

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

**Mecanismos de participación de usuarios en el
primer nivel de atención. Aproximación a partir
del departamento de Durazno**

Yeniffer Eliana González Schiera
Tutora: Cecilia Silva

2019

Resumen

En la presente monografía se expone una investigación que describe y que analiza los mecanismos de participación social y los sentidos que los autores le otorgan, a partir de un estudio de caso en la localidad de Durazno. Se priorizó el primer nivel de salud al considerar los centros policlínicos descentralizados, con énfasis en la estrategia de atención primaria en salud.

En Uruguay la reforma de salud se inició con la asunción del primer gobierno de izquierda en marzo de 2005 y su ejecución comenzó en diciembre de 2007, con la ley N° 18211 del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En este contexto, la participación social adquirió una posición central ya que incidió en los tres ejes de la reforma, aunque con mayor impacto en el modelo de atención. Se analizan las principales características de este sistema respecto a la construcción de un modelo de participación social, en la lógica de inclusión de los usuarios en los diferentes dispositivos que hacen posibles los procesos participativos dentro del sector de la salud.

Los lineamientos de apertura a la participación enunciados por el SNIS en las perspectivas de las personas entrevistadas, parecen tener debilidades para concretarse. Los entrevistados aluden a que se necesita un cambio de actitud por parte de los usuarios para contribuir a consolidación de la participación social y al buen funcionamiento del modelo de atención, de modo de culminar con el modelo de atención curativo. Parecería ser que las directivas del sistema de salud de Durazno deberán efectuar nuevos objetivos para propiciar una mayor inclusión de los usuarios en el primer nivel de atención, como lo dispone el SNIS.

Palabras clave: Sistema de salud, Participación social en salud, Primer nivel de atención en salud

Índice

Resumen	2
Glosario de siglas	5
Introducción	6
Capítulo 1.	9
Características de la reforma del sistema de salud en Uruguay	9
1.1. Contexto de la reforma.....	9
1.2. Sistema de salud en Uruguay antes de la reforma	11
1.3. Principales características del SNIS	12
1.4. Los usuarios y su rol activo en el SNIS	15
Capítulo 2.	19
APS como marco de la participación en salud	19
2.1. Antecedentes de la Declaración de Alma-Ata y de la estrategia de APS	19
2.2. Principales características de la APS en el sistema de salud	20
2.3. Aplicación de las estrategias de APS en nuestro territorio	22
2.4 Incorporación de procesos participativos en el Primer Nivel de Atención	25
Capítulo 3	27
Análisis de participación social en la localidad de Durazno enmarcado en el SNIS	27

3.1. Diferentes perspectivas de la participación social en salud desde lo local	27
3.2. Mecanismos y modalidades existentes en la localidad de Durazno	30
3.3. Participación social: relación entre usuarios y centros policlínicos	32
Consideraciones finales	36
Referencias Bibliográficas	38

Glosario de Siglas y Acrónimos

APS: Atención Primaria en Salud

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

DISSE: Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad

FONASA: Fondo Nacional de Salud

IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

JUNASA: Junta Nacional de Salud

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

RAP-ASSE: Red de Atención de Primer Nivel de ASSE

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

Introducción

El presente trabajo corresponde a la monografía final de grado para la obtención de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, plan 2009, de la Universidad de la Republica (UdelaR).

Durante el transcurso de la primera década del siglo XXI se han producido grandes transformaciones, que cuales determinaron una ruptura en la vida política del país. Con la llegada de la izquierda al gobierno en el año 2005 finalizaron los tiempos del tradicionalismo bipartidista: « [...] la salud se ha ido convirtiendo progresivamente en un bien público garantizado por los gobiernos» (OMS, 2008, p. 19) El nuevo gobierno propuso cambios en varios ámbitos, y en el sector de la salud se aplicó una reforma significativa tanto en el ámbito público como privado. Dicha reforma tuvo inicio con de la aprobación de la ley n.º 18211 en el año 2007, donde se determinó la creación SNIS.

El nuevo sistema definió sus principales lineamientos a través de cinco leyes aprobadas entre los años 2005-2008. El mandato que concierne a los deberes y a los derechos de los usuarios fue establecido por la ley n.º 18 335 (2008). Allí se especifica que los pacientes y los usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y que no podrán ser discriminados por ninguna razón (ya sea de edad, de raza, de sexo, de religión, de nacionalidad, de discapacidad, de condición social, de opción u orientación sexual, de nivel cultural o de capacidad económica).

Asimismo, como se dispone en el decreto 237/011, « [...] la participación social es uno de los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud» (2011, cons. 1). Además, es el objetivo del SNIS es « [...] fomentar la generación de espacios para la participación social activa, que propicien el mejoramiento de la calidad de los vínculos entre los actores involucrados en el mismo» (Anzalone, 2018, p. 46). En esta línea, la investigación responde a un objeto de estudio delimitado a partir de las prácticas y de los sentidos asociados a la participación en salud. Específicamente, se buscó conocer los mecanismos existentes en el modelo de atención y se puso énfasis en los actores que concurren y que forman parte del primer nivel de atención.

En función a la temática seleccionada, con el presente estudio se pretendió dar respuesta al siguiente problema: ¿cuáles son los mecanismos de participación social propuestos por el SNIS y cuáles sus características de funcionamiento en el primer nivel de atención? Además, ¿cómo inciden esos mecanismos en el desarrollo de la participación social en las diferentes policlínicas de la localidad de Durazno?

Del mismo modo, para atender esas interrogantes, se plantearon estos objetivos:

Objetivo general:

-Identificar y describir los mecanismos y las modalidades de participación de los usuarios del primer nivel de atención en el contexto del ámbito local.

Objetivos específicos:

-Describir las características que asumen los mecanismos de participación en las policlínicas locales.

-Identificar las percepciones de los actores sociales respecto a la participación social en salud.

-Reconocer los roles que asumen hoy los usuarios en el primer nivel de atención.

Por su parte, en cuanto a la *metodología*, se puede decir que en el marco de la investigación se desarrolló un estudio de carácter exploratorio y descriptivo, con un enfoque de corte cualitativo y cuantitativo. Ello nos permitió reiteradas veces obtener una visión más amplia del fenómeno estudiado; también se combinaron técnicas de investigación. Se analizaron los mecanismos y las modalidades existentes en el primer nivel de atención en la localidad de Durazno, además de la mirada de los actores sobre la participación social en salud. Por último, se recaudó información a través de entrevistas semiestructuradas a tres actores que tienen incidencia y representación en el SNIS.

Al mismo tiempo, se realizaron treinta encuestas a usuarios mayores de edad, más específicamente, a 25 mujeres y a 5 hombres. Para ello, se eligieron tres centros policlínicos descentralizados y el centro de salud de la localidad de Durazno. Los resultados y el análisis de la información se sistematizaron con las entrevistas y con gráficos representativos, donde se caracterizaron los principales aportes respecto a la temática estudiada. Por otra parte, se analizaron fuentes documentales secundarias, tales como documentos del Ministerio de Salud Pública, documentos y leyes relacionadas a la creación y a implementación del SNIS, así como

otros datos vinculados a la atención primaria en salud, que resultaron relevantes para el presente estudio.

Se presenta a continuación la estructura del trabajo, que se encuentra organizado en cuatro capítulos, que pretenden contribuir a crear una mirada integral de la temática que nos ocupa:

En el capítulo 1 se describe el contexto sociopolítico y económico por el cual ha transitado Uruguay en estos últimos años, para poder situarnos en el momento en que se implementó la reforma en salud. Se continúa con una breve descripción del sistema de salud existente antes de la reforma, al tiempo que se abordan las características del nuevo SNIS y de su estructura institucional actual. Además, mencionaremos los avances y el protagonismo que se les ha adjudicado a los usuarios del SNIS.

En el capítulo 2 se desarrollan los antecedentes de la atención primaria en salud (en adelante, APS), sus cometidos, sus características y sus objetivos principales. Luego tratan los procesos de participación social enmarcados en la estrategia de la APS en nuestro territorio. Por otro lado, nos enfocamos en el desarrollo de procesos participativos en el primer nivel de atención.

En el capítulo 3 se presenta el análisis de la información obtenida mediante las entrevistas y las encuestas; para una mejor comprensión se introducen aportes teóricos pertinentes.

Por último, se exponen las consideraciones finales, surgidas de los datos desarrollados. Se espera que puedan generar aportes que sirvan como líneas para futuras investigaciones.

Capítulo 1.

Características de la reforma del sistema de salud en Uruguay

Como punto de partida presentaremos brevemente algunos aspectos teóricos y contextuales vinculados a la situación del Uruguay durante el período anterior al año 2005; con ello nos situaremos en la reforma del sistema de salud que se instrumentó en nuestro país y que tuvo como resultado la creación del SNIS.

1.1. Contexto de la reforma

La política de salud en el Uruguay, más allá de formar parte de un sistema de bienestar agotado, no integró el proceso inicial de reforma del Estado que se dio en los años noventa. Es recién a comienzos del siglo XXI y con un gobierno de izquierda al frente que se promovió una reforma con otra orientación universalista, basada en la ampliación del seguro nacional de salud. Dicha reforma se concretó con la implementación de un cambio estructural en el sector (Pérez, 2009).

A inicios del siglo XXI Uruguay se encontraba bajo un sistema estatal institucionalizado, con políticas sociales universales y con un gran alcance de cobertura en el sector educativo y laboral. En cuanto al sector de la salud no se distinguían avances significativos: el sistema político no contaba con iniciativas y con condiciones necesarias para instaurar reformas estructurales que abracaran todas las esferas de este sector. (Fuentes, 2010)

Por ello, el terreno de la salud previo al SNIS presentaba varias irregularidades, como la ausencia de coordinación y de complementación entre los subsistemas, como segmentaciones en las coberturas asistenciales, como la fragmentación y los problemas en los servicios. Además, eran patentes la medicalización y la especialización, la financiación propia por parte del usuario. Había a su vez un modelo de atención cuativo-asistencialista limitado, con consecuencias no favorables para la calidad y para equidad en la salud; a ello se deben sumar las diferencias en las infraestructuras de los establecimientos sanitarios, las inequidades en los sueldos de los profesionales tanto en el sector público como en el privado, el multiempleo del personal de salud, la asistencia concentrada en el segundo y tercer nivel de atención, entre

otros elementos. En definitiva, las diferentes propuestas e intentos de respuesta por parte del sistema político de la democracia restaurada no habían dado resultados (Fuentes, 2010; Moreira y Setero, 2000; MSP, 2009).

Con respecto a la crisis económica, se intensificó el desempleo y aumentaron las condiciones precarias en el terreno laboral; se percibió un significativo crecimiento de la pobreza, de la indigencia y de las diferencias sociales. Todo eso conllevó a que aumentase la demanda de los servicios públicos, lo que agravó la contención por parte del sector de la salud debido a su inestabilidad interna. En vistas de estas dificultades, la financiación de los servicios se vio afectada y se intensificaron las inequidades entre los subsectores, hecho que desencadenó en disconformidades de los grupos sociales involucrados (MSP, 2009; MSP, 2010).

De todos modos, se perciben algunas innovaciones puntuales en el contexto autoritario, como la creación en el MSP de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE) y la regulación de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Más allá de estos leves avances, el Estado continuó incumpliendo sus funciones esenciales en el sector de la salud pública. Situada nuevamente la democracia en nuestro país, se presentaron varios proyectos para reformar el sistema de salud; estos no tuvieron buenos resultados ni cumplieron sus objetivos. El sistema político uruguayo, en sus intentos de progreso en este sector, no logró adquirir sustentabilidad política ni instaurar una reforma integral que abarcara las necesidades nacionales. (Fuentes, 2010)

Este contexto de disconformidades, sumado a las secuelas de la crisis económica del año 2002, resultó en un escenario favorable para efectuar una reforma en el área. Esa situación se intensificó debido a un marco de alternancia democrática, donde por primera vez asumía el gobierno un partido de izquierda: su propósito político se fundaba en propiciar cambios en la sociedad. Estos aspectos contribuyeron a que se creara el diseño y la implementación, y a que se pusiera en práctica el SNIS. En él se incluyeron varias transformaciones que en otras oportunidades no se habían considerado (Fuentes, 2010). Con respecto a la regulación del funcionamiento del sistema de salud se distinguieron varias iniciativas parlamentarias; además, se percibió la participación de las convenciones nacionales médicas y de las organizaciones sindicales, gremiales y sociales.

Piotti (2002) citado en MSP (2009), señala que se pueden identificar cuatro propuestas. Una primera fue la de la creación del Servicio Estatal de Salud, que al ser bloqueada

parcialmente dio paso a la segunda, que se concretó en la creación de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en 1987, como organismo descentralizado del MSP. La tercera fue el proyecto presentado por el EP en 1995, que fue totalmente bloqueado (proyecto Solari). La cuarta se encuadraría ya dentro de los procesos de consultoría externa y de forma del Estado (p.47).

Por consiguiente, todos los actores involucrados en este sector a través de sus diferentes propuestas coincidían en la urgencia de una reforma. La profundización de la crisis generó incentivos muy grandes para la conformación de una coalición reformista en el sector de la salud. Los documentos oficiales del período y las elaboraciones desde el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), el PIT-CNT y la IAMC marcaron la presión ejercida para lograr salidas políticas (Setaro, 2013).

Si se observan los diferentes documentos de la época, producidos por sindicatos, por gremios y por organizaciones médicas, vemos que estos concuerdan con los principales ejes propuestos por el programa en salud que aprobara el Frente Amplio en su Congreso Extraordinario «Héctor Rodríguez» del año 2003 (MSP, 2009; PIT-CNT, 2001; SMU, 2002; SMU-FEMI, 2004). En efecto, el desarrollo administrativo que consumó el Frente Amplio durante la formación del SNIS se encontró fuertemente relacionado con militancias previas de las organizaciones sociales, como por ejemplo las bases sociales del PIT-CNT.

Lo anteriormente expuesto fue la base fundamental para las propuestas reformistas del gobierno frenteamplista en el año 2005, específicamente en las transformaciones que atravesó el sector de la salud.

1.2. Sistema de salud en Uruguay antes de la reforma

Un sistema de salud es definido como una ordenación que « [...] comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones, cuyo propósito principal es mejorar la salud» (OMS, 2005). Asimismo, los « [...] sistemas de salud hacen alusión a un conjunto de actores y acciones más abarcativas que el sistema de atención médica. En sentido estricto el sistema en salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud» (Pérez, 2009, p. 19). En este sentido, el sistema de salud en nuestro país se presenta en dos subsectores: el subsistema público y el subsistema privado.

En primer lugar, el subsistema público antes de la reforma se encontraba conformado por el MSP, por ASSE, por el Hospital de Clínicas «Dr. Manuel Quintela» (hospital universitario de la UdelaR), por el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, por el Servicio de Sanidad Policial, por el Banco de Previsión Social (BPS), por los servicios médicos de los entes autónomos y servicios descentralizados, y por los servicios médicos de todas las intendencias municipales de todo el país. Por otra parte, el subsector privado se encontraba constituido por las IAMC, por las Instituciones de Asistencia Médica Privada Particular (IAMPP), por los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE) y por los seguros de servicios parciales de salud (Aran y Laca, 2011). Por lo tanto, el sistema de salud anterior se encontraba determinado por estos dos subsectores, muy fragmentados, que no lograban una complementación entre sí y que padecían de una fuerte inequidad asistencialista (Midaglia, 2009).

Evidentemente este contexto marcó la necesidad de una reestructura urgente en este ámbito, por lo que se procedió a una reforma centrada en un sistema integrado, que se consolidó a partir del año 2008.

1.3. Principales características del SNIS

La salud se convirtió en prioridad en los discursos del gobierno entrante a partir del año 2005. La creación del SNIS representó una modificación estructural en el sector de la salud y en las políticas públicas respecto a mayores niveles de salud con alcance universal. Esta innovación ocasionó transformaciones en los sistemas de atención en salud (OPS, 2015). A su vez, este proceso introdujo nuevamente la rectoría del Estado en el ámbito sanitario por medio del MSP; la ley n.º 18 211 (2007a) incorporó diferentes recursos. El nuevo sistema se encuentra a cargo del MSP, que instituye funciones de autoridad como lo disponen la Constitución y las leyes vigentes. Entre otras facultades le corresponderá diseñar políticas de salud, además de ejercer contralor de los efectores y de regular las normativas de programas sociales. En este lineamiento el MSP se centró en propulsar la participación social en la nueva reforma de salud. Para su financiación se creó el Seguro Nacional de Salud (SNS), que depende del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

En tanto, el SNS y el FONASA se centraron en « [...] validar con la cuota salud las necesidades asistenciales presentes y futuras de los usuarios del sistema, limitando el espacio para conductas lucrativas» (Olesker, Oreggioni y Setero, 2010, p. 168). Es decir, la reforma

se orientó a garantizar la accesibilidad, la calidad, la equidad y la universalidad de los servicios de salud (2007a, art. 3). Al ponerse en marcha el SNIS, se produjo la separación entre las funciones de rectoría y de conducción del sistema, como se mencionó anteriormente. Esta quedará a cargo del MSP en lo que refiere a las prestaciones de servicios de salud por parte del Estado, que fueron asumidas por ASSE. Esta separación fue efectuada por la ley n.º 18 161 (2007b), que acreditó la descentralización de ASSE.

A través de ley 18 211 de diciembre de 2007 se consolidó la Junta Nacional de Salud, que es administrada por el SNS: incluso deberá preservar los objetivos del SNIS. En esta agrupación se estableció la participación de representantes de los trabajadores y de los usuarios.

A continuación se presenta la transformación del modelo y los cambios producidos en la gestión, en el financiamiento y en la atención:

- *Cambio en el modelo de atención:* se basa en brindar atención a la salud con criterios de integralidad, de oportunidad, de accesibilidad, de calidad, de continuidad y de equidad. Se prioriza el primer nivel de atención, con una estrategia de APS que permita desarrollar la promoción, la prevención, la detección precoz, la atención de los problemas de salud, la rehabilitación y los cuidados paliativos.
- *Cambio del modelo de gestión:* fomenta la participación activa de los trabajadores y de los usuarios, algo fundamental para generar una ciudadanía consciente que promueva e impulse los cambios en salud como ejercicio de un derecho ciudadano. Se incorpora no solo el control social sino la participación activa y solidaria en los programas de salud y en la gestión de los efectores de la salud. Fortalece el rol de rectoría del MSP en el cumplimiento de sus funciones esenciales con la descentralización de ASSE, separando la rectoría de la provisión de servicios asistenciales.
- *Cambio del modelo de financiamiento:* implicó la creación del FONASA, administrado por el BPS. Se unifica el pago de cuotas de salud a los prestadores integrales del SNIS, ajustadas en base al riesgo (edad y sexo). Se incorpora el pago por cumplimiento de metas asistenciales. Los recursos provienen del aporte del Estado, de las empresas y de los trabajadores. Los usuarios del fondo aportan según su capacidad contributiva y su estructura familiar; los porcentajes que oscilan entre un 3 y un 6 %. Las empresas y el Estado realizan un aporte de un 5 % por sus trabajadores. (Brescia *et al.*, 2017).

Como dijimos, el proceso de implementación de la reforma de la salud se inició con el programa de salud del Frente Amplio, que aprobado a fines del año 2003 por el IV Congreso Extraordinario «Héctor Rodríguez». Dicho proceso se concretó en el año 2008: —En primer

lugar, se incluía dentro de la propuesta una reforma constitucional que reconociera a la salud como un derecho fundamental y estableciera la responsabilidad del Estado en la asistencia de la población (Pérez, 2009 en Fuentes, 2010, p. 133).

En el año 2005, al asumir el gobierno el Frente Amplio, comienza a considerarse la salud como un derecho y un bien público. En este sentido, la ley n.º 18 211 enuncia los medios necesarios para poder acceder a las prestaciones integrales del SNIS, al tiempo que reglamenta que todos los ciudadanos del país tienen derecho a la protección en salud. Por lo tanto, una definición fundante fue concebir la salud como un derecho humano esencial, como un bien público y como responsabilidad indelegable del Estado y de los gobiernos. De esta forma, el SNIS asegurará a todos los habitantes la cobertura integral de salud, independientemente de su capacidad de pago (2007a). Así se avanzó más allá incluso de las definiciones del art. 44 de la Constitución uruguaya, que todavía restringe la obligación del Estado a la provisión de servicios gratuitos a los sectores carenciados (Levcovitz *et al.*, 2016).

Desde la concepción de salud como derecho humano fundamental, la reforma se dirigió a organizar y a mejorar los servicios ya existentes en su accesibilidad; se centró en lograr una mejor equidad y una democratización para la población en general. A diferencia del antiguo modelo de salud, el nuevo SNIS se fundó con el fin de establecer mejoras en la eficiencia del sistema, en la racionalización de los servicios y en propiciar una cobertura integral para todos los habitantes del país. Por lo tanto, el nuevo seguro de salud convergió en una reforma significativa en el ámbito público y privado, pues amplió su cobertura no solo a los trabajadores privados sino también a toda la población. Vemos que « [...] otorga beneficios a personas con hijos menores, pasivos y cónyuges de las personas que deben aportar al Sistema Nacional Integrado de Salud» (Rosas, s/f, p. 1). En este punto es necesario mencionar que los trabajadores de las intendencias municipales de todo el país cuentan con un seguro de salud propio el cual incluye a su conyugues e hijos, garantizando ciertos beneficios. Al día de hoy no se visualiza una propuesta inclusiva para que este colectivo se incorpore al seguro FONASA; como lo propone la ley 18 211 en sus artículos 60 al 74 (2007a).

Por otro lado, los acreedores de este medio tendrían libre decisión para elegir la atención pública o privada; además el seguro de salud se transforma en un seguro de por vida, debido a que la cobertura no se pierde al retirarse de su empleo (Oreggioni, 2015).

En cuanto a los objetivos del SNIS, presentados en el artículo 4, se señalan como los más substanciales: a) la ejecución de una estrategia sanitaria a través de un modelo de atención integral que establezca políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de

promoción, de prevención y de diagnóstico precoz, conjuntamente con tratamientos oportunos, con recuperación y con rehabilitación de los usuarios, incluso ciudadanos paliativos; *b*) fomentar el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipo interdisciplinario así como las investigaciones científicas; *c*) instaurar un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

Al mismo tiempo se fortalecen los procesos de prevención y de promoción, ya que se ofrece una atención integral por medio de gestiones intersectoriales (Benia, 2008). Dentro de este marco se establece una atención integral, entendida como

[...] la gestión y prestación de servicio de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida. (OP/OMS, 2010, p. 29)

Con respecto a las estrategias aplicadas por el SNIS, se destaca la intención de mejorar la atención, además del hecho de que se aplican y se fortalecen programas prioritarios en salud con el fin de incentivar a la población a producir cambios en los hábitos de vida y de cuidado de la salud: dicha estrategia pretende contribuir a la continuidad durante el transcurso de sus vidas. Por lo tanto, se ofrecen diferentes programas que tienen en cuenta las particularidades y el cuidado que el individuo necesita durante el transcurso de su vida, comprendido desde su nacimiento hasta su vejez. Los programas son: Programa Nacional de Nutrición, Programa Nacional de Mujer y Género, Programa Nacional Salud Bucal, Programa ITS-SIDA, Programa Nacional de Discapacidad, Programa Nacional de Salud Mental, Programa Nacional de la Niñez, Programa de Control de Tabaco, Programa de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas, Programa Nacional de Adolescencia y Programa Nacional de Adultos Mayores. (Uruguay, 2008).

Cada uno de estos programas tiene como finalidad ejercer atención integral y articular con la base de la APS y de las prestaciones que brindan las instituciones que se encuentran enmarcadas en la ley n.º 18 211 (2007a), y que son controladas por la Junta Nacional de Salud.

Por último, cabe destacar que desde la construcción del SNIS se incorporó la participación social, que tiene mayor énfasis en el modelo de atención. Se produjeron nuevas formas de relacionamiento entre el Estado y la sociedad, hecho que ha incidido en los procesos de cambio. Más adelante se profundizará en este tema.

1.4. Los usuarios y su rol activo en el SNIS

Los derechos en salud y la participación social en nuestro país cuentan con un amplio marco normativo. Los usuarios han sido incluidos en el sector de la salud y han obtenido derechos y deberes; por lo tanto, su protagonismo se encuentra vinculado a la participación. Esto ha sido posible a través de la implementación de diferentes normativas y mecanismos propuestos por la ley n.º 18 335 y n.º 18 211.

A través del SNIS se establecen derechos correspondientes a los usuarios, donde se da acceso a todos los residentes en Uruguay. Ello significa que todas las personas tendrán derecho a una prestación integral de calidad homogénea y en las condiciones que defina la reglamentación de la propia ley: desde el nacimiento a la muerte y con todos los componentes, desde la promoción, la prevención, la atención y la rehabilitación. Los usuarios tendrán derecho a la libre elección, a la información asistencial y económico-financiera de los resultados de todas las instituciones prestadoras de salud, a la participación en la gestión de las instituciones públicas y privadas, a la participación en los organismos de dirección de la reforma y a la libre elección entre los prestadores integrales de salud. (SMU, s/f.)

Por otra parte, la ley n.º 18 335 se presenta en nuestro régimen jurídico como una norma capaz de regular al mismo tiempo los derechos y las obligaciones de los pacientes y de los usuarios de los servicios de salud, además de vincularse a los trabajadores de la salud y a los servicios que brindan atención. Allí se establece que todos « [...] los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica» (2008, art. 2). El criterio esencial es el de acceder a una atención integral y de calidad, « [...] que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública» (2008, art. 6).

Asimismo, todo usuario y todo paciente tiene derecho a, justamente, conocer sus derechos, a una asistencia sanitaria de calidad, al respeto hacia su dignidad e intimidad, a ser informado sea cual sea su diagnóstico, a tener su consentimiento a la hora de ser informado, a negarse a recibir tratamiento y a participar en investigaciones, además de a obtener acceso a su historia clínica, a presentar quejas cuando lo considere necesario y a morir con dignidad.

En efecto, Suárez (s. /f.) refiere a que

[...] el término «sujeto de derecho» alude a una actividad activa de los usuarios. Esta actitud tiene que ver con reconocerse y asumirse como un sujeto con derechos que deben reconocerse y respetarse. Lo ubica en el lugar de un ser que propone, cuestiona y aporta a su estado de salud y al sistema en general. De ahí la importancia de la participación ya que en la medida que los usuarios participan (tomar parte-ser parte) será un aporte más a la democratización de la salud, a la construcción de ciudadanía y por ende a la asunción de derechos y obligaciones. (p. 4)

Como se ha mencionado desde el principio, la salud se convirtió en uno de los principales objetivos del gobierno frenteamplista. La nueva propuesta de este gobierno instaura una nueva política de salud, donde se especifica que

La salud es un derecho, constituye además un inestimable bien social y como tal hay que garantizar su vigencia y su efectividad, y esta es una responsabilidad colectiva del conjunto de la sociedad y del Estado a quien corresponde la responsabilidad de garantizarla mediante el desarrollo de un sistema nacional de salud eficiente. (Camejo y Valdés, 2013, p. 37)

Para incorporar a los ciudadanos en este proyecto se consideraron los criterios de la declaración de Alma-Ata, donde se ha estimado la participación social como garantía para hacer valer y cumplir los servicios brindados por la atención primaria. Estos deberán dar respuestas a las dificultades de salud de la población, mientras que los ciudadanos deberán sentirse parte de este proceso para apoyar la construcción de una salud colectiva. Por ello, el Estado tiene un gran compromiso respecto a vigilar, a regular y a promover estos derechos, principalmente en la suministración de medicamentos y de tratamientos definidos por el MSP. Por consiguiente, los usuarios y los pacientes son sujetos de derecho dentro del campo de la salud, pero al mismo tiempo mantienen deberes a la hora de velar por ella y, en caso de que su enfermedad sea perjudicial para el resto de la comunidad, se verá en la obligación de cumplir con el tratamiento que se le establezca por parte del MSP, según el artículo 224 del Código Penal.

En relación con lo anterior, mencionaremos cómo a partir del 2005 fueron incluidos los usuarios en ese sector. Una vez instaurada la ley n.º 18 211, la participación social fue parte constituyente de los procesos de definiciones de políticas de salud. El MSP ha tenido gran incidencia en el desarrollo de la participación social respecto a los proceso de formación de las políticas de salud. En este marco los usuarios pasan a obtener un rol participativo, formando parte de diferentes instituciones.

Los progresos continuaron para los usuarios con a través de la ley n.º 18 161, ya que en su art. 2 se crea ASSE como servicio descentralizador al incluirse en su directorio a un

representante de los usuarios y a un representante de los trabajadores. Al mismo tiempo, los trabajadores y los usuarios también participan en la Junta Nacional de Salud (JUDESA), que se encuentra conformada por dos miembros del MSP, por uno del Ministerio de Economía y Finanzas, por uno del BPS, por un representante de los prestadores de salud, por un representante de los trabajadores de los prestadores de salud y por un representante de los usuarios del SNIS, además de un integrante por cada una de las intendencias departamentales.

De acuerdo a Pérez (2009), su cometido es el de

[...] fomentar que las entidades participen en el SNIS coordinen acciones dentro de un marco territorial definido, para brindar una adecuada asistencia y racionalizar los recursos. Además prevé la intersectorialidad, entre las redes territoriales de salud y las otras políticas sociales y con los centros educativos de cada zona. (p. 31)

Por otra parte, se crean los Consejos Asesores y los Consejos Consultivos, que están enfocados en la atención sanitaria:

[...] son establecidos preceptivamente por la ley 18 211 (art. 12) remitiendo a la reglamentación la determinación de la naturaleza y forma de los mismos. [...] Dichos Consejos Consultivos y Asesores estarán integrados por dos representantes del prestador, dos de sus trabajadores y dos de sus usuarios. (Anzalone, 2018, p. 46)

Estos dispositivos se presentan como espacios de asesoramiento, donde cumplirán funciones de carácter informativo, evaluativo y consultivo referidas a diferentes temas vinculados a la promoción y a la prevención de la salud.

Definitivamente, el SNIS introduce en el Estado una reconceptualización de su rol con la sociedad; sin dudas abre un abanico para el desarrollo de diferentes espacios participativos al generar una participación social activa. Es decir, el nuevo sistema y sus reglas son regulados por el Estado, que ejercerá la rectoría, y por otros agentes de la esfera pública y privada que proporcionan los servicios.

Atendiendo a estas consideraciones, en el marco del ejercicio de los derechos en salud y los avances participativos de los usuarios, a continuación se intentará realizar un abordaje referido al sector de la salud, donde se enmarca la participación social de los hacen posible esta acción.

Capítulo 2.

APS como marco de la participación en salud

En el presente capítulo se introducen los principales lineamientos de la APS y el protagonismo de la participación en salud. Se colocan los antecedentes que posibilitaron esta política, y se enfatiza en el primer nivel de atención de salud del actual SNIS.

2.1. Antecedentes de la Declaración de Alma-Ata y de la estrategia de APS

En 1978, mediante la *Declaración en Alma-Ata*, capital de la República Soviética de Kazajstán, se proclama el derecho a la salud de los pueblos. Este constituye el mayor antecedente en el mundo en cuanto a política de salud. La conferencia en la que se la elaboró fue organizada por la OMS/OPS y por UNICEF; en ella participaron 134 países y múltiples organizaciones internacionales. De esta manera, la declaración se propone cambios políticos, técnicos y vinculados con la distribución de los recursos, con el fin de lograr una mayor equidad. En Alma-Ata proclama que la APS es la clave para lograrlo.

La APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y los países puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y de autodeterminación. (Alma-Ata, 1978). Esta estrategia de coordinación tiene como objetivo fundamental « [...] resolver problemas mediante una manera determinada de reorganizar y reorientar los recursos del sector salud» (Perea, s./f., p. 1). Cabe señalar que se implica una organización de servicios con base en niveles de atención.

De la Conferencia de Alama-Ata surge una declaración de 10 enunciados, y de

[...] de la interpretación de los mismos desarrollaremos las distintas características que distinguen a la APS. Integralidad, interdisciplinariedad, intersectorialidad, necesidad de un sistema nacional de salud, planificación, cobertura universal, participación, equidad, descentralización, accesibilidad, continuidad, prevención primaria. (Perea, s. /f., pp. 2-3)

La *Declaración de Alma-Ata* dio inicio a una serie de transformaciones y de grandes progresos en muchos países con la implementación de la APS; sin embargo, cuatro factores

contribuyeron a que estos logros finalmente se diluyeran. Uno de ellos se encuentra relacionado con el hecho de que durante los años ochenta los programas de ajuste estructural llevaron a la reducción del tamaño y del rol del Estado, mientras que en los noventa las privatizaciones afectaron al sector de la salud. Esto lleva a considerar la visión neoliberal de que la salud es un bien a adquirir en el mercado. En segundo lugar, países con gobiernos autoritarios se oponen a tal democratización en la salud; en tercer lugar, se aprecia la distorsión que muchos países realizaron con respecto al significado que Alma-Ata le dio al término «atención primaria», que significa ‘esencial’. Finalmente, un cuarto factor fue la reducción de la APS solo al primer nivel de atención, además de una atención médica primaria que no propone integración, entre otras cosas, de los sistemas de servicios de salud (Nervi, s./f., p. 2).

La renovación de la APS se da con el reconocimiento por parte de los gobiernos del rol que debe tener el Estado para garantizar los derechos de salud. Esto lleva a que en el año 2003 se renueven el compromiso y las estrategias de la APS.

Hacia el año 2005, la *Declaración de Montevideo* enfatizó la necesidad de construir sistemas basados en APS para la inclusión social y para la equidad. Muchos puntos fueron tratados, pero se hizo especial hincapié en « [...] el reconocimiento de las funciones decisivas del individuo y de la comunidad para establecer sistemas de salud basados en las APS» (Nervi, s./f., p. 3). Además, se aclara que se busca

[...] fortalecer la participación a nivel local de los individuos y de las comunidades en su conjunto en el sistema sanitario, al objeto de que el individuo, la familia y la comunidad tengan voz en la adopción de decisiones; asimismo, se debe fortalecer la ejecución y las intervenciones de los individuos y la comunidad, así como apoyar y mantener eficazmente las políticas sanitarias en pro de la familia con el transcurso del tiempo. Los Estados miembro deben poner a disposición de las comunidades la información relativa a los resultados y programas sanitarios, y al desempeño de los centros de salud para que sea utilizada en la supervisión del sistema sanitario. (Benia, 2008, p. 22)

Por otra parte, este nuevo compromiso de la APS se centra ahora en todo el sistema de salud, incluyendo los sectores públicos, privados y sin fines de lucro.

2.2. Principales características de la APS en el sistema de salud

Sobre la base de las ideas expuestas, el actual SNIS se enmarca en una política de Estado. Como se ha manifestado hasta el momento, el Estado ha elaborado mecanismos para que toda

la población acceda a la salud, con lo que se busca mejorar la calidad de vida de todos los ciudadanos. En otras palabras, la concepción de la salud toma otra perspectiva: ya no solo se percibe este término como enfermedad o relacionado a la muerte, sino que atendiendo a estas consideraciones se pretende que la comunidad participe, que se implique y que se responsabilice por su salud. En esta línea, la reforma lleva a que se

[...] transite de un modelo curativo hacia otro cuyo énfasis se expresa en la promoción de salud y prevención de la enfermedad, de un modelo de atención segmentado e hiperespecializado al integral; promoviendo y fortaleciendo el trabajo interdisciplinario e intersectorial. Los componentes históricos y estratégicos de las APS están reflejados explícitamente en el cambio de modelo Uruguay. (, 2010, p. 28)

A continuación se presentarán los elementos básicos que conforman sin dudas la APS, de acuerdo a la OPS (2005):

1. *Proporcionar respuesta a las necesidades de salud de todos los actores de este ámbito:* los sistemas de salud deberán enfocarse en cubrir al máximo la atención de las necesidades de las personas de una forma integral, promoviendo respeto sin importar la condición o la identidad de quienes requieran asistencia.

2. *Servicios orientados hacia la calidad:* se parte de ciertos indicadores de calidad, los cuales permiten responder y anticipar las necesidades de los usuarios. Para ello se necesita dotar a los profesionales de salud para lograr efectividad en sus servicios y, fundamentalmente, para brindar un trato digno, respetuoso y al mismo tiempo un abordaje acorde a cada persona.

3. *Responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos:* serán los gobiernos los que deberán asegurar el control y las condiciones que garanticen los recursos precisos para satisfacer las necesidades de salud de los usuarios, independientemente del tipo de prestador, que puede ser público, privado o sin fines de lucro. Además, le corresponderá implementar políticas y procesos reguladores, que les permitirán a los ciudadanos desarrollar el ejercicio de sus derechos así como exigir igualdad y calidad en los servicios que les son ofrecidos.

4. *Sustentabilidad del sistema de salud:* mediante la proyección de estrategias con objetivos y metas específicas, se pretende dar respuesta a las necesidades de todos los ciudadanos, concretamente a los más vulnerables. Para ello se deberán tener los recursos necesarios de modo de generar continuidad y trascendencia ante posibles cambios en los gobiernos.

5. *Participación*: en primer lugar, los individuos se tornan activos en cuanto a la toma de decisiones que respectan a su propia salud como a la de su familia. En segundo lugar, el nivel social refiere al control social de la gestión.

6. *Intersectorialidad*: los sistemas de salud se involucrarán con diferentes actores y sectores para apoyar y para originar mecanismos para una mejor atención y equidad en cuanto a la accesibilidad y al desarrollo de quienes hacen uso de la APS.

Estos principios básicos nos permiten introducirnos en la estrategia de APS: con la atención se busca implementar y propiciar la participación ciudadana, por lo cual la transformación en este sector juega un rol importante en este nuevo sistema.

Al respecto, el SNIS apunta a fortalecer el primer nivel de atención, con el fin de mejorar el modelo de atención basado en la estrategia de APS. La nueva propuesta logra presentar una idea integral y contemplar varios determinantes sociales, ambientales y culturales que condicionan la calidad de vida de los ciudadanos. Este enfoque contextualiza los principios de universalidad, de equidad, de oportunidad, de calidad, de eficiencia social y económica, de interdisciplinaridad y de sustentabilidad (Rodríguez, 2011).

La implementación de un sistema de salud enmarcado en la APS deberá garantizar una cobertura universal y el libre acceso a servicios orientados a brindar buena calidad de atención, centrado en dar respuestas y en cubrir las necesidades de toda la población. Dentro de este marco se establece una atención integral, que es

[...] la gestión y la prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida. (OPS/OMS, 2010, p. 29)

Para ello se necesitara un marco legal, además de financiamiento, de recursos humanos y tecnológicos adecuados para su sustentabilidad. Por lo tanto, en nuestro país se declara en la ley n.º 17 930 que el SNIS se formará por la complementación pública y privada con base en « [...] la estrategia de APS, privilegiando el primer nivel de atención, acciones de prevención, promoción y rehabilitación» (2005, art. 264). Precisamente, el progreso de la APS se confeccionará a través de un marco legal, institucional, con recursos humanos y financieros que propicien su buen funcionamiento: se apuesta al desarrollo de cuidados y a la participación social. Efectivamente, en la ley n.º 18 221 se consideraron varios de estos principios para establecer el SNIS.

Luego de esta descripción, en las siguientes líneas se definirá la atención del primer nivel en salud en el marco de la APS.

2.3. Aplicación de las estrategias de APS en nuestro territorio

En el año 2005 integrantes de la OPS y de la OMS aprobaron la renovación de la APS en las Américas. Se ejecutó en Montevideo y con ello se conformó un nuevo sistema integral de salud. En esa instancia se decidió que el nuevo sistema se basaría en APS para efectuar mejoras equitativas y sostenibles a la salud de todos los habitantes del territorio nacional (Ríos, 2011). Al asumir el gobierno del Frente Amplio, a cargo del Dr. Tabaré Vázquez, comenzó a considerarse la salud como un derecho y un bien público. Este gobierno creó el SNIS con la aprobación de la ley n.º 18 211 del año 2007, como se ha dicho.

Dentro de este marco, la incidencia de la APS en la reforma del sistema de salud puntualiza su cometido en cuanto a la organización del modelo de atención, quedando concebido en la ley n.º 18 211 bajo el título de «Red de Atención en Salud» (Sollazzo, Berterretche, s./f.). En su artículo 34, del capítulo IV, se determinó que el nuevo sistema se organizaría por niveles de atención, debidamente conectados, que manejarían la complejidad de las prestaciones de acuerdo a las demandas de los usuarios. Los niveles se encuentran consolidados en la estrategia de APS y se prioriza el primer nivel de atención. Sobre esta base, la Red de Atención en Salud (RAP) organizaría al SNIS por diferentes niveles de atención, a saber:

El primer nivel está constituido por una serie de actividades dirigidas 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 con su hábitat natural y con el segundo nivel se constituye por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o breve mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidad de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asienta la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia. El tercer nivel está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades. (Baron, s./f., p. 6)

Dentro del marco institucional, la RAP es una unidad ejecutora de ASSE: su finalidad y su responsabilidad radican en la atención a la salud en el primer nivel, que comprende aquellos ciudadanos con cobertura formal de ASSE. En este sentido,

Desde el punto de vista de la —provisión‖ el sistema de salud uruguayo se encuentra fuertemente fragmentado. Si observamos la oferta de servicios aparecen ASSE y las IAMC, como los principales prestadores integrales público y privados respectivamente, junto a otros múltiples efectores que ofrecen prestaciones integrales o parciales. ASSE cuenta en Montevideo con una RAP del primer nivel que recibe y ejecuta presupuesto propio a través de 12 centros de salud, 32 policlínicas y 70 consultorios de área. En el interior no existe una organización específica de servicios APS, esta se brinda en ASSE a través de centros de salud, policlínicas y consultorios dependientes de los hospitales departamentales. En las IAMC, los servicios de APS corresponden a los servicios ambulatorios de las 41 IMAC distribuidas en todo el territorio. (Sollazzo y Berterretche, s./f., pp. 2833-2834)

La RAP-ASSE se encuentra implicada fuertemente con el proceso de cambio de modelo de atención y de gestión, que impulsa dicha reforma, y para ello se propone ejes estratégicos que viabilicen el proceso. Ellos son la reorganización de la base territorial, el fortalecimiento del primer nivel en cuanto a resolutivez y capacidad de contención, el diseño y la ejecución de programas priorizados, la coordinación intersectorial e interinstitucional, la política de recursos humanos y la participación de la comunidad organizada (Benia, 2008). La RAP del primer nivel desde su inicio ha estado conformada por diferentes policlínicas barriales, a través de procesos comunitarios, de participación social y vecinal, de desarrollo local, entre otros. El nivel de desarrollo se encontrará relacionado al sustento que le brinde la institución de RAP-ASSE. Por lo tanto, este mecanismo buscó el la creación de espacios globales y la difusión de información, que permitieron un aumento del autoestima y de las potencialidades individuales e institucionales, enfocadas a producir instancias participativas con el fin de fortalecer relaciones sociales (Benia y Medina, 2011).

En vista de fortalecer el primer nivel se integra a este servicio equipos de salud:

Los equipos de salud brindan atención sanitaria en base a los programas priorizados que incluyen los componentes de promoción, prevención, detección precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos. En cada área de salud se busca armonizar todos los programas prioritarios a desarrollo en el territorio, de acuerdo a las necesidades y demandas específicas de cada una, identificando las actividades y los recursos responsables de su ejecución, tanto en el campo institucional como social. (Benia y Medina, 2011, pp. 112-113)

El primer nivel contará con equipos de enfermería, de nutrición, de psicología, de odontología, de trabajo social, de medicina general, de pediatría y ginecología. También tendrá personal administrativo, recepción, archivo, farmacia, etc. Al mismo tiempo se difunde la participación comunitaria dirigida a toda la sociedad, implicando a los individuos en organizaciones que le permitan involucrarse en procesos de decisiones y de evaluación del ámbito de la salud. Por lo tanto, se pueden estimar como diferentes variantes de participación social las formas más tradicionales, que son las comisiones barriales. Por otra parte, con la conformación del SNIS se fortaleció la participación social a través de la inclusión de usuarios

en estos mecanismos, ocurrió con el directorio de ASSE y de la JUNASA. Con esto, el SNIS asegurará la participación social y comunitaria: en efecto, a través del primer nivel se procede a la contención de estos dispositivos.

Por consiguiente, el primer nivel de atención y la APS no han de establecerse como sinónimos. Con esto hacemos referencia a que la estrategia de APS puede estar presente en todos los niveles de atención (Vignolo *et al.*, 2011).

2.4 Incorporación de procesos participativos en el Primer Nivel de Atención

«Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población.» (Vignolo *et al.*, 2011, p.11)

La ley de creación del SNIS señala que el primer nivel se encuentra:

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

Por lo tanto, el primer nivel de atención será quien se ocupe de resolver las necesidades básicas y más frecuentes de la población, resolviendo sus demandas por medio de actividades de promoción, prevención y con procedimientos de rehabilitación. Se define como puerta de entrada, por ser el primer servicio de contacto al sistema de salud. (Vignolo, *et al.*, 2011) Por su parte, la reorganización territorial que comenzó en el año 2005, a través de la propuesta que impuso el gobierno de izquierda, se describe a continuación:

[...] la RAP-ASSE ha procurado avanzar con diversos cursos de acción, en los ejes estratégicos del Cambio de Modelo de participación social en salud y una política de recursos humanos tendiente a la dignificación y humanización del espacio laboral. Las Comisiones de Participación se proponen como un ámbito de confluencia e interacción de estos dos ejes estratégicos. Ciertamente no agotan las posibilidades de participación social ni lo referente a una política de recursos humanos. (Benia, 2008, p. 24)

La RAP-ASSE acompañó tal estrategia, respecto a incluir a los usuarios en el ámbito de la salud, enfocados a fortalecer las comisiones de salud y consejos vecinales existentes en

diferentes centros barriales y del ámbito local. En estos avances se consolidan las Asambleas Representativas de Usuarios por Zonas de Salud. A su vez, estas asambleas se articularon en un Movimiento de Usuarios de nivel nacional.

Dentro de este marco se estima la participación como:

Un proceso complejo que integra: —empoderamiento y apropiación de los factores determinantes de la situación de salud de las comunidades, —proceso de aprendizaje para comprender la realidad en su entramado causal e incidir en los procesos históricos y sociales condicionantes de la salud, —desarrollo de capacidad de análisis de la realidad para intervenir en ella con intencionalidad transformadora, — involucramiento en la toma de decisiones, respecto de la identificación de problemas de salud y potencialidades de salud, su priorización y eventualmente el diseño de respuestas colectivas, interinstitucionales y comunitarias para abordarlas, —control social de la gestión, que implica diversos componentes: transferencia de información, rendición de cuentas, esfuerzo comunicacional, exposición transparente al escrutinio público, —dinámica de reflexión —acción— reflexión, de modo que las actividades y acciones devengan en una praxis transformadora. (Benia, 2008, p. 25)

A continuación, se presentarán los espacios de participación existentes en el marco del SNIS. Dentro de la ley 18.211 del actual SNIS, en el año 2005 se gestionan el Consejo Consultivo Nacional de Salud y los Consejos Consultivos Departamentales. De igual forma, en el año 2007 la JUNASA, paralelamente crea los Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales, llamados también Juntas Departamentales de Salud, JUDESA, y Juntas Locales de Salud, JULOSA (Decreto N.º 269/008, Decreto N.º 237/2011). Estos órganos tienen funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones.

La reglamentación del artículo 27 de la ley 18.211 se realizó en 2011, mediante el decreto 237/2011. En dicho decreto se considera que, —la participación social es uno de los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud» y que es «objetivo del SNIS fomentar la generación de espacios para la participación social activa, que propicien el mejoramiento de la calidad de los vínculos entre los actores involucrados en el mismo. Se establece asimismo que —el papel de dichos Consejos es relevante para promover la observancia y el desarrollo de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como para el mejor conocimiento de las realidades y necesidades locales en materia de salud, por lo que sus informes y propuestas deberán ser tratados prioritariamente por la Junta Nacional de Salud».

(Anzalone, 2018, p. 45)

Por último, cabe mencionar que en nuestro país los procesos de participación social se encuentran vinculados a la democracia representativa, los cuales han marcado grandes

avances en la esfera política que ha permitido a los usuarios a transitar por un proceso de empoderamiento desde diferentes determinantes de la salud. Cabe preguntarse si actualmente los decretos y mecanismos existentes hacen posible la inclusión total de los usuarios en este sector.

En tal sentido, en el próximo capítulo trataremos de presentar los principales resultados de nuestra investigación respecto a los mecanismos y procesos participativos existentes en la localidad de Durazno.

CAPÍTULO 3

Análisis de participación social en la localidad de Durazno enmarcado en el SNIS

En este capítulo se expone la interpretación de los datos obtenidos mediante el trabajo de campo. En el presente análisis procuro interpretar la perspectiva de los actores acerca de la participación social en salud. Al mismo tiempo, se describen los mecanismos de participación existentes en la localidad de Durazno y las consideraciones que los actores le atribuyen a tales mecanismos.

3.1. Diferentes perspectivas de la participación social en salud desde lo local

A través de los actores entrevistados se identificaron diferentes posturas con relación a la participación en salud y los espacios existentes para su desarrollo. La construcción del trabajo de campo se concretó en dos partes; la primera concierne al contacto con actores pertenecientes al sistema de salud (entrevista a Dirección del MSP, Dirección de la RAP-ASSE y a usuaria integrante de la JUDESA). En segundo lugar, se concurrió a diferentes centros policlínicos descentralizados donde se realizaron treinta encuestas a usuarios.

Como punto de partida se pretendió identificar en los relatos de las autoridades sanitarias, las percepciones que ellos le atribuyen al actual SNIS en base a la implementación y desarrollo de la participación social en el primer nivel de atención. Las directoras del MSP y de RAPASSE, desde la función que ocupan dentro del sistema de salud, consideran al SNIS de la siguiente manera:

Es una ley buena porque ha llevado a determinadas cosas, como por ejemplo la cobertura universal que hoy tienen los usuarios, o sea, la tendencia es a cubrir a toda la población bajo el sistema de salud, cosa que antes no existía. (Extraído de entrevista a Dirección de MSP)

Es un sistema de salud como está creado el nuestro, donde se prioriza la participación social de los usuarios, los considera a través de los diferentes espacios de participación que hay pensados para los usuarios. (Extraído de entrevista a Dirección de RAP-ASSE)

A través de sus discursos, ambas directoras explican los lineamientos del SNIS, los cuales hacen posible los procesos de participación en salud. También se refieren a que existen varios puntos a trabajar y mejorar para que los usuarios logren empoderarse del rol que el SNIS instruyó para ellos y, sobre todo, perfeccionar, articular y repensar cuestiones relacionadas al funcionamiento de los mecanismos existentes.

Como refiere Grindle (2009), los actores en su rol presentan cualidades y capacidades específicas es decir,

[...] estas capacidades, por supuesto, tienen que ver con el grado de complejidad de las políticas a implementar; aquellas que requieren largas cadenas de acción y respuesta por parte de los otros actores son probablemente las que requieren más sofisticación en la gestión; las que deben ser implementadas en períodos considerables son probablemente las que requieren de mayor seguimiento administrativo, aquellas que involucran múltiples niveles de gobierno requieren gran coordinación y habilidades de gestión. (2009: 40)

Particularmente, el modelo de atención necesita un: «cambio de modelo de atención — que es una de las líneas de trabajo del Sistema Nacional Integrado de salud— [...] que no sea estrictamente médico sino que se pueda abordar desde los determinantes sociales.» (Extraído de entrevista a Dirección RAP-ASSE)

Se acentúa el deseo de una reorientación del modelo de atención con el desarrollo de los recursos marcados por el SNIS, tomando en consideración a los diversos actores para que esto sea posible, a efectos de propiciar el fortalecimiento de la participación en salud.

Si bien lo anterior apunta a reвер el modelo actual, no pasa tan solo por el accionar político, educativo, sanitario, sino también por la forma en que los ciudadanos conciben la salud y su accionar en este ámbito.

[...] cuando yo participo yo me hago cargo, [...] tengo que saber a qué cosas tengo acceso, muchas veces la gente no sabe [...] ¿será falta de difusión? No, es la actitud que tenemos nosotros. [...] cada vez nos hacemos menos cargo de nuestra vida, cuando tendría que ser todo lo contrario. (Extraído de entrevista a usuaria integrante de JUDESA)

En relación con lo último, los usuarios deberán apropiarse del rol que se les ha adjudicado desde el sistema de salud, deberán comprender,

[...] la noción del paciente original, pasivo receptor de políticas y tratamientos, se pasa a la de usuario que adquiere el derecho a elegir y utilizar bienes y servicios de salud, para llegar a la de sujeto de derechos, que se informa, controla y decide. (Clavell y Rodríguez, s/f, p.119)

En este punto será fundamental el intercambio que se efectúe entre el usuario y el prestador del servicio, en este caso, centrado en los dispositivos de participación, donde se deberá trabajar en la adquisición de autonomía de los implicados. A su vez, se observa en el modelo de atención falta de coordinación y explotación de los recursos existentes, fundamentalmente, del trabajo en promoción y difusión de los mecanismos y derechos de los usuarios.

En cuanto a las percepciones respecto a la participación en salud, los entrevistados afirman que es baja la participación en la localidad de Durazno. Los usuarios no logran visualizar ni empoderarse del rol que se les ha adjudicado desde el actual sistema, tampoco otorgan mayor interés a la participación, tan solo se enfocan en la atención médica, no existe involucramiento comunitario ni colectivo a no ser que haya una convocatoria de las autoridades sanitarias. Con relación a lo expuesto, podemos afirmar que los discursos de los referentes institucionales entrevistados coincidieron en la baja concurrencia de los usuarios al primer nivel de atención. La mayoría de los ciudadanos no han progresado en cuanto al reconocimiento de sus derechos y a la conquista de espacios, no hacen uso de los beneficios de la atención de APS en el primer nivel de atención.

Para alcanzar las pautas establecidas por el SNIS se involucran largas cadenas de gestiones, por tanto, para su ejecución se debe asegurar «Cada eslabón de la cadena debe funcionar —esto es, todas las acciones deben corresponder a la intención de las políticas y los actores deben asumir responsabilidades por su papel en el proceso—, si la política va ser implementada efectivamente.» (Grindle, 2009, p. 35) En la localidad de Durazno se constató una fragmentación en doble sentido: desde el sistema y desde los propios usuarios. La fragmentación de los prestadores de salud, por ejemplo, en cuanto a que: « [...] falta gestionar mejor y la transformación de recursos humanos-médico-funcionario» (Extraído de entrevista de Dirección RAP-ASSE). En definitiva, el trabajo con los usuarios es una tarea que hay que fortalecer en varios aspectos; los que trabajan para mejorar su participación e inclusión enfrentan ciertas barreras y desafíos. Por lo tanto, es un reto alcanzar la implementación del nuevo modelo de atención, tal como lo ha mencionado a lo largo de su discurso la directora de la RAP-ASSE.

3.2. Mecanismos y modalidades existentes en la localidad de Durazno

A continuación se presentarán los diferentes mecanismos formales existentes en la localidad de Durazno.

En primer lugar, la JUDESA es uno de los principales dispositivos con que cuenta la localidad de Durazno. Fue creada en el año 2011 y está conformada de la siguiente manera:

Dos miembros titulares del MSP, 1 miembro de BPS, 1 miembro prestador público de ASSE, 1 miembro prestador privado de CAMEDUR, 1 miembro de trabajadores médicos del sector público, 1 miembro de trabajadores médicos del sector privado, 1 miembro de usuarios públicos, 1 miembro de usuarios privados, 1 miembro de gobierno departamental IDD. (Extraído de entrevista de Dirección MSP, usuaria integrante de JUDESA)

«La JUDESA tiene como finalidad justamente formar un recurso para que la implementación del SNIS sea eficiente» (Extraído de entrevista a usuaria integrante de JUDESA). Su objetivos es analizar la ejecución de las políticas de salud, colocar sobre la mesa los « [...] avances y las correcciones que hay que hacer, las dificultades locales. [...] se toman los temas universales no puntuales y ver cómo se avanza en la implementación de las políticas que SNIS pretende implementar» (Extraído de entrevista a usuaria integrante de JUDESA).

En este mecanismo la participación social se encuentran dos tipos de representantes: los trabajadores y los integrantes del movimiento nacional de usuarios. «[...] la participación social que vos me preguntabas acá vas a ver que hay trabajadores y usuarios sentados en la misma mesa que los prestadores y que el gobierno, que es el Poder Ejecutivo que nosotros estamos representando» (Extraído de entrevista de Dirección MSP). La forma en que se participa es la siguiente:

[...] cada uno lleva el tema que considera oportuno, se pueden hacer planteamientos, hemos hecho presentaciones de notas que han sido elevadas a autoridades pertinentes, hemos hecho planteamientos sobre determinados temas puntuales de prestación y, en general, nosotros hemos sido escuchados» (Extraído de entrevista a usuaria integrante de JUDESA).

Para ingresar a este dispositivo se realizan elecciones nacionales del movimiento de usuarios. La usuaria entrevistada nos informa que, lamentablemente, Durazno carece de movimiento de usuarios porque ellos no se involucran. Aunque se realizan convocatorias a

través de un espacio televisivo, se convoca para reuniones o asambleas, hace tiempo que la ciudadanía no participa, no se acerca ni se interesa. Por esta razón es imposible que se roten los usuarios que hoy en día se encuentran insertos en la JUDESA. La Directora de RAP-ASSE informa que hace más de un año no concurren a ese Consejo representantes de usuarios de la salud privada, por lo cual la RAP sumó un integrante del movimiento nacional de usuarios, perteneciente a Sarandí, para que se incluyera en representación de los usuarios faltantes por la salud pública. Esta situación conlleva a que los usuarios no conozcan el fin de este dispositivo, ni la utilidad y ayuda que podrían recibir de él.

Por otra parte, los consejos consultivos son espacios donde « [...] los usuarios, los funcionarios y los gestores se reúnen para deliberar las necesidades, para consultar las cosas que se van a ir haciendo dentro de un prestador de salud» (Extraído de entrevista de Dirección RAP-ASSE) En la actualidad, Durazno solamente cuenta con un consejo consultivo que funciona en la ciudad de Sarandí del Yí.

Lo hacemos en Sarandí, pero en realidad porque ahí tenemos nucleados a representantes del movimiento nacional de usuarios de la salud pública reconocidos por ASSE donde hubo elecciones, donde están activos. En Durazno ciudad hoy día no hay, hay activos representantes del movimiento nacional de usuarios de la salud privada pero no pública (Extraído de entrevista de Dirección RAP-ASSE).

Los consejos consultivos se reúnen todos los meses; participan en sus reuniones el movimiento nacional de usuarios, representantes de los funcionarios de la salud no médica, directores del centro auxiliar de Sarandí, dos integrantes del personal de la RAP-Durazno y comisiones de apoyo de las policlínicas. Las comisiones de las policlínicas son espacios donde se ponen temas sobre la mesa, se debaten para poder conciliar respuestas, ya sea de casos puntuales o de la comunidad. En forma bimensual la mesa coordinadora de policlínicas convoca a integrantes de las comisiones aunque no se logra una mayor integración ni un marcado interés en la participación. Es así que comentan:

«[...] cuantos usuarios vienen a las comisiones de policlínica, en realidad en una comisión puede haber 10 integrantes y participan 2 o 3, hay algunas comisiones que son más nuevas que tienen mucha gente que está con ganas pero las comisiones más viejas [...] figuran 10 personas u 8 vienen 1 o 2 y son las que siempre están a cargo 1 o 2, entonces ya ahí ves que la participación social dentro de una misma comisión de apoyo para un servicio de salud es poco.(Extraído de entrevista de Dirección de RAP-ASSE)

En lo que refiere a las diferentes modalidades de convocatoria y promoción en salud, la Directora de RAP-ASSE comenta que además de realizar convocatorias en las diferentes comisiones de las policlínicas urbanas, también se llevan a cabo jornadas de educación, de sensibilización, de promoción de salud y de difusión en prensa. A pesar de que menciona todos estos elementos no especifica ni el lugar, ni los medios, o cada cuanto tiempo, entre otros, se efectúan esas actividades.

3.3. Participación social: relación entre usuarios y centros policlínicos

Por último, nos centramos en las percepciones que atribuyen los usuarios a la participación social en salud y su relación con los centros policlínicos del primer nivel de atención en la localidad de Durazno. En base a las encuestas realizadas a usuarios se realiza una síntesis de los principales aportes, expresados más adelante a través de dos gráficos.

Citaremos en primer lugar una expresión que refiere a la noción de participación en salud.

La participación en salud concebida por el Sistema Nacional Integrado de Salud uruguayo es algo fundamental para lograr las mejoras en salud. La participación en salud es la participación tanto de los ciudadanos como de los funcionarios, de los usuarios y obviamente de todo el equipo de salud, gestores del sistema para trabajar en las mejoras de la salud. La participación social tal cual es la que se pretende que se haga a través de los usuarios del sistema, donde de manera constructiva colaboran con sus necesidades, con sus planteos, con sus visiones del sistema de salud, de atención médica, de la atención en salud para que sean escuchados y tenidos en cuenta en el momento de gestionar la salud. (Extraído de entrevista de Dirección RAP-ASSE)

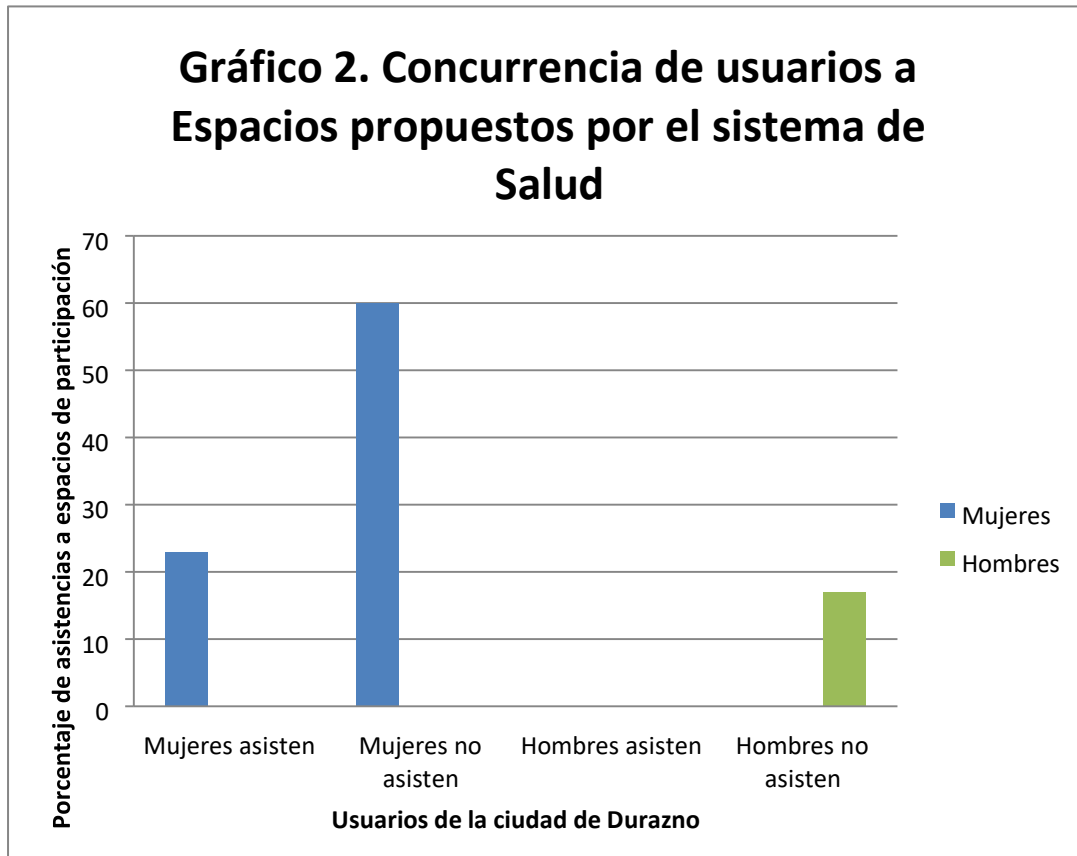
La participación en salud es un espacio para reconocer los problemas comunes y para trabajar en conjunto para solucionarlos, es un proceso de construcción, donde se van adquiriendo derechos y obligaciones que benefician a la comunidad.

Por su parte Montaña (2005) señala que:

La participación es un proceso: implica varios momentos coherentes relacionados, implica un desarrollo en tiempo y espacio y es dinámico en cuanto que tiene que ver con la sociedad en que se da. Implica intervención: supone la capacidad de influir en el desarrollo de algo, en este caso en las decisiones que afectan la vida de los ciudadanos. Es organizada: implica la suma de los intereses de la comunidad a través de las organizaciones comunitarias para que los representen ante el Estado. Es consciente: al tomar conciencia sobre la realidad, los sujetos se

transforman en protagonistas de su propio desarrollo. Continua: implica un ejercicio constante, la participación está presente en la gestión del municipio y su carácter político, social y cultural lo que lo convierte en un componente esencial de la democracia local. (p. 7)

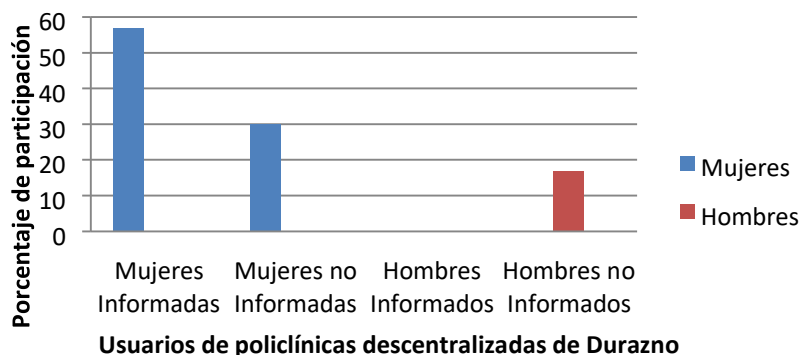
La visión contemporánea de la participación en salud, « [...] reconoce a las personas como usuarios y a la vez como ciudadanos antes los cuales el sistema de salud debe rendir cuentas de la calidad y oportunidad del servicio, así como del uso eficiente de los recursos» (Celedón y Nóe, 2000, p.100).



Fuente: Datos obtenidos en el estudio.

Al analizar si los usuarios utilizan los dispositivos existentes en el primer nivel de atención, se observó que esto no siempre ocurre, por diferentes razones. Los encuestados manifiestan una baja difusión por parte de las directivas de salud, y notan que no se producen avances al respecto, no se realizan convocatorias ni difusión en la prensa u otros medios o por parte de las policlínicas, de esa forma es imposible que la comunidad se informe de los dispositivos existentes y se incluya al sector de la salud.

Gráfico 1. Usuarios informados Sobre la participación ciudadana En el marco de la salud



Fuente: Datos obtenidos en el estudio.

A partir de los sentidos asignados por los usuarios se intentó una aproximación comprensiva a los discursos sobre su conocimiento, en relación con la participación, en el marco de la salud. De acuerdo a lo planteado por los encuestados, en su mayoría no se encuentran informados sobre la existencia de espacios participativos. En un análisis por sexo se estima que un 53 % de las mujeres están informadas de la posibilidad de la participación ciudadana en salud, en tanto los hombres no lo están. De esta manera se estima que un 47 % de las personas encuestadas no tienen conocimiento sobre la participación en el marco de la salud.

Con respecto a la participación en el marco de la salud, percibimos una baja convocatoria desde los centros policlínicos; por su parte, un 77 % nunca ha participado y no conoce la existencia de espacios participativos en las policlínicas a las asisten. Se debe agregar que los medios por los cuales los usuarios se informaron de la existencia de espacios participativos en el marco de la salud fueron varios, a través de centros policlínicos, de hospitales, de medios de comunicación y de redes sociales. Sin embargo, nos llama la atención que la mayoría de las personas encuestadas no conocen ni demuestran interés por informarse al respecto. Es evidente la falta de difusión y de articulación de mecanismos y modalidades por parte de los centros policlínicos; en los cuatros centros se observó la ausencia de relacionamiento con la población en general (usuarios-comunidad). A los usuarios solamente les interesa la atención médica, por lo tanto, gobierna la atención curativa. En síntesis, los lineamientos del actual

SNIS no están implementados en la localidad de Durazno, por lo que debería pensarse un proceso de revisión y adecuación de un nuevo modelo de atención.

De esta manera, lo abordado da cuenta de la poca participación existente por parte de los usuarios, que en su mayoría son adultos. Quizás cabría preguntarse si la participación ciudadana presenta vinculación con una cuestión generacional. No existe una apropiación real de los usuarios hacia la institución salud.

Los centros de atención a la salud son en realidad centros de atención a las enfermedades. Como vino, en su mayoría, quienes concurren a atenderse no conocen la existencia de espacios de participación ciudadana en el área de la salud y ello es la principal causa de la baja representación ciudadana.

En conclusión, la participación social es el ámbito donde se adquieren derechos en la toma de decisiones correspondientes a la salud, a la política y su planificación. Por su parte, la participación en salud promueve herramientas de autocuidados respecto a las enfermedades, educa a los individuos en base a cuidados básicos en sus hogares como en la comunidad y crea redes al mando de actores significativos, que velarán por el bienestar de toda la comunidad. (Guemes, 2014).

Consideraciones Finales

En el transcurso del trabajo se intentó identificar las diferentes percepciones que los actores le otorgan a los dispositivos participativos dentro del primer nivel de atención. Para ello, se realizaron entrevistas, encuestas, además de una revisión bibliográfica de artículos relacionados a gobierno, revisión de leyes, decretos, así como otros datos relativos a la atención primaria en salud y participación social en el primer nivel de atención. Esos datos fueron relevantes para el estudio, toda la información recabada permitió aproximarnos a la temática abordada.

El marco teórico en general se centró en la participación social en salud, teniendo presente en todo momento los mecanismos participativos que hacen posible la inclusión de los usuarios. La implementación de la reforma de la salud promovió avances en relación con los derechos y obligaciones de los usuarios pero, además, incorporó diferentes formas de expresión en este ámbito.

Los siguientes dispositivos formales se desarrollan, a continuación, según sus principales características y su disposición territorial: (i) en primer lugar se encuentra JUDESA, se presenta como el principal dispositivo, donde se administra, y controla el funcionamiento de la política de salud. Conformado por miembros de salud pública, privada, trabajadores, usuarios, miembros de IDD y BPS. Por otra parte, (ii) los consejos consultivos, ubicados en la ciudad de Sarandí del Yí. En estos espacios se discuten y plantean cuestiones generales a resolver y ejecutar por parte de los prestadores de salud. Sus integrantes son usuarios, funcionarios, gestores de la RAP-ASSE, integrantes de comisiones. (iii) En las comisiones de las policlínicas, los usuarios plantean temas que son debatidos para poder conciliar respuestas puntuales, a partir de un consenso comunitario. Son pocas las comisiones que funcionan correctamente y sus integrantes son pocos y siempre los mismos. (iv) Los movimientos nacionales de usuarios solo tienen representante del sector privado. En este caso, los usuarios desempeñan diferentes acciones, como velar por los problemas y necesidades, principalmente, promover y educar sobre conductas saludables en salud. Además de estos mecanismos la Dirección de RAP-ASSE promueve jornadas de educación y sensibilización.

En cuanto a los sentidos que los usuarios le otorgan a los mecanismos de participación, se revela que ellos, en su mayoría, no los conocen y nunca han intervenido en ninguno; algunos concurren a diferentes centros policlínicos, pero, en general, nunca han recibido información o propuestas para participar de los dispositivos existentes en el sistema de salud.

A partir de diferentes aportes obtenidos en las entrevistas, se encontraron posibles alternativas para tratar de acortar las brechas existentes en los procesos de apropiación de estos dispositivos y, sobre todo, de generar procesos de autonomía que favorezcan una democracia más participativa. En efecto, la salud posee varios elementos y recursos para incluir a los usuarios en este sector; desde el sistema integral se busca fortalecer las posibilidades de participación, aunque esto no se ha logrado aún en la localidad de Durazno.

Es perceptible que se debe trabajar de inmediato en la inclusión y en el empoderamiento de los ciudadanos en este sector; las directivas de salud deberían priorizar este tema en la agenda pública para obtener avances considerables tal como lo propone la actual política de salud. En torno a esto parecería ser que la reforma en el sistema en salud abrió determinados espacios con el fin de fortalecer y accionar la participación social, sin embargo, en la localidad de Durazno esto no ocurre. Hay que profundizar en el cambio de modelo de atención ya que realizado hasta el momento no ha sido significativo, no se perciben abordajes para cambiar la no participación, no se gestionan planes en base a una construcción participativa, entre otros, por lo cual, se debería iniciar una evaluación que permita emprender nuevas iniciativas para fortalecer la participación en salud.

En cuanto a la concepción de los actores sobre la participación en salud, se constató, en la mayoría de los entrevistados, la poca consideración y la falta de importancia que adjudican al respecto. El objetivo primordial es asistir al primer nivel de atención exclusivamente en busca de asistencia médica. Se constata una vez más la escasa articulación del modelo de atención para brindar información y concientización a los usuarios acerca del rol que ellos pueden ejercer en la salud, y los beneficios que obtendrían al participar en los dispositivos establecidos en esta materia.

Hay un trabajo por realizar en cuanto a la generación de una cultura de participación en el ámbito de la salud. Para ello se deberían promover procesos educativos a través de la comunidad, ya que sería en ella donde se gestarían el cambio de conciencia y una nueva cultura sobre el tema.

Finalizando, se considera que en el presente trabajo se aportan algunos cuestionamientos que podrían contribuir al desarrollo de nuevos estudios sobre la temática abordada. Se espera que esta exposición genere un espacio para la reflexión acerca de la importancia de la participación en salud y sobre el rol que los usuarios deben desempeñar en este ámbito.

Referencias Bibliográficas

- Alma-Ata. (1978). *Declaración*. Pan American Health Organization. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Anzalone, P. (2018). *Participación social dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay*. Tesis de Maestría. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo.
- Aran, Daniel, & Laca, Hernán. (2011). Sistema de salud de Uruguay. Salud Pública de México, 53(Supl.2), s265-s274. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342011000800021&lng=es&tlng=es.
- Atención Primaria de Salud en la Américas*. N.º.4. Washington, D.C: OPS
Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. pp. 86-98. Montevideo-Uruguay. OPS.
- Benia W. (2008). Participación y cambio del modelo en salud. *Transformación, Estado y*
- Benia, W. y Medina, G. (2011). Construcción de una Red Continente. APS y primer nivel en el cambio de modelo de atención en Montevideo. Uruguay. 2005-2009. En Levcovitz, E., Antonioli, G., Sánchez, D., y Fernández Galeano, M. (Ed), *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. Pp.100-133. Montevideo-Uruguay. OPS.
- Brescia, A., González, Q., Bonapelech, M., Barreto, M. (2017) República Oriental del Uruguay. En Glanc M., Castañeras F., Dotto D., Gómez M. M.D., San Martín M., Santilli I., Tarragona S. (UJ) Panorama Regional: Sistema de salud de Latinoamérica y estado de situación del Modelo RISS. Documento colaborativo-RISSALUD. Segunda Edición.
- Camejo Ramos, L. y Valdés Sierra, I. (2013). El caso uruguayo y las políticas sociales de salud en América Latina. *Panorama Cuba y Salud*. 8(3) septiembre-diciembre. pp. 33-39.
- Celedón C. y Noé, M. (2000). Reformas del sector de la salud y participación social. Revista

Clavell, E. y Rodríguez, A. (s/f): *Transformar el futuro, metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. La participación social en el Sistema Nacional Integrado de Salud: opciones y debates. pp. 118-138. Disponible en: [S.I]: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, [s.]

Colección Política Viva. EBO-ICP. Montevideo.

Colombia. Una mirada cualitativa. *Revista Española Salud Pública*. 79(6). pp. 697-707. Colombia. Universidad del Valle. Instituto de Psicología. Disponible en: <https://ingtecnologia.files.wordpress.com/2010/10/liderazo>

Cuba. Escuela Latinoamericana de Medicina Ciudad Habana.

Delgado G., Vázquez, M., Bermúdez, Y. y García, M. (2005). Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en

Democracia. 2008; 3(37), pp.22-28. Disponible en:

Disponible en:

Disponible en:https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.../Renovacion_de_la_APS_1-

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. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*. 19(1).pp. 119-142. Montevideo. Instituto de Ciencia Política.

Grindle, M. (2009). La brecha de implementación. En: Mariñez, N., Freddy y Garza Cantú Vidal (Coord.). *Política pública y democracia en América Latina. Del análisis a la implementación*. México: EGAP-CERALE.

Guemes, A. (2014). *La participación social a través de la atención primaria en salud*.

Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/SSA>

<http://www.onsc.gub.uy/onsc1/images/stories/Publicaciones/RevistaONSC/r37/37-2.pdf>

http://www.rissalud.net/images/pdfpublicos/Documento_Colaborativo_Rissalud_Oct_20

https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/.../TCP_RodríguezAraújoMartín.pdf

- Jaime, S. (2016). Participación social en sistemas de salud fragmentados: ¿Una relación virtuosa? *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 15(30). Pp 38-56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys15-30.psss>
- Levcovitz E, Fernández Galeano, M., Benia W, Anzalone, P., Harispe, E. (coord.). (2016).
- Medina, M. (2017). Protección social en salud: el Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay. *Revista Fronteras.* (10). Montevideo. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la Republica.
- Midaglia, C. (2009). Las políticas sociales del gobierno de izquierda en Uruguay. Una aproximación a sus características y resultados. En: Quiroga Y., Canzani, A. y Ensignia J. (Comp.). *Consenso Progresista: Las políticas sociales de los gobiernos progresistas del Cono Sur.* Chile. FES. pp. 149-188.
- Ministerio de Salud Pública. (2009). *La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009.* Montevideo. MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2010) *Proyecto de Prevención de Enfermedades Crónicas – PPENT. Documento Preliminar: Propuesta para el Desarrollo de la Estrategia Nacional de Promoción de la Salud.* Dirección General de la Salud. Montevideo, Uruguay. MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2010). Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional de Salud. Montevideo. MSP
- Montaños, L. (2005). Módulos de trabajo y estudio. Módulo I: Liderazgo, Participación Comunitaria y Ciudadanía. Proyecto: Fortalecimiento de las organizaciones pertenecientes a la asociación de proyectos comunitarios A.P.C. Asociación de Proyectos Comunitarios. Popayán. Pp 01-09.
- Moreira, C. y Setero, M. (2000). Alternativas de la reforma del sistema de salud en Uruguay. En: Mancebo, M., Narbondo, P. y Ramos, C. (Comps.). *Uruguay: La reforma del estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000).* Montevideo.
- Nervi, L. (s/f). *Alma Ata y la Renovación de la Atención Primaria de la Salud.* Disponible en: <https://www.yumpu.com/document/view/alma-ata-y-la-renovacion-d>

OEA – IIN. *La participación de niños, niñas y adolescentes en las Américas a 20 años de la convención de los Derechos del Niño*. Montevideo. IIN.

Olesker, D., Oreggioni I. y Setero, M. (2010). La reforma de la salud: una síntesis final. En: *Transformar el futuro. Metas cumplidas desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud*. pp. 166-173. Uruguay. MSP-Banco Mundial.

OMS (2008). —Información sobre la Salud en el Mundo. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca.

OPS (2015) Perfil del Sistema de Salud. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio. Levcovitz, E., Fernández, G., Benía, W., Anzalone, P., Harispe, E. Montevideo.

OPS/OMS. (2005): *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*,

OPS/OMS. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. *Serie: La Renovación de la*

Oreggioni, I. (2015). El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: cambios en el financiamiento del sistema de salud uruguayo. En: Fernández Galeano M., Levcovitz E., Olesker D. (coord.). *Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay*. Montevideo. UdelAR, OPS, OMS.

Panam Salud Pública. 8(1/2). Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8792/3008.pdf?sequence=1>

Perea, M. (s/f). *Fichas temáticas de apoyo a la Modalidad Semipresencial Atención Primaria en Salud. Curso: Niveles de Atención en Salud. Facultad de Psicología*. UDELAR. Disponible en: https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficha-usuario

Pérez, M. (2009). *La Reforma del Sistema de Salud en el primer gobierno de izquierda en la historia del Uruguay* | *Los desafíos del cambio*. Montevideo. UDELAR.

Perfil del sistema de salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio. Montevideo. OPS.

Pp.117-131, Buenos Aires. Unidad Ejecutora Rissalud.

Ríos Ferreira, G. (2011). El desarrollo de los recursos humanos: una función esencial de la salud pública. En: Levcovitz, E, Antoniol, G., Sánchez, D., Fernández Galeano, M. (Ed),.

Rissalud. (2017). *Panorama Regional: Sistemas de salud de Latinoamérica y estado de situación del Modelo RISS. Documento colaborativo-RISSALUD*. Pp.117-131. Buenos Aires.

Rodríguez, A. (2011) *.Democratización de la gestión pública en el gobierno del Frente Amplio. El caso de la participación social en la Reforma del Sector Salud. Uruguay.*

Rodríguez, D. y Meza, M. (2009) —Comunidad, participación y socialización política| Cap. IV —Comunidad, diversidad y participación. La diversidad como proyecto| Compilador: Graciela Tonon. Editorial. Espacio, 2009.

Rosas Baron, G. —Informe Sistema Nacional Integrado de Salud| Informe especial- Informe Sistema Nacional Integrado de Salud. Ley 18.211. Publicado en Salud.

Setaro, M. (2010). La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y el nuevo Estado para la performance. En Mancebo, M. y Narbono, P. (Ed.). *Reforma del Estado y políticas públicas en la Administración Vázquez: acumulaciones, conflictos y desafíos*. pp. 202-223. Uruguay, Montevideo. Editorial Fin de Siglo.

Setaro, M. (2013). *La economía política de la reforma del sector salud en el Uruguay (2005-2012) Innovación y continuidad en la construcción de un Estado Social con inspiración desarrollista*. Montevideo. UdelaR.

Sollazzo A., Berterretche, R. (s/f). *El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria| Departamento de Medicina Preventiva y Social*. Uruguay. Universidad de la Republica.

Suárez, Z. (S/f) Los derechos y los usuarios de los servicios de la salud. Fichas temáticas de apoyo a la Modalidad Semiprecencial. Área de Salud- Facultad de Psicología. Curso

Niveles de Atención en Salud. Disponible en:
https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficha-usuario

Universidad de la Republica: Facultad de Ciencias Sociales (Instituto de Ciencia Política),
Disponible en:

Vignolo, J.; Vacarezza, M.; Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud* Disponible en:
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>.

Weinstein, M. (1998). Participación Social en Salud: Acciones en curso. En: Correa E. y Noé, M. (eds). *Nociones de una Ciudadanía que Crece*. Chile. FLACSO.

Fuentes Documentales

OMS. (2005). Sistema de Salud. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>

OPS/OMS. (2013). Argentina, preguntas frecuentes. Disponible en:
<https://www.paho.org/arg/index.php?option=com...id...preuntas.frecuentes...>

PIT-CNT. (2001). 7.o Congreso del PIT-CNT. Hacia la construcción de un Sistema Nacional de Salud. Disponible en: www.pitcnt.org.uy

Presidencia de la República Oriental del Uruguay.
SNIS. Disponible en:
www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf

SMU (2002). Declaración de Solís II. Sindicato Médico del Uruguay. Disponible en:
<http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/solis2/solisii.htm>

SMU. (s/f). Sistema Nacional integrado de salud. Disponible en:
www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf

SMU-FEMI. (2004). Octava Convención Médica Nacional. Declaración final. Disponible en:
<http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n58/pag8-9.pdf>

Uruguay. Poder Ejecutivo. (2008). Decreto N° 269/008.
Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos>

Uruguay. Poder Ejecutivo. (2011). Decreto N° 237/011.
Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos>

Uruguay. Poder Legislativo. (2005). Ley N° 17 930. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17930-2005>

Uruguay. Poder Legislativo. (2007b). Ley 18 161. Disponible en:
<https://parlamneto.gub.uy>leyes>ley>

Uruguay. Poder Legislativo. (2008). Ley 18 335. Disponible en:
<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18335>

Uruguay. Poder Ejecutivo. (2008). Decreto N.º 465/008. Disponible en:
<https://www.impocom.uy>

Uruguay. Poder Legislativo. (2007a). Ley N.º 18 211. Sistema Nacional integrado de salud.
Disponible en: <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18211>