



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE CIENCIA POLÍTICA
Monografía Licenciatura en Ciencia Política

Tres al cubo: periodos claves de la participación social en el SNIS analizados desde el cubo de la democracia

Leandro Santos
Tutora: Guillermo Fuentes

2023

Índice

Índice	2
I. Introducción	3
II. Marco teórico de referencia.	4
II.1 De la democracia representativa a la democracia participativa.	4
II.2 Participación ciudadana	6
II.3 Salud y participación.	8
II.4 Modelos teóricos. El cubo de la democracia.	9
II.4.a ¿Quiénes participan?	10
II.4.b Decisiones	11
II.4.c Discusiones en acción	12
III El sistema de salud uruguayo	13
III.1 JUNASA	15
III.2 ASSE	16
III.3 JUDESAS y JULOSAS	18
III. 4 CCA	19
III.5 Movimientos de Usuarios en Uruguay	20
IV. Marco Metodológico	22
IV. 1 Diseño y tipo de estudio	22
IV. 2 Técnicas de obtención de información	22
IV. 3 Plan de análisis	23
V. Análisis empírico de los datos. Principales resultados	23
V.1 Periodo 2008 a 2012: el empuje.	24
V. 2 Periodo 2013 a 2017: el freno.	28
V. 3 Periodo 2018 a 2022: retroceso.	34
VI. Conclusiones.	41
VII. Bibliografía.	45
VIII. Anexos	52
CUADRO 1: Niveles de participación en el SNIS según escala de Arnstein adaptada por Clavel y Rodríguez Araujo (2009).	52
CUADRO 2: Cuadro comparativo de competencias JUDESAS	53
CUADRO 3 : Síntesis de las variables del Cubo de la Democracia.	55
CUADRO 4: El cubo de la democracia aplicado a espacios de participación en el SNIS 2008 a 2022.	56
CUADRO 5: Análisis de espacios de participación en base a Bettoni (2016).	56

I. Introducción

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Uruguay cuenta con estructuras y mecanismos participativos de carácter innovador, pensados para avanzar en un nuevo modelo de relacionamiento entre Estado y sociedad (Rodríguez, 2011). El presente trabajo pretende realizar el análisis desde su creación en 2008 hasta 2022, para lo cual se dividió el periodo en tres etapas de cinco años cada una, y se aplicó un modelo teórico de análisis, llamado “cubo de la democracia” (Fung, 2006), que permite medir diferentes niveles de participación, e identificar sus variaciones.

El estudio y análisis de estas estructuras y mecanismos de participación, a través de trabajos descriptivos desde la ciencia política, son de utilidad para aportar a la transformación estatal a través de nuevas y mejores políticas públicas. Es de relevancia desarrollar el estudio de procesos que se amparan en propósitos de mejora de la calidad democrática, intentando perfeccionar así el alcance y la ejecución de las políticas públicas, buscando aumentar la implicación de más ciudadanos en la definición y puesta en práctica, no solo de las políticas, sino también de la política.

El sector salud es complejo debido a que moviliza una gran cantidad de recursos humanos, materiales y económicos, por lo que se hace necesario considerar la influencia e interacción entre ellos, así como con los diferentes sucesos, internos y externos, que se han presentado en estos últimos quince años de funcionamiento del SNIS. La mayoría se sucedieron durante los gobiernos del Frente Amplio (FA) donde es posible identificar momentos claves, como el empuje de una primera administración, un segundo período, de continuidad del proceso; y finalmente, un tercer momento caracterizado por dificultades para llevar adelante la agenda reformista (Fuentes y Rodríguez, 2021).

En 2020, la transición hacia un gobierno de coalición de diferentes partidos de centro derecha, liderada por el Partido Nacional, produce un giro ideológico en la conducción del Estado que afecta las dinámicas de participación y las estructuras creadas para tal fin. También la incidencia de la emergencia sanitaria de alcance mundial, ocurrida entre 2020 y 2022, generado por la pandemia de COVID 19 (por sus siglas en inglés *Corona Virus Disease 2019*), que llevó a posicionar a la salud en el primer lugar de temas de preocupación, limitó los espacios de encuentro y reunión por definiciones políticas orientadas, entre otras, a la limitación de la circulación ciudadana para disminuir la curva de contagios, y dejó en evidencia las limitaciones existentes del sistema. Por todo esto, las

estructuras formales para la participación de usuarios y trabajadores en el SNIS han tenido un impacto que es necesario analizar.

Este trabajo desarrolla un marco teórico de referencia, que parte de conceptos de democracia representativa y participativa, participación, salud, y modelos de análisis de la participación. Dentro de estos modelos se describe el más relevante para los fines propuestos, el Cubo de la democracia, que se utilizará como herramienta principal. También se realizará un breve descripción de las estructuras institucionales de participación en el SNIS. El análisis seguirá una metodología cualitativa basada en obtención de la información a través de investigación en fuentes secundarias, desarrollando así un estudio analítico descriptivo, tal como se describe en el marco metodológico. En la siguiente sección se desarrolla cada estructura de participación creada en el marco del SNIS durante los tres periodos ya mencionados, tratando de explicar cómo se realiza el análisis de cada una en función del cubo de la democracia, y caracterizando los hitos principales en el sector salud en cada periodo. Finalmente se esbozan las conclusiones del trabajo así como un conjunto de explicaciones para comprender la variación en la participación en salud que sintéticamente se podrían resumir en las vinculadas a factores internos, referentes al diseño institucional, su implementación, el seguimiento y evaluación; y las vinculadas a factores externos de la misma, orientadas al efecto del entorno y el contexto sociopolítico.

II. Marco teórico de referencia.

II.1 De la democracia representativa a la democracia participativa.

La elección de representantes políticos mediante la competencia electoral, y la existencia del sufragio universal, parece ser el componente común en las diferentes definiciones de democracia. La democracia moderna se concibe esencialmente como democracia representativa, haciendo de la representación uno de sus elementos más importantes y asumiendo que hay una coherencia entre las decisiones que toman los representantes y las necesidades o deseos de los ciudadanos representados. Promueve que “el ejercicio del derecho a participar en la toma de decisiones colectivas obligatorias, que tiene cada individuo miembro de la comunidad política, es delegado a un representante con responsabilidad política para que en su nombre ejerza ese derecho” (Rueda, 2012;134).

Tanto desde la derecha como desde la izquierda se ha cuestionado la supuesta congruencia entre representantes y representados. La derecha exige la potestad de los mercados y la reducción del tamaño del Estado, mientras que la izquierda aboga por mayor participación directa de los ciudadanos en las instituciones públicas. Es así que la

democracia representativa enfrenta una crisis de representatividad, evidenciado en las crisis políticas de algunos países latinoamericanos, donde el común denominador es el cuestionamiento e inconformidad con el desempeño de los gobernantes. Como respuesta surgen las ideas de la democracia participativa que en un espectro teórico, estaría entre la democracia representativa con representación política y la democracia directa sin representación política. Este modelo de democracia participativa aparece en contraposición a las concepciones de la democracia elitista competitiva y cuestiona la idea del individuo libre e igual de la teoría liberal, ya que asimetrías de poder, evidentes en las diferencias de recursos y oportunidades de los individuos, limitan su participación efectiva en la vida política, estado reproductor de desigualdades. (Rueda, 2012).

El modelo participativo de la democracia no niega la existencia de los mecanismos representativos, sino que propone una coexistencia de estos mecanismos con los de la democracia directa. La pretensión es incluso que se democratizen los diferentes espacios de la vida cotidiana de las personas estimulando la participación generando confianza en su efectividad, para lograr un mayor grado de satisfacción de la ciudadanía con sus gobiernos, un mayor grado de legitimidad, obediencia y respaldo a las decisiones políticas. (Held 1991, citado por Rueda, 2012).

Fung (2015) coincide en que el vínculo entre los ciudadanos y las instituciones políticas se ha, de alguna manera, debilitado. Para el autor la confianza pública ha disminuido en muchas democracias maduras ya sea por la percepción de que los políticos y los partidos han perdido capacidad de llegada a sus votantes, que han perdido “el toque”, que estos actores están comprometidos con algunos que no rinden cuentas a la mayoría, que son corruptos, o que simplemente son ineficaces. Dicho de una u otra manera, para Fung también la calidad de la democracia parece estar en juego.

Esta noción de calidad democrática, para Rodríguez Araujo (2011) se modifica en función de la concepción de democracia que se considere. Simplificando el análisis del autor este considera un enfoque “restrictivo” y otro “expansivo” de democracia. El primero limita sus alcances a la elección del gobierno y es en la elite política que se encuentra centralizada la toma de decisiones, dejando a los ciudadanos el voto para distribuir premios y castigos entre los políticos que entran en competencia por el poder (Schumpeter, 1974 citado por Rodríguez Araujo 2011). La idea de participación ciudadana tiene como instancia principal al acto electoral, eligiendo representantes directamente o a través de cuerpos intermedios, para los diferentes niveles del gobierno. Mientras que el enfoque “expansivo” de la democracia en cambio, es promovido por partidos de izquierda o progresistas, y predomina la concepción republicana de construcción de bien común y corresponsabilidad

de toma de decisiones, y es donde la participación se desarrolla más allá de las instancias electorales, aunque no siempre es fácil identificar los mecanismos que permiten llegar a estos otros ámbitos de la vida política. El autor destaca también que la participación tiende a ser un fin en sí mismo, más que solo un mecanismo. Es así entonces que aparecen nuevos diseños institucionales públicos estatales que buscan resolver la cuestión entre representación y participación, generando ámbitos institucionales de participación social que permitan por una parte fortalecer el vínculo sociedad-Estado, y por otra mejorar la calidad democrática, y al mismo tiempo cumplir con un claro objetivo político.

II.2 Participación ciudadana

Las formas de involucramiento social en la toma de decisiones públicas son múltiples. Esto también ha llevado a la construcción de múltiples tipos ideales que permiten comprender mejor estos procesos. La participación ciudadana hace referencia a las formas de inclusión de la ciudadanía en procesos decisorios incorporando sus intereses particulares respecto a determinadas temáticas. Procura una incidencia más directa, ya que las formas de representación que se sustentan en el voto ya no garantizan necesariamente una intermediación, efectiva ni eficaz, entre representantes y representados.

La participación es un componente esencial de la democracia, como forma de organización social y de gobierno. En este sentido la participación ciudadana, es la clave para transformar el espacio de lo estatal en un espacio público y contribuir a crear condiciones para consolidar una gobernabilidad democrática. (Ziccardi, 1998).

Para Rofman (2016), la participación de la ciudadanía en los procesos de política pública, hace referencia al universo de prácticas de intervención de la sociedad en la decisión y la gestión de los asuntos públicos, ya que los temas que ocupan la atención de la participación ciudadana no se restringen a las problemáticas que afectan a los involucrados en las experiencias participativas, sino que remiten a cuestiones de interés social, colectivo. Para la autora, es el Estado el interlocutor para cuestiones públicas, como representación institucional del interés general, y es por ello que es importante el involucramiento de los actores de la sociedad civil en los procesos de políticas públicas. El calificativo de *ciudadana* lleva a comprender la participación de la sociedad civil en términos de ciudadanía, en el marco de los derechos y obligaciones establecidos normativamente desde el Estado, el cual ocupa una posición central en los procesos participativos, en su calidad de representante de lo público. El sentido político de la participación adquiere así centralidad en el debate, donde la participación refiere a la intervención de la sociedad en políticas públicas de bienestar, e incide así en la orientación de la acción del Estado, lo que

fundamenta el contenido político. Los procesos de participación constituyen, en sí mismos, formas de disputa por el poder.

Para Cunill Grau (2007), la participación ciudadana es un medio de influencia social donde la ciudadanía puede beneficiarse de un enfoque político del control y en los últimos años se ha consolidado con un lugar destacado en el discurso de la reforma del Estado. La autora identifica una paradoja de la participación cuando esta es promovida e institucionalizada desde el Estado, ya que “puede servir para corporativizar aun más las decisiones públicas o puede promover su democratización e incluso, contribuir a su calidad” (Cunill Grau 2007:124). Esto depende del régimen y las fuerzas políticas que estén en juego, así como de sus diseños institucionales.

Para Rodríguez Araujo (2011) el sentido de los intercambios entre la sociedad y el aparato burocrático del Estado, a cuanto más alto se encuentran los colectivos sociales en escalas ordinales de participación, mayor es la transferencia de poder del Estado hacia los ciudadanos. Y viceversa, en los niveles inferiores, se dará la relación jerárquica tradicional entre burocracia y ciudadano. Quienes promueven la democracia participativa intentarán privilegiar en construcciones institucionales los niveles más altos de las escalas, junto con la rendición de cuentas (*accountability*).

Para Fuentes et al (2016) la participación desde la derecha se entiende como mecanismos que permiten una mayor la rendición de cuentas de los gobiernos, involucrando a actores no gubernamentales en la gestión, como el sector privado por ejemplo, generando a su vez una conceptualización del individuo como cliente, en el paradigma hegemónico de reforma administrativa llamado Nueva Gestión Pública (NGP). En cambio, la participación para la izquierda implica generar mecanismos que amplían la participación ciudadana a través de espacios de diálogo e intervención en el aparato estatal, con la intención de alcanzar el desarrollo de un Estado sensible y receptivo a las demandas sociales, generando al mismo tiempo un mayor empoderamiento de los ciudadanos, todo lo que lleva a una profundización de la democracia.

Según Rueda (2012), el modelo de democracia participativa se contrapone a que la representación agote las posibilidades de participación de los ciudadanos, ya que no refleja la diversidad de posiciones socio-culturales de una sociedad, y la toma de decisiones de la burocracia se ve limitada al no contar con la información completa y pertinente proveniente de los ciudadanos y sus diferentes formas de organización social así como grupos minoritarios. En la democracia participativa, la participación tiene un significado mucho más amplio y directo como intervención, sin negar la realización y organización de algunas

actividades políticas a través de la mediación de representantes, busca promover la complementación de los mecanismos representativos con mecanismos que permitan a los ciudadanos un rol más activo en el proceso de toma de decisiones políticas.

Para Fung (2015), la profundización de los déficit de legitimación del gobierno representativo crea oportunidades para formas de participación que amplíen la legitimidad. Sin embargo hasta ahora su efecto no es claro, sumado a que los esfuerzos por incrementar la justicia social presentan notorios obstáculos. El alcance y poder de las innovaciones participativas es muy limitado. En el mismo sentido, visiones como las de Castillos-Cubillos (2017), consideran que en la realidad latinoamericana los mecanismos de participación ciudadana son incipientes, torpes, asistencialistas, y no son obligatorios para quien gobierne.

En definitiva, la participación es un concepto polisémico, en permanente construcción y discusión. Existen múltiples abordajes y literatura al respecto, por lo que ha ido adquiriendo múltiples acepciones, y depende de posturas político ideológicas que responden a: qué implica participar, bajo qué condiciones y entre quiénes, por lo que su definición no está, ni estará saldada (Bettoni, 2016).

II.3 Salud y participación.

Para Velez Arango (2007) alcanzar altos niveles de salud individual o colectiva está íntimamente relacionado con la participación en los procesos sociales, económicos y políticos. Aborda la salud como un proceso de adaptación, dado por la forma en que cada individuo participa del ámbito social, económico y político, siendo las condiciones biológicas individuales un registro histórico de la forma como se ha vivido, logrando o no dicha adaptación.

Rodríguez Araújo (2011), destaca que el vínculo entre participación social y salud viene desde la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Declaración de Alma-Ata (1978), luego en la Carta de Ottawa de la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (1986), también esta presente en la Declaración de Montevideo sobre las nuevas orientaciones de la APS (2005), y en el Informe de la OMS de 2008, documentos que en mayor o menor medida van desarrollando la evolución del concepto de participación social en salud. Finalmente el autor utiliza a manera de síntesis, la definición establecida por Rodríguez y Pérez, quienes conciben la participación social en salud como *“un proceso complejo de intervención de los actores y grupos sociales organizados, que buscan alterar la relación Estado-Sociedad-Salud, en base al incremento progresivo de su*

influencia en el proceso decisorio y al control ejercido sobre los recursos y los factores de poder existente en el sector salud" (Rodríguez y Pérez, 1996: 316 citado por Rodríguez, 2011)

Bettoni (2016), destaca el enfoque multidimensional de las capacidades de Sen, donde la mejora del bienestar de las personas va a depender de contar con funcionamientos, (actividades que las personas reconocen como importantes), capacidades, (oportunidades o las libertades para poder disfrutar de esos funcionamientos) y la agencia (relacionada con la autodeterminación, la autonomía, la autosuficiencia, y el empoderamiento). El deseo colectivo de poseer capacidad de agencia sugiere que los procesos de desarrollo deben fomentar la participación, el debate público y la práctica. En una democracia las personas ejercen su agencia en el espacio público a través del ejercicio de derechos civiles y políticos fundamentales, el derecho a voto, el derecho de asociación y el derecho a la libertad de expresión, estrechamente vinculados al ejercicio de los derechos económicos y sociales (como el derecho a la educación, la alimentación, la salud, la vivienda) ya que su cumplimiento hace posible la real participación política de las personas y el ejercicio de su capacidad de agencia.

La participación ciudadana entonces es una de las formas para ejercer la capacidad de agencia, movilizarse en defensa de intereses, colocar los temas en la agenda, generar un proceso inclusivo y alcanzar el desarrollo humano desde la perspectiva de sus propias necesidades. Para ello es necesario contar con marcos institucionales que incentiven la organización de la sociedad y la corresponsabilidad entre el Estado y la sociedad en las políticas sociales. (Ziccardi, 2004 citado por Bettoni 2016).

II.4 Modelos teóricos. El cubo de la democracia.

Existen múltiples modelos teóricos para el análisis de la participación. Podemos mencionar la escalera de participación de Arnstein (1969), con variaciones del continuum propuesta por Brager y Specht (1973). También encontramos la Escalera de los niveles de participación de Hambleton y Hogget (1994), el *Continuum* de la participación ciudadana de Shand y Arnberg (1996), y el *Spectrum* de participación de la Asociación Internacional para la Participación Pública. (Rueda, 2012).

Fung (2006) desarrolla una herramienta, llamada **cubo de la democracia**, para comprender los mecanismos institucionales de participación pública. El autor plantea que los mecanismos varían en tres dimensiones: **quién participa, cómo los participantes se comunican entre sí y toman decisiones juntos, y cómo se vinculan las discusiones**

con la política o la acción pública. Este modelo tridimensional de participación constituye un espacio en el que puede ubicarse cualquier mecanismo de participación. Las diferentes regiones de este espacio de diseño institucional permiten abordar problemas de gobernabilidad democrática, como legitimidad, justicia y administración eficaz.

Fung (2015) considera importante diseñar los espacios de participación de manera tal que, quienes se involucren en ellos, sientan que los resultados satisfacen sus expectativas. Para el autor la participación ciudadana es profundamente política, y destaca que, si quienes participan apoyan las instituciones y la práctica de participación, serán también quienes la defienden cuando las condiciones cambien. Propone tres puntos relevantes a considerar: 1) existe una gran diversidad en las experiencias y diseños institucionales para la participación pública, 2) el diseño importa ya que la participación puede ser un medio para alcanzar valores como legitimidad, justicia y eficacia en la gobernanza, y 3) este diseño se puede organizar teóricamente en el cubo de la democracia: quién participa, cómo se comunican y toman las decisiones y nivel de influencia sobre las decisiones públicas y acciones resultantes.

II.4.a ¿Quiénes participan?

Para Fung (2006) la participación directa de los ciudadanos es necesaria para remediar ciertas deficiencias de los funcionarios electos o administrativos. Y esto depende en gran medida de quién participe. Por lo tanto, una característica fundamental de cualquier espacio de participación público para la toma de decisiones es quién es elegible para participar y cómo. Dentro de las posibilidades, existen **7 mecanismos** para identificar o seleccionar a los actores que participan directamente en las discusiones o decisiones sobre asuntos públicos y pueden ordenarse desde el más exclusivo hasta el más abarcador en una sola dimensión que el autor llama métodos de selección de participantes.

Los dos mecanismos de selección de personas que ocupan cargos en el Estado son: las elecciones competitivas que seleccionan políticos profesionales que representan intereses de quienes los votan, “**representantes electos**”, y mecanismos de servicio civil profesional que seleccionan a los administradores técnicos y expertos que conforman las burocracias públicas, “**administradores expertos**”, estas dos mecanismos nutren el estado. Luego se identifican los llamados “mini-públicos”, que intencionalmente reúnen a los ciudadanos en grupos pequeños para discutir o decidir asuntos de interés público (Fung 2003) a través de cinco mecanismos.

Existe el primer método que utiliza como criterio la participación abierta a todos quienes deseen asistir, sin restricciones, aunque la apertura total tiene un atractivo obvio, aquellos que eligen participar con frecuencia no son representativos de ningún público más amplio, **“autoselección abierta”**. Otros dos métodos son el de reclutar selectivamente a participantes de subgrupos que tienen menos probabilidades de participar, **“selección aleatoria”**, o brindar incentivos estructurales que hacen que la participación sea más atractiva para aquellos que normalmente tienen menos probabilidades de participar en política, **“selección abierta dirigida”**. Un cuarto método involucra a las partes interesadas “stakeholders” en discusiones y decisiones públicas, personas vinculadas al tema del ámbito o **“interesados laicos”**. Las partes interesadas laicas son ciudadanos no remunerados que tienen un profundo interés en alguna preocupación pública y, por lo tanto, están dispuestos a invertir una cantidad sustancial de tiempo y energía para participar. Un último mecanismo de participación descrito como negociación regulatoria, gestión ambiental de base y planificación colaborativa reúnen a interesados profesionales que suelen ser representantes pagados de intereses organizados y funcionarios públicos, llamados por Fung **“interesados profesionales”**.

II.4.b Decisiones

Hay tres modos principales de comunicación y tres modos de toma de decisiones en entornos participativos. Las audiencias públicas y reuniones comunitarias se ven colmadas de personas que participan como espectadores que reciben información sobre alguna temática, **“escucha como espectador”**. Se ofrecen oportunidades para la expresión de las preferencias a algunos integrantes de la audiencia y los funcionarios presentes, **“expresión de preferencias”**. Otras discusiones se organizan de manera que permitan a los participantes explorar, desarrollar y tal vez transformar sus preferencias y perspectivas. Animar a los participantes a aprender sobre los problemas y, si corresponde, transformar sus puntos de vista y opiniones brindándoles materiales educativos o informes y luego pidiéndoles que consideren los méritos y las ventajas y desventajas de varias alternativas. Los participantes generalmente discuten estos temas entre ellos (a menudo organizados en pequeños grupos) en lugar de simplemente escuchar a expertos, políticos o defensores, y lo llama **“desarrollo de preferencias”**.

Para la toma de decisiones también se plantean tres modos: **“agregación y negociación”**, donde los participantes saben lo que quieren, y el modo de toma de decisiones agrega sus preferencias, a menudo mediadas por la influencia y el poder que aportan, en una elección social, la negociación permite a los participantes encontrar la mejor

alternativa disponible para promover las preferencias conjuntas que tienen. Un segundo modo es la “**deliberación y negociación**” donde los participantes deliberan para averiguar lo que quieren individualmente y como grupo. Se analizan materiales educativos e intercambian perspectivas, experiencias y razones entre sí para desarrollar sus puntos de vista y descubrir sus intereses. Se emplean procedimientos para facilitar el surgimiento de un acuerdo de principios, la aclaración de desacuerdos persistentes y el descubrimiento de nuevas opciones que promueven mejor lo que valoran los participantes. Dos características distinguen el modo deliberativo. Primero, un proceso de interacción, intercambio y, se espera, que preceda a cualquier elección grupal. En segundo lugar, los participantes en la deliberación buscan llegar a un acuerdo entre sí sobre la base de razones, argumentos y principios.

Finalmente tenemos el modo de “**implementación técnica y experta**”, donde las políticas y decisiones públicas no se determinan a través de la agregación o la deliberación, sino más bien a través de la experiencia técnica de los funcionarios cuya formación y especialización profesional les conviene para resolver problemas particulares, donde no suele involucrar a los ciudadanos, y es del dominio de planificadores, reguladores, trabajadores sociales, maestros y directores, policías y similares.

Estos seis modos, tres de comunicación más tres de toma de decisiones, se pueden organizar en una sola dimensión (comunicación y toma de decisiones) que va desde la menos intensiva hasta la más intensiva, donde la intensidad indica aproximadamente el nivel de inversión, conocimiento y compromiso requerido de los participantes.

II.4.c Discusiones en acción

La tercera dimensión del cubo de la democracia mide el impacto de la participación pública. Tenemos dos extremos en un continuum muy claro: en algunos espacios las decisiones que toman los participantes se convierten en políticas. En otros los participantes no tienen ninguna expectativa real de influir en la acción pública en absoluto. A lo largo de este espectro de influencia y autoridad, emergen cinco categorías de influencia y autoridad institucionalizadas.

En muchos el participante típico tiene poca o ninguna expectativa de influir en la política o la acción pero participa para obtener los “**beneficios personales**” o tal vez para cumplir con un sentido de obligación cívica. Muchos mecanismos participativos ejercen influencia sobre el Estado o sus agentes indirectamente alterando o movilizándolo la opinión

pública. Sus discusiones y decisiones ejercen una **“influencia comunicativa”** en los miembros del público o funcionarios que son movidos por el testimonio, las razones, las conclusiones o por la probidad del proceso mismo. Brindar **“asesoramiento y consulta”** es un tercer mecanismo común a través del cual los foros participativos ejercen influencia sobre la autoridad pública. En este modo, los funcionarios conservan su autoridad y poder, pero se comprometen a recibir aportes de los participantes. El propósito declarado de la mayoría de las audiencias públicas y muchas otras reuniones públicas es brindar dicho asesoramiento. Con menor frecuencia, algunos mecanismos de participación ejercen poder directo distinguiendo dos niveles: ciudadanos que participan y se unen en una especie de asociación de **“cogobierno”** en la que se unen a los funcionarios para hacer planes y políticas o desarrollar estrategias para la acción pública. Y un nivel más alto de empoderamiento, donde los órganos participativos ocasionalmente ejercen **“autoridad directa”** sobre las decisiones o los recursos públicos.

Finalmente estas tres dimensiones configuran un espacio tridimensional, que Fung denomina cubo democrático de opciones de diseño institucional según las cuales se pueden ubicar variedades de mecanismos participativos. Sin lugar a dudas la elección de un método de análisis para la participación implica ganar en conocimiento de algunos aspectos de la participación y resignar información en otros. La opción elegida en este trabajo se orienta a un aplicación general que permita entender variaciones en un lapso de tiempo usando el cubo de la democracia de Fung.

III El sistema de salud uruguayo

La llegada al gobierno nacional del Frente Amplio (FA), partido político de centro-izquierda, en el año 2005, luego de una profunda crisis sociopolítica en años previos, llevó al Estado a buscar desarrollar una mayor presencia en términos de financiamiento, regulación, y en menor tenor, de provisión de bienes y servicios para fortalecer el desarrollo de políticas públicas de corte social (Fuentes, 2016).

De esta manera se desarrolló una batería de políticas asistenciales y de bienestar a favor de una mayor intervención de organizaciones de la sociedad civil en diversos ámbitos generando instancias de participación social dentro de la administración pública para la gestión de políticas públicas (Andrenacci y Repetto, 2006 citado por Fuentes, et al 2016). Es así que el Estado Uruguayo se orientó a la construcción de espacios más amplios de discusión y participación, asumiendo los desafíos y estrategias para fortalecer mecanismos de participación ciudadana desde un enfoque progresista. Se buscó profundizar en la creación de marcos institucionales de articulación entre la sociedad civil y el Estado que

permitieran desarrollar y potenciar procesos de ciudadanía para apoyar y avanzar en el camino de expansión de los límites desde una democracia representativa a los de una democracia participativa.

La reforma de la salud fue implementada a partir de 2008, y desarrolló espacios de participación en diferentes niveles de gestión.¹ El nuevo sistema incluyó usuarios y trabajadores en las estructuras institucionales para la toma de decisiones. Esta innovación en el diseño, junto a otras reformas que se desarrollaron paralelamente en el Estado, intentó ampliar los márgenes de la influencia de la sociedad civil en los procesos de toma de decisiones de la política sanitaria, generando una reforma no solo de salud, sino también una reforma política (Rodríguez Araujo, 2011).

La reforma implicó la creación del SNIS con tres cambios complementarios y progresivos: cambio en el **modelo de financiamiento**, a través de la creación de un Fondo Nacional de Salud (FONASA), desarrollando un sistema universal de prepago incrementando los fondos públicos de financiamiento a través de las contribuciones a la seguridad social; el cambio de **modelo de gestión**, fortaleciendo el rol de rectoría del Ministerio de Salud Pública (MSP) y la participación de usuarios y trabajadores; y el cambio de **modelo de atención**, hacia una orientación que privilegie la atención integral, y jerarquice la promoción de salud y la prevención de enfermedades, priorizando la estrategia de atención primaria en salud (APS).

Estos cambios abrieron oportunidades para la “gestión compartida” entre ciudadanos y gestores, públicos y privados, a través de nuevas herramientas institucionales para desarrollar y fortalecer la gestión democrática (Clavel, 2009). El cambio del modelo de gestión en el SNIS tuvo como ejes la democratización, la transparencia, la eficacia y eficiencia para el logro de una mayor calidad asistencial. La participación de usuarios y trabajadores es uno de los principios fundamentales de la organización y el funcionamiento del SNIS, desde la base hasta la alta dirección, contemplando todos los niveles: el local, de microgestión, con la creación de Juntas Locales de Salud (JULOSAS), el departamental, de mesogestión, con los Consejos honorarios asesores departamentales (CAHD) o también llamados Juntas Departamentales de Salud (JUDESA), el nivel institucional, con los Consejos Consultivos Asesores (CCA) de los prestadores y finalmente el nivel nacional, de la macrogestión, en la Junta Nacional de Salud (JUNASA), y el Directorio de ASSE.

¹ Ver cuadro 1 de Anexos.

III.1 JUNASA

Del capítulo III de la ley 18211, artículos 23 al 33, se desprende que la JUNASA es organismo desconcentrado dependiente del MSP con los cometidos de administrar el Seguro Nacional de Salud (SNS), y velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del SNIS. De carácter honorario, sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo (PE) y estará compuesta por 2 miembros representantes del MSP, uno de los cuales presidirá, 1 miembro del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), 1 miembro de Banco de Previsión Social (BPS), 1 miembro representante de los prestadores del sistema, 1 miembro representante de los trabajadores del sistema de salud y 1 miembro representante de los usuarios. El artículo 26 de la ley establece que la reglamentación determinará la forma de integración de los representantes sociales (prestadores, trabajadores y usuarios), garantizando mecanismos de selección democrática. El mandato tendrá una duración máxima de dos años. Los representantes de prestadores y trabajadores que se integren a la primera Junta serán propuestos por sus organizaciones representativas.

Dentro de las competencias de la JUNASA están la de suscribir los contratos de gestión con los prestadores, aplicar mecanismos de financiamiento de la atención integral a la salud y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al SNS, disponer el pago de las cuotas de salud a los prestadores de acuerdo a sus padrones y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo, controlar las relaciones entre prestadores y entre estos y terceros. Disponer la suspensión, temporal o definitiva, total o parcial, del pago de cuotas de salud en caso de incumplimiento de obligaciones, elaborar el proyecto de su reglamento interno de funcionamiento que elevará al poder ejecutivo. El presidente tendrá un rol protagónico y para sesionar, el directorio de la JUNASA requerirá la presencia de cuatro de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos del integrante del cuerpo. En caso de empate el voto del presidente valdrá doble.

La JUNASA deberá elevar anualmente al PE una rendición de cuentas de la administración del SNS dentro de los primeros 120 días de vencido el ejercicio. Las entidades que integran el SNIS publican anualmente los estados de situación y balance de resultados de su gestión. Deberán poseer sistemas de información contables ajustados a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes y proporcionar a la JUNASA toda la documentación que ésta le solicite.

La reglamentación de la elección de representantes de la JUNASA se realizó en el año 2015. Se desprende en el art 1 y 2 que el PIT-CNT y las organizaciones sociales

representativas a nivel nacional de los usuarios de los prestadores que integran el SNIS que gocen con personería jurídica, a solicitud del Poder Ejecutivo, deberán proponer tres nombres como candidatos representativos de cada organización, a efectos de ser considerados para la integración de la JUNASA.

La reglamentación se modifica nuevamente en 2020 donde hubo una modificación en la gobernanza de la JUNASA. Las nuevas autoridades, definieron nuevos criterios para la designación de representantes de los prestadores trabajadores y usuarios. Se modificó la representación de trabajadores acordando de común acuerdo la presencia de representantes de todas las organizaciones gremiales Federación Médica del Interior (FEMI), Sindicato Médico del Uruguay (SMU), Sociedad de Anestésico Quirúrgicos (SAQ) y Federación Uruguaya de la Salud (FUS), definiendo la titularidad de un representante de la FUS y su miembro alterno un integrante del SMU. De esta manera se entiende que se representa al total de trabajadores del sistema.

A nivel de prestadores, se promovió un acuerdo de representatividad global que derivó en la constitución de la coordinadora de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), organización de tercer nivel que integran la Cámara de instituciones y empresas de salud (CIES), la Unión de la Mutualidad del Uruguay (UMU) el plenario de las IAMC, la Federación de Prestadores Médicos del Interior (FEPREMI) y Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (MUCAM). Este nuevo órgano definió representantes ante la JUNASA que se alternan semestralmente.

Respecto a los usuarios, dice el informe de rendición de cuentas 2020 enviado por JUNASA al PE: “ante la inexistencia de organizaciones con genuina representatividad”, se define un mecanismo de elección de segundo grado entre los representantes de los usuarios en las Comisiones Honorarias Departamentales de Salud. Se rediseñaron la estructuras de dichas comisiones Honorarias, reduciendo el número de integrantes y promoviendo al Director Departamental de Salud como coordinador de las mismas, previendo su implementación durante el año 2021.

Respecto a ASSE, la JUNASA dispuso la participación de un delegado con voz en el órgano, pero sin voto.

III.2 ASSE

Dentro de los prestadores públicos del sistema se encuentra la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), creada en 1987 como organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública (MSP), y descentralizada en el año 2007 por la ley 18.161

(Borjes, 2010). Dicho prestador cuenta, a diciembre de 2022 con 1.440.358 usuarios dispersos en todo el territorio nacional.²

El artículo 44 de la Constitución de la República, establece que el Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, así como proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes. Sin embargo a partir de la reforma de la Salud, ASSE transita profundos cambios con modificaciones institucionales que se reflejan en la estructura jurídica y política, cambios en el conjunto de usuarios a los que van dirigidos sus servicios, así como transformaciones en el modelo de atención y en la calidad de los servicios (Borjes, 2010). Ya no solo brinda asistencia a los indigentes o carentes de recursos, sino que es un prestador integral más dentro del Sistema, el mayor en cantidad de usuarios e infraestructura, y además con una red de puntos de atención con presencia en todo el territorio nacional.

Su conducción es responsabilidad de un Directorio compuesto por cinco miembros quienes son designados de conformidad con lo dispuesto por el inciso primero del artículo 187 de la Constitución de la República,³ correspondiendo un representante a los trabajadores, un representante a los usuarios, y tres representantes al poder ejecutivo, estos últimos, cumpliendo funciones de presidente, vicepresidente y vocal.

Según el artículo 6 de la ley 18161, reglamentada luego por el decreto N° 408/011 de 29/11/2011, el quórum para que pueda sesionar el Directorio será de tres miembros y las resoluciones serán adoptadas por mayoría simple de votos y se establece además que el voto del Presidente del Directorio se computará doble y resolverá en caso de verificarse empate.

También es rol del Directorio, entre otros, la creación de un Consejo Asesor Honorario Nacional y Consejos Asesores Honorarios Departamentales o Locales con la competencia de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones sin efectos vinculantes, a pesar de no estar necesariamente obligado por ley, ya que el decreto 113/015 que reglamenta la elección de representantes sociales de ASSE establece

² Usuarios de ASSE a diciembre 2022. Dato accesible en página Web de MSP. Consultado el 18 de mayo de 2023.

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/poblacion-afiliada-asse-tipo-afiliacion-2012-2022> y <http://www.asse.com.uy/contenido/Datos-Usuarios-ASSE-6604>

³ "Los miembros de los Directorios y los Directores Generales que no sean de carácter electivo, serán designados por el Presidente de la República en acuerdo con el Consejo de Ministros, previa venia de la Cámara de Senadores, otorgada sobre propuesta motivada en las condiciones personales, funcionales y técnicas, por un número de votos equivalente a tres quintos de los componentes elegidos conforme al artículo 94, inciso primero." Art. 187 Constitución de la República Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/constitucion/1967-1967/187>

que cuando el PE elabore la propuesta de Directores, tendrá especialmente en cuenta, que dos de los cinco miembros, sean representativos de los usuarios y de los trabajadores de ASSE. Para ello el PIT-CNT y las organizaciones sociales representativas a nivel nacional de los usuarios de ASSE que gocen de personería jurídica, deberán proponer tres nombres como candidatos representativos de cada organización, a efectos de ser considerados para la integración del Directorio de ASSE.

III.3 JUDESAS y JULOSAS

En 2011 se reglamentaron las JUDESAS, que son organismos de nivel departamental que dependen de la JUNASA. Los mismos no tienen carácter vinculante y según las competencias establecidas podrán apoyar la instalación de espacios similares en las localidades, JULOSAS que así lo justifiquen y especialmente la promoción de Asambleas Locales de Salud. Es presidida por el Director Departamental de Salud del MSP y tiene dos características fundamentales a destacar: una integración más amplia que la JUNASA, que incluyen a los representantes de trabajadores médicos y no médicos, usuarios y prestadores, y donde se hace explícita la división entre los subsectores público y privado, y la incorporación de actores institucionales antes no contemplados, como las intendencias Departamentales como miembros plenos, según decreto 237/011 (Rodríguez Araujo, 2011).

En 2020 se vuelve a reglamentar estos espacios, ya que luego del análisis del funcionamiento de las JUDESAS, “surge la conveniencia de transformarlos en órganos con una estructura que les permita un funcionamiento más dinámico, potenciando su actividad en el desarrollo de las funciones de asesoramiento, proposición y evaluación que les corresponde” (Decreto 315/020). Con esto se cambia la representación en las JUDESAS. Se disminuye el número de integrantes a 7 (6 titulares y un invitado) y según artículo 5, los representantes del BPS y ASSE, serán designados por sus respectivos organismos. Los representantes de los prestadores, trabajadores y usuarios serán propuestos por sus organizaciones representativas a la JUNASA, y elegidos por ésta entre quienes sean así nominados. El mandato de los representantes sociales en las JUDESAS durará dos años, contados a partir de la fecha de la resolución que los designa como tales. Además se realiza un cambio en las funciones, simplificando algunas y directamente eliminando otras, como las de investigar y mantener informada a la JUNASA, las funciones de intra e intersectorialidad con organizaciones sociales, la tarea de fomentar la instalación de

JULOSAS, recibir y analizar reclamos de usuarios, y la de propiciar la realización de asambleas de salud.⁴

III. 4 CCA

El decreto 269/008 que reglamenta estos espacios establece que las únicas empresas que no tienen la obligación de conformar estos espacios son las que ya aseguraban la participación de representantes usuarios y trabajadores en órganos con mayor injerencia en la política institucional por ese motivo, las mutualistas y ASSE están excluidas. Tampoco los seguros privados integrales deben conformar los CCA (Decreto 464/008), aunque sí están obligados a proporcionar a la organización de trabajadores de la empresa la misma información que reciben aquellos que sí cuentan con un CCA en su institución.

En resumen según decreto 269/008 compete a los CCA apoyar campañas de promoción y prevención de la salud, emitir opinión y formular propuestas sobre estrategias, políticas, planes, programas y acciones que hagan a la gestión del prestador; expedirse sobre los asuntos que someta a su consideración el prestador; evaluar el desarrollo en la Institución de los Programas de Atención Integral a la Salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública; velar por la calidad de los Servicios de Salud que brinde el prestador; participar en el análisis y evaluación de las reclamaciones de los usuarios del prestador, pudiéndose contactar y coordinar acciones con las Oficinas de Atención al Usuario y otros órganos con funciones similares; promover acciones encaminadas a fortalecer el compromiso de usuarios y trabajadores con la gestión del prestador, tomar conocimiento de los balances y memoria de la entidad. Mientras que los prestadores proveerán a los CCA de un conjunto regular y sistematizado de información, que incluirá: estados de resultados, ingresos y egresos de caja, estado patrimonial y composición de los pasivos, número y estructura de afiliados, estructura de recursos humanos.

Los CCA podrán dar cuenta a la JUNASA de la omisión o negativa de los prestadores a proporcionarles la información que le soliciten en el ejercicio de sus competencias, acompañando las actas donde consten las mismas y toda otra documentación relacionada con esos hechos.

Con respecto a la integración los CCA estarán integrados por dos representantes del prestador, dos de sus trabajadores y dos de sus usuarios y podrán ser representantes de los trabajadores y de los usuarios quienes tengan una antigüedad mínima de dos años en la

⁴ Ver cuadro 2 de Anexos.

planilla de trabajo o en el padrón de usuarios del prestador, según corresponda. Aunque tengan una doble condición, los trabajadores no podrán representar a los usuarios.⁵ Los representantes de los trabajadores y de los usuarios serán elegidos por voto secreto de acuerdo a lo establecido en los estatutos o reglamentos vigentes de las Instituciones. Para el caso de aquellas Instituciones que no tengan previsto en su normativa lo precedentemente expuesto, la elección la realizarán los integrantes de sus respectivos colectivos que tengan una antigüedad mínima de un año en la planilla de trabajo o en el padrón de usuarios, según corresponda. Los prestadores deberán facilitar los recursos pertinentes y colaborar para la adecuada convocatoria, organización y desarrollo del acto eleccionario. Cada Consejo Consultivo y Asesor elegirá de entre sus integrantes a un Coordinador. Esta función será ejercida en forma rotativa por un período de 6 meses.

Los CCA celebrarán sesiones ordinarias una vez al mes y extraordinarias cada vez que lo consideren conveniente para el ejercicio de sus competencias. El quórum para funcionar requerirá la presencia de cuatro de sus integrantes. Las resoluciones serán adoptadas por consenso. En caso de no alcanzarse el mismo, todas las posiciones serán puestas en conocimiento del prestador o de quien resulte su destinatario. Las resoluciones que adopten los CCA, tendrán el carácter de recomendaciones sin efectos vinculantes para el prestador. Cuando dichas recomendaciones no sean atendidas por el prestador, éste deberá brindar respuesta motivada de su rechazo o modificación. En caso de que no la brinda, el CCA elevará sus recomendaciones a la JUNASA para conocimiento. En estos casos, la participación de representantes de trabajadores y usuarios podrá establecerse a nivel estatutario o por resolución de los órganos de gobierno de la entidad (Decreto 269/008).

III.5 Movimientos de Usuarios en Uruguay

Existe una rica historia de participación de usuarios organizados en salud. Los movimientos actuales con mayor fuerza en el sistema datan sus inicios en la década del 80. Se debe mencionar al menos tres grandes grupos: la Asociación de Usuarios de los Servicios de Salud (ADUSS), el Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada (MNUSPP), y el Espacio Participativo en Salud (EPUS).

⁵ Por cada representante titular, se designará un alterno que lo sustituirá en sus ausencias. La duración del mandato de los integrantes de los Consejos Consultivos y Asesores será de dos años, pudiendo ser reelectos por una sola vez. Los representantes del prestador serán designados por el mismo, debiendo al menos uno de ellos integrar su órgano de gobierno o ejercer una función de alta jerarquía vinculada a la calidad de la atención y aspectos éticos relacionados con la misma.

ADUSS, fundada en 1994, es una asociación civil se dedica a mediar en conflictos entre usuarios e instituciones de salud. Es una entidad civil sin fines de lucro que brinda información sobre formación, derechos y obligaciones de los usuarios. Asesora en el área de la salud, sobre casos de mala praxis y negligencia médica. Se ubica en un rol centrado en la información y la defensa de los derechos de los usuarios ante los prestadores de salud, articula acciones individuales, movilizandando los recursos propios y los públicos para cumplir esa tarea. Sus objetivos se orientan a lograr obtener en forma constructiva propuestas concretas que colaboren en la solución de los problemas que afectan a los usuarios de los sistemas de salud; lograr un mejoramiento en el trato, atención, respeto y consideración de los usuarios por parte de los prestarios de los servicios de salud; y defender los derechos de los usuarios de dichas instituciones, protegiendo sus ejercicios y reconocimientos por parte de cualquiera de sus asociados. Asume un rol de mediación entre usuarios y prestadores, evitando en la medida de lo posible la resolución de conflictos mediante juicios (MSP, 2009).

EL MNUSPP cuenta con personería jurídica desde la aprobación de sus estatutos en 2007, aunque sus integrantes remiten “su semilla” a la década del 90, participando en diferentes espacios como comisiones de salud barriales o municipales así como consejos vecinales. Cuenta con una página web⁶ actualizada donde se puede acceder a un amplio número de documentos que datan desde 2005 hasta la actualidad, y donde se identifican como una organización social, autónoma, apartidaria, laica, horizontal y democrática integrada por personas físicas unidas voluntariamente para participar en forma directa en la satisfacción de las necesidades y aspiraciones en materia de salud. Tienen una alcance nacional, organizado con un órgano coordinador integrado por un Titular y un Suplente de cada departamento, y predomina el funcionamiento a través de asambleas, desde donde van surgiendo delegados que van a representar a cada nucleamiento ya sea de vecinos de una localidad como de usuarios de una institución. Tuvieron la representación titular en JUNASA desde su creación hasta 2015, luego alternando hasta 2020 y en el Directorio de ASSE desde 2015 a 2019 donde surgieron diferencias con su representante, finalmente expulsada del movimiento.

El EPUS fue fundado en 1987, en documento de MSP de 2009, se manifiesta que la organización se basa en asambleas con convocatorias previamente difundidas, en las que todos participan por igual. Los usuarios participan de manera individual o formando parte de otras organizaciones. Se gestó como grupos de usuarios de salud en el nivel barrial,

⁶ Página web del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada de Uruguay. Accesible en <https://usss.org.uy/> consultada el 10/08/2023.

vinculado a carencias de los efectores de salud de la zona. En el proceso hubo un acercamiento a otras organizaciones sociales, que con el paso de los años fue conformando un amplio movimiento de usuarios. Tiene diferencias de concepciones organizativas y metodológicas con el MNUSPP. Hoy en día reconocen la existencia de muchas organizaciones a lo largo y ancho del país y se proponen llegar a una coordinación de todos los espacios. Está integrado por organizaciones de jubilados, de género, de minorías sexuales, y también por ciudadanos a título individual. La organización durante mucho tiempo se mantuvo horizontal, sin estructuras de ningún tipo, ni ejercicio de representación, sólo con circulación de información y reuniones en asambleas locales y generales. Posteriormente se conformaron como una asociación civil con personería jurídica, con estatutos y comisión directiva y fiscal. Tuvieron la primera representación en el directorio de ASSE de 2008 a 2015 y en JUNASA desde su creación hasta el año 2020 como alternos.

Los tres movimientos reciben una partida anual por parte del MSP programa 442 para su funcionamiento. Tanto EPUS como MNUSPP han presentado conflictos relevantes en su interna con denuncias, en 2017 en EPUS y en 2019 en MNUSPP, principalmente por dificultades en sus procesos electorales, lo que ocasionó la intervención del Ministerio de Educación y Cultura (MEC) en ambos movimientos.

IV. Marco Metodológico

IV. 1 Diseño y tipo de estudio

El presente trabajo es de corte analítico descriptivo y se complementa con algunas aproximaciones explicativas, vinculadas a las instancias de participación ciudadana en estructuras institucionales estatales del SNIS y sus variaciones en el tiempo.

IV. 2 Técnicas de obtención de información

Se utilizaron herramientas de análisis documental y revisión de fuentes secundarias de información, constituidas por publicaciones vinculadas a la temática, informes de organismos estatales, monografías y tesis respecto al asunto en estudio, leyes y decretos sancionados, documentos oficiales, y documentos elaborados por las organizaciones sociales. Se realizó revisión de la prensa escrita y de entrevistas en otros formatos (páginas web, radios, etc.), sitios web de organismos públicos y sociedad civil, desde el año 2008 a la fecha.

IV. 3 Plan de análisis

Se aplicó la herramienta metodológica “cubo de la democracia” a los espacios institucionalizados de participación en salud en el SNIS en sus últimos 15 años, tomando como intervalos temporales tres grupos iguales de 5 años cada uno: de 2008 a 2012, de 2013 a 2017, y de 2018 a 2022. El criterio para dicha selección se basó en dividir los años de la reforma, generando tres grupos iguales temporalmente, permitiendo un tiempo similar para evaluar posibles cambios en la participación. Se analizó la posibilidad de usar los periodos de gobierno, pero se descartó y se intentó que no coincidiera con estos, ya que el conjunto de políticas públicas en salud para realizar la reforma llevó un desarrollo para su aplicación que trascendió dichos periodos. Esto se ve principalmente en los primeros años de 2008 a 2012 donde se realizan los cambios más profundos. Justamente a los efectos del presente trabajo se busca separar el tiempo de la reforma del tiempo de gobierno, para así evitar conjeturas o superposiciones que oculte otros impactos de tipo interno o externo. Además, el inicio de la reforma en 2008 necesitó de al menos cinco años para avanzar y consolidar cambios, por lo que utilizar el mismo criterio de tiempo para los otros dos periodos pareció ser lo más adecuado. En cada periodo se observa una mitad de gobierno junto con la mitad del siguiente, lo que ayuda a evaluar posibles impactos también en esos cambios.

Las unidades de análisis en las que se centra el presente trabajo son los espacios institucionales para la participación de usuarios en la JUNASA, JUDESAS, JULOSAS, el Directorio ASSE y los CCA de las Instituciones. A cada unidad se le aplica las variables del cubo de la democracia, generando un puntaje en función del cumplimiento de la categoría. Se buscará ser exhaustivos en permitir que se logre el mayor puntaje posible en cada categoría para evidenciar diferencias y variaciones.⁷

V. Análisis empírico de los datos. Principales resultados

La reforma del Sistema de Salud uruguayo de 2008, necesaria según la mayoría de los actores políticos, efectivizada en una ventana de oportunidad política en el primer gobierno del Frente Amplio (Fuentes, 2012), implicó la construcción de un sistema mixto, heterodoxo, con la participación de prestadores públicos y privados en una lógica de integración de servicios. Se diseñó un sistema de salud con cambios en el modelo de financiamiento, de atención y de gestión, generando específicamente innovaciones en participación social, con la construcción una serie de estructuras para la inclusión de los

⁷ Ver cuadro 3 en Anexos.

usuarios y trabajadores en los núcleos fuertes de la toma de decisiones incluyéndolos en la JUNASA, en el directorio de ASSE, en las JUDESAS, JULOSAS y en los CCA de los prestadores integrales.

V.1 Periodo 2008 a 2012: el empuje.

Con la etapa inicial de la reforma de la salud se aplicaron un conjunto de leyes y reglamentos que permitieron dar inicio y empuje a los cambios en el sector salud. En el periodo de 2008 a 2012 se evidencia un auge de las acciones de la JUNASA iniciando su tarea de administrar el Seguro Nacional de Salud y velar por la observancia de los principios rectores y objetivos propuestos. Es un periodo muy fértil en lo que refiere al diseño e implementación de todo un conjunto nuevo de políticas. Sin embargo, luego de la promulgación de la ley 18.211 que crea la JUNASA, no se realizó la reglamentación posterior que estableciera los mecanismos de selección de los representantes de usuarios. Inicialmente se designaron directamente representantes de usuarios de las dos organizaciones incipientes más numerosas: uno por el MNUSPP como titular y otro por el EPUS como alterno (Rodríguez, 2011).

Desde el análisis con el cubo de la democracia se puede apreciar que en la JUNASA hay una amplia gama de participantes⁸: administradores expertos, interesados profesionales y finalmente interesados laicos (usuarios). Existe una representación mayor de administradores expertos, cuatro, por lo que es notorio un fuerte peso de estos. Sin embargo, la presencia de interesados laicos, permite en este caso otorgar un valor 4 para la primera dimensión del cubo. Se aprecia que, aun con la intención de aumentar el nivel de participación de usuarios y trabajadores en los lugares de toma de decisiones, persiste una tendencia a la concentración de poder en quienes representan lo institucional y tienden a el mantenimiento del status quo que mantiene el centro del poder en los administradores expertos, designados por representantes electos, al ser estos mayoría en el espacio.

Al analizar la segunda dimensión en el mismo periodo, se aprecia que la toma de decisiones se realiza con al menos la presencia de cuatro de sus miembros y se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del cuerpo. En caso de empate el voto del presidente valdrá doble. En lo referente a dónde posicionar esta manera de cómo se toman las decisiones, se puede ubicar en el nivel 5 “deliberación y negociación” ya que es un proceso donde los participantes deliberan para definir lo que quieren, analizan e

⁸ Directorio JUNASA: 2 miembros representantes del MSP, uno de los cuales presidirá, 1 miembro del Ministerio de Economía, 1 miembro de Banco de Previsión Social 1 miembro representante de los prestadores del sistema, 1 miembro representante de los trabajadores del sistema de salud y un miembro representante de los usuarios.

intercambian perspectivas, experiencias y razones entre sí para desarrollar sus puntos de vista con dos características, siguen un proceso de interacción e intercambio y buscan llegar a un acuerdo entre sí sobre la base de razones, argumentos y principios. Es necesario destacar que el doble voto del presidente en caso de empate condiciona este nivel generando, en caso de su utilización, una disminución a nivel 3 “desarrollo de preferencias”.

Con respecto a la última dimensión del cubo, “influencia y autoridad”, en el periodo 2008 a 2012 se puede apreciar que en este espacio se actúa como un cogobierno, donde usuarios que participan se unen con funcionarios para hacer planes y políticas o para desarrollar estrategias para la acción pública. No llega a encuadrar en la tipología siguiente de nivel más alto de empoderamiento, donde los órganos participativos ocasionalmente ejercen autoridad directa sobre las decisiones o los recursos públicos, aunque esto es discutible, ya que es tarea de la JUNASA disponer la suspensión, temporal o definitiva, total o parcial, del pago de cuotas de salud, en caso de incumplimiento de obligaciones de los prestadores, entonces no tan directamente, pero sí indirectamente, ejerce una autoridad directa sobre recursos públicos, aunque no fue posible en el marco de este trabajo cuantificar cuántas veces ha hecho uso de este poder⁹.

En informe de JUNASA de 2008 se constata la firma de 48 contratos de gestión entre prestadores y la JUNASA, una de sus cláusulas, la número 50 establece la conformación de consejos asesores en todos los prestadores. Identifica el informe que la participación es un cambio con impacto institucional y por tanto debe ser considerado como un proceso con naturales dificultades de diversa índole en cuanto al funcionamiento de estos nuevos ámbitos y que la JUNASA asume el compromiso de desarrollar todos los instrumentos para que dichos ámbitos funcionen adecuadamente.

En el informe de 2009 se consigna que la JUNASA decidió conformar un grupo de trabajo para discutir características del acto eleccionario de los representantes de usuarios y trabajadores a CCA de los prestadores privados integrantes del SNIS. El desarrollo del trabajo tuvo avances irregulares debido a los cambios en los representantes de las organizaciones, la tardía presentación de documentos o los incumplimientos generados por

⁹ Funciones de la JUNASA: aplicar mecanismos de financiamiento de la atención integral a la salud y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al Fondo Nacional de Salud, disponer el pago de las cuotas de salud a los prestadores de acuerdo a sus padrones y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo, controlar las relaciones entre prestadores y entre estos y terceros. Disponer la suspensión, temporal o definitiva, total o parcial, del pago de cuotas de salud en caso de incumplimiento de obligaciones,

alguna de las partes, la interrupción por las vacaciones de verano y las diferencias entre los representantes de un mismo orden (usuarios).

En 2010, dice el informe, es el inicio de una nueva etapa en el SNIS dada por la “consolidación, ampliación y profundización” de la Reforma del Sistema de Salud. Se presenta dentro de logros en el trabajo llevado adelante por la implementación por primera vez de la Cláusula No 58 del Contrato de Gestión firmado entre la Junta y los prestadores Integrales del Sistema para alcanzar la realización de una encuesta de satisfacción de Usuarios en el primer nivel de atención a nivel nacional. También se destaca dentro de los principales avances en participación social la emisión y promulgación de la Cartilla de Derechos y Deberes de los Usuarios y Pacientes de Servicios de Salud. Con el objetivo de profundizar los vínculos territoriales, se realizaron talleres con los representantes de trabajadores y usuarios de los Consejos Consultivos de los Prestadores.

El año 2011 se caracterizó por una activa política de participación social, según el informe de JUNASA. Se efectiviza la implementación de las JUDESAS, previstas en el Art. 27 de la Ley 18.211 en doce departamentos del país, pero no se especifica quienes participaron, ni temáticas abordadas ni iniciativas. Tampoco se informa si existieron denuncias por incumplimiento de prestadores que obligará a la JUNASA a tomar alguna medida. En el informe del año 2012 se manifiesta que se continuó avanzando en el desarrollo de los mecanismos de participación social, al completarse la implementación de JUDESAS en el interior del país, previstos en el Art. 27 de la Ley 18.211, quedando pendiente únicamente la instalación en Montevideo. Así se pretende avanzar en materia de complementación de servicios y ampliación de redes de atención. Es la primera vez que se otorga un objetivo claro a estos espacios. Aunque no se desprende de los informes los convenios efectivamente firmados y sus posibles evaluaciones posteriores. Si se menciona dentro de las temáticas abordadas las discusiones sobre los convenios. Existen numerosos acuerdos firmados por el directorio de ASSE en el marco de la complementación. Los mismos incluyen acuerdos con otros prestadores públicos, privados y con otras dependencias del Estado así como con organizaciones gremiales, científicas y académicas pero en la elaboración de este trabajo no fue posible acceder a un registro actualizado y completo de convenios de complementación por departamento, registros de fechas y evaluación de funcionamiento.

Analizando el Directorio de ASSE¹⁰ desde el cubo de la democracia se puede afirmar que en el periodo comprendido entre 2008 a 2012 predomina en la dimensión de “quienes

¹⁰ Integración del Directorio de ASSE: Presidente, Vicepresidente y Vocal, representantes del PE, más un representante de los trabajadores y un representante de los usuarios.

participan”, tres administradores profesionales, y también cuenta con un interesado profesional, y un interesado laico. Eso nos acerca al valor de exclusividad en la predominancia de actores, sin embargo al igual que en el análisis de la JUNASA, el nivel a considerar es 4, ya que al menos existe un representante interesado laico. En lo que respecta a cómo se toman las decisiones se puede afirmar que por un modelo de “deliberación y negociación”, valor 5, ya que las decisiones se toman por mayoría simple de votos y cada uno de los integrantes tiene un voto. Con respecto a la “influencia y autoridad” se aprecia que funciona como una “autoridad directa”, valor 5, ya que es un nivel alto de empoderamiento, donde se ejercen autoridad directa por parte del directorio sobre las decisiones o los recursos públicos que están bajo su responsabilidad.

En 2011 se promulga el decreto 237/011 que regula las JUDESAS, donde se destaca que la participación social es un principio rector del SNIS y se deben generar los espacios para el mejoramiento de la calidad de los vínculos entre los actores involucrados, para promover la observancia y desarrollo de los objetivos del SNIS así como la adaptación de estos a las realidades locales y regionales. Además estos espacios facilitarán la evaluación de los contratos de gestión de la JUNASA con los diferentes prestadores. En 2012, la JUNASA, por Resolución No 559 apoyó, promovió y participó en el Encuentro Nacional de Usuarios de JUDESAS que se realizó en Montevideo el 8 de septiembre de 2012. La JUNASA se propuso una vez culminado el proceso de instalación, el funcionamiento descentralizado del organismo como forma de promover y fortalecer la participación en el interior, además de recepcionar y visualizar los principales problemas en cada lugar.

Estos esfuerzos de diseño e implementación de políticas buscan una participación más directa y permanente de los ciudadanos en la regulación del Estado, generando mayor control con pretensión de generar mayor confianza, satisfacción, legitimidad, obediencia y respaldo a las decisiones políticas tomadas en el ámbito de la salud por el gobierno. A su vez se evidencia un intento claro de alcanzar ese enfoque, al decir de Rodríguez (2011), “expansivo” de la democracia, con la participación como fin en sí mismo, y fortaleciendo el deteriorado vínculo Estado- sociedad. La inclusión de usuarios en la JUNASA hasta este momento parece servir para promover la democratización y contribuir a la calidad de las políticas públicas (Cunill Grau 2007).

Desde el cubo de la democracia la JUDESA presenta en su dimensión de “quienes participan”: 5 administradores expertos, 4 interesados profesionales, y 2 interesados

laicos¹¹. Se aprecia en esta representatividad que los interesados laicos son minoría, y que los administradores expertos son mayoría, con un alto número también de interesados profesionales. Por lo tanto esta dimensión podríamos ubicarla en el valor 4, considerando que se cuenta con representantes de usuarios interesados laicos, aunque estos son minoría con respecto a los administradores profesionales e incluso interesados profesionales.

En lo que respecta a la dimensión de “cómo se toman las decisiones” en la JUDESA se puede afirmar que estaría en el nivel de un modelo de “deliberación y negociación” nivel 5 ya que se podrá sesionar con la mitad más uno, se toman las decisiones por mayoría simple de votos de los presentes y disminuye a nivel 3 “desarrollo de preferencias” en caso de empate cuando el presidente tiene doble voto.

Con respecto a la última dimensión del cubo para este periodo, “influencia y autoridad” se aprecia que funciona como “asesoramiento y consulta” nivel 3 ya que sus funciones son de asesoramiento, proposición, y evaluación en sus respectivas jurisdicciones pero sus informes y propuestas no tienen carácter vinculante. Por lo que estarían uno o dos escalones por debajo de JUNASA y Directorio de ASSE. Se prevé un mecanismo en el cual las JUDESAS pueden elevar sus informes a la JUNASA, quien sí tiene las potestades de disponer la suspensión, temporal o definitiva, total o parcial, del pago de cuotas de salud, en caso de incumplimiento de obligaciones de los prestadores.

No se cuenta con registro de instalación de JULOSAS en este periodo analizado.

Con respecto a los Consejos Consultivos Asesores (CCA) de las IAMC, del contrato de gestión, anexo del decreto 81/012, se desprende que se deberán conformar en cumplimiento de lo dispuesto por el Decreto No. 269/008 de 2 de junio de 2008. No habiendo registro de su funcionamiento en informes de JUNASA desde 2008 hasta 2022, razón por la cual se excluye su análisis con el cubo de la democracia del presente trabajo.

V. 2 Periodo 2013 a 2017: el freno.

El periodo 2013 a 2017 fue turbulento en materia de designaciones de cargos y nombres en lugares estratégicos de gobierno en el sector salud. Surgieron cambios de ministros en el MSP en 2010, 2012 y 2013 y se presentó un nuevo cambio de gabinete en 2015. Nuevamente se generaron demoras en el avances de algunas políticas públicas ya

¹¹ Integrantes de las JUDESAS: 2 representantes del MSP (uno es el director departamental que preside), 1 representante de BPS, 1 representante de ASSE, 1 representante de los Prestadores privados, 1 representante de los trabajador de ASSE, 1 representante de los trabajadores sub sector privado, 1 representante de los médicos de ASSE, 1 representante de los médicos subsector privado, 1 representante de los usuarios de ASSE, 1 representante de los usuarios sub sector privado, más un invitado representante de la Intendencia Departamental como miembro pleno.

implementadas y empujes de otras. ASSE se vio implicada, en 2014, en un escándalo de corrupción con el representante de los trabajadores en el directorio, perteneciente a la Federación de Funcionarios de la Salud Pública (FFSP), primero acusado y finalmente condenado por conjunción del interés público y privado, generando la apertura para el señalamiento permanente a la estructura, por múltiples situaciones de irregularidades administrativas, que no haría más que aumentar en los años siguientes. Esto llevó a analizar desde el PE la posibilidad de una reforma que diera más garantías al representante de los trabajadores, creando un grupo de trabajo para estudiar mecanismos que permitan evitar eventuales manifestaciones de conductas corporativas¹².

Durante 2014 se discutía sobre la reglamentación de la elección de los representantes sociales. El presidente de la JUNASA reconoció la dificultad en reglamentar el proceso de selección de trabajadores ya que, al hacer elecciones nacionales a padrón abierto se daba la posibilidad a que hicieran campaña por el cargo a gremios que no pertenecen al PIT-CNT, por lo que no contaba con el apoyo de la principal central sindical¹³. Desde la mitad del segundo período de gobierno del FA hubo un freno en el avance del sector salud sobre aspectos estructurales pendientes, evidenciado en la cantidad de normativa aprobada al respecto o en la discusión pública sobre temas de salud respecto a aspectos estructurales, fundamentalmente vinculados al fortalecimiento de la autoridad sanitaria como regulador efectivo y el cambio en el modelo de atención en salud. (Fuentes y Rodríguez, 2021)

En 2015 con el inicio del tercer gobierno y las nuevas autoridades se generaron evidentes dificultades internas por visiones de desarrollo político e institucional diferente. En 2016 se generan cambios en la estructura gerencial de ASSE generando nuevos escenarios de conflictos y disputa interna, sazonado además por un interés marcado del PE en reducir el gasto fiscal controlando, entre otros aspectos, el gasto en salud, y sumado a las denuncias desde la oposición por irregularidades en la gestión administrativa y asistencial del organismo.

Desde el Cubo de la democracia en el periodo 2013 a 2017, con respecto a “quienes participan”, se aprecia una estabilidad en la integración de la representación de usuarios en la JUNASA hasta 2015, año de un nuevo cambio de gobierno del FA, y en el cual se

¹² Ver notas de prensa:

https://www.180.com.uy/articulo/49232_Gobierno-busca-mas-garantias-a-representacion-social-en-ASSE y <https://ladiaria.com.uy/articulo/2014/7/politica-revisionista/>

¹³ Sitio de Sindicato Medico del Uruguay:

<http://www.sermedico.com.uy/noticias/prestadores/se-aplazan-otra-vez-elecciones-por-la-participacion-social-en-asse>

reglamenta el mecanismo de elección de usuarios y trabajadores en la JUNASA y ASSE: “las organizaciones sociales representativas a nivel nacional de los usuarios de los prestadores que integran el SNIS, que gocen de personería jurídica, a solicitud del PE, deberán proponer tres nombres como candidatos representativos de cada organización, a efectos de ser considerados para la integración de la JUNASA” (Decreto 113/015). Posteriormente se definen 3 representantes de usuarios, uno por el MNUSPP, uno por el EPUS y otro por la ADUSS con un régimen de rotación semestral y el movimiento de usuarios de menor representatividad se integrará a la JUNASA en la tercera rotación y por el lapso de un semestre.(Decreto 113/015). Esto evidencia que ante el posible conflicto de representatividad que se podría presentar por aceptar un representante de un solo movimiento, se optó por incluir la mayor cantidad de representantes de los diferentes movimientos en pugna. Al parecer esta solución dejó conforme a todos, pues se sumaron a las actividades de la JUNASA en los años siguientes hasta 2020. Desde esta perspectiva impresiona un mayor nivel de inclusividad en esta dimensión dada por más representantes de usuarios aunque sin presencia al mismo tiempo sino de forma alterna, por lo que no varía el indicador.

Con respecto a “cómo se toman las decisiones” en dicho período, desde 2013 a 2017, no hubo modificaciones en dichas dinámicas de funcionamiento, y la toma de decisiones se continuó realizando con al menos la presencia de cuatro de sus miembros y por mayoría simple de votos de los integrantes del cuerpo. En caso de empate el voto del presidente valdrá doble. A pesar del cambio en los representantes sociales de un titular con alternancia semestral, el número no varía, ya que los representantes no se superponen sino que se sustituyen rotativamente. Esto ubica el puntaje en esta dimensión en el mismo lugar que el periodo anterior en el nivel 5 “deliberación y negociación” ya que la toma de decisiones es un proceso de interacción, intercambio y donde los participantes buscan llegar a un acuerdo entre sí, incluso sin llegar a un consenso, sobre la base de razones, argumentos y principios. Se realiza la salvedad que frente a un empate de votación y uso por parte del presidente de su doble voto, el nivel de esta dimensión baja de 5 a 3 “desarrollo de preferencias”.

Con respecto a la última dimensión del cubo en este periodo podemos decir que en “influencia y autoridad”, en el periodo 2013 a 2017 se actúa como un cogobierno, donde usuarios que participan se unen con funcionarios para hacer planes y políticas o para desarrollar estrategias para la acción pública, en lo teórico. Sin embargo, Anzalone (2018) reconoce que “las políticas de salud se discuten, en parte, en algunas comisiones de la JUNASA, pero allí está vedada la participación de usuarios y trabajadores. El MSP invita a

las fuerzas sociales a la Comisión de Agenda que aborda los tiempos de espera o la accesibilidad, pero no a las de Metas y Cápitas. En general las conclusiones de estas comisiones se vuelcan a la JUNASA bajo la forma de propuestas de resolución, pero no hay debates sobre los temas sustantivos.” (Anzalone, 2018:50) con lo que desde el análisis del Cubo sería un nivel 2 usuarios participan con apenas “influencia comunicativa” durante este periodo.

En el análisis del Directorio de ASSE desde el Cubo de la democracia, en el segundo periodo 2013 a 2017, la dimensión de “quienes participan” se presenta igual al periodo anterior, con predominancia de administradores profesionales y con presencia de un representante de usuarios y uno de trabajadores. Se presenta un cambio en la segunda dimensión, ya que cambia la forma de “como se toma las decisiones”, otorgándole doble voto al presidente del directorio, lo que otorga un mayor poder de decisión, afectando negativamente a los demás integrantes del directorio, que ven disminuido su nivel de influencia a la hora de votar. Con el modelo de Fung se presenta como una forma de “desarrollo de preferencias”, bajando de 5 a 3 con respecto al periodo anterior. La tercera dimensión, “nivel de influencia y poder”, sigue siendo de autoridad directa valor 5.

El informe del año 2013¹⁴ establece que se terminan de instalar las JUDESAS y se realiza una JUNASA AMPLIADA con participación de todos los representantes de los consejos departamentales, cuyo objetivo fue recoger las opiniones de los mismos para confeccionar una agenda de temas a tratar, contándose para ello con la contribución de un equipo técnico de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la Republica (FCS-UDELAR), la que hizo una relatoría y posterior devolución. En este informe aparece, por primera vez, un listado de temas abordados por las diferentes JUDESAS y un listado de asistencia a las instancias de discusión. La asistencia y los temas son variados por en líneas generales buscan abordar los problemas departamentales, sumado a directivas nacionales brindadas por MSP. No se cuenta con nivel de efectividad o indicadores de gestión que permita medir la productividad o efectividad de los temas que aparecen puntuados.

En el informe de 2014 se hace énfasis en que la complementación de servicios es la herramienta a desarrollar en lo asistencial y para la gestión de las instituciones. También se realizaron diferentes jornadas de trabajo y se culminó con la aprobación de los dos

¹⁴ Informe JUNASA 2013 al PE. Consultado el 23/05/23 accesible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/rendiciones-cuentas-junasa-2008-2021>

documentos: el Protocolo de relacionamiento JUNASA-JUDESAS y Reglamento de funcionamiento interno de estas últimas.

En informe de 2015 se reconoce que la disparidad en la información que proveen los JUDESAS y JULOSAS no refleja el trabajo del año en la búsqueda de acuerdos de complementación ya que la realidad evidencia que está lleno de contratos y acuerdos, escritos y tácitos, de articulación en el territorio de actividades conjuntas entre prestadores públicos y privados. Los cambios que se produjeron a nivel de las autoridades en 2015 incidieron en el funcionamiento de JUDESAS y/o JULOSAS, los cuales, por las particularidades señaladas, no tuvieron la dinámica de funcionamiento usual, si bien, no por ello perdieron su efectividad como mecanismos de participación social. En el resumen de temas abordado por cada departamento, la complementación de servicios, se evidenció como un tema incluido en el orden del día de prácticamente todas las JUDESAS, así como el Dengue y las medidas de prevención la salud mental y salud rural.

En el informe de 2016 se destaca que se realizaron reuniones regionales que comprendieron en su totalidad a las 19 JUDESAS y abarcó, en el orden temático, la presentación de los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN), los convenios de complementación como instrumento de construcción de la reforma de la salud, la participación y el control social por parte de los usuarios y trabajadores, así como diferentes temas a elección de cada JUDESA.

En 2017 se destaca que en actividades por los 10 años de la reforma la JUNASA decidió invitar a un representante de ASSE a sus reuniones. En lo referente a JUDESAS se mantiene el formato de registro de asistencia de representantes y listado de temas abordados, sin embargo no se cuenta con evaluación de resultados, o indicadores de avance en materia de convenios de complementación o número de planes desarrollados y/o ejecutados. La información que se brinda evidencia la participación y el listado de temas, con incorporación al registro también de las JULOSAS.

Desde el cubo, las JUDESAS en este periodo 2013 a 2017 muestra en “quienes participan” tiene un valor 4 con administradores expertos, “interesados profesionales” e “interesados laicos”. Con respecto a la dimensión de “cómo se toman las decisiones” se evidencia un nivel de 5 “deliberación y negociación”. En la dimensión de “influencia y autoridad” se considera valor 3 dado por “asesoramiento y consulta” de usuarios en el espacio, debido a que las decisiones tomadas son sin carácter vinculante.

Siguiendo con la línea de análisis de los informes, recién en 2015 se constata registro de JULOSAS en Paso de los Toros y en San Gregorio de Polanco, con temáticas específicas de esos lugares del Uruguay. Es decir que desde 2008 a 2014 no se conformó ninguna JULOSA, o al menos no consta registro de ello. Se consideró que las JULOSAS se fueran desarrollando paulatinamente junto con la reforma. Lo que se puede apreciar en los informes anuales de la JUNASA es que su implementación fue dispar en el territorio, con escaso número de participantes, y para abordar temas vinculados a lo territorial. Una teoría del autor es que la duplicación de espacios de participación en lugares pequeños generó una disminución de la participación en algunos de ellos. Es decir en ámbitos rurales y localidades pequeñas existieron en paralelos Mesas de Desarrollo Rural del MGAP, Consejos Sociales de MIDES, sumados a espacios generados por intendencias. Posteriormente se implementaron las alcaldías. Parecen ser muchos ámbitos para los mismos temas locales y las mismas personas. Los actores priorizaron un espacio y por ende se dio una competencia entre espacios. Las JULOSAS no fueron las más destacadas.

En informe de JUNASA 2016 se constata la existencia de JULOSAS en Río Branco y Tupambaé (Cerro Largo), José Ignacio, Maldonado, Carmelo (Colonia), Paso de la Los Toros, San Gregorio de Polanco y Ansina (Tacuarembó), Rodríguez (San Jose), Cardona (Soriano). En 2017 se suman a las ya existentes JULOSA otras: en Ciudad de la Costa (Canelones), Noblra (Cerro Largo), Carmelo, Juan Lacaze y Tarariras (Colonia), y Chuy (Rocha). La mayoría sólo sesionó de 2 a 4 veces en el año con participantes muy diferentes, y casi una total ausencia de representantes médicos del sub sector público y privado. La excepción en este año fue paso de los Toros y San Gregorio de Polanco con 9 y 11 sesiones respectivamente, y un alto número de representantes (aunque nunca todos los que podrían estar).

Por lo tanto desde el análisis del cubo se puede afirmar que las JULOSAS presentan en 2013 a 2017, en la dimensión de “quienes participan” un valor de 5 ya que además de interesado laicos se presenta una “selección abierta dirigida” que permite la inclusión de otras personas; En la dimensión de “cómo se toman las decisiones” presenta un valor de 5 que corresponde a “deliberación y negociación”, similar a los otros espacios, y en la dimensión de “influencia y poder” presenta un valor de 3 asesoramiento y consulta, ya que no son espacios vinculantes.

En este periodo tampoco se hace referencia en informes de JUNASA a los CCA institucionales. Se creyó que los usuarios fueran quienes velaran por su realización y evaluación, así como la exigencia del cumplimiento de las sesiones, pero en sus efectos no se cuenta con registros de las reuniones. Sumado a que son espacios no vinculantes, y

según la visión de los usuarios, desde ASSE, no existieron estímulos concretos para los administradores a realizar dichas reuniones.

V. 3 Periodo 2018 a 2022: retroceso.

La segunda mitad del tercer periodo de gobierno del FA se vio condicionado por el desgaste natural de años de gobierno, sumado a pujas internas dentro y fuera de la fuerza política. A su vez, en salud, se fue aceptando un status quo que legitimó la participación “regulada” de usuarios en los distintos espacios institucionales, con falta de consenso político para la aplicación del segundo grupo de reformas. Se profundizaron problemas de legitimidad en la representatividad de usuarios con denuncias entre sus integrantes que llevaron a la intervención del MEC de los dos movimientos de mayor alcance, al EPUS en 2019 y al MNUSPP en 2022 ¹⁵

Dentro de las explicaciones para el freno de los cambios en la salud, se esgrime un cambio en el posicionamiento del resto de los actores, el debilitamiento de la agenda de cambios y un contexto menos favorable en términos macroeconómicos (Fuentes y Rodriguez, 2021). Se podría añadir como variable explicativa el alto nivel de conflictividad política en lo que respecta las denuncia de mala administración y acusaciones de corrupción en ASSE, lo cual fue un pilar fundamental del señalamiento de la oposición hacia el gobierno del FA, y que sirvió para instalar en la agenda pública la discusión en salud en torno a este enfoque, y no al de nuevas reformas para el sector. Los embates permanentes hacia la exigencia de responsabilidades políticas por el actuar de cuadros técnico políticos en territorio, llevó a un desvío de la preocupación del gobierno, generando un escenario de respuesta de pedidos de informes, interpelaciones y eventualmente cambios de autoridades en 2018 en sectores claves para lograr estabilidad, sin dejar lugar a nuevas innovaciones que hubieran permitido el avance en el sector salud.

El MNUSPP en reuniones mantenidas con el nuevo Presidente del Directorio de ASSE en 2018 reclamó el concurso para las direcciones de todos los hospitales, así como la instalación y mantenimiento de los Consejos Consultivos Asesores. También reclamó la formación de los directores en los cambios implementados por la reforma Ley 18.211 ya que constataron un gran desconocimiento, fundamentalmente en la implementación, de los organismos donde se consolida la participación social, por lo cual no estaban cumpliendo

¹⁵ Ver Resolución N° 97/019 en <https://www.impo.com.uy/bases/resoluciones/97-2019> y notas de prensa consultadas el 21/08/23 accesibles en: <https://www.elpais.com.uy/informacion/sociedad/mec-dispuso-intervencion-del-movimiento-nacional-de-usuarios-de-salud-publica-y-privada> y <https://www.elpais.com.uy/informacion/sociedad/mec-resolvio-intervenir-el-movimiento-nacional-de-usuarios-de-la-salud-publica-y-privada-tras-cumulo-de-denuncias-presentadas-por-socios>.

con su obligación de conformar y mantener funcionando regularmente dichos espacios. Destacaban el poco compromiso en la concreción de los Consejos Consultivos Asesores en ASSE por parte del representante de los trabajadores, que según el MNUSPP, continúan siendo los grandes ausentes en estos espacios (Memoria Anual MNUSPP, 2017/2018)

En este periodo se presentan, nuevamente, cambios significativos en la JUNASA, principalmente en el año 2020, debido al cambio de gobierno y casi al mismo tiempo la llegada de la pandemia por COVID 19. EL 20 de abril de 2020 el PE establece que se encomienda al MSP a “realizar las gestiones necesarias para que la totalidad de los prestadores que integran el SNIS, las organizaciones representativas de los trabajadores de la salud y de los usuarios, formulen propuestas de hasta tres nombres por cada organización, entre los cuales se designarán los delegados de los prestadores, trabajadores y usuarios en la JUNASA. Las propuestas deberán incluir mecanismos de consulta permanentes que sustenten la representatividad de los delegados” (Resolución 469/020).

Frente a esto la reacción de los usuarios no se hizo esperar, y según consigna La Diaria 05/06/20, el MNUSPP, emitió un comunicado en el que expresa la necesidad de convocar a elecciones nacionales y abiertas para 2021 junto con la de los representantes sociales en el BPS. El EPUS también fue convocado por el MSP para designar representantes, lo cual realizó, postulando tres nombres, y solicitaron que cuando terminara la pandemia se conformara un grupo de trabajo para reglamentar la ley del SNIS y convocar a elecciones.¹⁶

En artículo de Brecha¹⁷, se informa que el EPUS presentó los candidatos, pero la elección del representante de los usuarios nunca se concretó, a pesar de que el MSP confirmó que el proceso de selección sería igual al de años anteriores. No obstante, en la rendición de cuentas de 2020 se instituyó un cambio en el mecanismo de designación, y fue que **la representación sería determinada por una elección entre los delegados de las comisiones honorarias departamentales de salud**, algo que todavía no se ha hecho. Por su parte el MNUSPP, coincide con EPUS en que los usuarios no cuentan con un espacio para denunciar problemas en la atención ni con información sobre el estado del sistema. La

¹⁶ Según informó otro medio de prensa el programa radial *No toquen nada* el 26 de mayo, el presidente de JUNASA González Machado, es dueño de Informédica (Farmanuario), una SRL que es adjudicataria de una licitación de ASSE para el diseño del catálogo de bienes y servicios, por lo que podría haber conflicto entre la función pública y privada. Consultado el 27 de mayo de 2023. Accesible en: <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2020/6/mutualistas-trabajadores-y-usuarios-avanzan-en-la-propuesta-de-nombres-para-conformar-la-junasa/>

¹⁷ Consultado el 27 de mayo de 2023. Accesible en: <https://brecha.com.uy/el-funcionamiento-de-la-junasa-punto-ciego/>

FUS también denunció que la JUNASA no convocó a reuniones durante buena parte de 2020.

Por la llegada de la pandemia se decretó la emergencia sanitaria en marzo de 2020, esto implicó una limitación de la circulación de personas, restringiendo la posibilidad de reunirse de forma presencial (aunque no virtual), apelando a la responsabilidad de la ciudadanía, sumada a una política económica de escasa intervención estatal frente a la crisis, que el PE la llamó “libertad responsable”¹⁸. Paradójicamente organismos internacionales pidieron a los países que durante la pandemia se gaste lo necesario, y sin embargo Uruguay desarrolló una agenda de ajuste fiscal, que en las comparaciones internacionales sobre las respuestas económicas de los estados para mitigar la crisis, lo dejó en los últimos lugares. Si bien durante 2020 los resultados sanitarios fueron favorables con dicha estrategia, la negativa de tomar medidas más ambiciosas de restricción de la movilidad ante el avance de la pandemia durante 2021, como fue recomendado por asesores científicos y médicos, ocasionó un impacto sanitario negativo, siendo el único país del mundo que se mantuvo por encima de los 650 casos confirmados por millón de habitantes durante 80 días consecutivos.¹⁹

Todo esto hace que al definir en la dimensión en el cubo de la democracia quienes participan en la JUNASA el nivel a adjudicar es de 4 en 2018 y 2019, y de 3 luego de este periodo, ya que solamente han participado a partir de 2020 administradores expertos, valor 1, e interesados profesionales nivel 3, sin presencia de interesados laicos, o sea usuarios. Esto desplaza el nivel en el sentido de la exclusividad de nivel 4 a nivel 3.

Con respecto a “cómo se toma las decisiones”, la segunda dimensión del análisis del cubo de la democracia, se podría considerar que es de nivel 6 “implementación técnica y experta”. Ya que al no contar con interesados laicos ni profesionales en el espacio las decisiones las toman únicamente los administradores expertos en base a la experiencia técnica para resolver problemas particulares. Al menos durante gran parte de 2020. En 2021 se incorporan interesados profesionales pasando nuevamente a nivel 5 “deliberación y negociación”.

Todo esto también nos lleva a considerar las limitaciones de esta herramienta de análisis. Desde la perspectiva de los usuarios, al no estar presentes en el espacio, la herramienta podría considerarse no aplicable, ya que no hay representantes de usuarios

¹⁸ Ver <https://dialogopolitico.org/libros/la-libertad-responsable/> y también: <https://ladiaria.com.uy/politica/articulo/2021/7/y-muriendo-tambien-libertad-el-exitoso-fracaso-de-la-libertad-responsable-y-su-futuro-pospandemico/>

¹⁹ <https://ourworldindata.org/coronavirus#coronavirus-country-profiles>

participando en la JUNASA, pero la manifestación por otras vías como medios de prensa, cabildeo, manifestaciones o entrevista con actores claves puede influir de una u otra forma. Y desde el punto de vista teórico existe la posibilidad de participar, pero no se efectiviza en los hechos.

En la última dimensión, “influencia y autoridad”, del mismo periodo, podríamos decir que estamos ante la posibilidad de considerar un nivel de 2 donde los usuarios pueden ejercer influencia sobre el Estado o sus agentes indirectamente alterando o movilizándolo la opinión pública lo que sería “influencia comunicativa”. Sin embargo es de destacar que al no haber representantes de usuarios en la JUNASA, quienes sí participan no se ven obligados a discutir o dialogar con usuarios directamente. Si hay diálogo entre interesados profesionales y administradores profesionales, pero no con usuarios, aunque estos pueden utilizar su influencia de otras formas. Es posible aplicar el cubo pero con un estiramiento conceptual para poder aproximarse a la realidad.

En este tercer periodo, con el análisis del cubo de la democracia, se mantienen iguales todas las dimensiones en el Directorio de ASSE, ya que, a pesar del cambio de gobierno, únicamente se cambiaron los administradores profesionales, y se mantuvieron los mismos representantes de usuarios y trabajadores. Siendo esto último muy llamativo por varios factores. Primero porque un escándalo envuelve a la representante de usuarios, siendo denunciada penalmente por malversación de fondos y expulsada por el propio MNUSPP al cual pertenecía, continuando aún hoy en su cargo, obteniendo la correspondiente venia en el parlamento y siendo designada por el PE no una sino en tres oportunidades, en 2015, en 2018 y en 2020. Segundo porque se esperaba que el nuevo gobierno restara importancia a los representantes sociales en el directorio, o al menos quisiera colocar allí personas afines. Tal vez la única explicación posible sería que, al parecer, da igual quienes ocupen esos cargos, al tener doble voto el presidente en caso de empate y actuar en coordinación con los otros dos representantes del poder ejecutivo no es necesaria la negociación o deliberación, y además se mantienen representantes sociales, lo que evita ser acusados de eliminar la representación social del Directorio y abrir un nuevo frente de disputa.

Esto último modifica la escala del cubo, ya que entonces la participación se vuelve en el directorio únicamente testimonial para usuarios y trabajadores, ya que no tienen nivel de influencia, aún aunque actúen juntos en coordinación. Todo lo que nos lleva a preguntarnos si el diseño de este espacio de participación únicamente funciona con gobiernos de izquierda, afines a la participación social, pero que cuando esto cambia, por la lógica del juego de la democracia, se cae el nivel de influencia a asesoramiento y consulta

(valor nivel 3). En definitiva, el diseño parece no sustentarse por sí mismo frente a los cambios de gobierno con ideologías diferentes.

Anzalone (2021) expresa que de acuerdo a un informe de ASSE en 2018 existían un total de 23 CCA funcionando, con Consejos Consultivos en 13 Hospitales del interior y en 8 Redes de Atención de Primer Nivel. Destaca la ausencia de Consejos Consultivos en los grandes hospitales de Montevideo y en la mayoría de los Centros de Salud de la capital. La instalación de los CCA han presentado un conjunto de dificultades para su instalación y funcionamiento, producto de la actitud de las direcciones institucionales, la debilidad de los actores sociales y el diseño y potestades de estas instancias.

Con respecto a las JUDESAS, en el informe de 2018, se destaca que se volvieron a realizar jornadas de encuentro entre JUNASA y JUDESA con el objetivo de acercar información sobre el funcionamiento y mecanismos de acción institucionales, y recoger inquietudes y planteos desde el territorio. Se reconoce que no es un tema fácil lograr la participación de personas motivadas que quieran difundir derechos y deberes, y que además transmitan las principales inquietudes de la población, y refiere el informe firmado por el presidente de la JUNASA que se va a “contracorriente de la vida moderna”. Todo lo cual sigue en la línea de dificultades que se identifican en todos los informes para asentar y desarrollar estos espacios de participación. Es llamativo que el propio presidente de JUNASA a través del informe reconozca la poca participación, pero no se presentan alternativas al respecto.

En el informe correspondiente a 2019, realizado en 2020 ya por las nuevas autoridades, no se realiza mención alguna a la participación en salud, ni a las JUDESAS en particular. El informe de 2020, estuvo condicionado por el cambio de gobierno en marzo, y se inició al trabajo de la JUNASA únicamente con representantes del Poder Ejecutivo y BSP, definiendo nuevos criterios para la selección de representantes de prestadores, trabajadores, y usuarios. Según el informe se promueve la generación de acuerdos que aseguren la mayor representatividad de los trabajadores y los prestadores. Logrando que los trabajadores designen de común acuerdo un representantes de los funcionarios y de los médicos, comprometiendo la comunicación de todas las organizaciones gremiales, FUS, SMU, SAQ y FEMI, quedando como titular el delegado de la FUS y como alterno el delgado de SMU.

En lo referente a usuarios, el informe plantea la inexistencia de organizaciones con genuina representatividad, definiendo un mecanismo para la elección de representante de los usuarios en la JUNASA a través de un mecanismo de segundo grado entre los

representantes de los usuarios en las JUDESAS. A efecto de promover una adecuada participación constructiva, dice el informe, se rediseñó la estructura reduciendo el número de integrantes, y promoviendo al director departamental de salud como coordinador de las mismas, previendo su implementación durante el año 2021.

En informe de 2021 se destaca que en función del decreto 315/020 se designaron las comisiones honorarias departamentales de 5 departamentos, quedando pendiente los otros 14 departamentos del país, según informe con la finalidad adicional de que se denomine por parte de usuarios un representante de usuarios a la JUNASA, lo cual se encuentra aún pendiente. Al momento de elaboración de este trabajo aún no se cuenta con el informe 2022 de JUNASA.

Las JUDESAS varían su funcionamiento de un departamento a otro, desde una dinámica quincenal en algunos casos a mensual o trimestrales en otros y aún más irregulares. La mayoría de los actores sociales e institucionales previstos en la normativa participan de las reuniones, sin embargo, los representantes sociales no registran la existencia de Diagnósticos Locales de Salud. Se constatan la discusión por complementación de servicios, problemas asistenciales y en algunos casos el desarrollo del Primer Nivel de Atención en cada departamento. En cambio destaca la ausencia de definición de problemas prioritarios y líneas de acción conjuntas hacia ellos. No hay planes locales de salud con construcción participativa, intersectorial y rendición de cuentas a la población sobre los mismos. Al abordar la fragmentación y duplicación de servicios por encima de las necesidades locales, en varios departamentos se alcanzaron convenios para complementar, pero se percibe un escenario muy heterogeneo con dificultades significativas para concretar aquellos acuerdos en temas sensibles que afectan intereses de prestadores privados, así como la falta de normas por parte de JUNASA y MSP que establezcan precios de referencia, incentivos económicos y criterios obligatorios de articulación de los servicios entre otras medidas. También se menciona la existencia de conflictos de intereses en directivos de la direcciones de los distintos prestadores de la Federación de Prestador Medicos de Interior (FEPREMI) que tienen responsabilidades técnico políticas en ASSE. Los vínculos entre los movimientos sociales de trabajadores, usuarios y organizaciones comunitarias no son iguales en todos los departamentos, manteniendo en general buenas relaciones aunque en muchos casos falta diálogo, coordinación, y gestación de propuestas comunes. (Anzalone, 2021).

Desde el cubo, las JUDESAS en este último periodo muestra en “quienes participan” un nivel valor 4 con administradores expertos, “interesados profesionales” e “interesados laicos” hasta 2020, luego dentro del diseño está contemplada la participación de interesados

laicos pero no lograda en la realidad, por lo que pasa a un valor de 3 con presencia únicamente de interesados profesionales y administradores profesionales, evidenciando un deterioro de la participación. Con respecto a la dimensión de “cómo se toman las decisiones” se evidencia un nivel de 5 “deliberación y negociación” hasta 2020 y luego un nivel de 2 de “expresión de preferencias”. En la dimensión de “influencia y autoridad” se considera valor 3 hasta 2020 dado por “asesoramiento y consulta” de usuarios en el espacio, y luego pasa a un valor nivel 2 de “influencia comunicativa”.

En lo referente a las JULOSAS, en el informe de 2018, se evidencia la creación de una JULOSA en Bella Unión (Artigas), y se mantienen las reuniones en las otras JULOSAS restantes ya mencionadas, con reiteración de los mismos temas planteados en años anteriores. De los listados de temas no es posible identificar indicadores de resultados que permitan evaluar de alguna manera la eficiencia de dichos espacios.

Para completar el análisis desde el Cubo se aprecian algunas dificultades ya que al definir quiénes participan, si bien la configuración es similar a la JUNASA y JUDESA, se puede apreciar que no se cuenta con presencia en las reuniones de todos los actores involucrados que, en el diseño se supone participan, lo cual es comprensible dada la menor escala territorial y que, la representatividad en niveles territoriales menores y alejados de centros urbanos, es compleja, por los desplazamientos y por el poco interés que despierta en algunos representantes. Se puede otorgar un valor de nivel 4 en “quienes participan” debido a la presencia de interesados laicos (usuarios) hasta 2019, luego no contamos con registro de asistencia ni actividades. En la variable de “como se toma las decisiones” se le puede otorgar un nivel 3 caracterizado como “desarrollo de preferencias”, hasta 2019, donde luego pasa a ser de un nivel 2, “expresión de preferencias”, aunque no dentro del espacio, sino a través de otros mecanismos externos al espacios pero que influyen en este. Situación similar se presenta en la dimensión de “influencia y autoridad” donde se considera valor 3 hasta 2019, de “asesoramiento y consulta”, y luego pasa a un valor nivel 2 de “influencia comunicativa”.

Finalmente tomando dicho modelo y otorgando un valor numérico dentro de cada dimensión, analizando, por una parte, las diferentes estructura creadas en el SNIS, y por otra, periodos de tiempo, desde la creación del sistema hasta el año 2022, en grupos de cinco años, se elabora una estructura de datos²⁰ que de su análisis se pueden realizar apreciaciones a modo de conclusiones.

²⁰ Ver cuadro 4 de Anexos.

VI. Conclusiones.

La participación social en los espacios institucionales del SNIS analizada a través del cubo de la democracia, desde 2008 a 2022, muestra notorias variaciones entre los períodos de análisis quinquenales propuestos, así como en los espacios generados para tal fin.

En el primer periodo de análisis de 2008 a 2012, se evidencian altos niveles de participación social en la JUNASA y el Directorio de ASSE, pero con un muy lento y desigual desarrollo de la participación a nivel territorial e institucional de JUDESAS, JULOSAS y CCA.

En el segundo periodo analizado, de 2013 a 2017, los espacios de participación en la JUNASA y Directorio de ASSE se mantuvieron relativamente estables, aunque con algunas variaciones en el nivel de influencia y autoridad en la práctica. Es posible afirmar que se mantuvo la composición formal de integrantes en los espacios, pero se detectaron cambios a nivel de la toma de decisiones, específicamente con la incorporación del doble voto del presidente en el directorio ASSE, y con el cambio en la representación de usuarios en JUNASA a partir de 2015. Paralelamente, se desarrollaron espacios de forma progresiva, a través de JUDESAS, JULOSAS y los CCA con una alta variabilidad en su conformación a nivel territorial, y con notorias dificultades en la definición de objetivos, acciones concretas, registro de lo actuado, fiscalización y evaluación por parte de la JUNASA.

Durante el último periodo, de 2018 a 2022, se evidencia un progresivo deterioro de la participación, lo que se acentuó notoriamente a partir del año 2020, con el cambio de gobierno y el cambio de la conducción del Estado, con variación de los mecanismos de selección de representantes de usuarios en el Directorio de la JUNASA, lo que generó la ausencia de representantes de usuarios en dicho directorio, y cambios en la conformación de las JUDESAS, lo que ocasionó una desaparición de las estructuras de JUDESAS, JULOSAS y CCA. Todo esto en un contexto de restricción de la movilidad de personas por la pandemia de COVID 19 durante 2020 a 2022. Finalmente, en el segundo semestre de 2022 se visualiza un tímido y muy lento intento pos pandemia de recuperar los espacios como las JUDESAS, pero bajo nuevas reglas de juego. Otro aspecto a destacar de este periodo es que la conformación del Directorio de ASSE mantuvo sus representantes sociales, manteniendo estables los niveles de participación según el cubo de la democracia, a pesar de factores internos y externos que afectaron el resto de las estructuras de participación.

Analizando los espacios y mecanismos participativos, considerando los factores internos y externos que intervienen durante el periodo 2008 a 2022, se puede afirmar que si bien el diseño institucional de participación del SNIS es innovador, novedoso y es evidente que amplía los márgenes de la democracia al incluir a usuarios y trabajadores en los lugares claves del sistema para la toma de decisiones, no llega a consolidar un proceso de participación robusto y sostenible, ya que, ante cambios que afectan el sector salud en general, se afecta negativamente el nivel de participación social en particular, en un principio como freno y finalmente como retroceso, y en algunos ámbitos casi con anulación de dichos espacios. La participación, luego de analizada con el cubo de la democracia, lejos de evidenciar un avance o profundización, consolidando sus espacios y mecanismos, en estos últimos quince años, muestra un notorio debilitamiento debido a diversos factores.

Las posibles hipótesis explicativas que se pueden desarrollar a partir del presente trabajo se han agrupado en dos grandes conjuntos. Las vinculadas a factores internos: de diseño del sistema, de implementación, de seguimiento y evaluación; y las vinculadas a los factores externos: relacionadas a los cambios en el entorno y el contexto político institucional.

Dentro de las **causas internas**, es posible identificar problemas de diseño de la política de participación, dificultades en la implementación territorial de los espacios, dificultad en el seguimiento y evaluación. Aún durante los gobiernos del FA, gobierno de centro izquierda, con una fuerte impronta defensora de la participación social, ésta presenta limitaciones, evidenciado específicamente en el peso de los usuarios en la toma de decisiones en los espacios, siendo minoría respecto a otros actores, o presentando limitaciones en su poder, teniendo que asumir el doble voto del presidente en JUNASA y Directorio de ASSE frente a decisiones donde se produce empate, así como también participando de espacios sin carácter vinculantes a nivel territorial y de prestadores de salud. Es notorio el celo con que se cuida el equilibrio de poder en el diseño institucional con una clara tendencia hacia los administradores profesionales.

Este diseño muestra una participación “controlada” o “limitada” de usuarios y trabajadores. Además queda en evidencia, por todo lo planteado, que existe una rectoría débil del MSP, ya que no se logra desde JUNASA el liderazgo para conformar y apoyar el fortalecimiento de las estructuras de gobernanza del sistema de salud. En lo referente a la implementación, no se contó con un proyecto sistémico y organizado de desarrollo en territorio, lo que llevó a que los procesos fueran heterogéneos en términos de generación de espacios y calidad de funcionamiento, y que dependieran de liderazgos individuales.

También existieron dificultades en la reglamentación, al inicio sin contar con reglas claras, y luego al generar mecanismos de elección de los representantes sociales de la JUNASA la reglamentación otorgó escasas garantías de legitimidad real. Posteriormente se desarrollaron mecanismos de difícil aplicabilidad. La ley 18.211 establece que la reglamentación garantizará mecanismos de selección democrática de los mismos, y las reglamentaciones propuestas hasta ahora solo buscan incluir representantes de organizaciones que distan mucho de ser representativas de todo el colectivo de usuarios. Finalmente se evidencian notorias dificultades en el seguimiento y evaluación de los espacios, evidenciado en los informe de JUNASA al PE desde 2009 a 2022, donde no se encuentran indicadores significativos para evaluar y medir el funcionamiento de los espacios o los avances a nivel territorial.

Dentro de los posibles **factores explicativos externos** al sistema encontramos las dificultades de organización de un nuevo actor social, los usuarios, así como la influencia del entorno, el cambio de gobierno, y la pandemia por COVID 19. Los usuarios no lograron formas de organización, liderazgo y representatividad claras. No consolidaron una forma de organización a nivel nacional, que permitiera unificar a todos los usuarios en una única organización, o al menos permitiera generar mecanismos de representatividad legítimos. Ambos movimientos mayoritarios fueron intervenidos por el MEC por denuncias desde dentro de sus propios movimientos entre sus propios integrantes, lo cual evidencia dificultades internas, sumadas a la falta de reconocimiento externo del sistema político en su conjunto.

A esto se agrega que existió una débil política de construcción de capacidades para los usuarios por parte del Estado que permitiera catapultar este nuevo actor social a un lugar de relevancia institucional. La ausencia de un segundo grupo de reformas para el sector salud, discutidas pero no ejecutadas, que entre otras cosas resolviera problemas de legitimidad de la representación de los usuarios en los espacios creados, ocasionó que estos no alcanzaran el grado de madurez organizacional para consolidarse como un actor relevante o poderoso dentro del sistema, al menos no en el sentido de influir en la arena pública en la misma intensidad que otros actores. La existencia de pesos y contrapesos muy sutiles en el sistema político evidencia que se pretende mantener un fino equilibrio de poder en el ámbito de la salud. Es un sector con múltiples actores con diferente poder de incidencia y gran cantidad de recursos involucrados, humanos, materiales, y financieros, lo que lleva a cualquier gobierno a actuar con cautela.

Luego de instalados los primeros años del SNIS los estímulos para más cambios trascendentales parecen haber disminuido. Las sinergias entre actores se modificaron o desaparecieron, los conflictos ganaron terreno, y la fertilidad y avance inicial fue sustituida por un cauteloso mantenimiento del timón, con lentas y programadas inclusiones de nuevos colectivos al FONASA, pero sin modificar sustancialmente el sistema. En este periodo analizado, y de manera global, tal como lo expresa Fuentes y Rodriguez (2021), es posible identificar momentos claves dados por una “primera administración del FA estuvo orientada a diseñar, negociar, tramitar parlamentariamente e implementar los pilares de la reforma, el segundo período continuó el proceso de expansión de la cobertura y ajuste de algunos instrumentos regulatorios y de financiamiento. Finalmente, el tercer mandato presentó mayores dificultades para innovar y vigorizar la agenda reformista en materia sanitaria” (Fuentes et al 2021:586).

La participación no escapó a esta lógica, y se sumó un cambio de gobierno con modificaciones estructurales en los espacios diseñados para la participación que llevó a que esta disminuya todavía más. Existió también una influencia de factores económicos, ya que durante estos últimos 15 años también hubo cambios a nivel país, con progresivo un aumento del déficit fiscal, y el gasto público social durante las primeras administraciones del FA. Una forma de contener este gasto fue la de no generar nuevos escenarios de cambios en el sector salud, o al menos no de tanta trascendencia como en las dos primeras administraciones.

Con el cambio de gobierno en 2020 se presentó una política económica de escasa intervención estatal, incluso frente a la crisis, con un claro ajuste fiscal que impactó en todas las áreas del Estado, sumado a un notorio avance de las lógicas de mercado en el sector salud. Cada vez más, quienes pueden pagar, presionan por atención diferencial, y el mercado responde con soluciones adaptadas a colectivos con poder de presión (Servicios VIP por ejemplo), generando nuevamente un aumento de la segmentación en el sistema, algo con lo que se pretendía terminar con la reforma de la salud. Considerando el contexto político institucional, el cambio de administración del Estado, con el PN liderando la coalición actual de gobierno, se puede afirmar que el cambio de gobierno, con cambio ideológico, implicó también cambios en la importancia o significado que se otorga a los espacios de participación social. Sumado a la pandemia mundial por COVID 19 que generó dificultades en la presencialidad y la articulación de los movimientos de usuarios. Junto con la pandemia global, la crisis económica asociada, y la orientación restrictiva del ajuste presupuestal, se deterioraron algunos logros en materia de acceso y equidad, afectando el desempeño general del sistema de salud así como la calidad asistencial, especialmente de aquellos usuarios con menor capacidad de pago.

La nueva administración no evidencia interés en una expansión y profundización de los cambios en salud en el sentido que la reforma sectorial impulsada. La pandemia por su parte fue también un catalizador que permitió desnudar los problemas de participación y la fragilidad de los espacios. En plena pandemia los espacios de participación quedaron vacíos, los usuarios no asumieron lugares relevantes, sino que canalizaron sus intereses a través de mecanismos no institucionalizados (espacios comunitarios, ollas populares, centros comunitarios). La toma de decisiones frente a la pandemia pasó por otro lugar, más cercano al poder de político y de administradores expertos y a cierto nivel de poder académico evidenciado en el Grupo Asesor Científico Honorario (GACH), pero que dejó al margen la opinión de los principales involucrados, los usuarios.

En definitiva, parece ser necesario desarrollar mecanismos de participación ciudadana que garanticen mecanismos de selección que otorguen legitimidad a quienes participan, con representatividad clara, así como mecanismos que garanticen transparencia, rendición de cuentas, y espacios que sean capaces de resistir los cambios antes descritos. Parece ser necesario teorizar sobre nuevas formas de democracia participativa, ya que las formas actuales evidencian signos de desgaste y agotamiento, y en algunos casos derivan en modelos de gobiernos que evidencian retroceso en los procesos democráticos. Es un desafío analizar cómo ampliar los límites de la democracia representativa para alcanzar formas más completas e inclusivas capaces de lidiar con el mercado, el Estado, la sustentabilidad ambiental, así como la compleja trama de heterogeneidad social tanto individual como colectiva.

VII. Bibliografía.

1. OPS/OMS *Reporte de situación número 1030* de enero de 2020. 23/03/2023. https://doi.org/www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200130-sitrep-10-ncov.pdf?sfvrsn=d0b2e480_2.
2. *Estudio Multicéntrico en Atención Primaria en Salud: Modelos Asistenciales, Integración al Sistema de Salud e Inter sectorialidad en Contextos Urbanos en Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay.* (2009) Red de investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur. s/d
3. Gonzalez, T. Olesker D. *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009* (2009). 15 de diciembre de 2022. https://doi.org/www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_la_construccion.pdf
4. MSP Uruguay. *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud.* (2009) [MSP_libro_reforma.pdf](#)

5. Decreto 185/2004 *Reglamento de Comisiones de Apoyo de unidades ejecutoras del Ministerio de Salud Pública.* 23/03/2023
<https://doi.org/www.impo.com.uy/bases/decretos/185-2004>
6. Rodriguez Hernandez, G. (2007) *De la participación a la protesta política. Convergencia* vol.14, n.45 15/12/2022, pp.77-93.
http://doi.org/www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352007000300004&lng=pt&nrm=iso.ISSN 2448-5799
7. Rueda Rodríguez B. (2012) La efectividad de la participación desde la experiencia de las instancias deliberativas locales en Bogotá. *Revista de Relaciones Internacionales, Estrategia y Seguridad*, 7(2), 131-155. 15 de diciembre de 2022. ISSN: 1909-3063. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92726073010>
8. Anzalone, P. *Uruguay: Participación social en salud y democratización de la sociedad y el Estado. Tesis Doctoral en Sociología.* Montevideo Uruguay (2021) 18 de abril de 2023.
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/31143/6/TD_Anzalone_Pablo.pdf
9. Fung, A. (2015) Poniendo al público de nuevo en la gobernanza: los desafíos de la participación ciudadana y su futuro. *Acta republicana. Política y sociedad.* Año 14 número 14.
<http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/ppperiod/republicana/pdf/ActaRep14/4.pdf>
10. Rodriguez Araujo, M. (2011) *Democratización de la gestión pública en el gobierno del Frente Amplio. El caso de la participación social en la Reforma del Sector Salud.* Monografía Final Licenciatura en Ciencia Política
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4928/6/TCP_Rodr%C3%ADguezAra%C3%BAjoMart%C3%ADn.pdf
11. Bettoni A, (2016) *Mecanismos institucionalizados de participación ciudadana en políticas de infancia y adolescencia en Uruguay (2010-2014) ¿Canales de democracia ciudadana?* Tesis para acceder al título de Magíster en Desarrollo Humano. Accesible en:
<https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/15682/2/TFLACSO-2016ABS.pdf>
12. Ziccardi, A. (1999) *Los actores de la participación ciudadana.* Instituto de investigaciones sociales. UNAM 6 de abril de 2023.
<https://controlatugobierno.com/archivos/bibliografia/ziccardiactoresparticipacion.pdf>
13. Rofman A. (2016) *Participación, políticas públicas y territorio : aportes para la construcción de una perspectiva integral.* 1a ed. Los Polvorines. Universidad

- Nacional de General Sarmiento, Argentina,
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/otros/20210720035022/Participacion.pdf>
14. Cunill Grau, N. (2007) *La construcción de ciudadanía desde una institucionalidad pública ampliada. Democracia /Estado/ Ciudadanía. Hacia un Estado de y para la Democracia en América Latina*. PNUD Lima, Perú. Pag 113: 138. 01/04/2023.
 15. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/54780.pdf>
 16. Fàbregas, J.F. Fernández-Martínez J.L. y García Espín, P. (2017) Instrumentos para la participación ciudadana y requisitos para su efectividad. *R.V.A.P.* núm. 107-II. Enero-Abril. Págs. 617-646.
 17. Fuentes, G. Buschiazzo, V. Castillo, M. (2016) ¿Quiénes, cómo y para qué? Los espacios de participación convocados por el Ministerio de Desarrollo Social uruguayo. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad* Vol. XXIII No. 65 Enero / Abril.
 18. Castillo-Cubillos, M. (2017) *El papel de la participación ciudadana en la políticas públicas, bajo el actual escenario de la gobernanza: reflexiones teóricas*. Universidad Icesi. CS. Núm 23, pp 157-180, Ecuador.
 19. Vélez Arango A. (2007) *Nuevas dimensiones del concepto de Salud: el derecho a la salud en el Estado social de derecho*. Hacia la promoción de Salud vol.12 no.1 Manizales Jan./Dec. 04/02/23
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100006
 20. Clavell, E. Rodríguez Araujo, M. (2009) La participación social en el Sistema Nacional Integrado de Salud: opciones y debates. Capítulo 6. *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Ministerio de Salud Pública. Uruguay.. [MSP_libro_reforma.pdf](#)
 21. Fung, A. (2015) Política y Sociedad. *Acta republicana*. Año 14. Número 14. Pag 29 - 43.23/03/2023
148.202.18.157/sitios/publicacionesite/pperiod/republicana/pdf/ActaRep14/4.pdf
 22. Martí, M. Blanco, I. Parés, M Subirats, J. (2016) Regeneración urbana y gobernanza ¿Cómo evaluar la participación en una red de gobernanza? Tres perspectivas teóricas y un estudio de caso. *En Participación, políticas públicas y territorio: aportes para la construcción de una perspectiva integral*, compilado por Adriana Rofman. 1a ed. Los Polvorines. Universidad Nacional de General Sarmiento, Argentina,
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/otros/20210720035022/Participacion.pdf>
 23. Fung, A. (2006) Varieties of Participation in Complex Governance in *Public Administration Review*, Vol. 66 (December 2006): 66-75.
<https://static1.squarespace.com/static/5ce018c4d711f30001ff4dab/t/5ce0afa18344ac0001bb90d0/1558228897803/FungVarietiesPAR.pdf>

24. Couto, B. Foglia C, Rofman A. (2016) Políticas participativas locales en municipios bonaerenses: una aproximación político-territorial. En *Participación, políticas públicas y territorio : aportes para la construcción de una perspectiva integral*, compilado por Adriana Rofman. 1a ed. Los Polvorines. Universidad Nacional de General Sarmiento, Argentina, <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/otros/20210720035022/Participacion.pdf>
25. Sollazo, A. Berterretche, R. (2011) El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. 2011. 03 de abril de 2023 <https://doi.org/www.scielo.br/j/csc/a/STmRwY8VckSFhLBks9CVy3S/?format=pdf&lang=es>
26. Olesker D, González T. (2009) La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (2005-2009). Montevideo, Uruguay: Ministerio de Salud Pública.
27. El programa Consejos Sociales. Aportes y desafíos en la promoción estatal de participación ciudadana. Sistematización de la experiencia 2010- 2013.. MIDES Uruguay. guiaderecursos.mides.gub.uy/innovaportal/file/42820/1/consejossociales.pdf
28. Castillo-Cubillos, M. El papel de la participación ciudadana en la política pública, bajo el actual escenario de la gobernanza: reflexiones teóricas. Universidad Icesi. CS. Núm 23, pp 157-180, Ecuador, 2017. Accesible en <https://www.redalyc.org/journal/4763/476354877008/html/>
29. Fuentes, G. Buschiazzo, V. Castillo, M. ¿Quiénes, cómo y para qué? Los espacios de participación convocados por el Ministerio de Desarrollo Social uruguayo. *Espiral*, Estudios sobre Estado y Sociedad Vol. XXIII No. 65 Enero / Abril 2016.
30. Democracia /Estado/ Ciudadanía. Hacia un Estado de y para la Democracia en América Latina. PNUD Lima, Perú. (2007) Accesible en: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/54780.pdf> consultado el 01/04/2023.
31. Rey Varela, M. (2016) Reformas y Sistema de Salud en Uruguay: un análisis comparativo entre los primeros pasos sistémicos del sector y la actualidad del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2016. 84p. Trabajo de Conclusión de Curso (Graduación en Salud Colectiva) – Universidad Federal de la Integración Latinoamericana, Foz de Iguazú.
32. Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el SNIS. Ministerio de Salud Pública. Ed. Maria José Borges. Banco Mundial. Montevideo; 2010. P. 83.
33. Fuentes, G Rodriguez Araujo M. (2021) La reforma de la salud en los gobiernos del Frente Amplio (2005-2020): del cambio profundo al nuevo status quo. Capítulo 22. En libro: Fin de un ciclo: balance del Estado y las políticas públicas tras 15 años de

- gobiernos de izquierda en Uruguay. Coordinadores: Germán Bidegain, Martín Freigedo, Cristina Zurbriggen.
34. Olesker, D. (2017) La reforma de la Salud: su continuidad hoy. Artículo en La Diaria. 26 de octubre de 2017. Uruguay. 27 de abril de 2023. <https://ladiaria.com.uy/articulo/2017/10/la-reforma-de-la-salud-su-continuidad-hoy/>
 35. Decreto 237/011. Consultado el 04 de mayo 2023. Accesible en: <https://doi.org/www.impo.com.uy/bases/decretos/237-2011>
 36. Decreto 315/2020 Reglamentación del art. 27 de la Ley 18211 relativa a la integración de los Consejos Asesores Honorarios Departamentales de la Junta Nacional de Salud y derogación del decreto 237/2011. 04 de mayo de 2023. <https://doi.org/www.impo.com.uy/bases/decretos/315-2020>
 37. Benia, W. Isabella, F. Katzkowicz, N. Yapor, M. (2009) Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud. Capítulo 4. ASSE en la Reforma de la Salud. Ministerio de Salud Pública. Uruguay. 2009. [MSP libro reforma.pdf](#)
 38. Borgia, F.; Gularte, A.; Gabrielzik, I.; Azambuja, M.; Soto, J.; Corneo, M.; Gimenez, H.; Arraras, M.; Gonzalez, S. (2012) De la invisibilidad de la situación de las policlínicas comunitarias-rurales en Uruguay, a la priorización de la salud rural como política pública. *Saúde em Debate* • Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 421-435, <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2013/10/saude-em-debate.pdf>
 39. Fuentes, G. (2010) El sistema de Salud uruguayo en la posdictadura. Uruguay, https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/6981/1/RUCP_Fuentes_2010v.19.pdf
 40. Berterretche, R.; Sollazo, A. (2011) El abordaje de la Atención Primaria de Salud, modelos organizativos y prácticas: caso de un Centro de Salud público urbano de Montevideo, Uruguay 2011. 03 de abril de 2023. <https://doi.org/elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2013/10/saude-em-debate.pdf>
 41. Olesker, D. Capítulo 1 Igualdad, universalidad y accesibilidad: economía política y estado actual de la política pública de salud en Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay. Accesible en [ECONOMIA POLITICA PARA EL ACCESO Y LA COBERTURA UNIVERSAL.pdf](#)
 42. Aguerregoyen, M (2013) *Más salud: los efectos de las metas asistenciales y su relación con el cambio de modelo de atención de salud*. [Tesis de grado. Montevideo: Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Ciencia Política. 23 de mayo de 2023.

43. Fuentes, G. Rodríguez, M. (2019) La reforma de la salud en los gobiernos del Frente Amplio (2005-2020): del cambio profundo al nuevo statu quo. Cap 22. Libro *Fin de un ciclo*. pp. 585 - 609. Uruguay.
44. Resolución de PE. 26 de mayo de 2023.
<https://www.impo.com.uy/bases/resoluciones-originales/469-2020>
45. Ley 18211 <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18211> consultado 21 de marzo 2023.
46. Informes de JUNASA elevados al PE desde 2009 a 2022
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/rendiciones-cuentas-junasa-2008-2020> consultado el 21 de marzo de 2023.
47. Constitución de la República
<https://www.impo.com.uy/bases/constitucion/1967-1967/44>
48. Decreto 269/2008. 4 de mayo 2023. Accesible en [Decreto N° 269/008](#)
49. Decreto 81/012 Anexo Contrato de Gestión JUNASA Prestadores. 04 de mayo de 2023.
<https://doi.org/www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/81-2012#CONTRATO>
50. Ley numero 19996 <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/19996-2021/311>
51. Acuerdos firmados por el Directorio de ASSE 2014 2023. Accesible en:
<https://www.impo.com.uy/cgi-bin/bases/consultaBasesBS.cgi?tipoServicio=5>
52. Anzalone, P. (2021) Tesis de Maestría en Sociología: Participación social dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay. Departamento de Sociología. Universidad de La República. Accesible en:
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/20443/1/TMS_AnzalonePablo.pdf
53. Memoria anual periodo Dic.2017/Dic.2018. Asamblea Anula Ordinaria MNUSPP 15 de diciembre de 2018.
<https://usss.org.uy/2018/12/20/el-movimiento-nacional-de-usuarios-de-la-salud-publica-y-privada-realizo-su-asamblea-anual-ordinaria/>
54. Arocena, F. AGUIAR, S. Tres leyes innovadoras en Uruguay: Aborto, matrimonio homosexual y regulación de la marihuana. *Rev. Cienc. Soc.* [online]. 2017, vol.30, n.40 [citado 2023-08-12], pp.43-62.
http://doi.or/www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-55382017000100003&lng=es&nrm=iso. ISSN 0797-5538.
55. Bases programáticas del Frente Amplio 2020-2025. 20 de agosto de 2023. Accesible en:
<https://www.frenteamplio.uy/documentos-institucionales/item/759-bases-programaticas-2020-2025>

56. Ley 18161 IMPO: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18161-2007/6>

57. Decreto 408/011 IMPO: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/408-2011/1>