entre otros. Estos aspectos los observamos cuando le preguntamos a los entrevistados ¿Qué cambios implicó tener su casa en MEVIR?

El entrevistado n° 2 decía *“Por la accesibilidad, (...) por la locomoción, el ómnibus para poder ir a la escuela, porque nosotros éramos chiquitos y no había accesibilidad para venir a estudiar, para trabajar(...) Aparte las ventajas que te da tener la casa de MEVIR, nosotros no teníamos en el campo, no teníamos las comodidades que tenemos ahora, no había televisión, esta casa es diferente, tenemos agua corriente, tenés luz eléctrica, que nosotros no teníamos en el campo, no teníamos nada de eso. Obviamente todo lo que te da el cambiar de zona, la gente, todo.”*

El entrevistado n° 4 expresaba *“Porque allá teníamos un cuarto solo y una cocina, la comodidad. A parte que va a ser mía, de ellos hoy o mañana. Faltan tres años para tener la casa paga.”*

La entrevistada n°5 nos decía *“Cambió todo, la luz, el agua, todas las comodidades. Tenía que ir cinchando con la batería en la bicicleta, se me caía la bicicleta, la garrafa al hombro con la cañada, tenía que cruzar una cañada con un puente de palo.”*

Cada uno de los entrevistados son de diferente generación, vivieron los cambios de modos distintos, pero a todos los une el mismo sentido de pertenencia a algún lugar, el hecho de que cuando pase el plazo de pago la vivienda va a ser de ellos, el sentido de identidad.

Las necesidades básicas de los pobladores de Mevir fueron mejorando, en lo que tiene que ver con vivienda, servicios de luz eléctrica, agua potable, algo que generó mejoras en su vida cotidiana, he hizo que mejorara no sólo su calidad de vida sino también sus modos de vida, independientemente del nivel socioeconómico de cada uno, o del trabajo que tengan.

Entendiendo por necesidades básicas lo que Max Neef expresa: “las necesidades revelan de la manera más apremiante el ser de las personas, ya que aquél se hace palpable a través de éstas en su doble condición existencial; como carencia y como potencialidad” (Max Neef apud Sarachu: 2006; 3).

De esta forma podemos pensar estas necesidades desde el campo de la salud, Potyara Pereira (2000) para hacer referencia a las necesidades menciona un grupo de ellas denominadas necesidades intermedias, las cuales van acompañadas por indicadores sociales, en los cuales encontramos cuidados de salud apropiados. En este sentido la autora plantea que

“los cuidados esenciales en el campo de la salud no se restringen a la atención primaria. (...) Implica colocar al servicio de todos, inclusive de los pobres, la alta tecnología y recursos de última generación existentes en el campo de la medicina curativa” (Doyal y Gough apud Pereira: 2000; 92).

Lo último planteado por los autores es algo que en el medio rural aún no ha llegado, la alta tecnología y recursos de última generación, sobre todo a localidades con tan pocos habitantes como lo es San Antonio, si se pueden observar en las grandes capitales de nuestro país.

De todas maneras frente a esas carencias la policlínica a los ojos de los usuarios entrevistados cuenta con mejoras y algunas dificultades, sobre todo si tomamos los últimos años en los cuales se ha llegado a aplicar (como mencionamos en nuestro primer apartado) la reforma en el sector de la Salud.

El entrevistado n° 8 expresaba en lo que refiere a cambios importantes que ha tenido la policlínica en los últimos años, *“Tenemos más comodidades, y más doctores, menos el domingo no hay doctores, hay hasta el sábado al mediodía. Si, si no es siempre, lunes y martes es hasta las doce, y de tarde está abierta también, a veces hay, a veces no hay.”*

Por otro lado podemos observar cómo se manifiesta, cuando se le pregunta si tuviera la oportunidad de cambiar algo de la policlínica que sería nos responden *“Que hubiera permanentemente todos los días médico, domingo y todo o de noche, de noche no tenemos nada, tenemos médico particular. Que no hay dentista. El domingo me tuve que ir de urgencia para Canelones y la ambulancia no estaba, nos fuimos en taxímetro.”*

El entrevistado n° 9 decía frente a las mismas interrogantes, *“Si, hay más médicos, más cosas que por lo cual no teníamos, antes había un médico sólo. Hoy por hoy venían hasta tres, pero ahora creo que hay dos. (...) muy bien todo por suerte algo tenemos.”*

Ellos mismos consideran que lo poco que tienen es suficiente, no observan la necesidad de tener algo mejor, puesto que antes prácticamente por los discursos que obtuvimos no tenían nada, entonces para ellos lo que la policlínica les ofrece es lo mejor.

En relación a esta línea que venimos expresando el entrevistado n° 11 manifestaba lo siguiente *“Si, han traído algún especialista, los médicos no faltan ahora. Por lo menos tenemos, (...) ahora faltaba la dentista y ya vino, no sé si consiguió el material, eso a salud pública le pertenece tener que darle los materiales. (...) un avance es que haya, en algún momento llegará.”*

Esas expresiones nos hacen reflexionar la naturalidad con la que toman las cosas, propio del lugar en el que habitan, aún no están contaminados con el descontrol que opera en una ciudad como puede ser Montevideo, o la propia ciudad de Canelones. Pero también nos hace suponer que el hecho de que la atención sea totalmente gratuita haga que se acostumbren y no exijan que haya un médico los fines de semana, o que al dentista le traigan los materiales. También es producto como observamos en capítulos anteriores de las pocas políticas que se produjeron para el medio rural en materia de Salud.

Si bien en su mayoría las cosas que cambiarían son en relación a una mejora en la atención, pidiendo más médicos o algún especialista en particular, no se manifiestan cambios profundos, en general todos los entrevistados están conformes con su policlínica, eso es producto de la buena atención que reciben y de la calidad de la misma. Según Asorey (2003), *“La calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a las necesidades del paciente más allá de lo que él espera”* (Asorey.G apud Sánchez Islas: 16; 2005).

En este sentido pudimos observar que la policlínica ofrece un servicio no pudiendo afirmarse si es adecuado o no ya que nuestro estudio no pretende comparar la atención de la policlínica con referencia a otras o al sector privado. Si pudimos apreciar que ofrecen un servicio gratuito, ampliando la cobertura de médicos, si bien no todos los días y a toda hora, pero brinda más atención que antes. Esto lo podemos ver en algunas expresiones de los entrevistados. El entrevistado N° 5 decía, *“siempre estuvo igual, lo único que hay son más doctores”* El entrevistado N° 6 expresaba, *“hay más enfermeros y hay un poquito más de doctores, antes había uno sólo en la semana, ahora hay más.”*

Por otro lado varios autores como Bigné, Moline y Sánchez (2005) plantean que el usuario se encuentra satisfecho “cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas” si estas son bajas “puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes” (Bigné, Moline, Sánchez apud Sánchez Islas: 16; 2005).

Se realizaron estas preguntas a los entrevistados pensando principalmente en la Salud como el derecho que tienen todos los ciudadanos, también le dimos un enfoque desde la pobreza, puesto que las personas que allí se atienden son de un nivel socioeconómico bajo, no obstante el derecho a una atención se les debe brindar a todos, sean del nivel que sean, para eso utilizaremos el criterio de las necesidades básicas insatisfechas.

Es por esto que podemos decir que a veces la falta del acceso a una atención en Salud, puede llegar a condicionar los modos de vida de las personas, en relación a lo planteado en párrafos anteriores sobre nuestra población objetivo, por el contexto en el que viven, la clase social a la que pertenecen y en algunas personas el tipo de trabajo que realizan provoca cierto grado de vulnerabilidad. San Antonio no cuenta con grandes, pequeñas o medianas industrias que logren abarcar a toda la población, la forma que tienen de acceder al trabajo formal, estable y duradero es generalmente mediante un empleo público. Garantizando así el acceso a los distintos derechos laborales básicos, derechos que están ausentes en la mayoría de los casos, debido a que la gran parte sólo puede acceder a trabajos precarios, que implican informalidad. Principalmente en este poblado el trabajo precario está relacionado al trabajo zafral o transitorio, más precisamente en lo que tiene que ver con el trabajo en el campo, en lo que respecta a la cosecha de determinadas hortalizas.

Cuando mencionamos el tipo de trabajo que realizan podemos decir que es tomado como polisémico. “la precariedad laboral puede ser definida y entendida de distintas maneras de un país a otro, ya que esta definición dependerá de las condiciones particulares de la relación laboral, de la mayor o menor presencia de un Estado Providente, etc.” (Paugam apud Piñeiro; 2008:38)

En relación a lo que sucede en San Antonio el trabajo zafral lo asociamos a la falta de seguridad laboral, las precarias condiciones que tienen para trabajar, lo inestable de su salario, esto produce que estén por fuera de la seguridad social que los ampare frente a las diferentes enfermedades que el trabajo en el campo pueda ocasionar, llegar a una jubilación o alguna pensión por enfermedad, derechos que se encuentran vulnerados en estos momentos, por no contar con un

trabajo estable y duradero.

Al trabajar por fuera de la ley no pueden acceder a una seguridad social y por tanto no pueden gozar de los beneficios que ésta le brinda. Todos los habitantes del territorio están incluidos dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud, así lo expresa la ley 18.211, en su artículo n° 49, *Son usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud todas las personas que residan en el territorio nacional y se registren en forma espontánea o a solicitud de la Junta Nacional de Salud, en una de las entidades prestadoras de servicios de salud que lo integren.*”

De esta manera las personas entrevistadas no forman parte del FONASA¹⁰, por no tener un trabajo formal y no poder aportar al seguro nacional de salud, esto los priva de la posibilidad de elegir atenderse en el sector privado, no así en el sector público ya que cuentan con la policlínica de San Antonio que depende de ASSE.

En referencia a esto Filgueira (1998) expresa que el empleo precario como las diferentes formas de subempleo son un predictor importante de exclusión social. Para adentrarnos al tema de la exclusión social nos basaremos en los aportes de Ximena Baraibar (2005), sobre todo en las dimensiones de la exclusión, fundamentalmente en la dimensión económica y la social.

Tomando aportes de Baraibar (2005) la autora plantea los conceptos de Castel para referirse a la exclusión, este último prefiere hablar en términos de desafiliación. También adopta la posición de precariedad del trabajo, cuando menciona a América Latina Castel plantea que las personas que tienen un trabajo informal reciben como remuneración la mitad de la que recibe un obrero o empleado en trabajos formales, y a su vez trabajan más horas. Todo esto conlleva a que el trabajador quede por fuera del “cumplimiento de los derechos sociales pactados por las organizaciones sindicales y/o establecidos en las leyes laborales, lo que significa el aumento de la incertidumbre y la inestabilidad laboral” (Castel apud Baraibar; 2005: 96), como en nuestro país actualmente es la Ley de ocho horas para el trabajador rural.

10

Las personas beneficiarias de acceder al Fondo Nacional de Salud, son los trabajadores de la actividad privada, funcionarios de la dirección de Arquitectura del MTOP, trabajadores a domicilio, patrones de empresas unipersonales, cónyuges de titulares de empresas unipersonales, patrones de empresas rurales y cónyuges colaboradores, monotributistas, funcionarios públicos de la administración central, las cuidadoras del Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay, y los jubilados y pensionistas. (Las preguntas frecuentes sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud: 2007; 185)

Por otro lado y siguiendo la línea expositora anterior, veníamos mencionando que en la policlínica los usuarios no deben pagar ninguna orden ni ticket, ya que no se encuentran comprendidos en el Fonasa, algo que observamos en los entrevistados producto que en su mayoría dependen de un trabajo informal.

También se entrevistaron a jubilados que si cuentan con este beneficio, ya que se les descuenta un porcentaje de su jubilación y pueden acceder tanto a un prestador público como privado. Pero las personas jubiladas a las que entrevistamos prefieren continuar su atención del modo en el que están. Si bien ellos saben que le descuentan de su jubilación no tomaron la decisión de atenderse en el sector privado y sí lo hacen en el sector público pero no como beneficiarios del Fonasa, ya que según sus manifestaciones a ellos no les cobran ni ticket, ni medicamentos.

Continuando con los aportes de Ximena Baraibar, retomando el tema de la exclusión la autora habla de una exclusión social, la misma es tomada desde tres aspectos: “aquellos que hacen al acceso a los beneficios sociales; los que refieren a los impactos de los cambios en el mundo del trabajo en la inserción relacional y los procesos de segregación residencial” (Baraibar: 2005; 97).

Nosotros nos centramos en el primero, el cual hace referencia a las prestaciones sociales, ligada según la autora al trabajo. Éstas se observan en un doble movimiento “de la universalidad en las prestaciones, a la focalización de las mismas y de la responsabilidad pública a la privada.” (Baraibar: 2005; 98). Básicamente nos centramos en la universalidad de las prestaciones, puesto que el SNIS es uno de los objetivos a los que apunta, así como el Plan Nacional de Salud Rural.

En relación a esto, nuestra población objetivo debe demostrar su condición de pobre para acceder a la obtención del carnet de asistencia y por ende obtener una atención completamente gratuita en la policlínica en la que se atienden, puesto que en este momento la mayoría de las personas entrevistadas no cuentan con un ingreso estable. De todas maneras el carnet de asistencia ya no se utiliza, solo concurren a atenderse con el documento de identidad.

Es por esto que afirma la autora que los Estados providencia se basan en la universalidad de las prestaciones. Algo que en materia de Salud se viene apuntando desde un modelo de atención integral de salud, basado en la equidad e igualdad, alcanzando una universalidad y tomando a ésta como un derecho que tienen todos los ciudadanos.

9. REFLEXIONES FINALES

A continuación se expondrán las principales conclusiones a las que se ha podido arribar luego de finalizada la investigación. En primer lugar, es relevante decir que se intentó analizar las políticas de Salud que se impulsaron en el medio rural, en estos últimos años, expresadas ellas en el Plan Nacional de Salud Rural, luego de realizarse la Reforma en el sector de la Salud en nuestro país. En este sentido se puede decir que dicho Plan durante el desarrollo de la presente investigación no había sido puesto en marcha por parte del MSP, hecho que llevó a que el mismo no se aplique de forma efectiva en la localidad estudiada.

Si bien, esto último es una desventaja que el Plan tiene, a lo largo de la investigación se pudieron observar diferentes estrategias que el Plan se propuso realizar, como ser una articulación entre la Udelar y el MSP para que la matrícula de médicos rurales se amplié, llevar diferentes equipos a las escuelas rurales para realizar prevención en salud, entre algunas otras que nombramos en el documento.

Observamos que es un avance que se haya considerado por parte de Estado a este tipo de población (la rural) que ha sido relegada durante muchos años. Esto no quiere decir que antes no fuera destinataria de políticas, sólo que con lo que contaban muchas veces no alcanzaba para cubrir las necesidades de las personas.

El Plan Nacional de Salud Rural no se aplica en San Antonio esto puede ser producto de que el pueblo quede a una distancia extremadamente corta del centro urbano, rompiendo con ese desfasaje del campo y la ciudad, perdiéndose donde empieza una y comienza la otra. Es por este motivo que la policlínica está en la ciudad y los pobladores de Medir que se atienden en ella, más allá de que las personas que viven en Mevir son consideradas población rural, por sus modos de vida, como vivieron antes, y el tipo de trabajo al que se dedican.

Si nos centramos en nuestra población objetivo y el lugar de estudio, se puede afirmar la existencia de avances en materia de Salud, independientemente de que el Plan no se haya aplicado allí. Desde el punto de vista de las autoridades de la policlínica de San Antonio han manifestado los avances que se han logrado en los últimos años, otorgándoles a los usuarios de la policlínica

mejores condiciones en lo que respecta al acceso en salud y más especialistas.

Éstas mejoras son la ampliación del horario, la obtención gratuita de medicamentos, el aumento del número de especialistas y otros beneficios que vienen asociados a la mejora de las instalaciones de la misma, también fueron apreciados por los usuarios de esta policlínica, dado que antes era muy poco con lo que se contaba y lo que se ha mejorado para ellos fue sumamente importante.

Se logró en este estudio hacer un pequeño análisis del Plan en particular, e intentar describir si el mismo se aplicaba en la localidad, de San Antonio y de ser así de qué manera, para ello se tomó el discurso de los diferentes actores involucrados.

El presente estudio intentó dar un enfoque desde el lado de la vulnerabilidad tomando en cuenta el perfil de la población implicada en dicha monografía. Para la elaboración de dicho perfil se consideró lo expresado por la doctora Scuadrone, y la experiencia obtenida en nuestro año de práctica en el año 2010, lo cual nos permitió observar a las personas que vivían en San Antonio, y que se atendían en la policlínica. Para ello se ha tomado a la vulnerabilidad desde un ángulo económico y social reconociendo que la misma puede ser tomada desde otro aspecto también como es el político o simbólico.

En relación a esto logramos visualizar los grandes cambios que la población estudiada ha tenido en su vida, principalmente en la obtención de la vivienda por parte de Mevir y como resultado el acceso a servicios relacionados con el transporte, la educación, la recreación y servicios básicos como ser la luz eléctrica o agua potable.

En lo que refiere a la accesibilidad a los servicios de Salud, observamos que todas las personas tenían trabajo informal y las que no lo tenían eran jubiladas. Para éstas situaciones las personas no deben pagar nada cuando se atienden en la policlínica de San Antonio. A los jubilados entrevistados se les realizaba el aporte al FONASA mediante el descuento en su jubilación, pero de todas maneras ellos prefieren continuar atendiéndose en el sector público y no gozar con los beneficios de acceder a un prestador privado, sólo por el hecho de que no deben abonar ni órdenes, de consulta, de medicamentos, etc. A nivel general se logró observar conformidad por parte de todos los entrevistados frente a los servicios brindados por la policlínica. Fundamentalmente conformidad

en que la policlínica cuente con más especialistas que antes, que el horario de atención haya sido ampliado, el trato cordial por parte de médicos y funcionarios, y la accesibilidad tanto física como geográfica que la policlínica presenta.

Las políticas de Salud continúan avanzando y en los últimos meses se han logrado acuerdos entre el MSP, ASSE y la IMC en lo que refiere a la entrega de desfibriladores, en algunas localidades del departamento. De todas maneras continúan las luchas de intereses entre la FEMI y el MSP, que han imposibilitado que el Plan logre aplicarse en algunas localidades, partiendo de la base que la FEMI toma otro perfil de población, esto hace que considere que la población a la que el Plan apunta ya este cubierta.

Desde el rol que ocupa el Trabajador Social no se ha logrado que se abrieran las puertas en el campo de la Salud Rural sobre todo en la policlínica estudiada donde hasta la fecha no se cuenta con equipos multidisciplinarios donde el Trabajador Social logre exponer su perspectiva desde un plano más social, dado que puede aportar una mirada diferente a la que los médicos tienen, pudiendo ahondar en las historias de vidas de las personas que se atienden en las policlínicas, y al mismo tiempo conocer el contexto en el que viven cada uno de los usuarios, algo a lo que el médico por los fines de su profesión no puede acceder, o no está pensando en eso al momento de atender a los pacientes. De esta manera se cree necesaria la necesidad de equipos interdisciplinarios en las policlínicas de ASSE para poder realizar un intercambio de opiniones sobre los diferentes usuarios que se atienden, siendo de esta manera el Trabajador Social el nexo entre los usuarios, la familia y la policlínica.

Bibliografía

- ñ **Alonso. L** (1999) *“Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa”* En: Delgado.J y Gutiérrez. J (coord.) *“Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales.”* Síntesis editorial. Madrid.
- ñ **Andrenacci L. y Repetto F.** (2006). *universalismo, ciudadanía y Estado en la política social latinoamericana.* Washington D.C.: INDES.
- ñ **Barran.J y Nahum.B** (1990) *El Uruguay del novecientos.* En: Nahum, B y Barran .P. *“Batlle los estancieros y el imperio británico” 2a edición.* Montevideo Ediciones de la Banda Oriental. Uruguay.
- ñ **Barran. J** (1993) *La ortopedia de los pobres* En: Barran. J *Medicina y sociedad del Uruguay del novecientos* V.2 Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo.
- ñ **Bentura C.** (2011) *Salud y Trabajo Social ¿Un campo social envejecido?* Editorial Académica Española. Montevideo
- ñ **Castel R** (1997) *La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado.* Buenos Aires. Paidós.
- ñ **Chiarino.J y Saralegui.M** (1996) *Detrás de la ciudad: ensayo de síntesis de los olvidados problemas campesinos.* Montevideo. Cámara de Representantes. V.2 pp. 297-624
- ñ **Corbetta P** (2007) *“Metodología y técnicas de investigación social”* España. Mc graw hill editores.
- ñ **Esping Andersen, G.** (1993). *Los tres mundos del estado de bienestar.* Valencia: Alfons el magnaim.
- ñ **Fernández Castrillo B.** (2009). *Complejidad Social y Salud Mental.* Ediciones CSIC, FCS, Udelar. Uruguay.
- ñ **Filgueira F.** (1998). *“El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada”.* En: Roberts B. (Ed.) *Ciudadanía y Política Social Latinoamericana.* FLACSO/SSRC, Costa Rica.
- ñ **Fuentes. G y Setaro. M** (2012) *Segunda etapa de la reforma de salud: Navegando entre Escila y Caribdis.* En: Políticas en tiempos de Mujica II: Un balance en mitad de camino. Montevideo. FCS.ICP Estuario editora.
- ñ **Mancebo, M y Narbondo P.** Coord. (2010) *“Reforma del Estado y políticas públicas de la Administración Vázquez: Acumulaciones, conflictos y desafíos”.* Montevideo: Fin de Siglo, CLACSO-CP.
- ñ **Margolis, E.** (1989) *Organización de la atención médica en el Uruguay.* Montevideo,

- Nordan-Comunidad.
- ñ **Max-Neef. M** (1986) *Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro*. Santiago. Cepaur
- ñ **Mendizábal N.** (2006) “*Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa*” En Vasilachis de Gialdino.I (coord.) “*Estrategias de investigación cualitativa*” Barcelona Gedisa Editorial
- ñ **Moreira.C y Setaro.M** (2002) “*Alternativas de reforma del sistema de salud en Uruguay*” En: Mancebo.M, Narbondo.P, Ramos.C Comp. “*Uruguay la reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000)*” Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental. ICP
- ñ **Rozas, M.** (2001) *La intervención profesional en relación con la cuestión social*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- ñ **Pastorini A** (1999) *¿Quién mueve los hilos de las políticas sociales? Avances y límites en la categoría “concesión- conquista”* En: Borgianni, Elisabet, Montaña, Carlos. (Ed.). *La política social hoy*. Brasil. Cortez Editora.
- ñ **Pastorini A** (2005) *¿Quién mueve los hilos de las políticas sociales? Avances y límites en la categoría “concesión-conquista”* en: Temas de Trabajo Social “*Debates, desafíos y perspectivas de la profesión en la complejidad contemporánea*” Udelar. FCS Montevideo.
- ñ **Pereira. P** (2000) “*Necesidades Humanas: para una crítica a los patrones mínimos de sobrevivencia*”. San Pablo Ed. Cortez
- ñ **Pérez. E.** (2001) “*Hacia una nueva visión de lo rural*” En: Norma Carracca Comp. *¿Una nueva ruralidad en América Latina?* Colección Grupos de Trabajo de CLACSO. Buenos Aires, Argentina. 2001. pp17-29
- ñ **Picó, J.** (1987). *Teorías sobre el Estado de Bienestar*. Madrid: Siglo XXI.
- ñ **Piñeiro. D** (2008) “*El trabajo precario en el campo uruguayo*” Montevideo. CSIC. FCS
- ñ **Piotti, D** (2002) “*La Reforma del estado y el sistema de salud*” En: Ramos, Conrado, Narbondo, Pedro, Mancebo María Ester. Comp. “*Uruguay: La reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000)*”. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental. Colección política viva, ICP. pp. 197-219
- ñ **Salleras Sanmartí L.** (1990) *Educación sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid. Editorial, Díaz de Santos.
- ñ **Sarachu. G** (2006) “*Aproximación al análisis de las necesidades humanas, los procesos de colectivización y las formas sociales de satisfacción*” Mimeo.
- ñ **Schwartz, H y Jacobs J** (1999) “*Sociología Cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad*” Editorial Trillas. México- Argentina-Colombia- España- Venezuela.

- ñ **Setaro. M** (2010) “*La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y el nuevo Estado para la performance*” En: Ramos, Conrado, Narbondo, Pedro, Mancebo María Ester. Comp. “*Uruguay: La reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000)*”. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental. Colección política viva, ICP
- ñ **Testa, M** (1989) “Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso de salud” Washington. OPS.
- ñ **Valles.M** (1997) “*Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional.*” Ed. Síntesis Madrid.
- ñ **Vitelli, R.** (2005) “*Situación de la mujer rural: Uruguay*” FAO, Santiago de Chile, Febrero.

Fuentes documentales

- ñ **Berzategui Magdalena** (2010) “*Pisando firme... Análisis, comentarios y reflexiones en torno a las prácticas de Trabajadores Sociales en el medio rural uruguayo desde 1970 a nuestros días*” Tesis de grado no publicada Udelar-FCS-DTS.
- ñ **Berrutti L, Verger S y Narbondo I** (2008) “*Estudio de caso: Pluriactividad en la Colonia Montelongo.*” Universidad de la República. Facultad de Agronomía. Departamento de Ciencias Sociales. Grupo disciplinario en Sociología Rural. Curso: “.Agricultura Familiar y Pluriactividad”.
- ñ **Comisión Honoraria de Mevir (2007)** En: Revista el Hornero n° 3 diciembre, Montevideo, MEVIR.
- ñ **Constitución de la República Oriental del Uruguay.** Océano. 1997
- ñ **De Martino. J.** (2004) *Una encrucijada en constante evolución: Salud y Trabajo Social.* Tesis de grado no publicada. Montevideo. FCS-DTS
- ñ **Doménech D** (2007). “*Modelo de Atención Integral a la Salud. Aporte desde la práctica de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria.*” Montevideo. UDELAR. Facultad de Medicina.
- ñ **Fernández.L Aguiar.D y Rodríguez.P** (2010) Documento de trabajo del Área Trabajo Cuestión Agraria, practica realizada año 2009. Montevideo. Udelar.FCS.DTS/MEVIR.
- ñ **Fernández Castrillo B.** (2003) “*Apuntes sobre vulnerabilidad social y salud mental. Un desafío disciplinario.*” En: Revista de Trabajo Social. Salud Mental y derecho ciudadanos. N° 27. Ed.: EPPAL, Uruguay.
- ñ **Federación Médica del Interior** (2012) *Propuesta para un plan de salud rural.*

Montevideo.

- ñ **Fuentes.G** (2010) “*El sistema de salud uruguayo en la Post dictadura: análisis de la reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible*” En: Revista Uruguaya de Ciencia Polític Vol.19 N° 1 ICP. Montevideo. pp.119-142.
- ñ **García Adriana** (1999) *Síntesis de Informe de Desarrollo Humano en el Uruguay*. Ficha de estudio. Trabajo Social- Ciclo Básico- FCS
- ñ **Hernández Abreu, F.** (2004) “*Pobreza y salud pública: aspectos sociales de la relación usuario-personal de la salud*” Tesis de grado no publicada Montevideo. Udelar. FCS-DS
- ñ **Informe de coyuntura n°10**, Instituto de Ciencia Política. (2011) “*Política en tiempos de Mújica. En busca del rumbo*” Montevideo: Estuario, ICP.
- ñ **Ingold. M.** ““*Campo travieso*” *Un primer recorrido por las relaciones entre las políticas sociales y los modos de vida de la pequeña producción rural familiar en el Uruguay*”. Tesis de grado no publicada, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. 2009
- ñ **Midaglia, C., Antía F.** (2007). *La Izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?* Revista Uruguaya de Ciencia Política N° 16. Montevideo: ICP/FCS. Uruguay.
- ñ **OPS/OMS** (2011) *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. Montevideo.
- ñ **Paz Tejeira G** (2008) ““*Gente en obra*” *Reflexiones en torno a la inserción del Trabajo Social en el Primer Nivel de Atención de Salud*” Tesis de grado no publicada Udelar- DTS-FCS Montevideo, Uruguay.
- ñ **Pérez .E** (2007) “*Nueva ruralidad, globalización y salud*” En: Revista *CES Medicina vol. 21(Supl 1):89-100*.
- ñ **Pérez .M** (2009) “*La reforma del sistema de salud en el primer gobierno de izquierda en la historia del Uruguay*”. *Los desafíos del cambio*. Tesis final de grado no publicada, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- ñ **Portillo, J.** (1995) “*Historia de la medicina estatal en Uruguay (1724-1930)* En: Revista Médica del Uruguay. Vol. 11 Junio, SMU, pp. 5-18
- ñ **Rodríguez Araujo M** (2011) “*Democratización de la gestión pública en el gobierno del Frente Amplio. El caso de la participación social en la reforma del sector salud*” Tesis Final de grado no publicada. Udelar-FCS-ICP.
- ñ **Setaro M** (2004) “*Vigilar y cuidar del bien común. El rol de rectoría del sistema de salud desde una perspectiva comparativa*” Tesis de Maestría no publicada. Montevideo. DCP-

FCS Documento de trabajo nº 47-1.

ñ **Yakzan. Y** (2011) “*Mientras el cuerpo aguante...*” Tesis final de grado no publicada, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Sitios Web

ñ **Carta de Ottawa** (1986) Recuperado en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf> [Visto 7/9/2014].

ñ **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre** (2013) Recuperado en: http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/ddhh/declaracionamericana.htm [Visto 13/6/13]

ñ **Intendencia Municipal de Canelones** (2013) *San Antonio*. Recuperado en: <http://www.imcanelones.gub.uy/?q=node/4746> [visto 10/01/2013].

ñ **Instituto Nacional de Estadística** (2013) Censo 2011 Recuperado en: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/canelones.html> [Visto 5/5/2013]

ñ **Sánchez Islas** (2005) “*Satisfacción de los servicios de salud y su relación con la calidad en los hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo*” Recuperado en: www.uaeh.edu.mx/.../Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20... visto 11.11.14

ñ **Sindicato Médico del Uruguay** (2010) “*La crisis del sector salud 1955-1995. Parte tres: Las nuevas propuestas. 1985-1995*” Recuperado en: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/turenne/3las.htm> [Visto 17/01/2013]

ñ **Las preguntas más frecuentes sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud** (2007) en Revista “Transformación, Estado y Democracia” N° 36 Año 2. Recuperado en: <https://infopymes.wordpress.com/.../incorporacion-de-servicios-personal...> [Visto 29/3/15]

ñ **Ley 18.131** (2007) Recuperado en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18131&Anchor=> [Visto 26/8/14]

ñ **Ley 18.211** (2014) Online Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=> [Visto 13/4/14]

ñ **MEVIR** (2013) *¿Qué es Mevir?* Recuperado en:

<http://www.mevir.org.uy/~mevirorg/index.php/mevir/queesmevir.html> [Visto 14/2/2013]

ñ **Primer Manual de Orientación Técnica para Servicios de Salud Rural** (2012)

Recuperado en <http://www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?7704,25292>

ñ **Programa Nacional de Salud Rural** (2011) [Online] Recuperado en:

http://www.msp.gub.uy/uc_4984_1.html [Visto 10/01/2013]

ñ **Sindicato Médico del Uruguay** (2013) *Demografía médica en el Uruguay* Recuperado en:

http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/demografia_deptos.php [Visto 27/6/2013]

ñ **Villar y Capote** (2013) Recuperado en:

http://www.convencionmedica.org.uy/8cmn/comisiones/com-sistsalud_inf002.html [Visto 7/6/2013]