



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD COMUNITARIA**



**PARTICIPACIÓN EN SALUD: PRODUCCIÓN DE
SENTIDOS E INSTITUCIONALIZACIÓN.
ESTUDIO DE CASO EN LA JUNTA DEPARTAMENTAL
DE SALUD DE FLORIDA, URUGUAY**

Autor:
Lic. Com. Sandra Moresino

Tutor:
Mg. Susana Rudolf

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2016

Agradecimientos

A mi familia en primer lugar; por la energía que me transmitió durante todo el proceso de esta investigación; a mis queridas amigas Lilián Tricotti y Leticia Lamaita, que estuvieron siempre; a Susana Rudolf, mi tutora, por su apoyo, dedicación, conocimiento del tema y capacidad de análisis, todo entre muchos mates; a Daniel Olesker, por su calidad en el arte de explicarme en forma sencilla los complejos procesos de diseño e implementación del sistema de salud; a Alberto Blanco, Elena Clavell, Martín Rodríguez, Enrique Saforcada, Sonia Romero Gorski y Juan Chenlo, por el tiempo que me dispensaron y las orientaciones, ideas, información y materiales que me aportaron; a las personas que me facilitaron el acceso a documentos.

Por supuesto, vaya un especial agradecimiento a todas las personas que integraban la Junta Departamental de Salud de Florida en 2013.

Y a todas las personas, que de una manera u otra, estuvieron conmigo en este proceso de investigación.

La verdad que pasamos lindo, un rato lindo.

Lista de abreviaturas, siglas y acrónimos

ADUSS/ Asociación de Usuarios del Sistema de Salud
ANII / Agencia Nacional de Investigación e Innovación
ASSE / Administración de los Servicios de Salud del Estado
BPS / Banco de Previsión Social
CEM / COMEF Emergencia Móvil
CHAD / Consejos Honorarios Asesores Departamentales
CIES / Cámara de Instituciones y Empresas de la Salud
COMEF / Cooperativa Médica de Florida
DIGESA / Dirección General de la Salud
DIGESE / Dirección General de Secretaría
DIGESNIS/ Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud
DDS/ Dirección Departamental de Salud
DISSE / Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad
EP-FA /Encuentro Progresista-Frente Amplio
FECOMI / Federación de Cooperativas Médicas del Interior
FEMI / Federación Médica del Interior
FFSP / Federación de Funcionarios de Salud Pública
FONASA / Fondo Nacional de Salud
FUS / Federación Uruguaya de la Salud
IAMCs/ Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IAMPP / Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales
IDF / Intendencia departamental de Florida
IFS/ Instituto de Formación Sindical
INDT / Instituto Nacional de Donación y Transplantes de Células, Tejidos y Órganos.
JUNASA / Junta Nacional de Salud
Judesa / Junta Departamental de Salud

Julosa / Junta Local de Salud
MEF / Ministerio de Economía y Finanzas
MNUSPP / Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada
MPP / Movimiento de Participación Popular
MSP/ Ministerio de Salud Pública
PBI / Producto Bruto Interno
PIAS / Programas Integrales de Salud y Catálogo de Prestaciones
PIT-CNT / Plenario Intersindical de Trabajadores-Convención Nacional de Trabajadores
PLEMU / Plenario Mutua
PC/ Partido Colorado
PN / Partido Nacional
PI/ Partido Independiente
PP / prestadores privados de salud que tienen sede principal o secundaria en el departamento
PPENT/ Programa de Prevención de Enfermedades no Trasmisibles
RAP/ Red de Atención Primaria
SAQ / Sociedades Anestésico-Quirúrgicas
SMU / Sindicato Médico del Uruguay
SNS / Seguro Nacional de Salud
SNIS / Sistema Nacional Integrado de Salud
SUDUF / Servicio Único de Urgencia de Florida
TASSE / Trabajadores de los servicios de ASSE en el departamento
TICs / Tecnologías de la Información y la Comunicación
TMASSE / Trabajadores médicos de los servicios de ASSE en el departamento
TMI / Tasa de mortalidad infantil
TMPP / Trabajadores médicos de los prestadores privados con sede principal o secundaria en el departamento
TPP/ Trabajadores de los prestadores privados con sede principal o secundaria en el departamento

UASSE / Usuarios de los servicios de ASSE en el departamento

UDELAR / Universidad de la República

UMU / Unión de la Mutualidad del Uruguay

UPP / Usuarios de los prestadores privados de salud con sede principal o secundaria en el departamento

Resumen

Presentación. El Sistema Nacional Integrado de Salud en el Uruguay (SNIS) se implementó a partir de 2008. Uno de los principios rectores del sistema es la incorporación de usuarios y trabajadores en espacios institucionalizados tanto de nivel central como territorial. La Ley N°18.211 del SNIS creó los consejos asesores honorarios departamentales y locales con participación de representantes oficiales y representantes de los prestadores de salud, sus trabajadores y sus usuarios. Interesó generar insumos para el diseño y desarrollo de políticas de salud que incorporen el eje estratégico de la participación, estudiando la organización Consejo Asesor Honorario Departamental de Salud de Florida (Junta Departamental de Salud), desde la dinámica de la relación entre lo instituido y lo instituyente, para comprender los procesos de producción de sentidos e institucionalización de la participación en salud. **Objetivo general.** Comprender la relación entre lo instituido y lo instituyente en la Junta Departamental de Salud de Florida. **Objetivos específicos.** Identificar, seleccionar y revisar los principales hitos normativos básicos y directos. Caracterizar al espacio desde la mirada a lo político, lo histórico, lo organizativo y lo comunicacional. Observar la producción de sentidos sobre participación en salud. **Metodología.** Se realizó un estudio de tipo cualitativo-cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, a través del estudio de caso en el que se combinaron entrevistas semiestructuradas, observación, análisis documental, análisis de contenidos. **Conclusiones.** La junta producía sentidos con base en una fuerte identidad local en el campo de la salud y vínculos primarios; desarrollaba procesos de autonomía y tenía capacidad de incidencia latente sobre las políticas de salud, obturada por la concurrencia de racionalidades diferentes fuera del espacio de la junta, lo que ponía en riesgo la fortaleza política de ese espacio.

Palabras clave: participación en salud, consejos, producción de sentidos, institucionalización, reforma de la salud.

Contenido

Lista de abreviaturas, siglas y acrónimos.....	4
Resumen	7
Tabla de cuadros	11
Tabla de figuras	11
Introducción	12
Capítulo 1: Marco Referencial	20
1.1.Uruguay. Breve caracterización	20
1.2. Departamento de Florida. Breve caracterización	26
Capítulo 2: Antecedentes y Marco teórico	31
2.1.Antecedentes del problema de investigación	31
2.2.Marco teórico	33
2.2.1. Reseña de antecedentes de la reforma del sector salud en Uruguay	36
2.2.3. Participación. Participación en salud	44
2.2.4. Comunicación y organización	49
Capítulo 3: Metodología	52
3.1. Tipo y diseño general de estudio	52
3.2. Procedimientos e instrumentos para el acceso al estudio. Universo de estudio	53
3.3. Procedimientos, técnicas y diseño de instrumentos para la recolección de información	57
3.3.1. Entrevistas exploratorias	57
3.3.2. Búsqueda bibliográfica	58
3.3.3. Diario de campo	59
3.3.4. Observación	59
3.3.4. Entrevistas	59

3.3.5. Acceso a documentos	66
3.4. Procedimientos para garantizar aspectos éticos y calidad de los datos	69
3.5. Plan de análisis. Métodos y modelos de análisis	70
Capítulo 4: Lo instituido. Presentación de datos y análisis	77
4.1. Identificación de los principales hitos básicos, directos e indirectos	78
4.2. Selección, revisión y análisis de principales hitos básicos.....	82
4.2.1. Creación y organización del SNIS	82
4.2.2. Estructura organizativa del Ministerio de Salud Pública	94
4.3. Selección, revisión y análisis de principales hitos directos	97
4.3.1. Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales (judesas)	97
Resultados	105
Capítulo 5: Lo instituyente. Presentación de datos y análisis	108
5.1. La organización de la atención a la salud en Florida. Identidad	108
5.2. Representatividad. Designaciones. Trayectorias personales	119
5.3. Incidencia. Toma de decisiones	123
5.4. La institucionalidad. Organización. Liderazgos y autonomía	127
5.5. Tipos de participación	130
5.6. Rol del espacio. Metáforas de la organización	135
5.7. Comunicación. Vínculos	137
Conclusiones	143
Recomendaciones	145
Referencias Bibliográficas	147
Capítulo 1	147
Capítulo 2	149
Capítulo 3	159

Capítulo 4	159
Bibliografía consultada	161
Apéndices.....	171
Apéndice 1: Recopilación de las principales normas vinculadas a la Reforma de la Salud dictadas por el Poder Ejecutivo, presentadas en forma cronológica según su naturaleza jurídica (ley, decreto, resolución) Período diciembre 2005- diciembre 2013	172
Leyes.....	172
Decretos	175
Resoluciones	186
Apéndice 2: Acceso a documentos de la Junta Nacional de Salud	191
Apéndice 3: Acceso a documentos de la Junta Departamental de Salud de Florida.	195
Apéndice 4: Integración del SNIS	209
Apéndice 5: Espacios de participación en el SNIS. Integración y funciones	212
Anexos	216
Anexo 1: Fechas de instalación de consejos asesores honorarios departamentales y locales (judesas)	217
Anexo 2: Nota de presentación del estudio cualitativo a la Junta Departamental de Salud de Florida	220
Anexo 3: Documento elaborado para la presentación sintética de la investigación en la Junta Departamental de Salud de Florida en diciembre de 2012	225
Anexo 4: Modelo de consentimiento informado para el aval a la investigación por parte de la Junta Departamental de Salud de Florida y nota aval enviada	229

Anexo 5: Texto de correo y nota adjunta para el envío desde la DDS Florida a los integrantes de la Judesa Florida	231
Anexo 6: Pauta de entrevista	234
Anexo 7: Pauta de entrevista reformulada	237
Anexo 8: Consentimiento informado para entrevistas	238
Anexo 9: Mapa de vínculos	241
Anexo 10: Coordinación de entrevistas	242
Anexo 11: Consentimiento informado para uso y acceso a documentos ...	245

Tabla de cuadros

Cuadro 1.1. Uruguay. Distribución por edades y sexo. Edad mediana.....	21
Cuadro 1.2. Departamento de Florida. Distribución por edad y sexo. Edad mediana.....	26
Cuadro 3.1. Junta Departamental de Salud de Florida. Datos y tiempos de respuesta a la convocatoria a entrevista.....	65
Cuadro 4.1. Judesa Florida. Hitos básicos, directos, indirectos.....	79
Cuadro 4.2. Organizaciones de procedencia de los representantes sociales en los espacios de participación del SNIS.....	92
Cuadro 4.3. Integración de los consejos asesores honorarios departamentales y locales. Criterios de inclusión-exclusión.....	104
Cuadro 5.1. Florida. Interior. Servicios de salud por región.....	109
Cuadro 5.2. Florida. Capital. Servicios de salud.....	113
Cuadro 5.3. Mapa de vínculos. Judesa Florida.....	141

Tabla de figuras

Figura 1.1. Florida. Ciudades, poblados y habitantes.....	27
Figura 3.1. Esquema general de la investigación.....	75
Figura 4.1. Funcionamiento del SNS.	85
Figura 4.2. Imagen de la estructura organizativa del MSP.....	96

Introducción

A fines de 2007 el parlamento uruguayo terminó de aprobar un conjunto de leyes en el marco de la reforma del sector salud para la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que se puso en marcha a partir de 2008. Uno de los principios rectores del sistema, de particular importancia para el caso uruguayo por su carácter innovador, es la incorporación de usuarios y trabajadores de la salud en espacios institucionalizados de participación, tanto de nivel central como territorial, creados en el marco de las principales leyes de la reforma.

Así, en el nivel central, trabajadores y usuarios integran la Junta Nacional de Salud (JUNASA), órgano que tiene por cometidos administrar el Seguro Nacional de Salud y velar por la observancia del cumplimiento de los principios rectores y objetivos del sistema; y entre sus competencias, disponer el pago de las cuotas salud a los prestadores de salud público y privados que integran el SNIS y suscribir y fiscalizar con ellos los contratos de gestión. También, trabajadores y usuarios integran el directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), principal prestador público de salud, con amplia red servicios en todo el territorio nacional.

En el nivel territorial, la Ley N°18.211 del SNIS creó los consejos asesores honorarios departamentales y locales, con las funciones de: asesorar a la JUNASA; formular propuestas y contribuir a evaluar resultados de la administración del Seguro Nacional de Salud; y promover la observancia en el departamento de los principios rectores y objetivos del SNIS. Estos consejos departamentales —uno en cada departamento del país—, que pueden considerarse la contraparte territorial de la JUNASA, están integrados por

representantes oficiales (es decir, designados por las instituciones de orden público-estatal) y *representantes sociales* (que provienen de los prestadores de salud, sus trabajadores y sus usuarios en el departamento). Los representantes, en cada departamento, provienen de: Ministerio de Salud Pública (MSP, autoridad sanitaria), Banco de Previsión Social (BPS, institución que reúne los fondos del sistema en el Fondo Nacional de Salud- FONASA), servicios de ASSE, prestadores de salud privados con sede principal o secundaria (PP), trabajadores de los servicios de ASSE (TASSE), trabajadores de los prestadores de salud privados con sede principal o secundaria (TPP), trabajadores médicos de los servicios de ASSE (TMASSE), trabajadores médicos de los prestadores privados con sede principal o secundaria (TMPP), usuarios de los servicios de ASSE (UASSE), usuarios de los prestadores privados con sede principal o secundaria (UPP), gobierno departamental (por invitación).

Los consejos asesores honorarios departamentales y locales de salud, más habitualmente conocidos por el acrónimo *judesas*, significan una experiencia de innovación democrática en el sentido de la implementación de otras formas de incidencia en materia de política. En el caso objeto de estudio, Consejo Asesor Honorario Departamental y Local de Salud de Florida, interactúan representantes oficiales y sociales en un espacio institucionalizado para la participación en salud donde se discuten las políticas de salud, con la posibilidad de incidencia en su diseño y desarrollo, más allá de la creación del carácter no vinculante de las decisiones que se tomaran en ese espacio.

Las judesas comenzaron su proceso de instalación en el Uruguay en 2011. El Consejo Asesor Honorario Departamental y Local de Salud de Florida fue uno de los primeros en instalarse, en octubre de 2011. Esta investigación se concentró en su dimensión cualitativa en 2013, cuando ese consejo tenía ya un cierto proceso de maduración —aunque reciente— que hacía pertinente y

oportuna la realización de una investigación con el objetivo de generar insumos para aportar al diseño y desarrollo de las políticas de salud en el Uruguay en el marco de la implementación del SNIS, también de carácter reciente al momento de la investigación. A la vez, se constató en la búsqueda de antecedentes, la ausencia de estudios específicos sobre las judesas, aunque hay que destacar que el tema de la participación en salud en Uruguay ha sido objeto de diversos estudios, fundamentalmente de la academia y de la autoridad sanitaria, y de muchas actividades de discusión y de producción de documentos en las organizaciones que agrupan a los distintos actores de la salud.

El Consejo Asesor Honorario Departamental y Local de Salud de Florida o Junta Departamental de Salud, en tanto organización, fue estudiado desde la relación de las dimensiones de lo instituido y lo instituyente, para comprender la participación en salud en ese espacio, a través de la producción de sentidos y la institucionalización. *Participación en salud: producción de sentidos e institucionalización* es una variable compleja. Las dimensiones de lo instituido y lo instituyente necesariamente deben desagregarse en categorías porque los fenómenos sociales complejos no son directamente observables. Abordar toda esta diversidad está lejos del alcance de este estudio y por eso se ha optado por un corte arbitrario tanto en el abordaje de los aspectos normativos como de lo que hace a la práctica de la participación en salud en la Judesa Florida.

Propósito

Generar insumos para el diseño de políticas públicas de salud que incluyan el eje de la participación en salud como componente estratégico en espacios institucionales de nivel departamental.

Objetivo general

Comprender la relación entre el deber ser normativo —lo instituido— y la práctica de la participación —lo instituyente— en el espacio institucional Junta Departamental de Salud de Florida.

Objetivos específicos

- Identificar, seleccionar y revisar los principales hitos normativos básicos y directos que aplican a la Junta Departamental de Salud de Florida.
- Caracterizar al espacio Junta Departamental de Salud de Florida desde la mirada a lo político, lo histórico, lo organizativo y lo comunicacional.
- Observar la producción de sentidos sobre participación en salud en la Junta Departamental de Salud de Florida.

Se realizó un estudio de tipo cualitativo-cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, a través del estudio de caso en el que se combinaron distintas técnicas (entrevistas semiestructuradas, observación, análisis documental, análisis de contenidos). La documentación relevada del funcionamiento de la junta (órdenes del día, actas, documentos ampliatorios) correspondió al período noviembre 2011 (instalación)-agosto de 2013. La información relevada para el análisis documental del marco normativo que aplicaba a la Junta Departamental de Salud Florida incluyó documentos oficiales (leyes, decretos y resoluciones del Poder Ejecutivo; y actas seleccionadas por la secretaría general de JUNASA) del período diciembre 2005-diciembre 2013. Las entrevistas a los integrantes de la Junta Departamental de Salud de Florida (coordinación, realización, transcripción) se realizaron en el período mayo-octubre 2013.

Este informe se estructura en cinco capítulos, más una introducción, un apartado para las conclusiones, cinco apéndices y once anexos.

En el capítulo 1, se realiza una caracterización de Uruguay y del departamento Florida, repasando la organización política y principales indicadores sociodemográficos, sanitarios y económicos. Para los indicadores demográficos se utilizó la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en carácter de datos proyectados para el período 1996-2025, lo que permite la observación de tendencias.

En la primera parte del capítulo 2, se muestran los resultados del proceso de búsqueda y selección de antecedentes de la investigación. Luego, en la segunda parte dedicada al marco teórico, se toman ideas y conceptos de distintos campos disciplinares —como la ciencia política, la psicología de las organizaciones, la comunicación organizacional— para el abordaje de la *variable compleja participación en salud: producción de sentidos e institucionalización* desde las dimensiones de *lo instituido* y *lo instituyente*.

Para identificar categorías de análisis en las dimensiones de *lo instituido* y *lo instituyente* y comprender el marco general en el que se desenvuelven las judezas, se realiza una reseña de los antecedentes de la reforma de la salud en Uruguay desde una perspectiva histórica, incluyendo una breve historia de la organización de la atención a la salud, los aspectos que condujeron a la reforma del sector y los cambios propuestos en la reforma, y se introduce a espacios de participación dentro del sistema. Se desarrollan conceptos y tipos de participación en salud para identificar categorías de análisis en *lo político*, Desde un enfoque organizacional se identifican categorías de análisis para la caracterización de la Junta Departamental de Salud de Florida en *lo organizativo* y *lo comunicacional*.

El capítulo 3 desarrolla la metodología aplicada. Se presentan las dimensiones, categorías, procedimientos, técnicas e instrumentos diseñados para el estudio. Se describen el tipo y diseño general del estudio, el universo de estudio, los procedimientos e instrumentos para lograr el aval a la investigación, y los procedimientos, técnicas e instrumentos diseñados para la recolección de información. También se describen los métodos y modelos empleados en el análisis de contenidos de las entrevistas semiestructuradas y en el análisis documental. Hacia el final del capítulo se coloca un esquema general del diseño de la investigación que resume el contenido del capítulo.

En el capítulo 4, dedicado a la dimensión de *lo instituido*, se presentan datos, análisis, discusión y exposición de resultados relativos al objetivo: identificar, seleccionar y revisar los principales hitos normativos básicos y directos que aplican a la Junta Departamental de Salud de Florida. Se identifica el conjunto de disposiciones de naturaleza regulatoria que hacen a las condiciones para la existencia y funcionamiento de la Judesa Florida, para definir hitos normativos, categorizados en *básicos, directos e indirectos*.

El capítulo 5 está dedicado a la presentación de datos, análisis y discusión, relativos a los objetivos: caracterizar a la Junta Departamental de Salud de Florida desde la mirada a lo político, lo histórico, lo organizativo y lo comunicacional; y a la observación de la producción de sentidos sobre la participación en salud en la Junta Departamental de Salud de Florida. Se presentan síntesis según las subcategorías definidas en el esquema general de la investigación, logradas a partir del análisis de las entrevistas realizadas a los integrantes de la Junta Departamental de Salud de Florida y de las actas de la organización para el período estudiado, recogidas en el Apéndice 3.

Finalmente, las conclusiones de este trabajo se presentan en el capítulo final. Se destaca en la organización Junta Departamental de Salud de Florida los

procesos de producción de sentidos con base en una fuerte identidad local en el campo de la salud y la presencia de vínculos primarios entre quienes intervenían en el espacio. La organización desarrollaba procesos de autonomía que le permitieron funcionar regularmente con relativa independencia del orden instituido a través de un fuerte liderazgo desde el vértice, alta capacidad de convocatoria y grado de institucionalidad. Se constataron diversas formas en la designación de representantes y ejercicio de la representatividad y una capacidad de incidencia latente sobre las políticas de salud, obturada por la concurrencia de racionalidades diferentes fuera del espacio de la junta, lo que ponía en riesgo la fortaleza política de ese espacio. En cuanto a la comunicación, quedan abiertas varias líneas para próximos estudios especialmente a partir de las observaciones de la herramienta mapa de vínculos.

En cuanto a los *aspectos formales* generales para la presentación de este trabajo, se comentan los siguientes:

- Los nombres que se utilizan para identificar al objeto de estudio son, indistintamente, Junta Departamental de Salud de Florida, Judesa Florida y Consejo Asesor Honorario Departamental y Local de Florida. Eventualmente, este último nombre, que es el establecido en la normativa, pudiera aparecer como Consejo Honorario Asesor Departamental de Florida y Local o CHAD Florida cuando se hace una transcripción literal. En las expresiones genéricas de estos espacios de participación, se utilizan los nombres consejos asesores honorarios departamentales y locales, juntas departamentales de salud, juntas de salud y más habitualmente, el acrónimo judesa(s). También, por economía de palabras, en el texto se habla de reforma de la salud como sinónimo de reforma del sector salud.

- Las instituciones prestadoras de servicios de salud (públicas y privadas) que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud se nombran como tales y también como prestadores de salud (públicos y privados). La expresión servicios de salud se reserva para hacer referencia a los servicios sanitarios o donde se brinda atención a la salud.
- Las citas en el texto y las referencias bibliográficas se presentan según los requisitos de uniformidad para la presentación de manuscritos en revistas biomédicas del *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* (Normas de Vancouver).
- Los cuadros y figuras se identifican con números arábigos, orden ascendente a partir de 1 en cada capítulo, antecedido por el número del capítulo al cual corresponde.

Capítulo 1: Marco Referencial

La Junta Departamental de Salud de Florida es un espacio de participación en salud creado en el marco de la reforma de la salud en el Uruguay, instalado en Florida, uno de los 19 departamentos del Uruguay. Para lectores de otros países y para los nacionales que no conocen el departamento, se ha creído oportuno presentar a Uruguay y a Florida, repasando la organización política y principales indicadores sociodemográficos, sanitarios y económicos. Para los indicadores demográficos se utilizará la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en carácter de datos proyectados para el período 1996-2025, lo que permite la observación de tendencias.

1.1. Uruguay. Breve caracterización

La República Oriental del Uruguay se ubica en el cono sur de América del Sur. Su superficie es de 176.215 km² donde viven 3.286.314 personas según el último censo^{1,2}. Limita con Brasil al noreste y con Argentina al oeste. Tiene costas sobre el Río de la Plata, al sur, y sobre el Océano Atlántico, al sureste. El territorio se divide en 19 departamentos. En el departamento de Montevideo, donde está la capital del país, Montevideo, vive el 40% de la población. A nivel país, la población se concentra en las zonas urbanas (95%). Según la distribución por sexos, el 48% de la población total son varones y el 52%, mujeres. En la distribución por edades, el 22% es menor de 14 años, el 22% tiene entre 15 y 29 años, el 37% es población adulta entre 30 y 59 años, y el 19% tiene 60 años y más ^{1,2}. El Cuadro 1.1 muestra la distribución por sexo y por edad a nivel país, y la edad mediana.

Cuadro 1.1. Uruguay. Distribución por edades y sexo. Edad mediana

Edades	Varones	Mujeres	Total
0-14 años	365.546	349.419	714.965
15-29 años	365.822	365.260	731.082
30-59 años	592.015	633.314	1.225.329
60 y más años	254.033	360.468	614.501
Totales	1.577.416	1.708.461	3.285.877
Edad mediana 1996	29.90	32.80	Promedio: 31.40
Edad mediana 2012	31.90	35.40	Promedio: 33.70
Edad mediana 2013	32.00	35.70	Promedio: 33.90
Edad mediana 2014	32.20	35.90	Promedio: 34.10

Fuente: Elaboración propia con base en INE. Censos 2011. Proyecciones período 1996-2025.

El promedio anual de nacimientos por año y por cada mil habitantes (tasa bruta de natalidad) ha experimentado un regular decrecimiento. En 1996 la tasa es de 18.18, pasando a 14.30 en 2012 y 14.08 en 2015. Similar comportamiento tiene la cantidad de hijos por mujer (tasa global de fecundidad), que pasa de 2.5 en 1996 a 1.94 hijos por mujer en 2015³.

La esperanza de vida al nacer es alta respecto a los países de la región y ha registrado un progresivo aumento. Según la proyección del INE para el período 1996-2025, en 1996 la esperanza de vida es de 73.86 años; para 2015 el dato esperado es 77.12. Las mujeres tienen mayor esperanza de vida al nacer que los hombres. Los datos proyectados para 2015 son 80.71 y 73.72 respectivamente³.

La tasa de mortalidad infantil (TMI) experimenta una sostenida disminución, pasando de 17.36 por cada mil nacidos vivos en 1996 a 12.12 en 2012 y 11.18 en 2015. La mortalidad infantil afecta más a hombres que a mujeres³. Por tratarse de un indicador de suma importancia en materia de desarrollo humano, se actualizan los valores expresados con los últimos informes oficiales del INE

y el Ministerio de Salud Pública (MSP) ^{1,4}según los cuales la TMI pasó de 13.2 en 2004 a 8.9 en 2011, 9.3 en 2012 y 8.9 en 2013. En julio de 2014 fuentes oficiales del MSP adelantaron el valor para 2013, del orden de 8.8 cada mil nacidos vivos⁵. El 7 de marzo de 2016 durante el Consejo de Ministros abierto a la ciudadanía realizado en la ciudad de Rivera, el ministro de Salud Pública actualizó el dato para el año 2015, situándose en 7.4 por cada mil nacido vivos. Las principales causas de defunción en menores de un año son las afecciones vinculadas a la prematuridad y las malformaciones congénitas⁴.

La tasa bruta de mortalidad se ha mantenido relativamente constante desde 1996. Para ese año el dato es 9.59 defunciones por cada mil habitantes. La proyección 2015 es de 9.26. Las causas más prevalentes de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares, tumorales y los accidentes³.

El informe del INE de 2014 sobre Cuentas Nacionales ⁶indica que el producto bruto interno (PBI) es en 2013 de 651.239.743 (miles de pesos a precios constantes 2005). El PBI crece en casi todos los países de la región y Uruguay es parte de esa tendencia. En el análisis de los países de América Latina y el Caribe en conjunto, Uruguay aparece en octavo lugar en el *ranking* manteniendo buen nivel de crecimiento, con 4.5% en 2013 y 3.5% para 2014.

Los principales recursos económicos son la agricultura y la ganadería. Pero destaca también el sector servicios (desarrollo de software y turismo).

En materia de empleo y desempleo, en 2013 Uruguay volvió a crecer en empleo y a mantener muy bajo el desempleo al llegar a 6.5 % de la población económicamente activa¹. En cuanto a la informalidad, en América Latina hay más de 48%, mientras que Uruguay alcanzó en 2013 una cifra menor a 22% y tiene récord de cotizantes a la seguridad social⁷.

La pobreza en América Latina afectó en 2013 a 28% de la población y la indigencia o pobreza extrema, a 11.5%. En Uruguay esos indicadores fueron 11.5% y 0.5% respectivamente ^{8,9}, registrándose una sensible baja frente a los indicadores del año 2002 donde la pobreza en Uruguay alcanzó al 39.4%. El índice de Gini, que mide la concentración del ingreso y desigualdades, es el segundo más bajo de la región⁷.

Uruguay es uno de los países más alfabetizados que hay en la región. La tasa de analfabetismo a 2012 (último año informado por INE) es de 1.6 ¹. En cuanto al clima educativo en población mayor de 22 años, la *Revisión de Indicadores Básicos de Desarrollo Social 2006-2013* ¹⁰ establece tres categorías: nivel alto, con 12 o más años de educación aprobados; nivel medio, con nueve a 11 años de educación aprobados; y nivel bajo, con menos de nueve años de educación aprobados. En 2006 en Uruguay el 52% de la población tenía nivel bajo, el 23% nivel medio y el 25% nivel alto. Los datos informados para 2013 reportan 45% nivel bajo, 24% nivel medio y 32% nivel alto.

En materia política, el país tiene un régimen democrático republicano y presidencialista y tres poderes: Poder Ejecutivo (integrado por el Presidente de la República y los ministros), Poder Legislativo y Poder Judicial. Desde el año 2005 el gobierno central del país lo ejerce la coalición de izquierda Frente Amplio (FA). Tabaré Vázquez fue el primer presidente de esta era. Previamente en el gobierno se alternaron los llamados *partidos tradicionales* de orientación centro-derecha: Partido Nacional (PN) y Partido Colorado (PC).

José Mujica Cordano, integrante del Movimiento de Participación Popular (MPP), movimiento que integra el Frente Amplio, fue presidente del Uruguay desde el 1 de marzo de 2010. Su mandato terminó en febrero de 2015. El 26

de octubre de 2014 se realizaron elecciones nacionales para elegir nuevo presidente y a los 30 senadores* y 99 diputados que actuarán en el parlamento (Poder Legislativo 2015-2020). El senado quedó así conformado: 15 por el FA, 10 por el PN, 4 por el PC y 1 por el Partido Independiente (PI). En diputados la conformación es: 50 por el FA, 32 por el PN, 13 por el PC, 3 por el PI y 1 por Unión Popular (UP). Debido a que ninguno de los siete partidos políticos† que intervinieron en la elección de octubre obtuvo más del 50% de los votos, se realizó la segunda vuelta o *balotage* el 30 de noviembre, entre los dos candidatos más votados: Tabaré Vázquez (FA) y Luis Lacalle Pou (PN). Tabaré Vázquez fue electo presidente para el período 2015-2020 y el FA obtuvo mayorías parlamentarias.

Las elecciones nacionales se separan en tiempo de las elecciones para los 19 gobiernos departamentales y sus respectivos intendentes y ediles integrantes de las juntas departamentales, realizadas en mayo de 2015. Los intendentes son electos en forma directa por un período de cinco años con posibilidad de reelección. Tras los comicios de mayo, 12 intendencias departamentales son gobernadas por el PN, 6 por el FA y 1 por el PC. El intendente de la capital Montevideo, período 2015-2020, es Daniel Martínez (FA). Del total de 31 ediles que componen la junta departamental 18 pertenecen al FA y 13 al Partido de la Concertación‡.

* El vicepresidente de la República preside la Cámara de Senadores y la Asamblea General; en esta se reúnen senadores y diputados.

† Frente Amplio, Partido Nacional, Partido Colorado, Partido Independiente, Unión Popular, Partido Ecologista Radical e Intransigente (PERI) y Partidos de los Trabajadores.

‡ El Partido de la Concertación se formó como alianza de los partidos tradicionales para pugnar por el gobierno de Montevideo.

La Ley N°18.567 de 2009 ¹⁰ y las leyes N°18.644 y 18.653 de 2010 ^{12,13} dan el marco jurídico para el establecimiento de un tercer nivel de gobierno a través de la creación de, a 2015, 112 municipios en todo el país. El alcalde es la autoridad máxima de cada municipio, seguido de cuatro concejales. Las elecciones municipales se realizaron en forma simultánea con las departamentales.

A nivel de actuación política internacional, Uruguay integra la *Organización de Naciones Unidas* (ONU), la *Organización de Estados Americanos* (OEA), el *Mercado Común del Sur* (Mercosur), la *Unión de Naciones Suramericanas* (Unasur), entre otros.

Como será motivo de un apartado específico, aquí sólo se menciona que desde el año 2008 rige en el país el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que articula a los prestadores de salud de los sectores público y privado. El 59% de las personas atienden su salud en el sector privado y un 31% en el sector público¹. El organismo rector nacional en materia de políticas de salud es el Ministerio de Salud Pública (MSP-Poder Ejecutivo). El MSP tiene una Dirección Departamental de Salud (DDS) en cada uno de los 19 departamentos. Las direcciones departamentales se conciben como un “ministerio departamental”. De ahí que informalmente directores/as departamentales de salud sean llamados “ministros de salud del departamento”^{*}.

En materia de consagración de nuevos derechos sociales, destacan las leyes de salud sexual y reproductiva, la interrupción voluntaria del embarazo y el

* La expresión “ministros de salud del departamento” se toma de comunicaciones orales y públicas de Daniel Olesker, Director General de Secretaría del MSP (2005-2010), Ministro de Salud Pública (2010-2011), Ministro de Desarrollo Social (2011-2015).

matrimonio entre personas del mismo sexo. En mayo de 2014, entra en vigencia el Decreto N°120/014 reglamentario de la Ley N°19.172¹⁴, que regula y controla la producción y venta de marihuana y sus derivados.

1.2. Departamento de Florida. Breve caracterización

Florida se ubica en el centro del país, a 100 kilómetros de la capital. Limita con los departamentos de Durazno, Treinta y Tres, Lavalleja, Flores, Canelones y San José.

Según el último censo realizado en Uruguay¹⁵, viven en Florida 67.047 personas (2% de la población total del país); 32.952 varones (49%) y 34.095 mujeres (51%). En la capital departamental, Florida, viven 33.640 personas. 57.946 (86%) viven en zona urbana y 9.101 (14%) en zona rural.

La segunda ciudad más poblada es Sarandí Grande. Luego, el departamento cuenta con siete poblados de entre 1.000 y 2.000 habitantes y 21 con menos de 1.000 habitantes (13 de estos con menos de 300 habitantes).

La Figura 1.1 contiene el mapa de departamento, con sus ciudades, poblados y cantidad de habitantes (colocada entre paréntesis) y en el Cuadro 1.2 se observa la distribución de la población por edad y sexo.

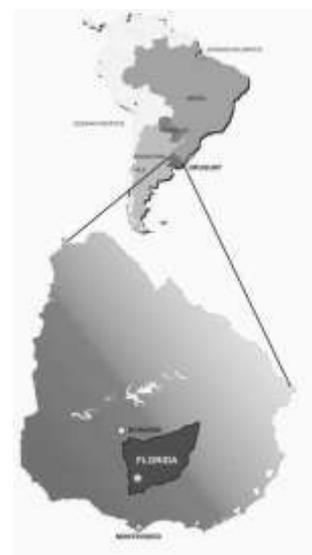
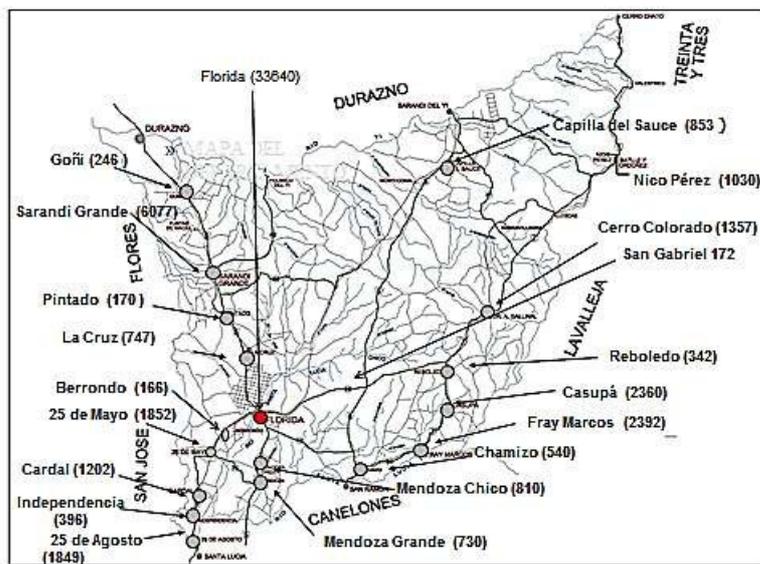


Fig 1.1. Florida. Ciudades, poblados y habitantes.

Cuadro 1.2. Departamento de Florida. Distribución por edades y sexo. Edad mediana

Edades	Varones	Mujeres	Total
0-14 años	7.728	7.313	15.041
15-29 años	7.161	6.806	13.967
30-59 años	11.981	12.395	24.376
60 y más años	6.082	7.581	13.663
Totales	32.952	34.095	67.047
Edad mediana 1996	31.2	32.8	32.0
Edad mediana 2012	32.9	35.2	Promedio: 34.00
Edad mediana 2013	33.1	35.4	Promedio: 34.20
Edad mediana 2014	33.3	35.7	Promedio: 34.40

Fuente: Elaboración propia con base en INE. Censos 2011. Proyecciones período 1996-2025.

Los indicadores demográficos de Florida se comportan de manera similar a los ya expuestos de todo el país, también con guarismos muy similares en casi todos los casos. La tasa bruta de natalidad registra una tendencia decreciente:

pasa de 17.01 en 1996 a 13.91 en 2013 y 13.85 en la proyección 2015. La tasa global de fecundidad acompaña esta tendencia a la baja. Se sitúa en 2.62 hijos por mujer en 1996, 1.98 en 2013 y 1.96 en 2015¹⁷.

La esperanza de vida al nacer tiene tendencia creciente. Para 1996 el dato es 74.64 años. La proyección 2015 indica 78.16 años. Las mujeres floridenses tienen mayor esperanza de vida que los varones (81.53 años respecto a 75.12 años, en 2015)¹⁷.

La tasa bruta de mortalidad, tiende a permanecer constante en prácticamente todo el período 1996-2025, situándose en 2015 en 9.48 por cada mil habitantes. La tasa de mortalidad infantil (TMI) registra una disminución importante en el período, ya que es de 20.23 por cada mil nacidos vivos en 1996, 11.74 en 2004, 11.07 en 2012 y 9.97 en 2015. Como a nivel país, la mortalidad infantil afecta más a varones que a mujeres ¹⁷. La actualización de datos de la TMI según informes oficiales ⁴ indica valores de 17.4 en 2004, 8.1 en 2011 y 4.6 en 2012. El promedio de la TMI para el trienio 2011-2012-2013 es 6.8¹⁸.

Con respecto a la estructura de los hogares, el departamento tiene características similares respecto de los datos nacionales. Los hogares unipersonales son un 24% del total y las parejas sin hijos alcanzan el 17%. Los hogares con jefatura femenina representan el 43% del total. El tamaño medio de los hogares aumenta casi al doble en aquellos que se sitúan por debajo de la línea de la pobreza¹⁸.

En 2013 el desempleo es de 4.7%, más bajo que el promedio nacional (6.5%) y afecta más a las personas entre 14 y 24 años donde el valor llega a 15.3^{1,19}. Los jóvenes entre 15 y 29 años que no estudian y no están ocupados en el mercado de trabajo representan un 19.4%, valor superior a la estimación para

el total del país que es del 18%⁸. Existe en el departamento una moderada reducción de los niveles de informalidad, pero en forma menos pronunciada que a nivel nacional y siendo superior al promedio país¹⁹.

La pobreza en personas en el departamento cae significativamente: fue 26.9% en 2006, 17.7% en 2009, 9.5% en 2011 y 7.5% en 2013, valor inferior a la media nacional (11.5%). Florida es el octavo departamento del país con menores niveles de pobreza¹⁸.

En materia de indicadores educativos, en la población de 22 años y más se observa una tendencia levemente similar a la del país. En 2006 Florida tenía un 62% nivel bajo, 21% nivel medio y 17% de nivel alto. En 2013 el porcentaje de la población según las tres categorías es de 57%, 24% y 20% respectivamente¹⁰.

En cuanto a las características de la vivienda, en 2013 el 14.6% de los hogares presentaba alguna necesidad básica insatisfecha (en materialidad, espacio habitable o disponibilidad de espacio apropiado para cocinar), valor que significa una reducción del 35.2% con respecto a 2006¹⁸ y es muy similar al valor nacional (14.5%)¹⁰. No se accedió a los valores actualizados para el departamento respecto del saneamiento y agua potable. Los valores nacionales indican que en 2013, el 2.8% de los hogares residía en viviendas con abastecimiento inadecuado de agua potable y el 6.4% presentaba saneamiento inadecuado (ya sea en la disponibilidad de servicio higiénico o forma de evacuación)¹⁰.

Florida, al igual que todo el país, mejoró notoriamente los indicadores asociados al uso de tecnologías de la información y comunicación (TICs). El porcentaje de hogares que cuentan con al menos una PC en el hogar es de 17.8% en 2006, 44.1% en 2009 y 57.9% en 2013. Los valores país respectivos

son 24.4%, 47.6% y 66.1%. El porcentaje de hogares con acceso a Internet pasó de 7.7% en 2006 a 45.5% en 2013. Los valores país son 13.5% y 52.8%, respectivamente¹⁰.

En la actividad productiva, el departamento contribuye con el 40% de la producción láctea nacional. La carne, lana, leche y sus manufacturas derivadas son los principales rubros. En el sector agrícola, destacan los cultivos de trigo, avena, maíz y girasol¹⁸.

El gobierno departamental es ejercido por el Partido Nacional (PN). El intendente en el período 2015-2020 es Carlos Enciso. En la Junta Departamental, órgano legislativo, el PN es mayoría (19 ediles), seguido del FA (10 ediles) y el PC (2 ediles). En el tercer nivel de gobierno del país, Florida cuenta con tres municipios: Sarandí Grande, Casupá y Fray Marcos. En las elecciones nacionales celebradas celebradas en 2014, Florida obtuvo una banca en la cámara de senadores* y dos en la de diputados.

Recorrido y próximo capítulo

En este capítulo se hizo una breve caracterización de Uruguay y del departamento de Florida, repasando la organización política y principales indicadores sociodemográficos, sanitarios y económicos.

En el próximo capítulo se expondrán los antecedentes relevados según el problema de investigación, y los aspectos teóricos que aplican a este estudio, relativos a la institucionalización y producción de sentidos en la participación en salud en la Junta Departamental de Salud de Florida.

* Banca ganada por Carlos Enciso y que dejara tras su elección como intendente departamental de Florida.

Capítulo 2: Antecedentes y Marco teórico

En la primera parte de este capítulo, se mostrarán los resultados del proceso de búsqueda y selección de antecedentes de la investigación. Luego, en la sección Marco teórico, se tomarán ideas y conceptos de distintos campos disciplinares —como la ciencia política, la psicología de las organizaciones, la comunicación organizacional— para el abordaje de la *variable compleja participación en salud: producción de sentidos e institucionalización* desde las dimensiones de *lo instituido* y *lo instituyente*.

Para identificar categorías de análisis en las dimensiones de *lo instituido* y *lo instituyente* y comprender el marco general en el que se desenvuelven las judesas, se realizará una reseña de los antecedentes de la reforma de la salud en Uruguay desde una perspectiva histórica, incluyendo una breve historia de la organización de la atención a la salud, los aspectos que condujeron a la reforma del sector y los cambios propuestos en la reforma. Se introducirá a espacios de participación dentro del sistema. Se desarrollarán conceptos y tipos de participación en salud para identificar categorías de análisis en *lo político*, tales como institucionalidad, representatividad e incidencia. Desde un enfoque organizacional se identificarán categorías de análisis para la caracterización de la Judesa Florida en *lo organizativo* y *lo comunicacional*.

2.1. Antecedentes del problema de investigación

Bajo la modalidad de consejos asesores con participación de actores gubernamentales y actores sociales, en la búsqueda bibliográfica se encontraron múltiples registros de experiencias y desarrollos teóricos en América Latina. Específicamente en materia de políticas de salud, hay profusa literatura sobre las experiencias de los consejos y conferencias municipales,

estaduales y federales de Brasil²⁰⁻³² en el marco de la implementación de Sistema Único de Salud (SUS). Otros estudios con presencia importante en la literatura provienen de las experiencias en Colombia³³⁻³⁶, México³⁷, Chile³⁸⁻³⁹, Cuba⁴⁰⁻⁴¹ y Venezuela⁴². Desde el punto de vista del tratamiento de la temática en eje temporal, los estudios más tardíos en el tiempo se dedicaron a los procesos de percepción de la participación en salud, sus sentidos y significados. Con los procesos de redemocratización en América Latina, la investigación estuvo dirigida al estudio de la incidencia de la participación en los sistemas de salud. Más recientemente, se ha acuñado el término de “innovaciones democráticas”⁴³ para estudiar modelos alternativos de gobernanza⁴⁴.

En Uruguay se detectaron varios estudios pero no sobre el objeto de estudio de esta investigación. Esos estudios en general devienen del campo académico⁴⁵, no siempre publicados; y del campo oficial. El Ministerio de Salud Pública realizó en 2010 una publicación sobre el avance y estado de situación de la reforma de la salud en el Uruguay⁴⁶. Recientemente la OPS publicó una actualización del estado de situación desde el campo de la economía política⁴⁷.

En otro orden, en Uruguay han ocurrido distintos eventos de promoción de la participación ciudadana y en salud, como el 8° Encuentro de Participación Social organizado por la Federación Uruguaya de la Salud y el Instituto de Formación Sindical, de julio de 2014 en Montevideo⁴⁸, que tuvo como objetivo fortalecer la participación de los trabajadores de la salud en todos los ámbitos de participación creados en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

También en el orden de eventos y actividades de promoción de la participación social en el sector salud, se destaca el Fondo Concursable para la Promoción de la Participación Social en Salud⁴⁹ implementado por el Ministerio de Salud

Pública (MSP) entre 2012 y 2014. El objetivo del fondo fue fomentar y apoyar económicamente las actividades previstas en la agenda anual de las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil, vinculadas a la promoción de los derechos y de temáticas priorizadas por el MSP. En el mismo sentido previamente se había implementado el Fondo Uruguay Saludable e Inclusivo (FUSI, 2010-2014) del Programa de Prevención de Enfermedades no Trasmisibles (PPENT)⁵⁰.

En 2016, en el marco del Plan de Acción Nacional sobre Gobierno Abierto 2014-2016, se lleva adelante la II etapa de relevamiento de los espacios de participación ciudadana existentes en Uruguay, para conformar el 1° Catálogo Nacional Web sobre Participación Ciudadana. La iniciativa es impulsada por AGESIC con el apoyo de UNESCO, la Secretaría de Derechos Humanos de la Presidencia de la República, entre otros. "El objetivo del catálogo es identificar, sistematizar y dar a conocer todos los ámbitos de participación que el Estado ha abierto a la ciudadanía a fin de mejorar la interacción entre las autoridades públicas y la sociedad"⁵¹.

2.2.Marco teórico

La reforma del sector salud en el Uruguay implicó, entre otros aspectos, la creación e institucionalización de espacios de participación con integración de *representantes oficiales* (designados por las instituciones público-estatales) y *representantes sociales* (prestadores privados, trabajadores y usuarios de los servicios de salud públicos y privados). Tal es el caso de los consejos asesores honorarios departamentales y locales o judeas, que se instalaron en cada departamento desde el año 2011. Estos consejos son organizaciones, "en tanto trama de relaciones entre individuos articulados por una multiplicidad de propósitos, el fenómeno organizacional es necesariamente complejo"⁵². Nisivoccia ⁵³ define a la organización como "un conjunto de dos o más personas, que se han estructurado de alguna forma para el cumplimiento de

algún objetivo común”⁵³. Y agrega: “la sobrevivencia está dada por su adaptación al medioambiente que la circunda. Y tiene siempre una cultura organizacional que en forma simplificada puede definirse en “la forma en que se hacen las cosas aquí”⁵³.

Las judesas, en tanto organizaciones, conviven en las tensiones entre lo instituido y lo instituyente. Lo instituido —el deber ser normativo— implica institucionalidad, y su efecto es la institucionalización; incluye disposiciones o normas que hacen a la creación, instalación, integración, funcionamiento, comunicaciones que rigen a la organización. Pero no solamente, siguiendo a Etkin y Schvarstein ⁵² el orden instituido reconoce la existencia de varios niveles: a) el conjunto de valores, reglas, creencias; b) los grupos institucionales que representan segmentos dentro del orden vigente “y asumen funciones específicas para el sistema social” como el MSP y el SNIS, “las organizaciones concretas, con entidad y autonomía”⁵² como las judesas u otras unidades organizativas dentro del MSP; d) los grupos o unidades de base, que están atravesados por los niveles anteriores. “El orden instituido es la conjunción de todos los niveles, y a la vez se manifiesta en todos ellos no siempre formalizado y visible, dado que en las organizaciones concretas muchas relaciones y formas de operar exceden los códigos, leyes, y reglas escritas”⁵².

La normativa es dictada desde la centralidad y tiene en general aspiraciones universales. Por esta razón en general, está lejos de contemplar las particularidades de su aplicación en la dimensión territorial. “Pero también las relaciones estructurales en el aquí y el ahora implican la negación persistente de lo instituido por lo instituyente” ⁵². La organización reacciona a lo instituido desde la práctica, y emergen instituyentes, como por ejemplo, la historia de la organización y su contexto, los procesos identitarios, la interpretación de la normativa, la conformación de la representatividad, la toma de decisiones, las

formas y vías de comunicación, las formas organizativas y de funcionamiento, el estado de los vínculos dentro y fuera de la organización. Muchas de estas categorías coinciden en una y otra dimensión y otras emergen desde la práctica concreta. Dependerá del alcance y adaptación de la organización incidir sobre lo instituido, para su transformación.

Como se ha notado, lo instituido y lo instituyente no son procesos desvinculados. Por el contrario, dialogan durante toda la vida de la organización, y en ese diálogo se producen sentidos sobre la institucionalización de la participación.

La producción de sentidos es un proceso complejo. Desde el campo de la comunicación, es uno de sus componentes y está en la base de la construcción de la vida en sociedad, activando diálogos y la convivencia⁵⁴. Producimos sentidos en el intercambio simbólico con otros a partir de nuestras experiencias, de nuestras trayectorias personales y colectivas, de cómo nos organizamos, cómo interpretamos las reglas del juego, cómo establecemos vínculos con los demás.

Participación en salud: producción de sentidos e institucionalización es una variable compleja, que puede observarse desde las dimensiones de lo instituido y lo instituyente, las que a la vez, metodológicamente y necesariamente hay que desagregar en categorías porque los fenómenos sociales complejos no son directamente observables. Abordar toda esta diversidad está lejos del alcance de este estudio y por eso se ha optado por un corte arbitrario tanto en el abordaje de los aspectos normativos como de lo que hace a la práctica de la participación en salud en la Judesa Florida. Para el desarrollo teórico se han tomado conceptos e ideas “prestadas” de varios campos disciplinares, como la ciencia política, la psicología de las organizaciones, la comunicación en las organizaciones.

2.2.1. Reseña de antecedentes de la reforma del sector salud en Uruguay

Para aportar a la comprensión del marco general en el que se sitúa el objeto de estudio de esta investigación, y las razones que condujeron a la reforma del sector, en esta sección se revisará brevemente la historia de la organización de la atención a la salud, las características del sistema de salud previo a la reforma y los cambios que propuso la reforma. También, se introducirán los espacios de participación institucional creados en el Sistema Nacional Integrado de Salud, porque ellos son hitos normativos básicos o directos analizados en el capítulo dedicado a la dimensión de *lo instituido*.

2.2.1.1. Breve historia de la organización de la atención a la salud

Interesa reseñar brevemente la evolución histórica de la organización de la atención a la salud en el Uruguay para observar los factores que condujeron a la reforma del sector. A la vez esta reseña es marco general del proceso histórico de organización de atención a la salud en Florida.

A fines del siglo XVIII y comienzos del XIX surgieron los primeros hospitales del país a través de obras de caridad y organizaciones religiosas, la mayoría de origen europeo. El modelo de atención era similar al europeo, fundamentalmente por la incidencia de las corrientes migratorias hacia Uruguay desde Europa y los efectos sobre la salud pública (precarias condiciones de vida y de trabajo de las colectividades, enfermedades infectocontagiosas, zoonosis)⁵⁵.

El primer Hospital de Caridad se creó en 1788 como albergue para indigentes, marinos, mujeres sin hogar, náufragos, esclavos, niños abandonados. En 1804 se creó Sanidad Marítima de Montevideo como respuesta a las grandes epidemias que venían con negros y esclavos. En el interior del país se creaban hospitales en Melo (1801), Rocha y Paysandú (1810)⁵⁵.

En la segunda mitad del siglo XIX comenzó a delinearse la separación del sector salud con la aparición de un fenómeno que se mantiene en el esquema de la organización de la salud hasta hoy día: el mutualismo. En 1853 se funda la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, primera institución mutual de Uruguay y de América. Luego se conformarían la Sociedad Italiana de Mutuo Socorro —con buena cantidad de afiliados en la ciudad de Florida— y Casa de Galicia. Estas primeras organizaciones mutuales, llamadas hoy instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) se constituyeron bajo los principios de solidaridad y ayuda mutua y nuclearon en principio a personas de procedencia común, básicamente, inmigrantes europeos. No obstante, sus padrones de afiliados crecieron rápidamente y alcanzaron a distintos sectores de la población ⁵⁶. Estas primeras mutualistas tuvieron la característica —que con ciertas variantes mantienen las que existen en la actualidad— de ser gestionadas, dirigidas, por sus propios socios o usuarios. La lógica de funcionamiento “se da a través de un régimen de aseguramiento mediante un prepago. Quienes no necesitan recibir atención en salud financian colectivamente la atención de aquellas personas que sí la necesitan”⁵⁶.

La cobertura de las mutualistas era limitada debido a la dispar capacidad económica de la población. A principios del siglo XX el estado “comienza a asumir un rol preponderante en la creación de alrededor de 40 centros de salud públicos destinados a la atención de la salud de la población carente de recursos”⁵⁶. El Hospital de Caridad se convierte en el Hospital Maciel en 1911, con un perfil de hospital general pero también “de manicomio, asilo para niños, hospital militar y lugar de internación de meretrices”⁵⁷. En 1909 se creó el hospital de Florida “Dr. Raúl Amorín Cal”. Desde el origen, la atención pública a la salud fue de menor calidad a la brindada por las instituciones mutuales, tanto en lo que hacía a los servicios como a los niveles y modalidades de remuneración para los profesionales de la salud ⁵⁶.

Dos hitos normativos significativos en la organización del sector salud ocurrieron en el primer semestre de 1934, con la creación del Ministerio de Salud Pública y la reforma constitucional.

El 12 de enero de 1934 se dictó la Ley N°9.202, Ley Orgánica de Salud Pública⁵⁸ que creó al Ministerio de Salud Pública y estableció en su Artículo 1° que “competente al Poder Ejecutivo por intermedio de su Ministerio de Salud Pública, la organización y dirección de los servicios de Asistencia e Higiene”.

En el nuevo ministerio se fusionaron dos estructuras de nivel estatal que funcionaban a finales del siglo XIX: la Asistencia Pública Nacional, de perfil curativo, y el Consejo Nacional de Higiene, de perfil preventivo.

En el Artículo N°2 de la Ley 9.202⁵⁸ se leen, entre otras, las competencias del Ministerio de Salud Pública en materia de Higiene: adopción de medidas para mantener la salud colectiva dictando los reglamentos y disposiciones necesarios para tal fin; “disminuir los estragos de la infección” ante epidemias o enfermedades infecto-contagiosas disponiendo “la intervención de la fuerza pública para garantizar el cumplimiento de las medidas dictadas”; observación de las condiciones higiénicas de los establecimientos públicos, privados y colectivos (cárceles, asilos salas de espectáculos públicos, etc).

Las competencias del ministerio en materia de Asistencia se detallan en el Artículo N°3 de la ley: “organización, administración y funcionamiento de los servicios destinados al cuidado y tratamiento de enfermos y la administración de los establecimientos destinados a la protección de incapaces y menores desamparados⁵⁸”.

En abril de 1934, en el marco de la reforma constitucional, se introduce el actual Artículo N°44 en la Constitución de la República⁵⁹ a partir del cual la provisión de servicios de salud en Uruguay se organizó a partir del mandato por

el que “todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”.

Otros hechos destacados en la organización de la atención a la salud ocurrieron en la segunda mitad del siglo XX: Seguro Social obligatorio en el marco de los inicios de la Seguridad Social (1933); formación del Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay (1935); Centros de Salud en la década de los cuarenta (con enfoque preventivo, en zonas desprotegidas); creación del Hospital de Clínicas como hospital universitario dependiente de la Facultad de Medicina y de la Escuela Universitaria de Enfermería (1950)⁵⁵.

En 1973 se inició un proceso de unificación de los distintos seguros de enfermedad conveniados entre empleadores y trabajadores que culminó en 1979 con la creación de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE) en la órbita del Banco de Previsión Social (BPS). DISSE brindó cobertura fundamentalmente a los trabajadores privados formalizados que obtenían así el derecho a afiliación a una IAMC. Entre los trabajadores públicos la cobertura de salud era muy inequitativa: algunos organismos públicos no brindaban ningún tipo de cobertura y otros además de los servicios integrales, tenían servicios adicionales. A la vez, había diferentes modalidades de pago: en algunos casos el pago del servicio de salud se realizaba directamente al beneficiario para que eligiera a su prestador, y en otros, el prestador o prestadores se determinaba por convenio con la institución⁵⁶. Prácticamente durante todo el siglo XX, la atención pública de la salud —dirigida a la población de menores recursos, trabajadores informales y otras personas con dificultades en el acceso a la atención de la salud—, estuvo a cargo del Ministerio de Salud Pública (MSP). En 1987 se creó la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), como servicio desconcentrado del MSP. Hacia 2006 ASSE atendía a más de un 40 por ciento de la población del país. En el ámbito público, además de MSP-ASSE, aparecen a principios del siglo

XX, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad Policial, que ofrecían cobertura a los funcionarios, familiares y exfuncionarios de los ministerios de Defensa y del Interior, mientras que nivel departamental surgieron las policlínicas de primer nivel de atención financiadas por los gobiernos departamentales, donde podía atenderse cualquier persona. En 1979 se creó el Fondo Nacional de Recursos (FNR), responsable del financiamiento de los Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE), públicos o privados, los tratamientos y técnicas de alto costo y complejidad ⁵⁶.

Previo a la reforma del sector salud, el acceso al sistema estaba determinado por la capacidad económica de las personas. El gasto por usuario era sensiblemente mayor en el subsector privado de la salud con una consecuente diferencia en la calidad de los servicios. La población se dividía en tres grandes grupos: quienes pagaban la cuota de su bolsillo a una mutualista, cooperativa médica o seguro privado; quienes siendo trabajadores formales estaban cubiertos a través de la seguridad social; y quienes por carencia de recursos o no tener trabajo formal se atendían en ASSE⁶⁰. Las prestaciones (procedimientos, análisis clínicos, medicamentos) a las que accedían los beneficiarios eran dispares tanto entre subsectores como a la interna de cada subsector.

Desde el punto de vista de la organización del sector, al inicio del primer gobierno de izquierda en el Uruguay (2005), el sector salud presentaba un conjunto no articulado y disperso de servicios públicos y privados, tanto de atención integral como parcial. La distribución geográfica de los servicios era desigual, privilegiando la zona urbana sobre la rural ⁵⁵.

En la normativa previa a la reforma, destaca la Ley N°15.181 ⁶¹ de 1981, donde se establecieron las nuevas normas para la asistencia médica colectiva y privada. El Artículo 2° estableció que la asistencia médica solo podría ser prestada en “el ámbito de sus competencias específicas por médicos,

odontólogos y obstétricas con títulos otorgado o revalidado por la Universidad de la República, o bajo la dirección y responsabilidad de dichos profesionales...”⁶¹. El Artículo 3° señalaba que la asistencia médica podría ser brindada en forma privada —particular o colectiva— y en forma pública a través de los organismos repectivos. El Artículo 6° definió los tres tipos hasta el momento que podían asumir las instituciones privadas de asistencia médica colectiva: asociaciones asistenciales inspiradas en los principios del mutualismo que “mediante seguros mutuos otorguen a sus asociados asistencia médica y cuyo patrimonio esté afectado exclusivamente a ese fin”⁶¹; cooperativas de profesionales “que proporcionen asistencia médica a sus afiliados y socios y en las que el capital social haya sido aportado por los profesionales que trabajen en ellas”⁶¹; y servicios de asistencia “creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar, sin fines de lucro, atención médica al personal...”⁶¹ y eventualmente a sus familiares.

Finalmente, en la revisión de la situación previa a la reforma, la literatura manejada indica que en el modelo de atención a la salud, de tipo asistencialista, predominaban las especialidades médicas. Las formas de remuneración al personal de la salud estimulaban la hiperespecialización y el pluriempleo. El Estado no cumplía con sus obligaciones reguladores más básicas, las que delegó en el mercado, en la competencia entre los prestadores de servicios de salud⁶⁰. Los profesionales de la salud, en particular el personal médico, tenían una suerte de doble poder: institucional, en tanto “propietarios” de los servicios de salud, y sanitario, en tanto decisores sobre la salud de las personas.

La caracterización de la situación previa a la reforma y la necesidad de implementación de cambios en el sector fue procesada en diversos ámbitos políticos —partidarios, gremiales y académicos—, donde se produjeron informes y propuestas que coincidieron en líneas de cambio del modelo

sanitario y en el desarrollo de planes de salud, y tuvieron matices en la organización del sistema (único estatal o integrado público-privado). Se repasan aquí algunas de esas instancias: VI Convención Médica Nacional (julio 1984), Concertación Nacional Programática (octubre 1984), Encuentro Solís del Sindicato Médico del Uruguay (agosto 1999), 11° Congreso de la Federación Uruguaya de la Salud (abril 2003), IV Congreso Extraordinario del Frente Amplio “Héctor Rodríguez” (diciembre 2003), Asamblea del Claustro de Facultad de Medicina de Udelar (julio 2004), 8° Convención Médica Nacional (agosto 2004).

2.2.1.2. La reforma de la salud. Objetivos. Cambio de modelos

La fundamentación del mensaje y proyecto de ley enviado al parlamento para la reforma de la salud en Uruguay ⁶² recogió los aspectos sustanciales descritos en la sección anterior: superación de las condiciones de segmentación, fragmentación y falta de equidad en la atención a la salud, a punto de partida de la falta de homogeneidad de los dos subsectores (público y privado) y en las relaciones de complementación al interior de sí mismos y respecto del otro; las diferencias en el gasto por usuario; y el acceso no equitativo de las personas a los servicios de salud según sus ingresos individuales y familiares.

A fines del año 2007 el parlamento del Uruguay terminó de aprobar un conjunto de leyes que dieron inicio legal al proceso de la reforma de la salud. El objetivo de la reforma es:

[A]segurar el acceso universal a servicios integrales de salud, orientados por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad según normas, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, centralización normativa y descentralización en la ejecución, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social y derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación (Mensaje y proyecto de ley).

Para alcanzar los objetivos de la reforma se propusieron cambios en tres niveles: en el modelo de atención, en el modelo de gestión y en el modelo de financiamiento del sistema de salud. En lo que respecta al cambio en el modelo de atención a la salud, se pretende sustituir el modelo actual -médico hegemónico, hospitalocéntrico y centrado en la enfermedad*-, por otro modelo integral que privilegie la promoción de la salud y la prevención, con énfasis en la Atención Primaria de Salud (APS) y en el primer nivel de atención. El cambio en el modelo de gestión prevé la coordinación y complementación de los prestadores públicos y privados de servicios de salud y la participación activa de trabajadores y usuarios en los organismos de conducción y control. El cambio en el modelo de financiamiento se concreta a partir de la creación del Seguro Nacional de Salud (SNS) y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el ingreso gradual de distintos colectivos de población al seguro, que aportan al FONASA mediante la seguridad social⁶².

2.2.1.3. Espacios de participación en el Sistema Nacional Integrado de Salud

Si bien no se ampliará en esta sección sobre el tema ya que será parte de la presentación de datos y análisis de hitos normativos que aplican a la Judesa Florida, en el capítulo 4, conviene a modo de encuadre, introducir brevemente los espacios de participación institucionalizada creados en el marco de las leyes de la reforma de la salud, con representantes oficiales y sociales. Estos espacios son:

*Junta Nacional de Salud (JUNASA) (Ley N° 18.211)*⁶³. Espacio desconcentrado dependiente del MSP.

* La expresión “médico hegemónico” para designar el modelo de atención a la salud está tomada del antropólogo argentino Eduardo Menéndez.

Directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (Ley N°18.161) ⁶⁴.

Consejos Asesores Honorarios Nacional y Departamentales de ASSE (Ley N°18.161) ⁶⁴.

Consejos Consultivos y Asesores de los prestadores privados (CCA) (Ley N°18.211) ⁶³.

Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales (judesas) (Ley N°18.211). ⁶³.

2.2.3. Participación. Participación en salud

Previamente, conviene mencionar aquí que la definición de salud que se maneja en este trabajo, por la pertinencia, es la de los doctores Villar y Capote que luce en el Mensaje y Proyecto de Ley enviado al parlamento para la reforma de la salud ⁶²:

La salud es una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social.

La revisión de literatura sobre el tema, especialmente en el ámbito de América Latina, arroja una serie de consensos: diversidad y complejidad en la conceptualización de la participación y de la participación en salud en particular; lugar común en cuanto a su inclusión en algún aspecto de la política pública estando consagrada en distintos marcos normativos específicos del sector o incluso en los marcos constitucionales (como es el caso de Venezuela,

Brasil o Bolivia, por ejemplo); presencia recurrente en los documentos sobre las reformas de los sistemas de salud como principio rector, eje estratégico, derecho. Incluso la complejidad se ve reflejada en la nominación, ya que es posible encontrar definiciones similares bajo distintos nombres, como participación comunitaria, social, ciudadana y política.

Porque tiene componentes que pudieran haber sido aplicado al objeto de estudio de esta investigación, se revisa la conceptualización que está utilizando la AGESIC en el relevamiento a nivel nacional de los espacios de participación institucionalizados en 2016. Según la definición que se da en el marco del Plan de Acción Nacional sobre Gobierno Abierto⁵¹, la participación ciudadana supone algún grado de interacción entre autoridades públicas y los sectores de la ciudadanía que son convocados, sin importar el proceso de toma de decisiones (que puede ser por deliberación, votación de propuestas, fiscalización o cogestión de programas o políticas). En este sentido no son participación ciudadana, los ámbitos de comunicación unilateral (como sitios web o redes oficiales) o recepción de quejas (buzones de reclamos, etc.), que habitualmente así aparecen en la literatura. En el mismo documento se define ámbito de participación a un espacio de interacción formal entre ciudadanos y funcionarios públicos, identificado por una etiqueta reconocida (por ejemplo, judesas, para el caso de esta investigación), enfocado a una problemática determinada, de interés para todos los participantes. Puede remitir a distintos niveles de territorialidad (nacional, departamental, municipal, local, barrial). Los mecanismos pueden ser variados: audiencias, cabildos, presupuestos participativos, concejos vecinales, mesas, etc.). Tienen estatus jurídico (creados por ley, resolución administrativa). Pueden ser de frecuencia variada: convocados puntualmente para un tema de coyuntura o regularmente.

Muchas veces se denomina participación social a la que protagonizan las organizaciones no gubernamentales, las gremiales, sindicales u otras formas

asociativas de *segundo grado*, es decir, funcionan como *redes*, federaciones o asociaciones que agrupan *nodos* que se vinculan a través de una estructura mayor que los contiene. También es frecuente que sea el tipo de participación en la que interviene la sociedad civil organizada. En Uruguay esta forma de participación se advierte en distintos niveles sectoriales y territoriales.

La expresión participación comunitaria aplica, en principio, a la que protagonizan asociaciones vecinales, comisiones barriales. También es común asociarla, en el campo de la salud, con la Atención Primaria de Salud (APS) y la promoción de la salud. La Declaración de Alma-Ata establece que “el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud”. Apela a la intersectorialidad de las acciones y al fomento “en grado máximo de la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo”⁶⁵.

Cunill Grau ⁶⁶⁻⁶⁷ define cuatro grandes tipos de participación: en la social, las personas actúan en el marco de organizaciones o colectivos para la defensa de sus intereses, el interlocutor principal no es el estado sino otras organizaciones; en la comunitaria, las personas se involucran en acciones colectivas para el desarrollo de su comunidad, el interlocutor principal no es el estado y lo que se espera recibir de él es apoyo; en la política, la participación está mediada por los mecanismos de representación política (partidos, parlamentos, elecciones); y en la ciudadana, hay involucramiento directo en acciones públicas, donde ciudadanos y estado se ponen en contacto para la definición de metas colectivas.

Así como hay una diversidad de conceptualizaciones sobre participación, también es amplio y diverso el campo de la categorización o diferenciación del concepto, notándose niveles, escalas tipos, graduaciones, intensidades, momento en el ciclo de la política; por citar algunas de las variables más

usadas. Incluso hay construcciones devenidas de discursos y percepciones obtenidas en estudios cualitativos que no ajustan a ninguna de estas variables, por el contrario, complejizan el campo aún más.^{45,68}

Más recientemente, el campo de la ciencia política ha acuñado el término “innovaciones democráticas”⁴³ que aplica al surgimiento de espacios de participación involucrados en los asuntos de política pública. Según Gurza e Isunza⁴³ la innovación democrática se entiende “como un proceso de creación institucional que va más allá de la promulgación de formas de participación ciudadana directa, como el plebiscito, el referéndum y la iniciativa popular, y en el que se articulan modalidades continuas —no extraordinarias— de incidencia social sobre el poder público y su aparato administrativo, e incluso sobre el propio sistema político”⁴³.

En algunos países, como estrategia de participación ciudadana de alguna manera sustitutiva del ejercicio de la democracia directa, se fortalecieron consejos consultivos, que incorporan la voz de expertos y representantes en el diseño, implementación y evaluación en distintos sectores de política pública. “La creación de estos consejos respondió a un proceso de tipo arriba-abajo, por el que el gobierno implementó los dispositivos y estos fueron ocupados por diversos tipos de actores”⁶⁹. Hevia e Isunza Vera⁶⁹, en un estudio descriptivo y comparativo de la experiencia exitosa de los Consejos Consultivos de Desarrollo Sustentable (sector ambiental de política) en relación con los consejos ciudadanos consultivos en México —que abarcó a 409 consejos de la administración pública federal—, centrado en las dimensiones de la institucionalidad, representatividad y calidad de la incidencia, concluyen que “... crear consejos consultivos con funciones y atribuciones claras, así como con actores interesados y participativos, puede ser una importante innovación en contextos institucionales herméticos a la participación, al crear condiciones para el fortalecimiento de espacios con alguna capacidad de incidencia, a

pesar de que no logran romper las barreras estructurales ni transformar aspectos críticos en los ciclos de la política pública donde se instituyen, manteniéndose como espacios de participación acotada”⁶⁹. Este mismo estudio encontró, revisando las distintas normativas, tres grandes tipos de funciones que cumplen los consejos: consulta, decisión y ejecución, siendo más común la de consulta (asesoría, evaluación y seguimiento) en las “interfaces socioestatales”⁴³ definidas “como espacios de conflicto donde se hacen efectivas relaciones —comúnmente— asimétricas entre sujetos. De esta forma, se puede hablar de interfaces socioestatales, cuando la relación tiene como actores a un sujeto estatal y a otro social”⁴³. En este sentido, los consejos asesores honorarios departamentales y locales o judesas, creados en el marco de la reforma de la salud en el Uruguay bien pudieran aplicar como innovación democrática en la interfaz socioestatal. También en este estudio los autores destacan la categoría de la institucionalidad como favorecedora de la institucionalización de los nuevos espacios de participación. Institucionalidad que se mide por el conocimiento del fundamento legal en términos generales, el conocimiento del funcionamiento específico, la interpretación de la normativa, la regularidad del funcionamiento y la capacidad de convocatoria ⁶⁹.

Archon Fung ⁷⁰ en 2006 propuso una herramienta para el análisis de diseños políticos institucionales llamado el “cubo de la democracia”. Este modelo tridimensional que articula en el espacio las dimensiones de *quiénes participan, cómo se comunican y toman decisiones y cuál es la capacidad de incidencia de esas decisiones* fue pensado para valorar los tres principales problemas de los gobiernos democráticos: legitimidad, justicia y efectividad ⁷⁰, pero resulta muy operativo para modelos de innovación democrática, incluso tomando solamente algunos de sus ejes.

Finalmente en este apartado sobre participación interesa comentar el estudio cualitativo de Müller Neto y Artmann ²⁰ sobre participación en las conferencias

municipales de salud de Mato Grosso, Brasil, que da pistas sobre categorías para la representatividad y rol o papel del espacio de participación. Las ideas centrales sobre el rol giraron en torno a que el espacio podía configurarse como: foro no deliberativo (solo informativo), herramienta para la planificación y desarrollo de políticas para la salud, espacio público para la presentación de intereses y asuntos sociales, instrumento de control social, foro deliberativo pero no resolutivo, foro educativo como espacio de aprendizaje y espacio político para la democracia efectiva con capacidad de incidencia. A la vez, las ideas centrales sobre la representatividad de los participantes en las conferencias, se asociaron a la representación total (toda la sociedad estaba representada), representación formal (la de quienes son designados por sus instituciones de procedencia), no representación (o quienes se representan a sí mismos), representación como fruto de un proceso de elección, de selección y una última idea asociada a que la calidad de la representatividad tenía que ver con la experiencia y conocimientos del representante en el tema tratado.

2.2.4. Comunicación y organización

Etkin y Schvarstein⁵² identifican una serie de componentes básicos de la capacidad de las organizaciones, o metaconceptos, de los cuales aquí se mencionan estos dos:

- **Identidad:** que es la enumeración de todo aquello que permita distinguir a la organización como singular y diferente de las demás, que si desaparece afecta a la organización, transformándola. La identidad está definida como *invariante* en el sentido de su transformación también implica la aparición de una nueva organización.
- **Autonomía:** capacidad de sobrevivir aún en condiciones distintas de aquellas para las que fueron diseñadas.

Comunicación es el proceso de generación, circulación, interpretación, apropiación y resignificación de sentidos, y de establecimiento, fortalecimiento o restablecimiento de vínculos. Distintos autores hablan de modelos comunicacionales subyacentes a los modelos organizativos y de cómo los primeros desvelan las formas de hacer y actuar de las organizaciones. Por eso la vinculación comunicación-organización no es arbitraria, sino campo específico de estudios ^{52,71}.

“Comunicación es siempre un proceso que se da entre personas en el que se construyen mensajes posibles. Por eso es un proceso abierto a la producción de sentidos, que atraviesa todas las acciones de la organización, configurando de manera permanente la construcción de su cultura e identidad, marcando un estilo propio, y por ende, sus formas de proyectarse al exterior⁷². En esos atravesamientos se producen sentidos en la organización sobre la participación en salud, que circulan por las redes de comunicación interpersonal.

Rogers y Agarwala ⁷¹ señalan que el análisis de las redes de comunicación permite observar la naturaleza de los flujos de comunicación interpersonal, cómo se relacionan y cómo conviven con los espacios formales e informales dentro y fuera de la organización. Interesará para este estudio observar la dinámica de algunos aspectos de la organización en materia de comunicación interna-externa, flujos y “nudos”. También, las metáforas de la organización, las formas del lenguaje que descubren lo implícito, lo no observable. Distintos autores indican que habrá organizaciones más “vivas” o con capacidad de supervivencia cuando las referencias metafóricas son orgánicas (reino animal, reino vegetal); y cerradas o estáticas cuando las metáforas son de tipo mecanicista y remiten a modelos tecnocráticos ⁷³⁻⁷⁴.

Con Saforcada ⁷⁵ se introduce en esta investigación el concepto de racionalidades concurrentes en espacios de interacción de colectivos diferentes. Según el autor, un espacio de interacción entre personas de diferentes colectivos adquiriría alto grado de participación y de desarrollo de ciudadanía si las diferentes racionalidades que concurren a ese espacio encuentran una convergencia armónica en el solapamiento.

Recorrido y próximo capítulo

En la primera parte de este capítulo, se mostraron los resultados del proceso de búsqueda y selección de antecedentes de la investigación. En la segunda parte, para el desarrollo teórico, se tomaron ideas y conceptos de distintos campos disciplinares para el abordaje de la *variable compleja participación en salud: producción de sentidos e institucionalización* desde las dimensiones de *lo instituido y lo instituyente*.

En el siguiente capítulo se describirá el proceso metodológico seguido y los instrumentos diseñados e implementados en esta investigación.

Capítulo 3: Metodología

En este capítulo se presentarán las dimensiones, categorías, procedimientos, técnicas e instrumentos diseñados para el estudio de la variable compleja *participación en salud: producción de sentidos e institucionalización*.

Se describirán el tipo y diseño general del estudio, el universo de estudio, los procedimientos e instrumentos para lograr el aval a la investigación, y los procedimientos, técnicas e instrumentos diseñados para la recolección de información. También se describirán los métodos y modelos empleados en el análisis de contenidos de las entrevistas semiestructuradas y en el análisis documental. Hacia el final del texto se colocará un esquema general del diseño de la investigación que resume el contenido del capítulo.

La base teórica para la redacción de este capítulo se tomará de Parada Lezcano ⁷⁶ otras fuentes sugeridas durante en las entrevistas exploratorias y la tutoría ⁷⁷⁻⁸⁰.

3.1. Tipo y diseño general de estudio

Se realizó un estudio de tipo cualitativo-cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, a través del estudio de un caso en el que se combinaron distintas técnicas (entrevistas semiestructuradas, observación, análisis documental, análisis de contenidos). El caso de estudio fue la Junta Departamental de Salud de Florida. La documentación relevada del funcionamiento de la junta (órdenes del día, actas, documentos anexos a ellos) correspondió al período noviembre 2011 (instalación)-agosto de 2013. La información relevada para el análisis documental del marco normativo que aplica a la Judesa Florida incluyó documentos oficiales (leyes, decretos y resoluciones del Poder Ejecutivo; y actas seleccionadas por la secretaría general de JUNASA) del período

diciembre 2005-diciembre 2013. Las entrevistas a los integrantes de la Judesa Florida (coordinación, realización, transcripción) se realizaron en el período mayo-octubre 2013.

3.2. Procedimientos e instrumentos para el acceso al estudio.

Universo de estudio

Con la información relevada en la etapa exploratoria, previa a la formulación del protocolo de investigación, se formularon los criterios de inclusión para tomar a la Junta Departamental de Salud como objeto de estudio. Estos criterios fueron: *tiempo de instalación* (la junta fue una de las primeras en instalarse, 3 de octubre de 2011, ver Anexo 1), *regularidad* de funcionamiento (la junta sesionaba con frecuencia mensual y continua, los segundos miércoles), *integración completa* (participaban representantes de todos los colectivos previstos en la reglamentación), *descentralización* (por un lado, desde la perspectiva de aportar a investigaciones fuera del centralismo capitalino, y por otro lado, en sintonía con los discursos oficiales), *accesibilidad geográfica y económica* para quien investiga y *accesibilidad por antecedentes*. En particular este último criterio tuvo que ver con la actividad laboral de quien investiga, funcionaria del MSP con algunas actividades vinculadas a las direcciones departamentales, lo que constituyó un sesgo a controlar, como se verá más adelante.

En el período junio-diciembre de 2012 se prepararon tres instrumentos para la presentación de la investigación en la junta y se hicieron cuatro llamados telefónicos a la directora departamental de salud de Florida. A fines de mayo de 2012, vía telefónica, la directora solicitó una suerte de resumen ejecutivo para ingresar el tema en el Orden del Día de la reunión de junio de 2012. El 13 de junio se envió el documento pedido por correo electrónico a la Dirección Departamental de Salud de Florida (DDS Florida) conteniendo una presentación personal, el tema de la investigación y su abordaje, los aspectos

metodológicos, las consideraciones éticas, la justificación y uso de los resultados, y los plazos del estudio (Anexo 2). Vía telefónica en agosto de 2012 la directora departamental informó que el tema había sido presentado y estaba a estudio de las distintas representaciones en la junta. Vía telefónica en octubre de 2012 se acordó con la directora departamental la concurrencia a la sesión de diciembre de 2012 y se solicitó la preparación de un nuevo documento sobre las características de la investigación para distribuir a los integrantes de la junta como insumo para la sesión de diciembre. Este documento — presentación sintética de la investigación— fue enviado por correo electrónico a la DDS Florida a principios de noviembre de 2012, conteniendo título de la investigación, resumen, objetivos, metodología, plan de trabajo y necesidades para continuar el estudio (Anexo 3). Vía telefónica a fines de noviembre la directora departamental confirmó que el tema del aval a la investigación había sido incluido en el Orden del Día de la sesión del 12 de diciembre de 2012 y que se aguardaba la concurrencia de la investigadora. Surgió de la conversación telefónica que el aval podría ser otorgado el mismo día, por lo que se preparó, envió por correo electrónico y llevó impreso a la sesión, un modelo de consentimiento informado para el aval de la junta al estudio, en el que se explicitaban requisitos de formalidad (hoja membretada de judesa, sello de firma y firma de presidencia) (Anexo 4). También se llevaron impresos para distribuir a los integrantes de la junta en la sesión de diciembre, diez ejemplares de la presentación sintética de la investigación (Anexo 3).

El arribo al local de la DDS Florida el 12 de diciembre se produjo a las 16.30 horas. La sesión estaba prevista para las 17 horas. Mientras se aguardaba el inicio de la sesión, la secretaria de la DDS Florida facilitó vía impresa dos documentos: planilla con listado de integrantes de la Judesa Florida (nombres de representaciones y nombres de representantes en cada una de ellas) y el *Informe Anual de Funcionamiento del Consejo Honorario Asesor Departamental de Salud 2012* (gráfico de asistencia por representación). Según

lucía en el primero de estos documentos, la junta estaba integrada por 21 personas, entre titulares y alternos, representantes de * : “MSP” (dos personas), “BPS” (dos personas), “Intendencia” (dos personas), “ASSE” (dos personas), “COMEF” (dos personas), “Trabajadores NO Médicos Privados” (una persona), “Trabajadores Médicos ASSE” (dos personas), “Trabajadores Médicos Privado” (dos personas), “Usuarios Sector Público” (dos personas) “Trabajadores NO Médicos del Sector Público” (dos personas), “Usuarios sector Privado” (dos personas). De las 21 personas, nueve son mujeres —tres titulares y seis alternas— y 12 son hombres —siete titulares y cinco alternos—. En el listado proporcionado no estaba completa la representación del MSP (según el decreto reglamentario de integración tendrían que haber dos representantes titulares y dos alternos) ni la de los “Trabajadores NO Médicos Privados” (faltaba nombre de titular).

En cuanto a los datos aportados por el segundo documento para el año 2012, sobre un total de diez sesiones en el año se observó que la mayoría de las representaciones registraron una asistencia igual o superior a siete sesiones; “COMEF” y “MSP” tuvieron la mayor asistencia (diez) y “Representantes Usuarios sector Privado” e “Intendencia”, la menor (seis y cinco sesiones, respectivamente).

La sesión del 12 de diciembre de 2012 era la número 11 de la judesa desde su instalación el 3 de octubre de 2011, y la última del año. Comenzó sobre las 17.40 y finalizó a las 18.40. Participaron ocho personas, representantes de: MSP (titular y alterno), COMEF (titular y alterno), ASSE (alterno), BPS (titular y alterno), trabajadores no médicos privados (alterno). Esta sesión —como

* Los comillados se utilizan para transcribir los nombres de las representaciones tal como figuran en los dos documentos aludidos facilitados, y en el orden en que están escritos.

prácticamente todas las anteriores— se desarrolló en el local de la DDS Florida, una casona ubicada a siete cuadras de la terminal de ómnibus en la que también funcionaban otras dependencias estatales. El espacio destinado a las reuniones era un salón al fondo de la casona, con infraestructura tipo barbacoa, amplio y luminoso, mesa rectangular y sillas. La sesión se inició con la lectura del acta de la sesión anterior por parte de la secretaria de la DDS Florida, y habiendo acuerdo, se procedió a la firma. Inmediatamente se pasó a tratar el punto del Orden del Día relativo al aval de la investigación. Se distribuyó entre los participantes ejemplares de la presentación sintética. Con base en este documento se hilvanó la presentación oral poniendo énfasis en los objetivos, las técnicas a emplear y las reglas de confidencialidad, plazos, y el requisito formal de obtener el aval de la junta al estudio a través de la firma de nota tipo consentimiento informado (Anexo 4) y firma de cada una de la hojas de la presentación sintética (Anexo 3), en ambos casos, las firmas en ejemplares originales. Los representantes siguieron con atención la presentación oral y la única pregunta formulada por una representación fue el porqué haber elegido la Judesa Florida como objeto de estudio. Ninguna de las representaciones presentes explicitó objeciones al estudio. La directora departamental promovió el consenso para la firma del aval al estudio en el momento, pero no lo obtuvo. Ante esto, propuso hacer una “ronda de mails” entre todos los representantes adjuntando la presentación sintética de la investigación, para obtener el acuerdo. Se dio por terminada la presentación de la investigación y en el acompañamiento hacia la salida la directora estimó que el aval se obtendría “en la última semana de diciembre”.

La junta retomó su funcionamiento en febrero de 2013. Pasada la primera sesión del año, para obtener los originales firmados de la nota de aval a la investigación y presentación sintética, se establecieron contactos a modo recordatorio vía correo electrónico (27 de febrero; 11 y 20 de marzo) y telefónico (15 y 20 de marzo). En todos los casos la respuesta de la DDS

Florida fue inmediata y afirmativa y el retraso se explicó en función de asuntos administrativos (“traspapeleo”). Los originales solicitados firmados fueron enviados por correo electrónico (20 de marzo) y vía correo postal (5 de abril). La nota aval firmada se incluyó en el Anexo 4.

3.3. Procedimientos, técnicas y diseño de instrumentos para la recolección de información

3.3.1. Entrevistas exploratorias

Entre 2012 y 2014 se realizaron cuatro entrevistas y una consulta con referentes calificados en distintos campos disciplinares a efectos de obtener la mirada a la investigación desde esos campos, bibliografía y orientación sobre procedimientos para el acceso a información documental. Fueron entrevistados: Enrique Saforcada* (08 de mayo de 2012) —referente del campo de la psicología comunitaria y salud pública— sobre paradigmas en el campo de la salud; Sonia Romero (15 de agosto de 2012) —doctora en Etnología, grado 4 en Antropología Social en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Udelar— sobre producción de sentidos y conformación del campo de la salud en Uruguay; Elena Clavell (13 de julio de 2013) —directora general del SNIS-MSP período 2010-2014— sobre procedimientos para el acceso a información de JUNASA y judesas; Juan Chenlo (14 de agosto de 2013) —integrante del directorio de COMEF en representación de sus usuarios— sobre historia de la organización de la atención a la salud en Florida. Fue consultado Alberto Blanco (12 de mayo de 2014) —docente del Seminario en Comunicación Educativa y Comunitaria de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación, Udelar, quien amplió la consulta el equipo

* Entrevista realizada en la Cátedra de Psicología Comunitaria, durante una visita académica a la Facultad de Psicología, Udelar.

docente del trayecto en comunicación organizacional— sobre literatura en materia de comunicación institucional y organizacional.

3.3.2. Búsqueda bibliográfica

La identificación y selección de artículos en publicaciones académicas se realizó a través de la suscripción a algunas listas de distribución de OPS y revistas y a través del portal Timbó, accesible a través de plataformas de Udelar*. Las palabras clave utilizadas fueron: *participación, salud, políticas públicas, comunicación*. Las búsquedas se concentraron en el primer trimestre de 2014 y en el último trimestre de 2015. No obstante, hubo otros ingresos puntuales especialmente para la consideración de las categorías emergentes en el análisis, con variación en palabras clave o nuevas combinaciones. Para depurar la cantidad de registros obtenidos como resultado se utilizaron las opciones de búsqueda por “ampliadores” y “limitadores”. Así, la búsqueda se amplió a buscar palabras clave también dentro del texto (no solo en *abstract*) y se limitó a textos completos en vínculo, de los últimos cinco años, en las materias participación y salud, en idioma español, portugués e inglés y con limitación geográfica (en principio) a Brasil, Cuba y Canadá. Se eligió Canadá porque fue el primer país capitalista del mundo occidental que decidió revisar conceptual y metodológicamente el tema de la salud, antes de hacer una reforma; Cuba porque en los años sesenta fue pionero en desarrollar un modelo de atención a la salud que fue reconocido mundialmente (ya sea para apoyarlo o denostarlo); y Brasil porque hizo un proceso de reforma con participación popular único en el mundo. Los registros obtenidos fueron

* Hasta mediados de 2014 solo podía accederse a la información del portal desde los equipos conectados a la red interna de los servicios universitarios, dentro de los servicios (en general, las bibliotecas). Luego se liberó el acceso desde cualquier equipo (dentro o fuera del servicio universitario) con conexión a Internet.

descartados o recuperados según el título y el contenido del *abstract*, para luego ser incorporados en las referencias bibliográficas.

3.3.3. Diario de campo

Durante todo el proceso de la investigación se implementó un cuaderno digital de notas a modo de diario de campo, con tres columnas. En la primera se anotaron observaciones (fechas, lugares, nombres, relatos a partir de lo observado); en la segunda se incorporaron comentarios a esas observaciones desde lo subjetivo; y en la tercera se tomaron apuntes para la fase de análisis (conceptos, nombres de autores). El diario funcionó además como herramienta para la recuperación de información del proceso descrito en este capítulo y para los intercambios con la tutora.

3.3.4. Observación

La observación “como proceso de contemplar sistemática y detenidamente el desarrollo de un fenómeno tal y como discurre por sí mismo” ⁷⁶ se utilizó como técnica para observar elementos significativos de los distintos lugares a los que se concurrió tanto para realizar entrevistas como para obtener documentos: disposición, accesorios, incidencia de situaciones de contexto (festivales, ferias, movimiento en puertas de urgencia y pasillos de hospital, obras en construcción), dinámica del lugar. También se observaron las reacciones de los entrevistados ante el dibujo del mapa de vínculos, como se verá en este mismo capítulo.

3.3.4. Entrevistas

El período de trabajo en las entrevistas semiestructuradas —coordinación, realización, transcripción— fue de mayo a octubre de 2013. Para obtener las coordenadas de localización de los integrantes de la Judesa Florida se envió correo electrónico a la DDS Florida (19 de mayo) con la sugerencia de que desde allí se les reenviara a los integrantes para avisarles que serían

contactados para las entrevistas. Para facilitar esta tarea administrativa a la DDS, y con su consentimiento, se preparó y envió (22 de mayo) el texto sugerido, con una nueva versión adjunta del estudio, muy resumida (Anexo 5). Las coordenadas de los integrantes de la Judesa Florida fueron enviadas por correo el 1 de junio. Se consultó, a vuelta de ese correo, si el contenido del Anexo 5 había sido reenviado. No se obtuvo respuesta.

Se delegó en una colaboradora con experiencia en el área de la comunicación, la coordinación de todas las entrevistas, la realización y transcripción de las dos entrevistas a representantes del MSP (para controlar sesgos), y la transcripción de la entrevista a uno de los representantes de los trabajadores médicos de ASSE (TMASSE). Con esta colaboradora se mantuvieron cinco encuentros presenciales para: lectura comentada del protocolo de investigación con evacuación de dudas y consultas; establecimiento de acuerdos para los procedimientos y la agenda de coordinación; entrenamiento de la colaboradora en la pauta de la entrevista mediante la técnica de *rol playing*, donde otra colaboradora del ámbito del MSP y conocedora de esta investigación ofició de entrevistada; puesta a punto de la planificación. La pauta de la entrevista (Anexo 6) fue ajustada en la formulación y en el orden de los temas y en el diseño gráfico del instrumento para la entrevistadora (Anexo 7). El modelo de consentimiento informado para entrevistas no fue modificado, manteniéndose el mismo modelo presentado en el protocolo de investigación (Anexo 8). Para indagar en la comunicación interna y externa de la judesa se incorporó a la pauta un nuevo instrumento para trabajar con cada entrevistado: el mapa de vínculos. Allí se dibujaron los colectivos/representaciones encerrados en círculos, identificándolos con los nombres habituales según las actas de la Judesa Florida. Estos círculos se dispusieron en torno a una especie de mesa imaginaria tratando de reproducir los lugares que las representaciones tomaron en la sesión del 12 de diciembre. Se instrumentó un sistema de códigos para el dibujo de los vínculos entre las representaciones a través de flechas de trazo

continuo grueso para indicar “muy buen vínculo”, trazo continuo fino para indicar “buen vínculo”, trazo discontinuo para indicar “vínculo débil” y cruce de trazos para indicar “vínculo cortado”. A la vez, las flechas fueron de doble punta para indicar “vínculo de ida y vuelta” o de una sola punta para indicar la unidireccionalidad del vínculo (Anexo 9).

El procedimiento seguido para la coordinación de entrevistas fue el siguiente:

a) envío de correo por parte de la investigadora a los integrantes de la Judesa Florida recordando títulos y objetivos de la investigación, otorgamiento de aval al estudio y anuncio de próximo contacto de la colaboradora a los efectos de fijar entrevista; b) contactos telefónicos de la colaboradora con los integrantes de la judesa para coordinar agenda (día, hora y lugar) y anunciar envío de consentimiento informado para lectura previa; c) envíos de correos electrónicos por parte de la colaboradora recogiendo el resultado de la coordinación telefónica y adjuntando modelo de consentimiento informado; d) recordatorio de agenda por contacto telefónico o correo por parte de colaboradora dos días antes a la fecha coordinada. Los correos mencionados en el literal a) fueron dirigidos y enviados (6 de junio) a los once colectivos/representaciones en la judesa —un correo por cada colectivo o representación—. El texto del correo, que puede leerse en el Anexo 10, llevaba adjunto el contenido del Anexo 5. Se detectó que el representante de los trabajadores de los prestadores privados (TPP) no manejaba correo, por lo que fue contactado telefónicamente y vía fax. En el lapso de 72 horas una vez lanzada la convocatoria, respondieron afirmativamente a entrevista siete personas: representantes de usuarios de ASSE (UASSE), representante de ASSE, representantes de trabajadores de ASSE (TASSE), representante de la intendencia departamental de Florida (IDF), representante de trabajadores médicos de ASSE (TMASSE). A partir del 10 de junio la colaboradora entró en contacto telefónico con estos representantes, fijó fechas para las siete entrevistas y envió por correo electrónico el modelo de consentimiento informado para la lectura previa al

encuentro. A partir del 14 de junio inició los contactos telefónicos con los demás integrantes de la Judesa Florida. Las coordinaciones se completaron a fines de julio y siempre se intentó al menos lograr de dos a tres entrevistas por día, para optimizar los tiempos de viaje. Según el reporte de la colaboradora, se realizaron 59 llamados telefónicos, se enviaron 43 correos electrónicos y dos faxes. La mayor cantidad de llamados telefónicos se concentraron en las representaciones de MSP, ASSE, IDF y TPP; promedialmente, seis llamados en cada caso. Prácticamente se enviaron un promedio de dos a tres correos a cada representación en esta etapa de coordinación. De 22 personas contactadas (21 más el nuevo director departamental que asumió en julio), 17 aceptaron ser entrevistadas y cinco se excusaron. Dos personas se excusaron vía correo electrónico (representantes de IDF y de trabajadores médicos de prestadores privados-TMPP), dos lo hicieron vía telefónica (representantes BPS) y una persona fue excusada verbalmente por el titular durante la entrevista (representante de prestadores privados-PP).

Las 17 entrevistas se realizaron entre el 18 de junio y el 14 de agosto de 2013. Se entrevistaron 13 hombres —nueve titulares y cuatro alternos— y cuatro mujeres —dos titulares y dos alternas—; nueve son profesionales médicos con especialidades o posgrados (tres en Medicina Familiar y Comunitaria, uno en Emergencias, uno en Reumatología, uno en Diabetología, dos en Ginecología, uno en Geriátrica); dos profesionales no médicos (Abogacía y Enfermería), tres administrativos, un cuentapropista en el área de servicios, dos personas jubiladas. Los médicos, trabajaban en ASSE y en la Cooperativa Médica de Florida (COMEF) —salvo un caso, por incompatibilidad del cargo— y dos a la vez tenían vínculo con la Universidad de la República a través de las unidades docente-asistenciales. Todos los integrantes de la Judesa Florida ocupaban lugares de jerarquía en las instituciones que representaban, ya sea en cargos de alta conducción en las instituciones (direcciones generales, direcciones técnicas, gerencias), o cargos políticos en los órganos de conducción de sus

organizaciones (presidencias, secretarías, comisiones directivas). De la observación surge que la edad promedio en la Judesa Florida superaba los 40 años.

Nueve entrevistas se realizaron en los lugares de trabajo de los entrevistados (una en Montevideo y ocho en Florida), tres en el nuevo local de la DDS Florida (casa en el centro de la ciudad, de dos plantas, con sala de reuniones en el piso superior), cuatro en el domicilio del entrevistado en Florida y una en sitio propuesto en Montevideo por el entrevistado. Tres encuentros se cancelaron una vez la investigadora en el lugar (dos por olvido del entrevistado y uno por emergencia en el hospital) las que se reagendaron en el momento para otro día. Salvo las dos entrevistas que se realizaron en el hospital de Florida, el resto comenzaron a la hora agendada. En promedio, todas las entrevistas se realizaron en 54 minutos. Las entrevistas realizadas en las oficinas de dirección y subdirección del hospital tuvieron varias interrupciones de parte de personal subalterno —que requerían decisiones del director y del subdirector—, no obstante se pudo aplicar la pauta en forma completa. El resto de las entrevistas transcurrieron sin interrupciones, ocasionalmente acompañadas de ruidos de fondo (obras en construcción, tránsito, dinámica familiar). Las entrevistas en los domicilios y en el nuevo local de la DDS Florida se realizaron en lugares apartados, confortables (*livings*, antecocinas, barbacoas) y con estufa a leña siempre encendida.

Cada entrevista fue grabada en audio y se inició con la presentación de los objetivos de la investigación y de las reglas de confidencialidad previstas en el consentimiento informado. Todas las personas entrevistadas recordaban la investigación por lo que no fue necesario profundizar en la presentación. Se mantuvo la pauta a la vista y se controló el tiempo. En cada caso se dispuso de unos quince minutos aproximadamente para el dibujo del mapa de vínculos. Esta técnica tuvo una presentación específica (para qué servía), se leyeron en

voz alta los contenidos de cada círculo y la interpretación del sistema de códigos (flechas). La técnica fue comprendida y no hubo mayores dificultades en lograr tantos dibujos como personas fueron entrevistadas, con la excepción de la representación de TASSE que para optimizar el tiempo del que disponían decidieron dibujar en conjunto. Mientras dibujaban, algunos entrevistados agregaron “flechas” al sistema de códigos (cambios en el grosor del trazo, en la direccionalidad y en la no existencia de vínculos), que fueron incorporados al momento del análisis e hicieron comentarios sobre sus dibujos. En cuatro casos los dibujos de flechas fueron realizados por la investigadora, siguiendo estrictamente las instrucciones dadas por los entrevistados. Las observaciones de cada entrevista fueron anotadas en el diario de campo, en general, durante la espera en el restaurant de la terminal o durante el mismo viaje de retorno a Montevideo.

Se realizaron en total siete viajes a Florida, en frecuencias directas o semidirectas de transporte interdepartamental de aproximadamente tres horas de duración (ida y vuelta).

Las 17 entrevistas se transcribieron con el máximo de fidelidad posible; 14 fueron transcritas por la investigadora y tres por la colaboradora. Se originaron 17 documentos, numerados según orden cronológico de realización de la entrevista. En la portada de cada documento, además del número, se recogieron los siguientes datos: fecha y lugar de realización, duración de la entrevista, nombre del colectivo al que representa el entrevistado, organización de procedencia del representante, lugar de trabajo, profesión u ocupación. Para preservar la confidencialidad, se decidió restringir aún más lo establecido en el consentimiento informado y solo hacer alusión a los testimonios por el número de entrevista.

En el siguiente cuadro se observan los datos de la Judesa Florida obtenidos a partir del proceso descrito en los párrafos precedentes. La última columna del cuadro (“T”) refiere al tiempo promedio de respuesta a la convocatoria a entrevista. Se consideraron “rápidas” (R) las respuestas que se obtuvieron en las primeras 72 horas; “medias” (M), las que tardaron 15 días; “lentas” (L), las que tardaron más de 15 días; y “nulas” (N) cuando no hubo respuesta.

Cuadro 3.1. Junta Departamental de Salud de Florida. Datos y tiempos de respuesta a la convocatoria a entrevista

REP.	N°	Fecha	Lugar	Dur.	S	Proc.	Trabajo	Prof./Ocup.	T
MSP	16	09.08.13	Trabajo	54 min	F	MSP	MSP, COMEF	Medicina Ginecología	L
	15	05.08.13	Trabajo	34 min	F	MSP	MSP Poder Judicial	Derecho	M
	14	27.07.13	Trabajo	60 min	M	MSP	MSP ASSE COMEF	Medicina Ginecología	M
BPS		-----	-----	-----	---	-----	-----	-----	L
		-----	-----	-----	---	-----	-----	-----	L
ASSE	13	24.07.13	Trabajo	70 min	M	ASSE	ASSE Udelar	Medicina Familiar y Comunitaria	R
	17	14.08.13	Trabajo	53 min	M	ASSE	ASSE	Medicina Rural/Familiar y Comunitaria	M
PP	12	19.07.13	Otros	36 min	M	COMEF	COMEF ASSE	Medicina Geriatría	L
		-----	-----	-----	---	-----	-----	-----	N
TASSE	3	18.06.13	Trabajo	84 min	M	Comisión dep. ASSE- FFSP	ASSE	Administración	R
	2	18.06.13	Trabajo		F		Administración	R	
TPP	8	04.07.13	Casa	59 min	M	AFUC- FUS	COMEF	Enfermería	M
		-----	-----	-----	---	-----	-----	-----	

TMASSE	4	21.06.13	Casa	68 min	M	Sindicato Médico de Florida	ASSE COMEF Udelar	Medicina Familiar y Comunitaria	M
	10	12.07.13	Trabajo	35 min	M	Sindicato Médico de Florida	ASSE COMEF	Medicina Emergencias	L
TMPP	1	18.06.13	Casa	66 min	M	Sindicato Médico de Florida	ASSE COMEF	Medicina Diabetología	R
		-----	-----	-----	---	-----	-----	-----	L
UASSE	5	21.06.13	DDS	37 min	F	AUSAPUF	Pasivo	-----	R
	6	21.06.13	DDS	84 min	M	AUSAPUF	MEC	Técnico	R
UPP	9	09.07.13	DDS	49 min	M	CRA-COMEF	Empresa propia	Cuentapropista	M
	11	12.07.13	Casa	31 min	M	CRA-COMEF	Pasivo	-----	M
IDF	7	04.07.13	Trabajo	51 min	M	Intendencia	IDF ASSE COMEF	Medicina Reumatología	R
		-----	-----	-----	---	-----	-----	-----	L

Fuente: Elaboración propia con base en el formulario de entrevistas y diario de campo.

(AUSAPUF es la sigla de la Asociación de Usuarios de Salud Pública de Florida; CRA es la sigla de la Comisión de Representantes de Afiliados de COMEF. Para el resto de las siglas, véase el listado de abreviaturas, siglas y acrónimos en las páginas iniciales de este trabajo).

3.3.5. Acceso a documentos

Para identificar y agrupar los principales hitos normativos que aplican a la Judesa Florida, se accedió a: leyes, decretos y resoluciones del Poder Ejecutivo publicados en su sitio web oficial; actas (con documentos ampliatorios) de la JUNASA obtenidas mediante consentimiento informado; órdenes del día (con documentos ampliatorios) y actas de la Judesa Florida

obtenidos mediante consentimiento informado. El modelo de consentimiento utilizado puede verse en el Anexo 11.

El período para el relevamiento de leyes, decretos y resoluciones del Poder Ejecutivo —o marco normativo— fue diciembre de 2005-diciembre de 2013. Este período respondió a la necesidad de incluir la ley presupuestal que dio pie al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y la conformación del consejo consultivo nacional para la implementación de la reforma de la salud (ambos eventos en 2005), y se extendió a diciembre de 2013 para tener un cierto margen de inclusión de normas posteriores a los documentos accedidos de la Judesa Florida que pudieran tener vinculación.

El relevamiento del marco normativo se realizó en diciembre de 2012; posteriormente se realizaron cuatro actualizaciones a partir de esa fecha para incluir la normativa hasta diciembre 2013 (en abril, junio y noviembre de 2013, y en marzo de 2014). Se revisó la normativa publicada bajo los títulos “leyes”, “decretos” y “resoluciones” en los apartados “Consejos de Ministros” y MSP. Se identificaron las normas relativas a antecedentes, integración y funcionamiento del sistema de salud. Se excluyó normativa (decretos o resoluciones) vinculada a grupos Mercosur, reglamentos y procedimientos técnicos, evaluación de tecnologías, habilitaciones sanitarias, obligación de notificaciones, expropiación de inmuebles, licencias de autoridades, traspasos de dinero a comisiones honorarias, licitaciones públicas, integración de tribunales de concursos, fallos de concursos, autorización de gastos de pasajes y viáticos, reiteraciones de gastos por atribuciones delegadas, promoción y transformación de cargos, declaraciones de interés de congresos y seminarios.

Se obtuvo un listado con 31 leyes, 93 decretos y 51 resoluciones. Esta normativa se ordenó cronológicamente en las categorías *leyes*, *decretos* y *resoluciones* indicando en cada caso el número de la norma, la fecha y la

descripción, según la fuente oficial. El resultado de la organización de esta información es el Apéndice 1 de esta investigación.

Para acceder a las actas de JUNASA, se intercambiaron en total cinco correos electrónicos con su secretaría general (19, 22 y 24 de julio; 1 y 2 de agosto de 2013). Conocidos los objetivos de la investigación, la secretaría general procedió a identificar los documentos relativos a la Judesa Florida hasta el momento de la solicitud. Se obtuvieron diez actas, cinco resoluciones y cuatro documentos ampliatorios*. Las resoluciones de integración de la Judesa Florida y algunas actas, fueron enviadas en los correos electrónicos de julio. El 5 de agosto se hizo entrega en mano en el despacho de la secretaría general de JUNASA, de copia de las actas cuyo contenido excedía a lo relativo a las judesas —donde la secretaría marcó las partes de texto que aplicaban a las judesas y a la Judesa Florida en particular—, y de copia de las actas que contenían otra información catalogada como reservada —en las que la secretaría “tapó” el texto reservado—. Para autenticar toda la documentación obtenida (mediante sello “copia fiel” con firma de funcionario público) y firmar el consentimiento informado para su uso, se imprimieron los documentos recibidos vía electrónica, se agregaron las copias impresas recibidas y se anexaron a un nuevo documento preparado, impreso y foliado por la investigadora conteniendo el texto del consentimiento informado y tabla con la sistematización de los datos generales de la documentación obtenida (tipo de documento y título, cantidad de páginas y orden en el foliado, reproducción total o parcial, autoría, vía de acceso). Se coordinó entrevista con la secretaria general de JUNASA para la firma del consentimiento y la autenticación de las

* Se llama documentos ampliatorios a aquellos que acompañan a órdenes del día o actas a manera de insumo, complementación o anexo. En general son notas, informes o planillas.

copias el 27 de agosto de 2013. El resultado de la organización de la documentación obtenida de JUNASA es el Apéndice 2 de esta investigación.

Para acceder a los órdenes del día, actas y documentos ampliatorios de la Judesa Florida desde su instalación en noviembre de 2011 hasta agosto de 2013, se explicó el procedimiento verbalmente a la secretaria de la DDS Florida durante las visitas para entrevistas en el local de la departamental (21 de junio y 9 de julio). El pedido se formalizó vía correo electrónico (18 de julio) dirigido al nuevo director departamental de Salud con nota formal de pedido y explicación del consentimiento informado para el uso de documentación. Se obtuvieron fotocopias de 16 órdenes del día y 18 documentos ampliatorios (no había versión digital) y vía correo electrónico (14 de agosto) se enviaron 16 actas y el acta constitutiva. Para autenticar toda la documentación obtenida (mediante sello “copia fiel” y firma de funcionario público) y firmar el consentimiento informado para su uso, se imprimieron las actas recibidas vía electrónica, se agregaron las fotocopias de los órdenes del día y documentos ampliatorios y se anexaron a dos documentos preparados, impresos y foliado por la investigadora conteniendo en cada caso el texto del consentimiento informado y tabla con la sistematización de los datos generales de la documentación obtenida (tipo de documento y título, cantidad de páginas y orden en el foliado, reproducción total o parcial, autoría, vía de acceso). El acta de la última sesión de la junta contemplada en este estudio fue obtenida el 29 de agosto —17 actas en total, más el acta constitutiva—, día en que se viajó a Florida para la autenticación de toda la documentación y la firma del consentimiento informado para su uso. El resultado de la organización de la documentación obtenida de Judesa Florida es el Apéndice 3 de esta investigación.

3.4. Procedimientos para garantizar aspectos éticos y calidad de los datos

Se han mencionado en los apartados anteriores, aquí se los repasa:

- 🎬 Aval al estudio firmado por Judesa Florida.
- 🎬 Consentimiento informado firmado por las personas entrevistadas.
- 🎬 Consentimiento informado para el acceso y uso de documentos.
- 🎬 Restricción en la identificación de testimonios por número de entrevista, para preservar mejor la confidencialidad.
- 🎬 Control de sesgos delegando la realización de entrevistas a la representación del MSP a una colaboradora.
- 🎬 Desgrabados de entrevistas con alta fidelidad.
- 🎬 Entrenamiento de la colaboradora en los temas y aspectos que son específicos del estudio y que inciden en su trabajo en los distintos momentos en que intervino.

3.5. Plan de análisis. Métodos y modelos de análisis

El análisis de la variable compleja *participación en salud: producción de sentidos e institucionalización* implicó la consideración de las dimensiones de *lo instituido* y *lo instituyente*. En la dimensión de *lo instituido* se realizó análisis documental de leyes, decretos y resoluciones del Poder Ejecutivo que aplican a la Judesa Florida, actas de JUNASA seleccionadas por su secretaría general según el objeto de estudio y órdenes del día de la Judesa Florida. En la dimensión de *lo instituyente* se realizó análisis documental de las actas de la Judesa Florida y análisis de contenido de las entrevistas a los integrantes de la judesa (que se complementó con las observaciones anotadas en el diario de campo).

Para el análisis de la dimensión de *lo instituido* se definieron las categorías *hitos básicos*, *hitos directos* e *hitos indirectos*. Se definieron como *hitos normativos básicos*, las leyes, decretos y resoluciones del Poder Ejecutivo agrupados en la siguientes subcategorías: creación y organización del Sistema Nacional Integrado de Salud (antecedentes, normas básicas de la reforma de la

salud y espacios de participación, autoridades, organización) y; estructura organizativa del Ministerio de Salud Pública (antecedentes, autoridades, organización). Los *hitos normativos básicos* se identificaron y seleccionaron a partir del Apéndice 1.

Se definieron *hitos directos*, las leyes, decretos y resoluciones del Poder Ejecutivo, y los documentos oficiales de la JUNASA (actas, resoluciones, documentos ampliatorios) y de la Judesa Florida (órdenes del día y documentos ampliatorios), agrupados en las siguientes subcategorías: JUNASA (integrantes y funcionamiento) y Judesa Florida (antecedentes, integrantes, competencias, funcionamiento, temas). Los *hitos normativos directos* se identificaron y seleccionaron a partir de los apéndices 1, 2 y 3. Los órdenes del día de la Judesa Florida se sistematizaron según categorías armadas a partir de las funciones y cometidos para alimentar a la subcategoría *temas*; también de allí se tomaron insumos para la subcategoría *distribución de la palabra* en la categoría de *lo comunicacional*. Las actas, resoluciones y documentos ampliatorios de la JUNASA se sistematizaron para identificar insumos para la subcategoría *antecedentes* de la Judesa Florida.

Se definieron *hitos indirectos* los que no fueron ni básicos ni directos, agrupados en las siguientes subcategorías: universalización (ingreso de colectivos al FONASA); acceso (derechos, atención a la salud, medicamentos, tasas moderadoras, cuotas de afiliación), funcionamiento de prestadores de salud (requisitos y condiciones para operar en el sistema); otros. Los *hitos indirectos* se identificaron y seleccionaron a partir del Apéndice 1.

Se elaboró una tabla para la distribución de los hitos según las categorías y subcategorías definidas. A partir de esa tabla se identificaron y seleccionaron los principales hitos básicos y directos a revisar.

Los resultados del análisis de la dimensión *lo instituido* se escribieron en el cierre del capítulo 4.

En la análisis de *lo instituyente* se definieron las categorías preliminares *lo histórico*, *lo político*, *lo organizativo* y *lo comunicacional* y se realizó el análisis de contenido de las entrevistas y el análisis documental de las actas de la Judesa Florida. Para el análisis de contenido de las entrevistas, se procedió primero a una lectura general donde se identificaron y recuperaron los datos que fueron presentados en el Cuadro 3.1. Luego se realizó una lectura comprensiva con una primera identificación de unidades de sentido consistentes con el sistema de categorías preliminar definido. En esta fase emergieron nuevas subcategorías, que se incorporaron al sistema preliminar para dar lugar al sistema definitivo. A la vez, se amplió el marco teórico para dar cuenta de las categorías emergentes y se ajustaron los objetivos de la investigación. Se realizó una síntesis por cada representación/colectivo (para los casos en que hubo más de una entrevista por representación) y por categoría (siempre que existieran insumos para la categoría). Se observaron acuerdos, contradicciones, ideas clave, vacíos. Se hizo finalmente una síntesis por subcategorías, presentada en el capítulo 5.

El sistema definitivo de categorías y subcategorías para la dimensión de *lo instituyente* se presenta a continuación.

Lo histórico: organización de la atención a la salud, identidad local.

Lo político: institucionalidad (interpretación de la normativa, capacidad de convocatoria, presencias y ausencias); incidencia (disposición de información relevante para la tarea, factor vinculante, capacitación, conformación de grupos o comisiones de trabajo, toma de decisiones, publicidad de las decisiones); tipos de participación; rol del espacio; representatividad (designaciones, trayectorias personales).

Lo organizativo: organización de la sesión; temas; liderazgo; autonomía; identidad.

Lo comunicacional: calidad y direccionalidad de los vínculos; distribución de la palabra; metáforas de la organización; comunicación externa; otros espacios de participación en salud; otros espacios de participación.

Las actas de la Judeza Florida se sistematizaron para obtener insumos para las subcategorías *temas y liderazgo en lo organizativo, presencias y ausencias en lo político, y distribución de la palabra en lo comunicacional*).

Para el análisis del mapa de vínculos —insumo para *lo comunicacional*— se construyó una tabla de doble entrada donde se colocaron las once representaciones tanto en el eje horizontal como vertical. En cada celda se recogieron las flechas dibujadas por los entrevistados, ya fueran las que estaban dibujadas de antemano como las que incorporaron los entrevistados. En cada celda se colocó a la izquierda, el vínculo dibujado por el representante indicado en el eje vertical, y a la derecha, el vínculo dibujado por el representante indicado en el eje horizontal. En cada representación hay tantos renglones en la tabla como personas dibujaron, excepto en el caso de los representantes de TASSE que dibujaron en forma conjunta. En el análisis de esta tabla se observaron las coincidencias y divergencias en los tipos de trazo y direccionalidad de los vínculos, los vínculos “rotos”, los “nudos” (lugares adonde apuntan todas las flechas).

Los resultados del análisis de la dimensión *lo instituyente*, se incluyeron en el capítulo Conclusiones. Desde el punto de vista metodológico la *discusión* se realizó en los capítulos 4 y 5.

En la figura 3.1 se presenta un esquema general del diseño de la investigación: objetivos, dimensiones, categorías, subcategorías, técnicas e instrumentos diseñados y utilizados.

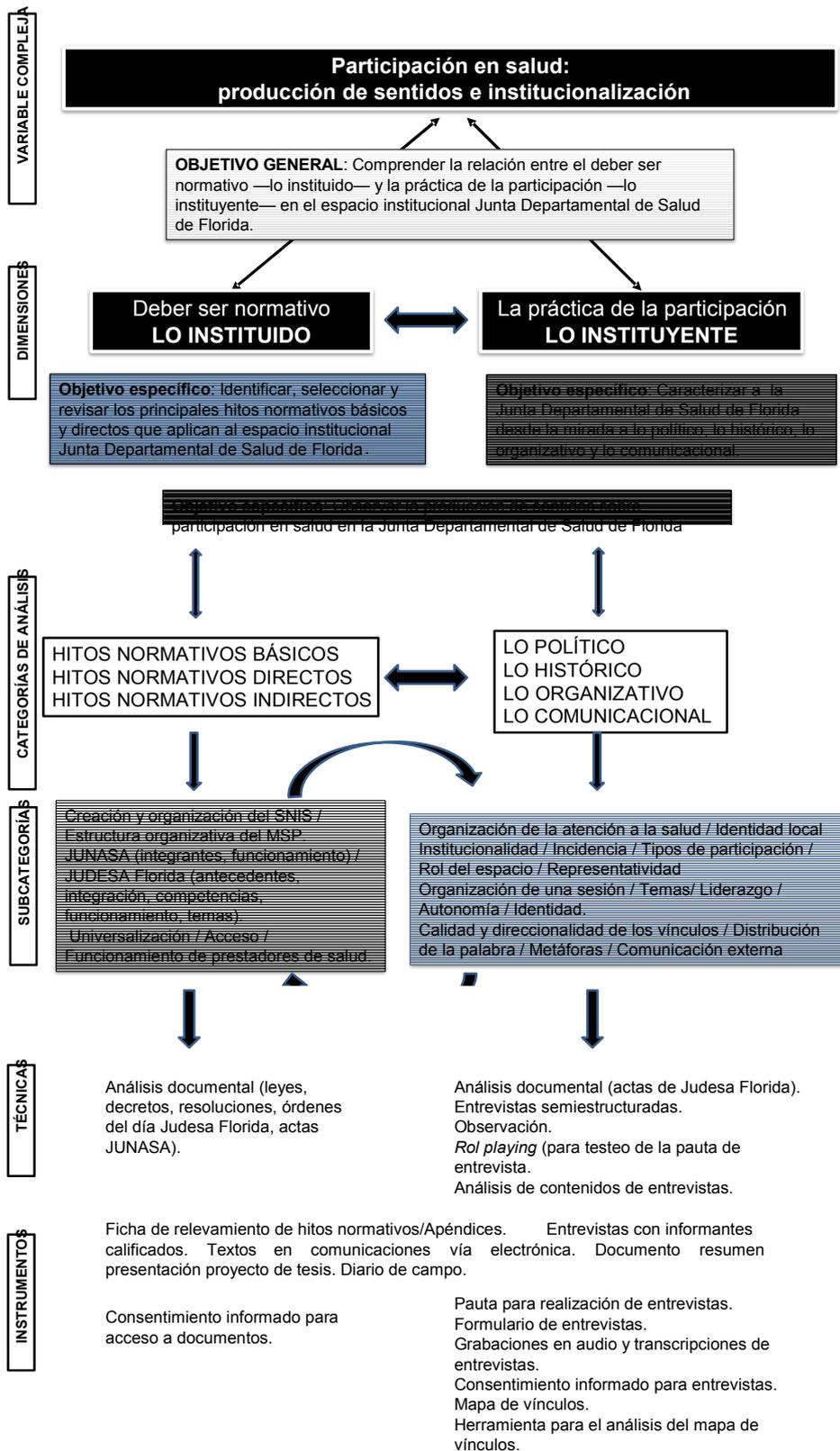


Figura 3.1. Esquema general de la investigación.

Recorrido y próximo capítulo

En este capítulo se presentaron las dimensiones, categorías, procedimientos, técnicas e instrumentos diseñados para el estudio de la variable compleja *participación en salud: producción de sentidos e institucionalización*.

Se describieron el tipo y diseño general del estudio, el universo de estudio, los procedimientos, instrumentos y técnicas empleados para lograr el aval a la investigación y para recolectar información. Se describieron los métodos y modelos de análisis y se presentó un esquema general del diseño de la investigación que resume el contenido del capítulo.

El próximo capítulo estará dedicado a la presentación de datos y análisis, discusión y resultados de la dimensión *lo instituido*.

Capítulo 4: Lo instituido. Presentación de datos y análisis

Este capítulo estará dedicado a la presentación de datos, análisis, discusión y exposición de resultados relativos al objetivo: identificar, seleccionar y revisar los principales hitos normativos básicos y directos que aplican a la Junta Departamental de Salud de Florida.

La Judesa Florida es una organización que se relaciona a la estructura central Junta Nacional de Salud (JUNASA). Esta, a su vez, es una unidad ejecutora del Ministerio de Salud Pública, que redefinió su estructura organizativa en el año 2013 en el marco de la reforma del estado. Asimismo, todo esto ocurre teniendo como telón de fondo un conjunto básico de leyes de la reforma de la salud, que la definen y orientan.

Se identificará el conjunto de disposiciones de naturaleza regulatoria que hacen a las condiciones para la existencia y funcionamiento de la Judesa Florida, para definir hitos normativos y se organizarán en tres categorías: *básicos*, *directos* e *indirectos*. Judesa Florida será objeto de una sección específica en los *hitos directos* para analizar su integración y funcionamiento.

Se elaborarán cuadros síntesis fruto del análisis. El capítulo cerrará con resultados a modo de conclusiones para la dimensión de *lo instituido*. A los efectos de la referenciación de la normativa o documento aludido, si fuera necesario para la comprensión, se indicará el Apéndice que lo contiene.

4.1. Identificación de los principales hitos básicos, directos e indirectos

Son *hitos normativos básicos*, las leyes, decretos y resoluciones del Poder Ejecutivo agrupados en la siguientes subcategorías: creación y organización del Sistema Nacional Integrado de Salud (antecedentes, normas básicas de la reforma de la salud y espacios de participación, autoridades, organización) y; estructura organizativa del Ministerio de Salud Pública (antecedentes, autoridades, organización). En el Apéndice 1 se identificaron y ordenaron cronológicamente para el período diciembre 2005-diciembre 2013, las principales leyes (31), decretos (93) y resoluciones (51) del Poder Ejecutivo vinculadas a la reforma de la salud. Los *hitos normativos básicos* se seleccionaron a partir del Apéndice 1.

Son *hitos normativos directos* las leyes, decretos y resoluciones del Poder Ejecutivo, y los documentos oficiales de la JUNASA (actas, resoluciones, documentos ampliatorios) y de la Judesa Florida (órdenes del día y documentos ampliatorios), agrupados en las siguientes subcategorías: JUNASA (integrantes, funcionamiento) y Judesa Florida (antecedentes, integrantes, competencias, funcionamiento, temas). En el Apéndice 2 se listaron los documentos oficiales de la JUNASA que fueron identificados por su Secretaría General (10 actas, 5 resoluciones, 4 documentos ampliatorios), y en el Apéndice 3 * se listaron los órdenes del día (16) y documentos ampliatorios (18) y el Acta Constitutiva de la Judesa Florida para el período estudiado. Por tanto los *hitos normativos directos* se seleccionaron a partir de los Apéndices 1, 2 y 3.

* El Apéndice 3 también lista las actas de la Judesa Florida para el período estudiado (17), que son analizadas en el capítulo 5.

Por la dinámica de comportamiento sistémico, los hitos que no fueran básicos o directos, se categorizaron como indirectos, y se tomaron del Apéndice 1. Para su agrupación se utilizaron estas subcategorías: universalización (ingreso de colectivos al FONASA); acceso (derechos, atención a la salud, medicamentos, tasas moderadoras, cuotas de afiliación), funcionamiento de prestadores de salud (requisitos y condiciones para operar en el sistema); otros.

El Cuadro 4.1. es el resultado del proceso de identificación, selección y ordenamiento descrito en los párrafos anteriores. Los principales hitos normativos directos y básicos seleccionados para la revisión se muestran sombreados.

Cuadro 4.1. Judesa Florida. Hitos básicos, directos, indirectos

Hitos básicos	
Creación y organización del SNIS	
Antecedentes	Leyes N°: 17.930 , 18.046, 18.362, 18.601, 18.691, 18.834, 18.996, 19.149. Decreto N° 133/005 .
Normas básicas de la reforma y espacios de participación	Leyes N°: 18.131, 18.161, 18.211, 18.335 Decretos N°: 269/008, 464/008, 465/465 , 289/009, 601/009 , 160/010 , 274/010, 305/011, 81/012
Autoridades	Decreto N° 413/013. Resoluciones N°: 342/005, 242/010, 350/011, 351/011, 352/011, 353/011, 95/013, 93/013, 94/013, S/N mar 2013.
Organización	Decretos N°: 265/006, 276/007, 176/008, 115/009, 003/011, 392/012. Resoluciones N°: 344/013, S/N dic 2013.
Estructura organizativa MSP	
Antecedentes	Leyes N° 18.172, 18.719
Autoridades	Resoluciones N°: 006/011, 007/011, 008/011, 092/011, 446/011, 34/013, 87/013, 150/013, S/N mar 2013, 218/013, 393/013.

Organización	Decretos N°: <u>433/008</u> , 590/008, 343/009, 372/009, <u>272/013</u> . Resolución S/N set.2008.
Hitos directos	
JUNASA	
Integrantes	Decretos N°: 283/008, 328/008, 401/009, 142/010, 198/010, 276/010, 285/010, 476/011, 278/012, 381/012. Resoluciones N°: 27/008, 461/010.
Funcionamiento	Decretos N°: <u>113/009</u> , <u>177/009</u> , 47/010.
Judesa Florida	
Antecedentes	Acta Constitutiva N°1 de 3 de octubre de 2011. Actas JUNASA N°: 10 (4 de mayo de 2011), 11 (11 de mayo de 2011), 12 (25 de mayo de 2011), 13 (1 de junio de 2011), 16 (22 de junio de 2011), 22 (4 de agosto de 2011), 27 (14 de setiembre de 2011), 28 (21 de setiembre de 2011), 29 (28 de setiembre de 2011), 31 (19 de octubre de 2011)
Integrantes	Resoluciones N°: 48/006, 007/2010, 509/010, 394/013, 395/013, 396/013. Resoluciones JUNASA N°: 633 (21 de setiembre de 2011), 765 (9 de noviembre de 2011), 176 (29 de marzo de 2012), 408 (21 de junio de 2012), 593 (27 de junio de 2013).
Competencias y Funcionamiento	Decreto N° 237/011.
Temas	Órdenes del Día (16): 9 de noviembre de 2011, 14 de diciembre de 2012, 8 de febrero de 2012, 11 de abril de 2012, 9 de mayo de 2012, 13 de junio de 2012, 31 de agosto de 2012, 10 de octubre de 2012, 14 de noviembre de 2012, 12 de diciembre de 2012, 13 de marzo de 2013, 10 de abril de 2013, 8 de mayo de 2013, 12 de junio de 2013, 10 de julio de 2013, 14 de agosto de 2013. Documentos que acompañan los órdenes: informes (3), notas (9), comunicados (3).
Hitos indirectos	
Universalización	Leyes N°:18.728, 18.731, 18.732, 18.922. Decretos N°: 002/008, 32/008, 193/008, 282/008, 323/008,

	380/008, 467/009, 518/009, 559/009, 16/010, 318/010, 221/011, 407/011, 149/012, 425/013.
Acceso	Leyes N°: 18.426, 18.473, 18.987, 19.140, 19.167. Decretos N°: 275/007, 015/006, 015/008, 268/008, 320/008, 65/009, 164/009, 262/009, 267/009, 295/009, 298/009, 373/009, 293/010, 336/010, 383/010, 009/011, 245/011, 366/011, 430/011, 375/012, 235/013, 385/013, 426/013. Resolución S/N abril 2013.
Funcionamiento de prestadores de salud	Leyes N°: 18.407, 18.440, 18.758, 18.975, 19.059, 19.070, 19.164. Decretos N°: 359/007, 136/008, 191/008, 192/008, 309/008, 378/008, 792/008, 803/008, 256/011, 404/012, 230/013. Resoluciones N°: 922/009, 191/013.
Otros	Ley N° 18.275. Decretos N°: 341/008, 49/010, 272/011, 408/011, 025/013, 065/013, 066/013, 325/013. Resoluciones N°: 726/008, 727/008, 876/008, 877/008, 2/009, 714/010, 1154/010, 1296/010, 1297/010, 399/011, 360/011, 37/012, 037/012, 76/012, 463/012, 504/012.

Fuente: Elaboración propia con base en Apéndices 1, 2, 3.

Algunas observaciones previas a la revisión de hitos respecto del cuadro:

- Si bien la normativa incorporada en el cuadro es el resultado de un proceso de selección de un marco normativo mucho más amplio, es de una densidad importante. No obstante, hay una sola norma específica al funcionamiento y competencias de las juezas.
- Por la naturaleza de las normas y documentos oficiales no se pueden hacer consideraciones de tipo cuantitativo, no obstante, se aprecia una cierta concentración de las normas de mayor rango jurídico —leyes, decretos y resoluciones— en las hitos normativos que se han categorizado como indirectos, la mayoría de ellos relativos al ingreso de grupos de población al Seguro Nacional de Salud y a normas sobre

acceso al sistema. Esto podría explicarse por una voluntad de carácter “restitutivo” o “reparativo” por parte del legislador. Como se ha visto en el marco teórico la situación previa a la reforma en materia de acceso y derechos era inequitativa, y el proceso político con elaboración de propuestas para el cambio del sistema data de al menos 40 años antes a la aprobación del marco legal de la reforma.

- 🎬 Todos los hitos registrados en las subcategorías *autoridades e integrantes*, corresponden a actos administrativos de designación o aceptación de renuncias a cargos. Se observa para el período estudiado más movilidad de la esperada en algunos cargos jerárquicos —tres ministros y tres directores generales de salud en el período, en cargos previstos para cinco años— y en la representación de usuarios en la JUNASA.
- 🎬 En el período relevado de marco normativo, hubo dos leyes presupuestales, colocadas en *antecedentes*, y ocho leyes de rendición de cuentas y balance de ejecución presupuestal que también han sido colocadas en los *antecedentes* porque contienen información del MSP.

4.2. Selección, revisión y análisis de principales hitos básicos

4.2.1. Creación y organización del SNIS

Para los *antecedentes* del SNIS, se revisan la Ley N°17.930 de Presupuesto Nacional 2005-2009 y el Decreto N°133/005, ambas normas del año 2005.

Los artículos 264° y 265° de la ley presupuestal establecieron las bases y características principales del SNIS. Según el Artículo 264°, el MSP “implementará un Sistema Nacional Integrado de Salud con el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal” sobre la base de la complementación público-privada, la “estrategia global de la atención primaria

en salud” y el énfasis en el primer nivel de atención y las acciones de promoción, prevención y rehabilitación (Apéndice 1).

En el Artículo 265° se previó la financiación del sistema a través de un Seguro Nacional de Salud con un fondo único y obligatorio constituido con los aportes del estado, de las empresas públicas y privadas, y de los hogares beneficiarios del sistema. En el texto del artículo se avanzaba en el origen de los aportes: los del estado provendrían de la asignación presupuestal, los de las empresas serían proporcionales a la nómina de sus trabajadores, y los de los hogares serían un porcentaje de sus ingresos que fijarían luego las normas tributarias. También en este artículo se estableció qué prestadores podían integrar el sistema y cuál sería la modalidad de reembolso a aplicar. En este sentido, se fijó que el reembolso a prestadores se haría a través de cápitas ajustadas por riesgo (edad, sexo) y cumplimiento de “metas de prestación de servicios en cada nivel de atención” (Apéndice 1). Con respecto a los prestadores habilitados para integrar el sistema, se estableció que solo serían los contemplados en la Ley N°15.181 —mutualistas, cooperativas de profesionales y servicios de asistencia creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta— y “aquellos seguros integrales autorizados y habilitados por el Ministerio de Salud Pública” (Apéndice 1).

La ley presupuestal modificó la conducción política territorial del MSP en tanto autoridad sanitaria. Por el Artículo 282° se suprimieron funciones de alta prioridad —un coordinador de regionales de salud, seis directores regionales, dos adjuntos de Dirección General de la Salud, dos asesores técnicos de Dirección General de la Salud— y se crearon 19 cargos de directores departamentales de salud, uno por cada departamento del país. Se verá más adelante que estos directores son quienes presiden las juntas departamentales de salud.

El antecedente normativo político destacado tanto por la implementación del SNIS como por la institucionalización de la participación, se recoge del Decreto N°133/005 que creó el Consejo Consultivo para la Implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud. El decreto estableció que ante la necesidad de implementar el SNIS con los cambios que ello implicaba “en el modelo asistencial, en el modelo de gestión y en los modos de financiamiento (...) así como en la política nacional de medicamentos y tecnología”, era necesario crear un ámbito de diálogo, consulta y “vínculo permanente con la sociedad civil y en especial con las organizaciones sociales y actores específicos del Sector Salud (Pública y Privada)” (Apéndice 1).

En los considerandos del decreto se lee que la integración del consejo se previó desde el comienzo como una instancia amplia de consulta e intercambio. Así, el consejo se integró con representantes (en todos los casos, un delegado titular y un alterno, excepto las IAMC de Montevideo que tuvieron dos titulares y dos alternos) de: MSP (presidente), instituciones de asistencia médica colectiva de Montevideo, instituciones de asistencia médica colectiva del interior del país, organizaciones de los trabajadores de la salud privada, organizaciones de los trabajadores del MSP y del resto de las instituciones públicas de salud, organizaciones de médicos de Montevideo y del interior del país, Asociación Odontológica Uruguay, Federación Odontológica Uruguay del Interior, organizaciones profesionales de psicólogos, Universidad de la República-Área de la Salud, Congreso de Intendentes, organizaciones representativas de los usuarios.

En la subcategoría *normas básicas de la reforma y espacios de participación* se revisan las leyes N°18.131, N°18.161 y N°18.211, de 2007, y la Ley N°18.335, de 2008. También se consideran los decretos N°464/008, N°465/008 y N°81/012.

La Ley N°18.131 creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), administrado por el Banco de Previsión Social (BPS) que incluye el financiamiento del conjunto de prestaciones integrales de salud a todos los habitantes del país. El fondo creado reúne todos los aportes al sector salud provenientes del estado, los empleadores y los trabajadores (que eligen a su prestador de salud). La figura 4.1 grafica el funcionamiento del seguro.

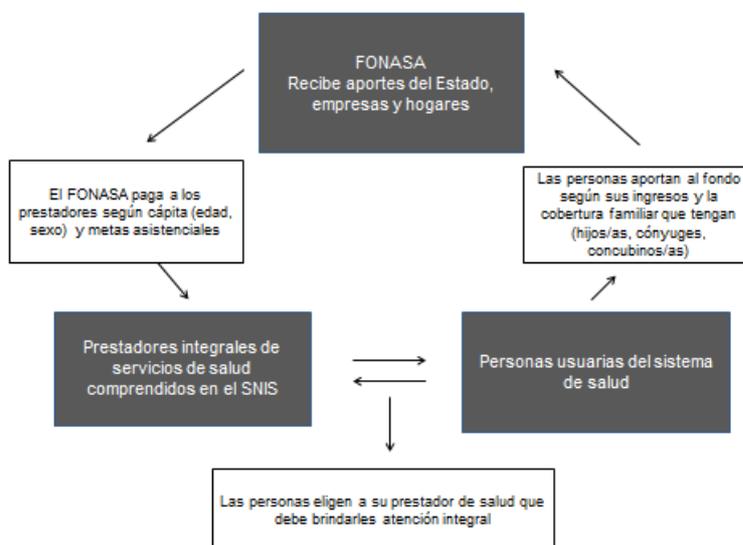


Fig. 4.1. Funcionamiento del SNS. Elaboración propia con base en Ley N°18.131

Además de la creación del fondo único para financiar al sistema, la ley introduce tres elementos importantes, que se terminarán de configurar en el marco de las leyes N°18.161 y N°18.211. Según el Artículo 5°, los beneficiarios del FONASA podrán optar por su afiliación a ASSE, lo que habilita al principal prestador público de salud a ser una opción más dentro del sistema que se creará con la Ley N°18.211 —equiparable a las IAMC— pudiendo trascender su condición original de servicio de atención a la salud de personas de menores recursos o trabajadores fuera de la seguridad social. A la vez, como integrante del SNIS, ASSE será receptora del pago de cápitas, lo que refuerza

su capacidad y disponibilidad financiera, que ya no depende exclusivamente de rentas generales. El tercer elemento importante se nota en el Artículo 7° donde se dispone que el BPS abonará una cuota uniforme a todos los prestadores de salud que integren el sistema. Se eliminan así los pagos diferenciales por prestador y se implementa un pago por cápita asociado a grupos poblacionales (sexo y edad) y al cumplimiento de metas asistenciales vinculadas a los objetivos sanitarios, que se instrumentan a través de la firma de contratos de gestión.

La Ley N°18.161 creó a ASSE como servicio descentralizado. Según el Artículo N°1 este servicio “se relacionará con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública” (Apéndice 1). Se destacan en esta ley tres aspectos fundamentales. Uno tiene que ver con el fortalecimiento de la capacidad de rectoría del MSP, ya que al salir ASSE de su órbita, se separan las funciones de rectoría y prestación de servicios de salud que cumplía el MSP desde su creación. Un segundo aspecto importante tiene que ver con la jerarquización de ASSE dentro del subsector público. El Artículo 4° señala que ASSE deberá “ejercer la coordinación con los demás organismos del Estado que prestan servicios de salud, procurando al máximo accesibilidad, calidad y eficiencia, evitando superposiciones y/o duplicaciones” (Apéndice 1). El tercer aspecto importante en la ley implica la instalación de espacios de conducción y participación con representación de trabajadores y usuarios. El Artículo 2° indica que ASSE es dirigida y administrada por un directorio compuesto por cinco miembros, “siendo dos de ellos representativos de sus usuarios y sus trabajadores” (Apéndice 1), derivándose a la reglamentación posterior la forma de elección de esos representantes. El Artículo 10° señala que “habrá un Consejo Asesor Honorario Nacional y Consejos Asesores Honorarios Departamentales o Locales, que se integrarán en la forma que establezca el Reglamento General de ASSE, el que garantizará la participación de sus usuarios y sus trabajadores” (Apéndice 1).

En la Ley N° 18.211 se exponen los aspectos sustanciales de la reforma y se establecen las bases para el ejercicio del derecho de protección a la salud que tienen todas las personas. Esta ley fue conocida como “ley grande” por su complejidad y amplitud. Recogió, amplió, modificó o completó la normativa existente; creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el Seguro Nacional de Salud (SNS), la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y los consejos asesores honorarios departamentales y locales (judesas); estableció los principios rectores, objetivos, integración y funcionamiento del SNIS; fijó las formas de aportación al FONASA y el ingreso al mismo de los primeros grupos de población; avanzó en los contenidos de los derechos y obligaciones de los usuarios del SNIS.

De esta ley interesa destacar los énfasis en la participación en salud. En el Artículo 3° se establece que uno de los principios rectores del sistema es “la participación social de trabajadores y usuarios”; y en el Artículo 4° se señala que uno de los objetivos del SNIS es “fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios” (Apéndice 1). Por otra parte, para poder integrar el sistema, las instituciones de salud, además de ser prestadores integrales de servicios de salud y estar comprendidas en lo establecido en el Artículo N°265 de la ley presupuestal ya revisada, deben contar con “órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios” (Apéndice 1). El Artículo 12°, que es el que contiene esta restricción, deriva a la reglamentación la determinación de la naturaleza y forma de esos órganos, que se concreta en el Decreto N°269/008 con la creación de los consejos consultivos y asesores (CCA) que funcionan en el ámbito de los prestadores privados. A estos consejos les compete “emitir opinión y formular propuestas sobre estrategias, políticas, planes, programas y acciones que hagan a la gestión del prestador” (Apéndice 1), entre otras funciones. Están integrados por dos representantes del prestador, dos de sus trabajadores y dos de sus usuarios.

El capítulo III de la Ley N°18.211 trata de la creación, integración y cometidos de la Junta Nacional de Salud (JUNASA). Esta junta se crea como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública y unidad ejecutora dentro del programa Administración del Seguro Nacional de Salud. La JUNASA es de carácter honorario y está integrada por siete miembros designados por el Poder Ejecutivo: dos en representación del MSP (uno de los cuales es el presidente), uno por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), uno por el Banco de Previsión Social (BPS), uno por los trabajadores de la salud, uno por los usuarios y uno por los prestadores del SNIS; todos con voz y voto. Se deriva a la reglamentación de la ley la forma de integración de los representantes sociales, “garantizando mecanismos de selección democrática de los mismos” (Apéndice 1). Son cometidos de la JUNASA, administrar el Seguro Nacional de Salud y velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del SNIS. Entre otras competencias, la JUNASA dispone del pago de las *cuotas salud* a los prestadores y suscribe y fiscaliza los contratos de gestión. Estos contratos —con plazo de vigencia de dos años— fueron reglamentados en el Decreto N°464/008 y actualizados en el Decreto N°081/12. El contrato es un instrumento de gestión que incentiva a los prestadores a cumplir con un conjunto de objetivos establecidos por la autoridad sanitaria, es la base para el cumplimiento de las metas asistenciales y el pago de las cápitas. A la vez, establece los derechos de las personas, asistenciales y no asistenciales, en tanto usuarios de un prestador, y la cantidad, calidad y oportunidad de las prestaciones. Los contratos, de hecho, se articulan con el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), aprobado en el Decreto 465/008. El PIAS incluye los programas integrales y el catálogo de prestaciones definidos por el MSP, que obligatoriamente deben brindar los prestadores de salud que integran el SNIS: “actividades de promoción y protección de salud; diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad; acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados

paliativos, cuando correspondiere; acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes” (Apéndice 1).

A los fines de esta investigación, en la revisión del capítulo III de la “ley grande” destaca el Artículo 27°, por la creación de las judesas:

La Junta Nacional de Salud contará con Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales, que se integrarán en la forma que determine la reglamentación de la presente ley, observando que en los mismos estén representados los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, sus trabajadores y sus usuarios. Estos Consejos tendrán funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones, pero sus informes y propuestas no tendrán carácter vinculante.

No se deduce de la norma el lugar de las judesas en el organigrama del MSP (relaciones de dependencia, de funcionamiento). Su integración se deriva a la reglamentación con la recomendación de considerar la participación de prestadores, trabajadores y usuarios. Se observa que son creadas con funciones de asesoramiento, proposición y evaluación, con poder de decisión de carácter no vinculante.

La última de las principales leyes de la reforma a revisar en esta sección es la Ley N°18.335, que regula “los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud” (Apéndice 1). La ley contiene las definiciones de servicio de salud, trabajador de la salud, usuario y paciente. En el Artículo 6° se lee “toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral”, y en el 7°, “todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad” (Apéndice 1). La ley también consagra los derechos a un trato digno y respetuoso, al conocimiento de la situación de salud y a negarse a técnicas y procedimientos clínicos. En materia de obligaciones, entre otras, se establece que toda persona tiene el deber de cuidar su salud y que el “paciente o en su

caso quien lo representa es responsable de las consecuencias de sus acciones si rehúsa algún procedimiento diagnóstico o terapéutico...” (Apéndice 1).

Como al inicio de esta sección, se hacen una serie de observaciones en el final de la revisión de los *hitos normativos básicos* de la subcategoría *normas básicas de la reforma y espacios de participación*:

- Se nota la voluntad política de incorporar el eje de la participación social en el diseño de la reforma del sector salud y a la vez, cierta opacidad sobre a quiénes considerar en la representación social. Casi siempre esta representación está asociada a la de los trabajadores y los usuarios; rara vez o muy lateralmente se incluye a los prestadores de salud privados, que en rigor debieran considerarse representantes sociales en tanto sus instituciones no giran en la órbita estatal.
- La normativa referente a los espacios de participación creados en el marco de la reforma remite a la reglamentación las formas de elección de los representante sociales. No surge del Apéndice 1 esta normativa, excepto en el caso de los Consejos Consultivos y Asesores (CCA). Los representantes sociales actúan en la JUNASA, por designación del Poder Ejecutivo, y en el directorio de ASSE, por aplicación del Artículo 187° de la Constitución de la República (cargos que requieren venia del senado). En ambos casos, propuestos por sus organizaciones representativas. Solo en el caso de los CCA se llegó a aprobar el reglamento de elecciones en el año 2009 (Decreto N°601/009, Apéndice 1) que estipuló que la primera elección de trabajadores y usuarios debía realizarse en julio del año 2010. Esto no llegó a ocurrir ya que un nuevo decreto, de mayo de 2010, prorrogó la realización de esta primera elección para el mes de julio de 2011 (Decreto N°160/010, Apéndice 1).

Un evento ocurrido en 2014 que trascendió a la esfera pública e involucró al representante de los trabajadores en el directorio de ASSE^{*}, puso el tema de la forma de elección de la representación social en la agenda. El Poder Ejecutivo, por Decreto N°113 del 23 de abril de 2015 estableció que, ante la necesidad de concretar la determinación de la integración de los representantes sociales” en ASSE y en la JUNASA, sean el PIT-CNT y las organizaciones sociales representativas a nivel nacional de usuarios de ASSE, para el caso del directorio de ASSE; y el PIT-CNT y las “organizaciones representativas a nivel nacional de los usuarios de los prestadores de salud que integran el SNIS”, para el caso de la JUNASA; quienes eleven al Poder Ejecutivo para su consideración, los nombres de tres personas candidatas a ocupar las representaciones de trabajadores y usuarios de esos organismos. Con base en este decreto y en Martínez Araújo⁸¹ se construye el cuadro de las organizaciones de procedencia de los representantes sociales en los espacios de participación del SNIS para el período estudiado.

* Se anunció entonces por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública, la intención de revisar la ley de representación de los trabajadores en ASSE sin que eso implicara “cuestionamientos a esa figura de representación, que en otros organismos funciona muy bien”⁸² sino más bien una revisión de los requisitos para ocupar el cargo. El director fue relevado de su responsabilidad por parte del PIT-CNT⁸³ y su renuncia aceptada por el Poder Ejecutivo el 22 de julio⁸⁴. ASSE instruyó los sumarios correspondientes⁸⁵.

Cuadro 4.2. Organizaciones de procedencia de los representantes sociales en los espacios de participación del SNIS

Representantes	Organizaciones
Trabajadores no médicos sub sector privado de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Federación Uruguaya de la Salud (FUS). Integra la central única de trabajadores del Uruguay: Plenario Intersindical de Trabajadores-Convención Nacional de Trabajadores (PIT-CNT).
Trabajadores no médicos sub sector público de la salud	<ul style="list-style-type: none"> ■ Federación de Funcionarios de Salud Pública (FFSP) Integra la central única de trabajadores del Uruguay: Plenario Intersindical de Trabajadores-Convención Nacional de Trabajadores (PIT-CNT).
Trabajadores médicos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sindicato Médico del Uruguay (SMU). Es la gremial más antigua (1920) con varias corrientes internas que responden a diferentes concepciones político-partidarias. ■ Federación Médica del Interior (FEMI). Organización de segundo grado de carácter dual pues agrupa a instituciones de asistencia médica (23) y a gremiales médicas (22) del interior de país. ■ Sociedades Anestésico Quirúrgicas (SAQ). Organización de segundo grado que agrupa sociedades científicas por especialidad (antestesiólogos, cirujanos, por ejemplo).
Usuarios de Servicios de Salud (pública y privada) *	<ul style="list-style-type: none"> ■ Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada (MNUSPP). ■ Espacio Participativo del Movimiento de Usuarios de Salud. ■ Asociación de Usuarios del Sistema de Salud (ADUSS)
Prestadores de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> ■ Federación Médica del Interior (FEMI). ■ Federación de Cooperativas Médicas del Interior (FECOMI). Agrupa a 5 instituciones del interior del país. ■ Unión de la Mutualidad del Uruguay (UMU). Agrupa a 3 "mutuales" de Montevideo.

* Hay un cuarto movimiento de usuarios de salud nacional constituido en forma más o menos reciente que no participa de estos espacios.

- Plenario Mutual (PLEMU). Agrupa 3 instituciones de Montevideo.
- Cámara de Instituciones y Empresas de Salud (CIES). Agrupa a 4 instituciones de Montevideo.
- Cámara de Seguros Privados. Agrupa a las 7 empresas del sector.

Fuente: Elaborado con base en Rodríguez Araújo M.⁸¹

■ Finalmente se anota que la configuración del sistema de salud producto de la reforma no implica la desaparición o absorción de los subsectores preexistentes, sino más bien, el establecimiento de relaciones de complementación para la optimización de los recursos del sistema entre las instituciones prestadoras integrales de servicios de salud que lo integran. En el subsector público, ASSE es el principal prestador y el único del subsector que integra el SNIS. No integran el SNIS pero siguen comprendidos en el subsector público: Sanidad Militar y Sanidad Policial; el Área de la Salud del Banco de Previsión Social; el Hospital de Clínicas; el Banco de Seguros del Estado; algunos institutos de IMAE públicos, las policlínicas y centros de salud de las intendencias departamentales; y servicios de salud de algunas empresas públicas. En el subsector privado conviven las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) —mutualistas y cooperativas médicas, estas últimas con mucha presencia en el interior del país—, que integran el SNIS, los seguros privados integrales (instituciones privadas con fines de lucro que brindan cobertura total), que integran el SNIS y los seguros privados de cobertura parcial (emergencias móviles, por ejemplo).⁵⁶ En el Apéndice 4 se incorpora un cuadro con las 43 instituciones del SNIS.

4.2.2. Estructura organizativa del Ministerio de Salud Pública

Se ha observado en la sección anterior que de la revisión de los *hitos normativos básicos* de la subcategoría *normas básicas de la reforma y espacios de participación* no se desprende el anclaje institucional —lugar en el organigrama institucional— de las judesas en el MSP, creadas como órganos con los que cuenta la JUNASA, unidad ejecutora del MSP. Se consideran las leyes N°18.172 y N°18.719 de la subcategoría *antecedentes* y los decretos N°433/008 y N°272/013 de la subcategoría *organización* para observar el lugar en la estructura de dos unidades organizativas: las judesas y las direcciones departamentales de salud (estas últimas debido a su relación directa con las judesas). Cabe aclarar que la estructura organizativa del MSP es el resultado de un proceso más largo a partir de su propia creación en 1934, que incluyó varias normas de reestructura anteriores al período del relevamiento de normativa de esta investigación, como el Decreto N°460/001 “Reestructura de Salud Pública”. Se pretende, relacionando los hitos seleccionados, construir la imagen de la estructura en el período estudiado.

En 2013, la estructura organizativa del MSP contaba con cinco unidades ejecutoras*: Dirección General de Secretaría (DIGESE), Junta Nacional de Salud (JUNASA), Dirección General de la Salud (DIGESA), Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud (DIGESNIS) e Instituto Nacional de Donación y Transplantes de Células, Tejidos y Órganos (INDT).

Interesa destacar que por el Artículo 573° de la Ley de Presupuesto Nacional N°18.719, se creó la Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud. Esta dirección fue creada con el objetivo de brindar soporte técnico y

* Las unidades ejecutoras son autónomas desde el punto de vista presupuestal, lo que les permite pensar, decidir y ejecutar su propio presupuesto.

administrativo a los procesos de implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud y de asesorar en los temas de su especialidad. Tenía como uno de sus cometidos fomentar la participación social. El Decreto N°272/013, de reestructura organizativa del MSP confirmó la misión y visión de la dirección y sus cometidos. Este mismo decreto creó con nivel de departamento, a la Secretaría General de la JUNASA; una de sus funciones era coordinar el relacionamiento de la JUNASA con las judesas.

Con respecto a la direcciones departamentales, como ya se vio, los cargos de directores departamentales se crearon en la Ley N°17.930 de Presupuesto Nacional (2005-2010). Las direcciones departamentales de salud (DDS) se crearon en la Ley N°18.172 de rendición de cuentas correspondiente al ejercicio 2006. Desde su creación en 2005 las DDS dependieron de DIGESA. En el organigrama dibujado en el Decreto N°433/008 —que aprobó el proyecto de reformulación de la estructura organizativa de la DIGESA en 2008— las DDS tenían como principal función la de “desarrollar las funciones de rectoría y de autoridad sanitaria a nivel departamental” (Apéndice 1). Sin embargo desde el punto de vista político, la comunicación de cada director/a con ministro/a de salud era directa. En el año 2010, la Ley N°18719 de Presupuesto Nacional, Artículo 566°, creó el cargo de particular confianza Coordinador General de Descentralización. Este coordinador dirigía la Unidad de Descentralización y dependía jerárquicamente de la DIGESA. Tenía como una de sus funciones coordinar y articular a las direcciones departamentales de salud.

Con la instalación de la Unidad de Descentralización primero y el Decreto N°272/013 de reestructura organizativa del MSP en 2013 después, cambió el lugar de las DDS en el organigrama institucional. Este decreto creó la Coordinación de la Descentralización Territorial como división dependiente de la Dirección General de Secretaría (DIGESE). Entre sus objetivos estaba “coordinar la interacción entre las Direcciones Departamentales implementando

4.3. Selección, revisión y análisis de principales hitos directos

4.3.1. Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales (judesas)

Para los *antecedentes* de las judesas y la Judesa Florida en particular, se revisan las actas y resoluciones de la JUNASA y el Acta Constitutiva de la Judesa Florida, indicadas en el Cuadro 4.1. Para las *competencias y funcionamiento* se revisan los decretos N°237/011 y N°113/009 y para la subcategoría *temas* se consideran los órdenes del día de la Judesa Florida.

Siete sesiones de la JUNASA, entre mayo y setiembre de 2011, tuvieron una parte de su transcurso dedicado a la consideración del proyecto de decreto de reglamentación de las judesas y de la forma de elección de los representantes sociales. En cuanto a la discusión del proyecto, dos temas fueron los centrales: la integración de las judesas y el carácter no vinculante de sus decisiones, este último, expuesto con énfasis por parte de la representación de los usuarios, y las formas de elección de la representación social. La integración resultó en una base más amplia que la de la JUNASA, con la incorporación de representantes de trabajadores médicos y no médicos, tanto del sector público como privado, de usuarios del sector público y del sector privado, y de los gobiernos departamentales. En cuanto a la forma de elección de la representación social, la JUNASA articuló un mecanismo similar al que activara el Poder Ejecutivo en la JUNASA y en el directorio de ASSE: designar representantes a propuesta de las organizaciones representativas. De las actas no se desprende que el mecanismo haya creado dificultades a los prestadores privados y a los trabajadores, en este último caso fundamentado en la trayectoria y experiencia del PIT-CNT como organismo máximo de representación de trabajadores. Sí se detectó que los dos movimientos de usuarios actuantes en la JUNASA no llegaron a un acuerdo sobre la “cuota” que se les había propuesto desde la oficialidad: designar uno de cada

movimiento por judesas, con distintos criterios de titularidad. En la JUNASA se resolvió comenzar el proceso de instalación de las primeras judesas, entre las que estuvo la de Florida, sin la representación de los usuarios.

El Decreto N°237/011 fijó la integración de las representaciones y los requisitos para ser representante, los cometidos, las funciones y otros aspectos del funcionamiento de las judesas.

En los artículos 1° y 2° se establece que los consejos honorarios asesores departamentales (judesas) estarán integrados de la siguiente manera:

- a) Dos representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales será el director departamental de salud, que lo presidirá.
- b) Un representante del Banco de Previsión Social.
- c) Un representante de los servicios de ASSE en el departamento.
- d) Un representante de los prestadores privados que tengan sede principal o secundaria en el departamento.
- e) Un representante de los trabajadores de los servicios de ASSE en el departamento.
- f) Un representante de los trabajadores de los prestadores privados con sede principal o secundaria en el departamento.
- g) Un representante de los trabajadores médicos de los servicios de ASSE en el departamento.
- h) Un representante de los trabajadores médicos de los prestadores privados con sede principal o secundaria en el departamento.
- i) Un representante de los usuarios de los servicios de ASSE en el departamento.
- j) Un representante de los usuarios de los prestadores privados con sede principal o secundaria en el departamento.
- k) Un representante del gobierno departamental (por invitación).

El Artículo 3° agrega que cada titular tendrá un alerno y fija una serie de requisitos de inclusión-exclusión para actuar como representante en la judesa, a saber: ser mayores de edad, trabajar en el departamento y en el caso de los usuarios, residir en el departamento; los representantes de los trabajadores médicos y no médicos deben tener dependencia directa con el prestador de salud y una antigüedad de al menos dos años; los usuarios deben estar registrados en el padrón del prestador con una antigüedad mínima de dos años; no pueden representar a trabajadores o usuarios, los propietarios, directores técnicos o miembros de órganos de gobierno o gerenciamiento del prestador de salud. El Artículo 11° agrega un requisito de tipo ético, ya que los miembros de los consejos “deberán guardar secreto respecto de la información ingresada o generada por los mismos cuando esta sea recibida o producida con el carácter de reservada o confidencial” (Apéndice 1).

La Judesa Florida se instaló el 3 de octubre de 2011. Según el Acta Constitutiva, la Judesa Florida se instaló con la cantidad de representantes previstos en el decreto, a excepción de los usuarios, como ya se dijo, de los trabajadores no médicos y del alerno de ASSE. Los usuarios de ASSE (UASSE) y los trabajadores no médicos de ASSE (TASSE) se incorporaron en noviembre de 2011 (Res. N°765, Apéndice 2); los usuarios del sector privado (UPP) lo hicieron en junio de 2012 (Res. N°408, Apéndice 2). No se encontró en la revisión la designación de alerno en ASSE.

Algunos comentarios respecto de la integración de las judesas. Se observa que la norma, en su pretensión de alcance universal, deja varios espacios abiertos para la interpretación local de la representatividad. En tanto norma amplia está fuera de su alcance prever las diversas formas de expresión territorial de la representatividad. La única predeterminación en la integración rige para el MSP, y solo para uno de los cargos, en tanto es el director departamental quien preside las judesas. Puede presuponerse que las instituciones públicas como

ASSE, BPS y el gobierno departamental, recurrirán a los mecanismos institucionales y burocráticos de estilo para las designaciones, que en general recaen en cargos de conducción política, técnica o ejecutiva. No obstante esto, no hay ninguna restricción para estos representantes oficiales, que pueden ser cualesquiera dentro de la institución, siempre que cumplan con los criterios de inclusión-exclusión que se han visto. La amplitud también alcanza a los representantes sociales de los prestadores privados, en tanto pueden provenir tanto de los que tienen sede principal como secundaria en el departamento. Queda en manos de las organizaciones representativas locales, o en su expresión nacional en lo local, establecer los criterios, acuerdos, comunicaciones y coordinaciones que se deben dar entre sí para garantizar la representatividad. En particular cabrá preguntarse cómo se resuelve la situación en aquellos departamentos que tienen presencia equilibrada de prestadores en materia de alcance poblacional y territorial. Por otra parte, la norma es restrictiva en la configuración de la representación en el subsector público, que proviene exclusivamente de ASSE. Se ha visto que en la configuración del sistema tras la reforma, actuaban otros prestadores integrales en el subsector público, que podrían tener presencia importante según el departamento.

En cuanto a los cometidos de los consejos, se establecen en el Artículo 5°: asesorar a la JUNASA en los asuntos que esta le confiera; formular propuestas y contribuir a evaluar resultados de la administración del Seguro Nacional de Salud; promover la observancia en el departamento de los principios rectores y objetivos del SNIS.

Las competencias se extraen del Artículo 6° :

- 🏢 Investigar y mantener informada a la JUNASA sobre la situación general de salud en el departamento.

-  Difundir y proponer acciones para el mejoramiento de la salud de la población local.
-  Coadyuvar en territorio al cumplimiento de los contratos de gestión.
-  Vigilar la observancia de las resoluciones de la JUNASA.
-  Promover el buen relacionamiento y los acuerdos de complementación entre los prestadores del SNIS.
-  Propiciar el intercambio, la concertación y coordinación intra e intersectorial, fomentando la participación de organizaciones sociales, actores públicos y privados.
-  Contribuir a la difusión de los derechos y deberes de usuarios del sistema.
-  Recibir y analizar propuestas y reclamaciones sobre los asuntos de salud en el departamento, preparando los informes correspondientes para elevarlos a JUNASA.
-  Promover, por propia iniciativa o con apoyo de actores institucionales o sociales, actividades locales para potenciar las políticas nacionales y departamentales de salud; en particular se promoverá la realización de al menos una Asamblea Local de Salud en el año.
-  Fomentar el intercambio con los consejos honorarios de ASSE y de los prestadores privados (CCA).
-  Promover y colaborar en la instalación de consejos asesores honorarios locales.

Respecto a los mecanismos para la toma de decisiones y funcionamiento político, el decreto establece que el cuórum se compondrá con la mitad más uno de los miembros, las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos y en caso de empate, la presidencia tendrá doble voto. Los titulares deberán desempeñar personalmente el cargo y en su ausencia, actuarán sus alternos. También se establece el orden de prioridad para ocupar la presidencia en caso de ausencia de la misma.

Los artículos finales del decreto establecen las posibilidades de los consejos de formar grupos o comisiones de trabajo para el tratamiento de temas que “requieran un estudio especializado” (Apéndice 1) e invitar a participar de sus sesiones a terceros cuya opinión sea relevante para el tratamiento de los temas. Se anota sobre el final del articulado que será la dirección departamental de salud respectiva la que brinde el apoyo administrativo e infraestructura para el funcionamiento de las judesas y que la JUNASA complementará esos recursos, si fuera necesario. Los artículos números 21-24 del Reglamento de la JUNASA aprobado en el Decreto N°113/009 son específicos a la relación con las judesas. En estos artículos se establece que se realizarán los actos administrativos y materiales “para la oportuna integración de dichos Consejos”. A la vez se indica que “los asesoramientos, las propuestas y las evaluaciones que realicen los referidos Consejos, serán tratados en la primera oportunidad posible para la Junta...” y que “...se notificará en todos los casos a los Consejos Asesores las resoluciones que se deriven de los informes y propuestas elaborados por los mismos” (Apéndice 1).

Algunos comentarios más al articulado que hace referencia al funcionamiento de las judesas. Se observa que se trata de una reglamentación con una configuración básica para el funcionamiento del espacio pero que, vista desde la perspectiva de la cultura política en otras reglamentaciones, tiene varios “vacíos” que podrían obstaculizar la dinámica del propio espacio, su vinculación con otros, la sostenibilidad en el tiempo y la promoción de la participación. Por ejemplo, no hay especificaciones sobre gradualidades para lograr quórum, tipo de mayorías especiales para tomar algunas decisiones, planteo de mociones de orden, sanciones por incumplimientos o ausencias, registro de las decisiones (toma de actas), régimen de trabajo en comisión general, frecuencia de las sesiones, publicidad de las decisiones, archivo y acceso al archivo por parte de la población, vías de comunicación con la JUNASA y otros espacios.

Este último elemento tampoco surge de la consideración del reglamento de JUNASA en el Decreto N°133/009. Estos “vacíos” una vez más se pueden interpretar como voluntad política de quitar rigidez a la norma para facilitar las oportunidades de los instituyentes locales para un nuevo orden instituido. A la vez se trataba de “innovaciones democráticas”, al decir de Gurza e Isunza Vera⁴³, muy recientes en el espacio político de la salud y por tanto no habían pasado aún por un proceso de maduración.

Finalmente en esta sección, respecto a la categoría *temas* de la Judesa Florida, se revisan los órdenes del día y documentos ampliatorios (Apéndice 3) del Cuadro 4.1. planteando una categoración según las funciones y cometidos establecidos en el Decreto N°237/011: asesoramiento a la JUNASA; formulación de propuestas; evaluación de resultados de la administración del Seguro Nacional de Salud; informes e investigación sobre la situación epidemiológica local; contratos de gestión, convenios de complementación; difusión de acciones, derechos y deberes; promoción de la participación; otros.

En total se encontraron 61 temas en los órdenes del día revisados, notándose una muy alta concentración en las categorías “informes e investigación sobre la situación epidemiológica local” y “contratos de gestión, convenios de complementación”. A la vez, no se encontraron temas en la categoría “asesoramiento a la JUNASA” y notoria diferencia respecto a los más frecuentes en las categorías “difusión de acciones, derechos y deberes” y “promoción de la participación”. Fueron recurrentes la palabras “informe” y “estado de situación” en la redacción el tema.

El Cuadro 4.3. resume los principales contenidos del decreto revisado. En el Apéndice 5 se sintetiza información sobre los espacios de participación en el SNIS.

Cuadro 4.3. Integración de los consejos asesores honorarios departamentales y locales. Criterios de inclusión-exclusión

Representación	Titulares	Criterios de inclusión/exclusión	
		Generales	Específicos
Ministerio de Salud Pública	2	Personas mayores de edad que desarrollen sus funciones en el departa-	Una de estas personas debe ser el/la directora/departamental de salud, quien preside.
Banco de Previsión Social ASSE	1	mentos.	Representantes de MSP, BPS y ASSE son designados por sus respectivos organismos.
Prestadores privados de salud (PP)	1		
Trabajadores de ASSE (TASSE)	1		Trabajadores:
Trabajadores de prestadores privados (TPP)	1		Dependencia directa con el prestador de salud público o privado y antigüedad de 2 años.
Trabajadores médicos de ASSE (TMASSE)	1		Trabajadores y usuarios: No pueden ser propietarios, miembros cooperativistas, directores técnicos o integrantes de órganos de gobierno o gerenciamiento de las instituciones prestadoras
Trabajadores médicos prestadores privados (TMPP)	1		
Usuarios de ASSE (UASSE)	1		Residir en el departamento, estar inscritos en los padrones de la institución y tener antigüedad de 2 años.
Usuarios prestadores privados (UPP)	1		
Intendencia			

Fuente: Elaboración propia con base en el Decreto N°237/011.

Resultados

- El proceso de reforma del sector salud en Uruguay fue largo, complejo, producto de un proceso histórico y político que involucró a múltiples intereses y actores insertos en dinámicas cambiantes.
- La voluntad política de incorporar a la participación social como eje estratégico en el marco normativo de las políticas de salud estuvo presente desde los inicios del sistema. Sin embargo, prácticamente todas las reglamentaciones sobre la formas de elección de la representación social no se pudieron procesar y se resolvieron por designaciones directas del Poder Ejecutivo o de JUNASA. En particular las formas de elección de representantes de los usuarios en las judesas fueron las que registraron mayor nivel de conflictividad, tal vez a raíz de una trayectoria relativamente reciente en el espacio institucional de los dos movimientos de usuarios de nivel nacional actuantes en la JUNASA. En contraste, la representación de trabajadores validó en todo momento al PIT-CNT como su organización representativa por excelencia.
- Fue frecuente en la normativa encontrar la expresión participación social asociada a la de trabajadores y a la de usuarios. Los prestadores privados fueron incluidos muy lateralmente en los textos.
- Si bien los hitos normativos seleccionados fueron un “recorte” de un marco mucho más vasto, el resultado fue denso y complejo, que requeriría un tratamiento comunicacional para allanar la apropiación de contenidos para potenciar la actuación de los representantes y de los colectivos interesados en la participación en los espacios creados en el SNIS.
- No obstante lo anterior, la normativa que aplicaba como *hitos normativos directos* a las judesas fue relativamente escasa y suficientemente abierta

como para incorporar las adaptaciones locales, tanto en la representatividad local como en la forma de funcionamiento del espacio. La norma no previó, ni podría hacerlo, cómo garantizar la representación de todos los usuarios, trabajadores de los servicios de salud públicos y privados y prestadores privados en el departamento.

- Las judesas fueron creadas sin un lugar específico en el organigrama institucional y podrían tener, a la vez, relaciones con cuatro de las cinco unidades organizativas centrales del MSP, cada una con sus fines y cometidos. Esto implicaba un escenario complejo para las comunicaciones entre organización e institución especialmente en estructuras burocráticas. Además, no se previó en la creación la asignación de recursos presupuestales, lo que hizo a la organización dependiente de la posibilidad de apoyo administrativo o de infraestructura de la DDS, que tampoco tenía recursos específicos.
- La Judesa Florida no contó desde su instalación con la representación de los usuarios de los servicios públicos y privados ni con la de los trabajadores no médicos de ASSE.
- A partir de la revisión de los órdenes del día y los documentos ampliatorios, los temas que trató la Judesa Florida en el período estudiado se concentraron en la observancia de los principios rectores del SNIS, con énfasis en contratos de gestión y convenios de complementación. Fueron significativamente menores los temas relativos a la difusión y a la promoción de la participación.
- No es un resultado directo del análisis pero dado que se siguió un proceso de búsqueda, identificación, selección y sistematización, el Apéndice 1 es un resultado indirecto en esta investigación.

Recorrido y próximo capítulo

En este capítulo se identificó el conjunto de disposiciones de naturaleza regulatoria que hacen a las condiciones para la existencia y funcionamiento de la Judesa Florida, para definir la categoría *hitos normativos*, que se organizó en *básicos*, *directos* e *indirectos*. Se revisaron los principales hitos básicos y directos; Judesa Florida fue objeto de una sección específica en los *hitos directos* para analizar su integración y funcionamiento.

Se realizaron una serie de cuadros síntesis como resultados del análisis y la discusión, y se expusieron resultados a modo de conclusiones para la dimensión de *lo instituido*.

En el próximo capítulo se abordará la dimensión de *lo instituyente*.

Capítulo 5: Lo instituyente. Presentación de datos y análisis

Este capítulo estará dedicado a la presentación de datos, análisis, discusión, relativos a los objetivos: caracterizar a la Junta Departamental de Salud de Florida desde la mirada a lo político, lo histórico, lo organizativo y lo comunicacional; y a la observación de la producción de sentidos sobre la participación en salud en la Junta Departamental de Salud de Florida. Los resultados del capítulo se incluirán en las Conclusiones.

Se presentarán síntesis según las subcategorías definidas en el esquema general de la investigación, logradas a partir del análisis de las entrevistas realizadas a los integrantes de la Judesa Florida y de las actas de la organización para el período estudiado, recogidas en el Apéndice 3.

5.1. La organización de la atención a la salud en Florida. Identidad

Para componer la organización de la atención a la salud en Florida, se tomaron y compararon insumos de: documentos; una entrevista exploratoria; las entrevistas a los integrantes de la Judesa Florida; sitios webs de prestadores de salud; y observaciones anotadas en el diario de campo.

El 47% de la población de Florida era usuaria de la Cooperativa Médica de Florida (COMEF); el 42% atendía su salud en ASSE. El 11% restante de la población se distribuía en forma más o menos pareja entre los prestadores públicos no integrantes del SNIS, Sanidad Policial y Sanidad Militar, las sedes secundarias de Médica Uruguay (MUCAM), Círculo Católico y Hospital Evangélico (los tres prestadores privados integrantes del SNIS), y el Centro Médico de la Intendencia Departamental de Florida (no integrante del SNIS).

Las policlínicas del primer nivel de atención de ASSE de todo el departamento estaban integradas en la Red de Atención Primaria (RAP-ASSE). Cada policlínica tenía su propia dirección que remite al director de la RAP. La RAP fue creada en la Ley de Presupuesto Nacional N°18.719, Artículo N° 722 (Apéndice 1) del año 2010. Las policlínicas estaban distribuidas por regiones.

El interior del departamento estaba dividido en tres regiones: Este, Suroeste y Norte. Cada región nucleaba policlínicas del primer nivel de atención de distintos prestadores de salud, con una estructura en espejo entre los servicios de ASSE y de COMEF.

... nosotros tenemos 13 policlínicas [de COMEF] en el interior del departamento (...) tenemos para acá para el sur, tenemos 25 de mayo, tenemos Cardal, y tenemos 25 de agosto. Después para el norte tenemos La Cruz y tenemos Sarandí Grande. Después tenemos, en otra parte del sur, Mendoza Chico y Mendoza Grande. Y luego allá para el este tenemos Chamizo, Fray Marcos, Casupá, Cerro Colorado, Capilla del Sauce y Nico Pérez, que está a 150 kilómetros de acá. (Entrevista exploratoria, 14 de agosto).

El 5.1. se construyó como resultado de la organización de la atención a la salud en el interior del departamento de Florida, construido para esta investigación.

Cuadro 5.1. Florida. Interior. Servicios de salud por región

Región	Localidad	Policlínicas (*)	Médicos
	Nico Pérez	COMEF	1 de COMEF
	Cerro Colorado	ASSE y COMEF	1 de ASSE, 1 de COMEF, 1 de ASSE-
ESTE			COMEF.
En esta región hay 1 ambulancia particular	Reboledo	ASSE-COMEF	-----
en convenio con ASSE, 1 ambulancia de COMEF y 2 ambulancias de	Casupá	ASSE, COMEF, MUCAM	1 de ASSE, 1 de COMEF, 1 ASSE-COMEF, 2 de MUCAM

ASSE.			Puerta única de emergencia los fines de semana con médico de guardia, enfermería, ambulancia.
	Fray Marcos Chamizo	ASSE, COMEF, MUCAM ASSE, COMEF	2 de ASSE, 1 de COMEF, 1 ASSE-COMEF, 1 ASSE-Mucam 1 ASSE-COMEF
	25 de agosto	ASSE, COMEF	1 ASSE-COMEF
SUROESTE	Independencia	ASSE-COMEF	-----
En esta región hay 1 ambulancia particular y 1 ambulancia de ASSE.	Cardal 25 de mayo Berrondo	ASSE, COMEF ASSE, COMEF ASSE-COMEF	1 ASSE-COMEF 1 ASSE-COMEF, 1 ASSE
	Mendoza	ASSE, COMEF	1 ASSE-COMEF
	Mendoza chico	ASSE, COMEF	1 ASSE-COMEF
NORTE	Capilla del Sauce La Cruz	ASSE, COMEF ASSE-COMEF	1 ASSE-COMEF 1 ASSE-COMEF
En esta región hay 1 ambulancia de ASSE.	Sarandí Grande	Centro Auxiliar de ASSE- Pol. COMEF Círculo Católico	Primer nivel y algunas especialidades

(*) En todos los casos es 1 policlínica por prestador de salud. Se utiliza (-) cuando el servicio es 1 policlínica compartida o médico compartido.

El sitio web de ASSE (www.asse.com.uy/uc_5244_1.html) consultado 21.05.2013 informaba también de otros servicios de la RAP. La información disponible no permite agruparlos en las regiones anteriores:

MEVIR (Barrio Mevir-20 de setiembre-Salón Comunal Maciel. Ruta 5-Camino vecinal. Salón Comunal Puntas de Maciel-Mevir); Hogar de Ancianos MSP (Localidad Pintado); Capilla del Pintado (Ruta 5, Camino Vecinal. Pueblo Pintado); Capilla Champañat (Ituzaingó y Calle 19); Capilla de Villa Hípica (Ruta 5 y continuación Avenida Artigas); La Macana (Localidad La Macana).

Fuente: Elaboración propia con base en documentos accedidos y entrevistas.

Desde la descripción de la historia de la organización de la atención a la salud y sus servicios se observaron múltiples señas de identidad local, con base en la producción de sentidos por fuerte diferenciación del sector salud de Florida, de la organización del sector en otros departamentos e incluso a nivel país. Siguiendo a Etkin y Schvarstein⁵² no todas las dimensiones de la identidad-construcción, es decir, la que podría surgir desde la organización y permitir su singularidad en el medio, estuvieron presentes en los discursos de los entrevistados. Sin embargo sí se observó el énfasis en algunas de esas dimensiones, como las relacionadas a las coordenadas temporales, espaciales, geográficas, de influencia sobre el entorno, de tangibilidad del producto o servicio y de necesidades del producto o servicio, y las relaciones dialógicas dominantes.

La diferencia en el departamento es que desde el inicio formamos un equipo con el sector público, tanto el director del hospital, el director de la RAP...". (16).

[La regionalización] es un producto local, no existe en otros lados (...) si uno habla de atención primaria, en general piensa en esto [que] no hubiese sido posible todo esto sin trabajar coordinadamente con los otros niveles, con el segundo nivel, con el tercer nivel (...) Somos de los que tenemos más policlínicas por departamento...(13).

En la capital del departamento, Florida, ASSE tenía el hospital "Dr. Raúl Amorín Cal". Cinco policlínicas de la RAP pasaban por un doble proceso de descentralización, tanto en la atención como en el acceso a medicamentos.

Plan Piloto se le llama, que antes los usuarios venían y levantaban la medicación acá [hospital Florida]. Ahora se presentó ese proyecto de hacerlo tipo plan piloto para descentralizar un poco la gente, que no venga tanto al hospital, entonces por eso las policlínicas. Que se acostumbren cada uno a su policlínica, entonces, porque se sacó toda la parte de medicina general, pediatría y todo, se sacó de acá. Están las policlínicas (...) primero se empezó con Prado Español y casi enseguida con Corralón [del Tigre]. Y ahora están las otras tres restantes: San Fernando, Santarcieri y Florida Blanca. (2).

Una sexta policlínica en la capital –Hugo Román- fue fruto de un convenio entre ASSE y Sanidad Policial.

... fue el primer convenio de complementariedad público-público, ASSE-Sanidad Policial, en el país. Poco divulgado. (13).

El hospital público “Dr. Raúl Amorín Cal”, de carácter regional y más de 104 años de creación contaba con CTI y era:

...el primer laboratorio público en América Latina acreditado en la Norma ISO 15189. Resuelve la demanda de 30 unidades ejecutoras de ASSE. (17).

El hospital pertenecía a la región Oeste de ASSE a nivel país, que incluye a los departamentos de Florida, Flores, Durazno, San José, Soriano y Colonia.

Por su parte en COMEF se describía así a los servicios en la capital:

... tenemos una cantidad de ambulancias acá en Florida que cuando hay necesidad se manda a la localidad que sea. (...)Y tenemos la sede central, que es la sede 1 acá en el centro, y tenemos el ex sanatorio Piedra Alta (...) que ahí atendemos todas las especialidades. (...) Son cinco mil metros cuadrados [el sanatorio nuevo de COMEF] que tenemos en una sola planta, y ahí tenemos todo, desde el sistema de imagenología, tenemos dos quirófanos, tenemos toda la parte de parto (...) y ahora estamos haciendo el CTI... (Entrevista exploratoria, 14 de agosto).

Tanto el sanatorio privado como el hospital público tenían puertas de emergencia y servicios móviles de emergencia: CEM (COMEF Emergencia Móvil) y SUDUF (Servicio Único de Urgencia de Florida).

El Cuadro 5.2. se construyó como resultado de la composición de información relativa a la organización de la atención a la salud en la capital de Florida.

Cuadro 5.2. Florida. Capital. Servicios de salud

Organización	Servicios	Descripción
ASSE	Hospital "Dr. Raúl Amorín Cal	CTI. Laboratorio regional. Emergencia. Especialidades médicas. Especialidades quirúrgicas.
	Policlínica Prado Español	
	Policlínica Florida Blanca	
	Policlínica Santarcieri	Medicina General. Pediatría.
	Policlínica Corralón del Tigre	Enfermería. Medicamentos.
	Policlínica San Fernando	
	Policlínica Hugo Román	Convenio con Sanidad Policial. Medicina General. Pediatría. Enfermería. Medicamentos por institución para sus usuarios.
COMEF	Sede Central o Sede 1	Medicina General.
	Sede 2 ex Sanatorio Piedra Alta	Especialidades Médicas
	Sanatorio COMEF	CTI (próx.). Alta tecnología. Emergencia. Especialidades Médicas. Quirófanos. Hostel.

Intendencia de Florida	Centro Médico	Primer nivel de atención
.Círculo Católico	S/D	Sede secundaria

Fuente: Elaboración propia con base en documentos accedidos, entrevistas y sitios web de prestadores.

En la localidad de Casupá se había instrumentado un sistema de puerta única durante los fines de semana, donde ASSE y COMEF complementaban servicios. El convenio de Casupá fue ampliamente referido por los entrevistados también como seña de identidad local en el sector salud, de valor nacional.

... van a compartir el edificio, las interconsultas, las instalaciones y demás (...) va a haber un médico de guardia desde el sábado a las ocho de la mañana hasta el lunes a las ocho de la mañana (...) eso no existía, era tierra de nadie, los fines de semana podía pasar cualquier cosa, la gente salía a lo loco corriendo para un lado y para otro. (14).

...lo decía la ministra ayer, en este caso, en Florida, nosotros estamos siendo punta de lanza de un proceso de integración que en otros lugares está mucho más en crisis. (17).

Se labró un proyecto de complementariedad que creo que, capaz que fue el único en todo el Uruguay...(1).

Aquí tuvimos una convivencia de conocimientos e intereses que condujeron a que fuera posible (13).

La eventualidad de la firma del convenio desveló problemas de fondo, latentes, que también fueron señas identidad local, esta vez producto de *lo instituido* y no del devenir histórico estrictamente local. Con el ingreso de distintos colectivos de población al FONASA y la tendencia que se verificó de “corrimiento” de usuarios del sector público al sector privado, los usuarios del prestador privado resistieron la incorporación de los provenientes de ASSE. Estas resistencias aparecieron en los discursos de los representantes oficiales que apelaron a los representantes de UPP —en una visión instrumentalista de

la participación de los usuarios— para encontrar solución al problema que entendían era de base cultural. También hubo una referencia en los discursos de los representantes de UASSE. Los representantes de UPP manejaron el tema lateralmente como una complicación en la gestión y en el acceso a los servicios de atención, por ejemplo con la reducción de camas disponibles.

... es lo cultural y a veces es muy difícil cambiarlo. Como es difícil cambiar la cultura del trabajar desde la medicina y desde la salud desde la prevención y promoción. Porque culturalmente no lo tenemos, ta. Ni los usuarios, ni la gente ni los del sector salud, ni los médicos. Más que nada los médicos. (16).

No voy a opinar sobre el tema, no voy a opinar porque, yo qué sé, tendrían que actuar de otra manera, me parece, pero tá, si no actúan debe ser porque está muy bien la cosa. (6).

Otra seña de identidad local que apareció con frecuencia en los discursos es la tradición histórica de la complementación de servicios de salud en el departamento, que se consideraba superaba las expectativas de la reforma porque no se restringía la complementación a la de ASSE con los prestadores privados exclusivamente, ni a los convenios capitalinos y más aún, no requería mayores formalismos y trámites burocráticos. Trámites y firmas en un contexto tan favorable solo podían adquirir características anecdóticas. Implicaba además la colaboración y el trabajo entre equipos de salud públicos y privados, aunque esto más que nada se explicaba por la realidad local de territorios pequeños, escasez de profesionales de la salud y pluriempleo consecuente. A la vez, en Florida preexistía el discurso oficial de la reforma en lo que hacía al fortalecimiento de ASSE, ya que muchos de sus servicios eran de calidad superior a la de los servicios privados, situación que cambió a partir de la década de los noventa en un escenario de competencia y de mercado.

... que es una emergencia prehospitalaria, participaban interinstitucionalmente no solamente ASSE, en aquel momento

Ministerio de Salud Pública, sino el batallón, la policía, la intendencia y la propia institución privada. (17).

... la complementación no nació, no va a nacer ahora en Florida, tiene años (...) cuanto más alejado de la capital, mayor era la complementariedad. (14).

Una nueva seña de identidad local estuvo dada por una serie de dualidades presentes en el colectivo que se formó en torno a la Judesa Florida, dualidades que pudieran operar como facilitadores y obstaculizadores de la participación a la vez, fundamentalmente en el ejercicio de la representación. Una de esas dualidades devino de la innovación normativa en la integración de las judesas, que incorporó las representaciones de trabajadores médicos públicos y privados (TMASSE y TMPP). Por un lado, la doble pertenencia laboral a ASSE y a COMEF de los trabajadores médicos. Esta doble pertenencia, naturalizada como práctica en el interior del país, donde es muy difícil encontrar profesionales de la salud que remitan exclusivamente al ámbito público o privado, podría dificultar la separación de los campos de interés a la hora de la actuación en la Judesa Florida y también facilitar el logro de acuerdos.

La incorporación de las representaciones TMPP y TMASSE tuvo también otra dualidad, tal vez más compleja incluso a nivel de lo normativo. La FEMI, Federación Médica de Cooperativas del Interior, organización de segundo orden, agrupa a los propietarios de las cooperativas médicas del interior y también a los trabajadores médicos de esas cooperativas. Por otra parte en el espacio gremial uruguayo existe el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) que originalmente abarcaba a los trabajadores médicos tanto públicos como privados de todo el país. La FEMI se formó posteriormente; organización de segundo orden, nucleando a propietarios médicos y trabajadores médicos de las cooperativas médicas del interior del país. En la configuración actual el

SMU representa a los trabajadores médicos públicos y privados de Montevideo y la FEMI “gremial” a los trabajadores médicos de las cooperativas médicas del interior. En Florida todos los trabajadores médicos entrevistados refirieron al Sindicato Médico de Florida como gremio local. Cabe preguntarse si la FEMI gremial iba camino a una nueva configuración, y si ese fuera el caso, cómo se resuelve la representación de los médicos del sector público. De hecho, los médicos entrevistados dan a entender que fueron parte de un proceso de decisión o de presentación de propuestas en el Sindicato Médico de Florida, por tanto, una organización de trabajadores médicos privados estaría resolviendo la representación de los públicos. Además, y en todo caso, cómo se resolverían las reivindicaciones de los TMASSE si la organización que los representaba está en el ámbito de FEMI. Este grado de complejidad no podría ser previsto por ninguna norma de inspiración central y remite necesariamente a la emergencia de los instituyentes locales. De todos modos, instalar un proceso de reforma no podría desconocer la complejidad de las diversas organizaciones que históricamente han agrupado a los trabajadores médicos en distintos momentos históricos y políticos, cumpliendo funciones, misiones y cometidos distintos. Esto podría estar en el origen y determinación de actitudes, de reacciones, con potencial facilitador y obstaculizador a la vez.

... he tratado que sea el gremio, no de la cooperativa médica, que sea el gremio de los médicos de Florida, ta? La única condición sine quanon para integrarlo es ser médico. No importa si es público, privado o de otra privada.(1).

Está bueno, capaz que los dos estén representados porque a veces, dependen de quién esté también, o no. Puede defender a los dos colectivos o más estar empapado en uno y bueno, y saber más sobre ese pero no sobre el otro. (4).

* FEMI “gremial” alude a los trabajadores médicos privados. El entrecomillado se toma de la propia entrevista.

Dualidades también se apreciaron en la representación de UPP: usuarios que son parte de la comisión de afiliados de COMEF pero que hacen uso de los servicios de ASSE o integran la comisiones de obras de COMEF y de ASSE.

Una última seña de identidad local en la organización se detectó en lo que Lapassade define como vínculos primarios, probablemente esto por efecto de la localización de los representantes en un territorio pequeño donde las relaciones entre las personas son de cercanía y pueden construirse afinidades en las relaciones cara a cara, de camaradería, de afecto, de confianza, ya sea en el hospital, en la policlínica del barrio, en el consultorio del médico, en la vecindad, en el trabajo, en los espacios de recreación, en las festividades, en suma, en la vida cotidiana. Vínculos fortalecidos por las actividades conjuntas que pueden implicar relaciones de jerarquía, de respeto y de colaboración que estaban presentes en las sesiones de la Judesa Florida, como por ejemplo: coordinador de la policlínica-presidente de la comisión de la policlínica; dirección del hospital-usuarios del hospital; cuerpo directivo de COMEF-afiliados que integran comisiones de apoyo a COMEF, médico-paciente, integrantes de gremios. Vínculos que incluso tienen la potencia de facilitar las actividades y trascender los mecanismos burocráticos de la relación entre lo local y lo central.

Florida es chico y nos conocemos todos, todo sabemos cómo trabaja uno y cómo trabaja otro...(6).

... la verdad que pasamos lindo, un rato lindo. (5).

... gran parte de las cosas que no se resuelven, están todas centralizadas acá en Montevideo. En la medida que nos conocemos, que nos encontramos en el almacén, en el supermercado, en el trabajo, en la calle, en todos lados, hay muchas mayores oportunidades de resolver... (14).

En la interacción de las dualidades y la primarización de vínculos se producen sentidos entre instituidos e instituyentes sobre nuevas configuraciones en la distribución de las representaciones en la Judesa Florida, que tienen lugar en el marco de la dinámica de las organizaciones, su invariancia y cambio (Etkin y Schvarstein ⁵²; Rogers y Argawala ⁷¹, Restrepo ⁷²). La organización se instituye ante lo instituido formándose una suerte de alianzas que son percibidas por los representantes y que nuevamente pueden generar efectos en la representatividad. El discurso oficial de la reforma de la salud —fortalecimiento del primer nivel de atención y de ASSE— agrupó, intencionalmente, a las representaciones de MSP y ASSE. Los trabajadores no médicos de ASSE percibían agrupados a los representantes de ASSE y de COMEF, los trabajadores médicos, no médicos y usuarios de ASSE se percibían mutuamente agrupados, los usuarios de ASSE y la dirección del hospital también se veían en relación mutua, como los representantes de COMEF con sus usuarios. Así, la configuración de la integración establecida en el Decreto N°237/011 (Apéndice 1) se instituía en esta nueva, confirmada en los discursos y en gran medida también en los dibujos del mapa de vínculos:

MSP-ASSE / ASSE-COMEF / TMPP- TMASSE- UASSE-TPP-TASSE / UASSE-ASSE / COMEF- UPP/ TMPP-TMASSE

5.2. Representatividad. Designaciones. Trayectorias personales

Dada la organización de la atención a la salud en el departamento, donde se notó un equilibrio en la cobertura y alcance territorial por parte de ASSE y de COMEF, y siendo ASSE por decreto, integrante de la Judesa Florida, era dable esperar que la representación social de los prestadores privados fuera asumida por COMEF, notándose aquí uno de los resultados del Capítulo 4: parte del sector público y del sector privado de la salud no tenían representantes y sus “voces” solo podrían ser escuchadas por la puesta en marcha de acciones de coordinación de los representantes actuantes en la junta. No se dedujo de las entrevistas, en general, la existencia de estas coordinaciones, y tampoco de la

lectura de las actas. Por lo que el espacio de la Judesa de Florida podría ser visto como un lugar para la discusión endógena de los problemas de salud mantenida por quienes sí integran el SNIS o ingresaron al FONASA.

La integración de la Judesa Florida fue comparada con su Acta Constitutiva (Apéndice 3), las resoluciones de designación de la JUNASA (Apéndice 2) y las actas de la Judesa Florida (Apéndice 3). Se notaron varias inconsistencias: desde personas que no estaban designadas y participaban, hasta personas que sí estaban designadas y no participaron nunca. Sin embargo esto no fue un obstáculo ni para el funcionamiento de la judesa ni para los representantes, salvo en el caso de la representación de los usuarios privados (UPP), donde hubo que hacer un cambio por requisitos de inclusión-exclusión previstos en el Decreto N°237/011 (Apéndice 1).

... los usuarios están tan empoderados con lo que es la mutualista que el representante de los usuarios (...) formaba parte de la directiva de COMEF. (16).

Estas diferencias de interpretación de los requisitos de inclusión-exclusión podrían ser entendidas en el sentido que le da Nisivoccia⁵³ a la cultura organizacional, que es una expresión de instituyente, “la forma en la que hacemos las cosas aquí”: no percepción del valor de la designación ya sea por parte del representante o de la organización a la cual representaba; y por un vacío en el orden instituido: la falta de alguna reglamentación específica de nivel central o local para detectar estos casos y proceder en consecuencia.

En cuanto a la forma en la que llegaron los representantes a la Judesa Florida, se observó una combinación de distintas modalidades, de alguna forma consistentes con las que investigaron Müller Neto y Artmann²⁰ mediante estudio comparativo de percepciones de la representatividad en las conferencias municipales de salud de cinco municipios de Mato Grosso, Brasil:

visión amplia en la que están todas las voces representadas; representatividad ejercida formalmente (oficial o por el cargo); por designación de algún tipo; no representación, representantes elegidos democráticamente, son representantes quienes tienen experiencia y conocimientos sobre el tema.

Las modalidades que expresaron los entrevistados tienen que ver con: lo circunstancial, la decisión de pares, la autopostulación, la trayectoria personal, el tipo de cargo ejercido en la institución, la designación de confianza, la designación por visión política, elección democrática subsidiaria (no directa para Judeca Florida).

Otra vez colonizaron los médicos un espacio de poder. (13).

Yo estaba como presidente de la Junta Departamental de Salud de Florida por tener el cargo de directora departamental de salud. (16).

La directora (...) es la que preside y ella elige el titular (...) nos llevamos bien, nos entendíamos. (15).

... nosotros éramos los que estábamos y fuimos los que quedamos. Seguimos nosotros nomás estando. (2).

... yo llegué a la junta porque integro, integraba en ese momento, la comisión interna del hospital. Y bueno, citaron a dos, y bueno no sé si me vieron el perfil o qué, por yo no era de los de arriba...". (3).

... pusieron un aviso en la radio, y yo escuché que decía que se le avisaba a los usuarios de salud pública que fueran porque se iba a realizar una reunión debido a las carencias que tenía el hospital. Bueno, y yo fui, y desde ese día me quedé para siempre, ya no salí más. (5).

En general la actividad gremial siempre te genera (...) más o menos compromiso (...) somos pocos, digamos. En realidad la directiva la integran cinco titulares y cinco suplentes..." (1).

Por designación del Consejo Directivo en base al perfil (...) se consideró que era apropiado que fuese un directivo político y en mi caso (...) técnico. (12).

... es una cuestión que se reglamentó este año, le exige, la salud pública le exige a COMEF que tenga representantes, como tenemos nosotros en los afiliados particulares de COMEF. Entonces es una cuestión que yo salí por reglamento. (11).

... fuimos médicos rurales, seis años...”. (17).

Yo soy uno de los miembros natos. No me puedo negar (...) por el rol que uno cumple, tiene que formar parte de la junta. Más allá que uno entienda la importancia, no puede eludir la responsabilidad. (13).

... yo creo que se necesita profesionalidad, idoneidad, formación, capacitación, entonces no puedo ir a inventar cosas yo. Y no quiero escuchar nada que me inviten a participar en cosas que no tienen una base sólida. (7).

En los médicos entrevistados, en general, se notó una tendencia a definir la participación en la Judesa por los conocimientos y experiencia en el área rural, en el interior de Florida. Se configuró una suerte de términos de referencia, una condición para la representación en la Judesa Florida: especialidad médica y alto cargo de conducción en la gestión de servicios de primer y segundo nivel. Cabría preguntarse la conveniencia de un estudio de perfiles requeridos para la actuación en estos espacios de participación a nivel local como forma de mejorar la calidad de la participación y notar si efectivamente es necesario “achicar” el abanico de las profesiones de la salud con aptitud para la participación, a la especialidad de los médicos rurales.

Las modalidades observadas están en sintonía con las que propuso Fung ⁷⁰ en uno de los ejes del “cubo de la democracia”: desde *self selected a professional stakeholders*, lo que da idea de la concurrencia de un conjunto de racionalidades en la representatividad, amplia y difusa a la vez, y además, discontinua, según Müller Neto y Artmann ²⁰ por, en general, falta de comunicación y transferencia entre representante y representados. Prácticamente todos los entrevistados contestaron que no compartían los temas que trataban en la Judesa Florida más allá de lo que pudieran hacer en algún espacio inmediato y como comentario ocasional (oficina, familia). En otros casos se adujo a la baja participación en sus colectivos de procedencia. No se encontraron cuestionamientos a quiénes ejercían las representaciones,

probablemente por el lado facilitador de la primarización de los vínculos que ya se observó.

Finalmente en este apartado se menciona que la forma de designación de representantes pautada desde la centralidad colisionó con las culturas organizativas locales. En efecto, la condición instituida de designar representantes de usuarios a propuesta de los movimientos nacionales de usuarios, obligó a las dos organizaciones locales de usuarios a una afiliación compulsiva a algunos de esos movimientos para poder ser designados. Vale decir que las dos organizaciones locales de usuarios contaban con amplia trayectoria como organización que incluía personería jurídica, estatutos, capacidad administrativa de interactuar con el estado, regímenes de elección de autoridades en la modalidad de elecciones, por mencionar algunos. El trámite de afiliación se cumplió de derecho pero en los hechos no se cristalizó. Un evento más que tensiona las lógicas culturales locales con las instituidas desde la centralidad.

... lo que se quería ahí era hacer un poquito de pie y tener gente de todos los departamentos para poder ir para arriba como ser la Junta Nacional de Salud. (6).

5.3. Incidencia. Toma de decisiones

Con respecto a la capacidad de incidencia, la tendencia que se observó en los representantes de la Judesa Florida fue a relacionarla con la dimensión de *lo instituido* y el carácter no vinculante de las decisiones que tomaran, carácter expresado en el Decreto N°237/011 (Apéndice 1). Esta perspectiva obturó de alguna manera la posibilidad de explorar otras oportunidades que hacen también a la incidencia de la organización. En este sentido, Hevia e Isunza⁶⁹ mencionan una serie de categorías que articuladas, potencian la capacidad de influir de la organización, tales como la comunicación de la toma de las decisiones y de la actividad de la organización en la esfera pública, la

capacitación de los miembros en el desarrollo de la tarea, la conformación de grupos de estudio y de trabajo para el análisis de temas.

Del análisis de las actas de la Judesa Florida surgieron pistas en relación a una de las categorías mencionadas porque se observaron conformaciones de grupos de trabajo a la interna de la organización, con cierta continuidad y presentación de informes. Las actividades de capacitación que se detectaron fueron muy escasas, dirigidas a trabajadores y usuarios y no necesariamente promovidas desde la Judesa Florida.

Un taller, sí, muy dinámico, viste, con juego y con cosas. Estuvo muy bueno, la verdad que estuvo muy bueno, mucha concurrencia (...) estas cosas es bueno hacerlas más seguido. (2).

La policlínica Corralón del Tigre (...) es un curso que se va a hacer de Agentes Comunitarios en Salud. Se hizo uno, hicimos uno en 2007, ya hace mucho tiempo (...) es un ámbito como de atraer gente para que participe en forma activa, no? (4).

Se apreció, como se ha dicho antes, que no había intención explícita de dar a conocer públicamente las decisiones y actividades de la Judesa Florida, con la excepción instituida de seguir los caminos establecidos para la comunicación con la JUNASA. En general estas comunicaciones fueron notas con planteos de situaciones locales elevadas para consideración de la JUNASA, percibiéndose matices en la obtención de resultados: desde la decepción por la falta de respuestas a la satisfacción por el trámite realizado. La posibilidad de los medios de información y comunicación como canales para los mensajes de la Judesa Florida solo fue percibida por el representante de la intendencia y también por los usuarios de ASSE que hacían uso muy frecuente de esa vía, pero más que nada para plantear los problemas del hospital.

Por otra parte, el aparente desinterés en dar a conocer a la Judesa Florida pudiera devenir de la interpretación del mandato de lo instituido en la norma respecto a la reserva y confidencialidad de los temas que se trataban.

Lo que se trata allí, es totalmente confidencial. No puede salir (...) porque ahí, en la junta, cada uno representa a su organización. (16).

... como que eso es allí adentro y como que no podemos salir con (...) no podemos salir a desparramar. (3).

A la vez no había archivos a la vista para la consulta pública, o comunicada la forma de acceder a ellos, aunque se observó la existencia de material con toda la documentación archivada prolijamente, justamente de donde se tomaron los documentos para esta investigación.

La baja percepción de la incidencia a través de la publicidad de actividades y decisiones de la junta, tenía un efecto en la promoción de la participación, en el entendido que uno de los elementos que la favorece es “contar con información relevante”⁶⁹. Ya desde los órdenes del día se notaba también la ausencia de la promoción de la participación según la baja frecuencia de temas incorporados en el temario. Sin embargo, no podría afirmarse que la incidencia era baja sino que existía un gran potencial de incidencia si se incorporaban herramientas para la difusión. No solo el espacio ya contaba con representantes con mucha trayectoria en la vinculación con los medios, como los usuarios del sector público y la propia dirección departamental, sino que a partir de los discursos se recopiló una densidad y diversidad de otros espacios pasibles de entrar en comunicación con la junta —además de las organizaciones de procedencia de los representantes— y establecer acciones de colaboración, principalmente porque quienes los mencionaron, ya los integraban o tenían el vínculo establecido: consejo consultivo del hospital; reuniones mensuales con la comisión de usuarios del hospital; reuniones semanales con los funcionarios en

el hospital; comisión de obras del hospital, comisión técnica asesora del convenio de complementación de Casupá, comisiones de usuarios de las policlínicas del interior, comisiones de usuarios de las policlínicas barriales, gremios de la salud (FUS, FFSP, SMU), unidades docente-asistenciales de la Universidad de la República, mesas interinstitucionales de políticas públicas del MIDES, PIT-CNT.

En lo que tiene que ver con la toma de decisiones, se observó que siempre se logran acuerdos y consensos y que nunca fue necesario el mecanismo de la votación. El consenso es una fortaleza en la dinámica de la organización, expresa capacidad de negociación y relaciones solidarias, pero puede ser una debilidad a trabajar si a ese consenso se arriba sin debate, sin deliberación, ya sea porque no hay formación de opinión sobre el tema o porque el tema tratado no registra interés. Esto es propio de los modelos de participación más informativos o eludidores de conflictos. Fung ⁷⁰ coloca a los modelos de participación basados en mecanismos que ofrecen oportunidades a las personas para que expresen sus “preferencias a la audiencia y a los funcionarios”⁷⁰ en una categoría intermedia entre la baja intención de lograr decisiones en el colectivo y la máxima intencionalidad de generar debate y tomar resoluciones.

... si vos en la lista de temas ponés unos temas que no generan, digamos, discusión o conflictividad, entonces hay acuerdo.(13).

No quedó claro a partir de los discursos cómo se jerarquizaban las decisiones y qué camino tomaban, una vez tomadas. Los representantes oficiales detectaron fallas en el diseño del instrumento de comunicación con JUNASA, analizándolo como una omisión en la creación del dispositivo. La explicación pudiera tener básicamente una raíz cultural, histórica, en el país: el funcionamiento tradicional administrativo institucional a partir de la centralidad

de la capital sin hábitos en relaciones recíprocas y fluidas entre Montevideo e interior. Otra falla en el diseño del instrumento de reglamentación de las judesas es percibida desde la observación y el análisis: el dispositivo no previó la existencia de una secretaría de la judesa y el rol se instituyó en uno de los representantes del MSP, que así perdió la oportunidad política y el poder de incidir que otorgó el Decreto N°237/011 al establecer la doble titularidad de la representación del MSP en la judesa.

Otra expresión de la capacidad de incidencia latente en la Judesa Florida se observó a partir de los temas propuestos por las representaciones para tratar en las sesiones: en general, informes de la situación epidemiológica local. El espacio no fue desafiado o interpelado a punto de partida de las demás representaciones o de sus organizaciones de procedencia. El poder obturado por lo instituido que atribuyó a las decisiones de la judesa el carácter de no vinculante, fue nuevamente obturado por la dinámica de la organización, que devino en un cierre de sus fronteras para poner el énfasis en lo local. Y esto es un obstaculizador de la participación, significa poner en riesgo el poder de convocatoria.

...sin un poder determinado de exigir que en el departamento se hicieran, tales o cuales cosas. ¿Para qué nos estamos reuniendo, qué vamos a definir y qué poder vamos a tener de decisión a nivel de territorio?" (...) con el pasar del tiempo, vimos que no teníamos el poder de decisión o de definición que realmente hubiésemos querido para el departamento. (16).

...hay como una dualidad en el gobierno también cuando dice de boca la importancia que tienen estas instancias pero no les da poder...(1)

5.4. La institucionalidad. Organización. Liderazgos y autonomía

No obstante la anotación anterior sobre la posibilidad de pérdida de poder para la convocatoria a la participación por el carácter no vinculante de las decisiones, el estilo organizativo de la Judesa Florida generó un mecanismo

muy aceitado de convocatoria a las representaciones, que estuvo en el origen de la regularidad de las sesiones —que nunca se cancelaron o pospusieron— la obtención de número para el cuórum en todos los casos y la organización de la sesión.

Las reglas de funcionamiento del espacio se establecieron en la primera sesión ordinaria:

Se acuerda el funcionamiento del consejo quedando de la siguiente manera: los segundos miércoles de cada mes, en la dirección de salud sita en calle Rivera 414, desde las 17 en adelante. Además se agrega la posibilidad de que asistan tanto el titular como el alterno, para evitar la discontinuidad en el funcionamiento y toma de decisiones. (Acta 9 de noviembre de 2011, Apéndice 3).

... en la primera sesión se resolvió que tanto titular como alterno íbamos a participar en forma simultánea. (15)

Prácticamente la descripción que hacen los representantes de cómo funcionaba una sesión de la Judesa Florida era similar. Algunos pusieron el énfasis en la media hora para la presentación de temas en carácter de previos, espacio que comenzó a aparecer en el orden el día a partir de la quinta reunión y que podría interpretarse como un acto reactivo a la recepción de un orden dado. Igualmente como ya se ha visto, el espacio para temas previos fue utilizado para actualizar información. El procedimiento de convocatoria y funcionamiento de sesión se describía en estos términos: elaboración del Orden del Día por parte de la presidencia con fijación de tres temas por sesión; envío por correo electrónico del Orden del Día de la sesión a los representantes con tres días de antelación a la realización y llamados telefónicos a quienes no hacían uso de correo; confirmación de recepción de correo; recordatorio por correo electrónico de día, hora y lugar de sesión el día anterior a su realización; confirmación telefónica; lectura del Orden del Día; lectura de acta de sesión anterior; firma del acta; espacios de media hora para

previos; tratamiento de los temas del Orden del Día; registro de los temas pendientes para próxima sesión; elaboración de acta; envío por correo electrónico del acta o medio físico a quienes no hacían uso de correo; confirmación telefónica de recepción del acta.

... más proactiva y anticipaba una cantidad de ideas. (7).

... que también es amoroso, divino. Ella hace mucho que está, es divina. (5).

La hipótesis previa de que quien preside la Judesa Florida es quien lidera y distribuye el uso de la palabra aparece confirmada en todos los discursos. Se trató de un liderazgo fuerte tanto en la fijación de la agenda, el enfoque y el compromiso político con la reforma. No obstante, de la revisión de las actas de la Judesa Florida (Apéndice 3) emergió el uso frecuente de la palabra por parte de las representaciones de ASSE y de COMEF en la parte de previos. A la vez, no se detectó ninguna mención a intervenciones de trabajadores no médicos y de usuarios. La Judesa Florida se presentaba como una organización capaz de sobrevivir aún en condiciones distintas de aquellas para las que hubiera sido creada o con capacidad para gobernarse y reorganizarse en función del contexto ⁵² desde este lugar tenía un alto potencial de autonomía e institucionalidad⁶⁹. Desde el punto de vista de los temas tratados más recordados por los representantes, no se detectaron elementos de conflicto o que pusieran en debate las opiniones. El cierre de una emergencia móvil local que significó la pérdida de muchos puestos de trabajo y la firma de convenios de complementación aparecieron con mayor frecuencia. La ausencia de la representación de COMEF, durante dos sesiones, como reacción a un decreto reglamentario de la actividad de las cooperativas médicas, fue interpretada como una eventualidad de la coyuntura que no afectaba el funcionamiento de la organización ya establecida.

Cuando hay agitación afuera, a la junta llega, evidentemente. (13).

... uno cuando monta una estructura, tiene que saber que tiene que tener un marco financiero, cosa que asombrosamente no lo tiene. (7).

5.5. Tipos de participación

En la producción de sentidos sobre la participación en salud en la Judesa Florida concurren racionalidades diferentes⁷⁵. A continuación se expone una categorización de los tipos de participación construida a partir de las entrevistas.

Para la representación del MSP la racionalidad era la del mandato legal y compromiso político con el proceso de reforma y de implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Desde este lugar participar era participación de los usuarios. La participación de trabajadores y usuarios es un principio rector del SNIS. La asimilación del concepto solo a los usuarios podría devenir de una intención político-ideológica de dar voz a los sin voz en el sistema, ya que las organizaciones de los trabajadores de la salud tuvieron formas y estrategias de incidir en las políticas de salud aun no siendo parte de espacios institucionalizados. Así, la razón de la participación era de tipo reparatorio o reparatorio de los derechos de los usuarios.

... les insistí y les reinsistí permanentemente a, tanto a los representante de COMEF como de ASSE, denles insumos a los usuarios, denles información, denles... que sepan qué es lo que se va a firmar para poder ir a hablar con la gente. (14).

Con los usuarios, también se hicieron algunos movimientos de usuarios. Más que nada con el sector público, con el sector privado se trabaja pero es más difícil llegar a ellos. Sí con el sector público, de invitarlos a participar en actividades en Montevideo. (16).

Es un hecho muy significativo de que el sector privado, es la única mutualista, a nivel del interior, que ya tenía constituidos sus usuarios dentro el Consejo Directivo de la Cooperativa Médica de Florida (...) y el sector público ya tenía su organización de usuarios, que también favoreció la integración. (16).

Para los representantes de los prestadores privados y de ASSE la racionalidad concurrente era la de la eficacia, la eficiencia, las tecnologías, la infraestructura en el segundo y tercer nivel de atención. La descentralización de las policlínicas del hospital era una necesidad para aliviar la concentración de ciudadanía en el hospital, acostumbrada a acceder a los servicios de salud a través del ingreso por el segundo nivel. También en sus discursos apareció la figura de los usuarios como centro de la participación, en una visión de tipo instrumental con varias modalidades, en el sector público: colaboradores en el modelo preventivo integrándose a acciones educativas a la población, agentes comunitarios, colaboradores en proyectos de racionalización en el uso y distribución de medicamentos, mediadores ante situaciones de violencia a personal de la salud; en el sector privado: integrantes de los espacios de conducción. Con matices, también había una razón de la participación instrumental-política de los usuarios desde la mirada de la representación de los prestadores privados.

...la interrelación con los usuarios creo que es muy importante porque generalmente lo que hay, digamos, es interrelación entre los niveles de dirección o de organización, y los usuarios siempre quedan por fuera, ¿no? (12)

... la comisión representativa de afiliados coexiste con el consejo consultivo, en el cual los propios afiliados van a recibir la información que siempre han recibido dentro de COMEF. (12)

... no perdieron ningún servicio del hospital, porque los especialistas que necesiten van a ir a través de su médico de referencia. (17)

... que lo diga la comisión de usuarios defendiendo la gestión de medicamentos, en realidad defiende el medicamento para todo el mundo, está bueno... porque de alguna forma defienden, no la gestión del hospital sino el buen uso de los recursos públicos...(17).

“...hubo una agresión a un médico, y fue la propia comisión de usuarios la que salió a defender el proceso asistencial... (17).

Para las representaciones de los trabajadores, la racionalidad, con matices, era la del derecho a participar, a estar, a pertenecer. Los matices estaban en concepciones de tipo más testimonial y otras más de tipo plataforma reivindicativo-política, pero en este caso reconociéndose que el espacio de la Judesa Florida no tenía como finalidad transformarse en lugar de negociación entre patrones y trabajadores.

En la junta nosotros generalmente no, no... vamos a escuchar y eso porque no tenemos muchas cosas como para nosotros llevar. Tendríamos que ver qué, pero más bien nosotros somos de escuchar y ver (...) yo qué sé, uno a veces piensa también que capaz que lleva algo y no tiene nada que ver...(2)

...es un espacio que lo tenemos que ocupar porque si no lo ocupamos, los ocupan otros y porque además si no tenemos una voz para modificar cosas no podemos tampoco criticar desde el afuera (...) no vamos con un planteo, digamos, gremial, porque no es el ámbito... (1).

En el caso de los usuarios del sector privado (UPP), podría hablarse de un estilo de representación asociado a una forma de hacer política de corte tradicional, de caudillos locales, común en el interior del país a partir de la lógica de funcionamiento de los partidos políticos tradicionales, donde se privilegiaba la interacción individual para la obtención de derechos o beneficios. Este estilo no estaba en sintonía con el espíritu de la reforma de la salud. La racionalidad estaba basada en los vínculos personales externos a los espacios instituidos, con alta valoración de la forma y lo formal para los procedimientos por sobre los contenidos. Integraban el órgano de conducción de COMEF y mostraban una alta capacidad para la gestión, tal vez como reflejo de los orígenes de COMEF en la Sociedad Italiana, una de las primeras mutualistas fundadas en el país, que como se vio en el Marco teórico, tuvieron la característica de la participación de los socios en la gestión. Este tipo de participación podría caracterizarse como filantrópica, mesiánica o de caudillo.

Sí. Incluso colaboramos en las salas de cirugía, también por un monto muy importante, en el túnel que se hizo todo nuevo últimamente, hicimos un techo voladizo en la entrada de emergencia, donamos una ambulancia hace dos años. (9)

Y en ese caso, vio, intervenimos nosotros, a veces hemos solucionado pagándole, o haciéndonos cargo de ciertos gastos. O a veces hablamos con el directivo que corresponde y soluciona, pero es bravo. (11)

...cuando viene una inquietud por escrito se trasmite a la directiva y después la contestación que nos manda la directiva se la pasamos a la persona...(9).

Los representantes de los usuarios de ASSE (UASSE) tenían una racionalidad basada en el bien común. Hacer beneficios implementando rifas, colectivos, ferias, exposiciones, venta de bonos, era una de sus estrategias principales, consistente con modelos tradicionales de obtener fondos para pequeñas obras, principalmente. Mostraban capacidad estratégica y creativa para colaborar en el sostenimiento de los servicios de salud en temas de infraestructura, servicios de limpieza e incluso contratación de personal dado que la organización tenía personería jurídica, condición que habilita entre otras cosas, para ser contraparte del Estado y manejar fondos. Condición a la vez que exigía un funcionamiento regido por estatutos, y formas de elección de sus autoridades bien definidas. Tenían, además, como ya se ha dicho, mucha experiencia y trayectoria en el manejo de los medios masivos; de hecho los orígenes de la organización estuvieron en el llamado público radial a colaborar con el hospital que hiciera el director del hospital de entonces, en la década de los noventa. En sus discursos se detectó además habilidad para el manejo en el espacio político, sabiendo siempre distinguir entre las acciones y estrategias a implementar de acuerdo a los fines perseguidos e interlocutores. La figura del médico, siempre, como convocante, orientador o contraparte, sugiere una categoría de participación de tipo tutelar.

Siempre haciendo como la hormiguita juntando pesito por pesito para hacer los beneficios. (5).

... pero volvemos otra vez! Porque si no se presenta otra lista, tenemos que seguir. Vamos a cambiar las piezas, las piezas las vamos a cambiar: cambiamos el presidente para un lado, el secretario para otro y estamos siempre los mismos. Nunca en los treinta y cinco años se ha presentado ninguna lista. (5).

Y bueno, de apuro, conseguimos por medio del doctor una entrevista con el ministro. Prácticamente fue de un día para otro, conseguimos vehículo, que incluso nos dieron el vehículo, el del presidente de la junta, el auto personal.... (6).

No obstante las capacidades organizativas, estratégicas y políticas de las dos representaciones de usuarios y su involucramiento en el sector salud, en el espacio de la Judesa Florida mantenían una posición distante, sin intervenciones, como se viera ya desde el análisis de actas. Ambas representaciones compartían la condición de zanjar los problemas en algunos de los otros espacios de participación en los que estaban: comisión de usuarios del hospital, Comisión Directiva de COMEF, comisión de obras del hospital, comisiones de policlínicas barriales y del interior, comisiones barriales, organizaciones sociales, por citar algunos. En esos espacios habían establecido los vínculos y diálogos con otros representantes de la Judesa Florida, especialmente los médicos.

Los modelos tradicionales de participación con base en la interacción individual, cara a cara, obstaculizaron la participación: las racionalidades del bien común y de caudillo concurrían con las otras racionalidades del espacio de la Judesa Florida, pero fuera de él.

...primero vamos a la fuente, fuimos, coordinamos una, una reunión con el director del hospital (6).

La no convergencia de racionalidades diferentes en el mismo espacio obturó la posibilidad del desarrollo de ese espacio: si se supone una convergencia armónica, el espacio podría alcanzar plenamente los objetivos, un alto grado de

participación y desarrollo de ciudadanía⁷⁵. Parte de esta convergencia armónica implicaba el despojo de los modelos histórica y culturalmente adquiridos, no solo por los usuarios; un proceso que requería de flexibilizaciones de posturas no observadas durante esta investigación; en todo caso, fue constatada la rigidez, por ejemplo, en la percepción de los logros como obstaculizador de la participación y no como una necesidad de cambio en el modelo.

... y bueno después siguieron solucionándose ciertos problemas en las policlínicas periféricas y los usuarios de la comisión de cada policlínica, que eran los que concurrían se empezaron a ir, se les solucionaba las cosas, se iban. (6).

5.6. Rol del espacio. Metáforas de la organización

Siguiendo a Müller Neto y Artmanr²⁰ los roles mayormente asignados a la Judesa Florida giraban en torno a los de tipo foro (espacios con oportunidad para el debate), espacio público para la representación de los intereses y asuntos sociales, y foro educativo (como espacio de aprendizaje e intercambios de prácticas y saberes). En todos los casos lo que predominaba era lo informativo, con alguna faceta deliberativa pero no resolutive.

Discusión de temáticas de salud. (17).

Espacio para dar a conocer servicios que se pueden intercambiar (17).

La junta hizo una carta...(11)

En lo personal me gustan estas cosas, creo que son lugares importantes de difusión, de discusión, de aporte, de creatividad. (12).

El rol fundamental de las juntas departamentales es hacerle entender a los organismos centrales que están en Montevideo que el interior existe y es distinto, y tiene necesidades distintas y es uno de los grandes problemas históricos en el país el de que el interior es desconocido, tá. Y en el momento de hacer políticas, se aplican las mismas políticas que en Montevideo cuando es absolutamente diferente. (12)

...cuando hubo este año conflictividad laboral por el cierre de una móvil. (13).

Es un lugar de intercambio. (1).

...vos lo ves desde tu profesión, pero después con los usuarios hemos tenido experiencias preciosas. (1)

...yo creo que es muy bueno, como te decía, es muy bueno porque tenés todas las partes interesadas, vamos a decir, y todos los ámbitos, porque tenés al BPS, tenés la intendencia, tenés la parte pública y privada de la salud, entonces digo, están todos los actores involucrados. (3).

...muchas veces no está coordinando el funcionamiento de uno y de otro exacto, como tendría que ser. Entonces, van a la privada y le dicen una cosa, y van al BPS y no es eso que le dijeron lo que tienen que hacer. Entonces ahí es donde, y se aprovecha en esa reunión entonces para aceitar ciertas incomunicaciones... (3)

... antes no nos enterábamos de nada nosotros. (5).

Un diálogo de igual a igual y de intercambio (...) yo creo que esa es la riqueza de este espacio. (4).

Hemos incorporado los temas que tienen que ver con nuestra gestión, con nuestros problemas, con nuestras inquietudes, con las dificultades...(12).

...teníamos la expectativa de que era un órgano que realmente podía funcionar y generar cosas positivas para el departamento. (16).

Desde el enfoque organizacional, las metáforas de la organización ⁷³⁻⁷⁴ son las expresiones metafóricas que usan los integrantes para referirse al papel o al rol de las organizaciones, de manera indirecta.

...más o menos cuando uno llega ya sabe qué butaca usa, no porque sea una butaca física sino en qué lugar está sentado y con quién está hablando... (13).

... llenás un formulario, pero ese no te alcanza, tenés que llenar otro y después otro. O sea, nos repetimos me parece. Y los que toman las decisiones después son otros. Esa es la idea que yo tengo sobre esto. (8)

... es como que está muy cerrada la parejita esa ahí adentro de la casita y sus hijos están lejos y están muy aislados. Salen de vez en cuando a hacer a alguna cosa puntual y después vuelven a recluirse.(7).

...es un lugar donde se habla muy bonito, pero... (11).

...nosotros somos los que estamos del otro lado del mostrador, que desconocen ellos, desconocen mucha cosa de lo que pasa. (6).

los cambios que van en esa dirección tienen que ir...necesitan de regarse y el tiempo para que de alguna forma ese proceso se vaya consolidando. (17)

Es un lugar de mucho aprendizaje, que es muy lindo asistir y que puede ser como una semilla para marcar pautas...(10).

A partir del lenguaje metafórico aparecieron ideas subyacentes sobre el rol de la organización, visiones complementarias: el escenario al cual se observa desde la butaca, la burocracia que paraliza, el discurso tecnocrático, la pertenencia-no pertenencia, el aislamiento y lo naciente que necesita cultivarse.

5.7. Comunicación. Vínculos

Prácticamente en el análisis realizado en los apartados anteriores han aparecido en forma subyacente, las vías y medios de comunicación de la Judesa Florida. Aquí ahora se repasan brevemente.

La comunicación interna era esencialmente presencial, con interacción cara a cara. Los flujos fundamentalmente unidireccionales “desde el vértice” de la organización (presidencia); no se apreció a partir de los discursos, que hubiesen intercambios previos entre las distintas representaciones para preparar la sesión (compartir documentos, por ejemplo).

... nos manda mails la secretaria de la judesa, con la fecha, la hora y nosotros le contestamos por mail. Y nos confirman por teléfono también... (1).

Los medios y vías utilizados por la secretaría de la Judesa Florida eran los básicos y tradicionales en la administración pública: notas e informes enviados y recibidos en forma personal, correo postal o digital, comunicaciones

telefónicas, comunicaciones vía fax, sistemas de archivo físico con eventual respaldo digital, reproducciones de material por fotocopia o escaneo, preminencia de uso de papel y lápiz para toma de mensajes y actas.

La comunicación externa era muy débil o inexistente, y con un fuerte potencial de desarrollo a partir de diversos espacios de participación formal e informal en torno a la organización de la que ya eran parte los integrantes de la Judesa Florida. Se notó que la comunicación ascendente —hacia la referencia institucional JUNASA— tenía fallas en el dispositivo y la vía era difusa o poco clara.

Si preguntás de esta junta, probablemente de diez personas, ocho no te sepan decir casi nada. (13).

El discurso colectivo construido a partir de las entrevistas dio señas de horizontalidad en la oportunidad de acceso a la palabra. Sin embargo, las observaciones hechas anteriormente sobre el silencio de usuarios y trabajadores no médicos, quedó nuevamente de manifiesto, y emergieron asimetrías por la especificidad técnica.

...el representante de los trabajadores no habla. (1).

...los usuarios hablan, que habitualmente son los que están más retraídos. (1).

... los médicos que tienen que ver con la responsabilidad del servicio. (1).

... los no médicos, siempre tienen eso, bueno el jefe, mi jefe está acá y yo puedo decir hasta acá y más no me la juego...(16).

... la voz cantante, la llevan... la llevan los técnicos, los técnicos en cuanto a la transmisión de políticas, de propuestas, de cosas que se están haciendo. (14).

... los usuarios muchas veces tienen todavía una postura como más, digamos, de escuchar, de no animarse a participar”, pero tal vez “...

por un problema nuestro también que estamos más acostumbrados a tomar la posta y nos los dejamos expresarse. (1).

... es un ámbito de participación para todos, no es para que nadie vaya a imponer sus puntos de vista. (1).

Cualquier esfuerzo que se quisiera hacer desde la Judesa Florida para trascender la esfera local y entrar en comunicación con otras organizaciones, necesariamente requería una traducción de términos para el decodificador externo, dada la doble y hasta triple nominación que utilizaban los representantes para referirse —supuestamente— al mismo ámbito. Así por ejemplo, estas duplas o tríadas aparecían asociadas en el lenguaje endógeno de la organización:

Dirección departamental de salud /DIGESA / judesa

FEMI / COMEF

Sindicato Médico de Florida / FEMI “gremial”

Comisión Directiva de COMEF/ Comisión Directiva de la CRA

Directivo de la CRA / directivo de COMEF

Comisión interna del hospital/ comisión regional de trabajadores de ASSE /
comisión departamental de trabajadores de ASSE

El mapa de vínculos se utilizó como herramienta de aproximación al entendimiento de la comunicación entre las representaciones, en tanto representantes de organizaciones en el marco de la Judesa Florida. En general se observó que cada dibujo fue consistente con lo dicho, no obstante, en la mirada del mapa completo, la horizontalidad adquirió matices en el encuentro-desencuentro de puntas de flecha y en los tipos de trazo. A la vez, confirmó el liderazgo de la presidencia, lugar al que apuntaron todas las flechas con trazos continuos. Si bien la premisa metodológica fue la de dibujar los vínculos dentro de la judesa entre las representaciones, la subjetividad en una técnica proyectiva y la primarización de los vínculos detectada, hace que el resultado

mostrado en el Cuadro 5.3. sea una herramienta útil para nuevas investigaciones en el campo de la comunicación organizacional, no pudiéndose hacer mayores precisiones más que notar aquellas celdas donde los tipos de trazos o las puntas de flecha no coinciden, o no hay trazo^{*} que sugieren la existencia de vínculos a fortalecer, establecer o reestablecer, especialmente con la intendencia departamental. También se observó la consistencia entre los dibujos y las aproximaciones entre representaciones notadas en el apartado 5.1. (MSP-ASSE, ASSE-UPP (COMEF), TMPP-TMASSE-UASSE-TPP-TASSE, UASSE-ASSE, TMPP-TASSE), con la llamativa excepción de la díada PP-UPP (COMEF y los usuarios de COMEF). La técnica enriqueció la investigación porque permitió la apertura a la expresión de ideas que pudieran haber sido controladas “exitosamente” en el lenguaje verbal.

* Recuérdese que la representación del BPS se excusó de la entrevista, por lo tanto no hay trazos en las celdas en que interviene.

Cuadro 5.3. Mapa de vínculos. Judesa Florida

	MSP	ASSE	PP	BPS	TMASSE	TMPP	TASSE	TPP	UASSE	UPP
MSP		↔ ↔	↔ ←	↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔
MSP		↔ ↔	↔	↔	↔ ↔	↔	↔	↔	↔ ↔	↔
MSP		↔	↔	↔	↔	↔	→→
ASSE	↔ ↔		↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔
ASSE	↔ ↔		↔	↔	↔ ↔	↔	↔	↔	↔ ↔	↔
ASSE	↔									
PP	→ ↔	↔ ↔		↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔→ ↔	↔
PP	↔	↔			↔				↔	—
PP	↔									
BPS	↔	←....	↔		↔	↔	↔	↔	↔	↔
BPS	↔	↔			↔				↔	—
BPS	↔									
TMASSE	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔		↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔
TMASSE	↔ ↔	↔ ↔	↔	↔		↔	↔	↔	↔ ↔	↔
TMASSE	↔									
TMPP	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔	↔ ↔		↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔
TMPP	↔	↔			↔				↔	—
TMPP	↔									
TASSE	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔	↔	↔ ↔		↔ ↔	↔ ↔	↔
TASSE	↔	↔			↔				↔	—
TASSE									
TPP	↔ ↔	↔ ↔	↔ →	↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔		↔ ↔	↔
TPP	↔	↔			↔				↔	—
TPP	←									
UASSE	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔
UASSE	↔ ↔	↔ ↔	↔	↔	↔ ↔	↔	↔	↔	↔	—
UASSE									
UPP	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔
UPP	— ↔	— ↔	—	—	↔	—	—	—	—	—
UPP	←....									
IDF→	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔	↔ ↔
IDF	←....	←....			↔	↔			↔	—
IDF	↔									

Referencias:	
Vínculo muy fuerte de ida y vuelta	↔ ↔
Vínculo muy fuerte de ida	→
Vínculo muy fuerte de vuelta	←
Vínculo fuerte de ida y vuelta	↔
Vínculo fuerte de ida	→
Vínculo fuerte de vuelta	←
Vínculo normal de ida y vuelta	↔
Vínculo normal de ida	→
Vínculo normal de vuelta	←
Vínculo débil de ida y vuelta	↔
Vínculo débil de ida	→
Vínculo débil de vuelta	←
Vínculo cortado de ida y vuelta	↔
Vínculo cortado de ida	→
Vínculo cortado de vuelta	←
Delta	Δ
No se ajustaron flechas	X

Recorrido y próximo capítulo

En este capítulo se presentaron datos, análisis, discusión, relativos a los objetivos: caracterizar a la Junta Departamental de Salud de Florida desde la mirada a lo político, lo histórico, lo organizativo y lo comunicacional; y a la observación de la producción de sentidos sobre la participación en salud en la Junta Departamental de Salud de Florida.

Se presentaron síntesis según las subcategorías definidas en el esquema general de la investigación, logradas a partir del análisis de las entrevistas realizadas a los integrantes de la Judesa Florida y de las actas de la organización para el período estudiado, recogidas en el Apéndice 3.

En el próximo capítulo se escribirán las conclusiones y recomendaciones de esta investigación.

Conclusiones

En la Judesa Florida se observó una fuerte identidad local expresada desde la perspectiva histórica en la organización de la atención a la salud, con énfasis en las acciones e innovaciones sostenidas en el tiempo con la incorporación o actualización de servicios y productos de salud. Se poseía una amplia trayectoria en materia de antecedentes de complementación de servicios entre prestadores de salud, superando las expectativas del propio SNIS donde el marco era la complementación entre ASSE y los prestadores privados integrantes del SNIS. Se observaron resistencias entre los usuarios de servicios públicos y privados desveladas con la implementación del FONASA y el efecto “corrimiento” de los usuarios del sector público hacia el sector privado, tal vez fundado en el origen de la creación de ASSE como prestador de baja calidad de atención.

Esa identidad local produjo sentidos en la dupla localidad-centralidad, que tensionó la relación entre el orden instituido y los instituyentes de la práctica de la participación en salud. La Judesa Florida sobrevivió en esa tensión, lo que le dio condiciones de sostenibilidad en el tiempo. No obstante, su capacidad de autonomía se puede ver afectada ya sea por el desacople del nivel institucional y la dependencia administrativo-financiera de otras estructuras para poder funcionar.

Una nueva seña de identidad local estuvo dada por una serie de dualidades presentes en el colectivo que se formó en torno a la Judesa Florida, dualidades que pudieron operar como facilitadores y obstaculizadores de la participación a la vez, fundamentalmente en el ejercicio de la representación de los trabajadores médicos.

Los vínculos de carácter primario entre los integrantes de la Judesa Florida, contruidos a través de relaciones de cercanía, fueron facilitadores y obstaculizadores a la vez de la participación, por el establecimiento de relaciones de confianza y seguridad.

Se observaron diversos mecanismos de designación de representantes, legítimos, no objetados por sus pares pero con falta de continuidad en el ejercicio de la representación en tanto devolución o rendición de cuentas a la organización de procedencia. Se trató de una representatividad limitada porque remitió directamente a la organización de procedencia y no a todo el universo posible dentro del departamento. Un sector de la población del departamento no estuvo en las expectativas de las representaciones, condición imputable más al diseño del sistema de salud que a la representatividad.

La Judesa Florida presentó una capacidad de incidencia latente. Esta incidencia pudiera haber trascendido el orden instituido de lo no vinculante con la incorporación de otros instrumentos que potenciaran la incidencia, como la difusión de sus actuaciones y decisiones. Un efecto inmediato es la no promoción de la participación en tanto la información es un requisito para ello. En este sentido se notó también la ausencia de la incorporación de la promoción de la participación en la agenda de la organización.

En la producción de sentidos sobre la participación en salud en la Judesa Florida concurren racionalidades diferentes: la del mandato legal, la de la eficacia y eficiencia, la del derecho a estar, la de caudillo y la altruista. La fortaleza política del espacio por la concurrencia de racionalidades diferentes fue de alguna manera obturada por la persistencia de modelos tradicionales de participación con base en la interacción individual: las racionalidades del bien

común y de caudillo concurrían con las otras racionalidades del espacio de la Judesa Florida, pero fuera de él, descentrando el punto de encuentro.

El consenso fue el mecanismo por exclusividad en lo político. El rol del espacio fue predominantemente informativo y percibido por los representantes como espacio en crecimiento.

La autonomía organizativa fue sostenida por un fuerte liderazgo de la presidencia, alto poder de convocatoria y tratamiento metódico de la organización de las sesiones. La organización pudo funcionar con regularidad y normalidad más allá del orden instituido. La organización, cerrada en sus fronteras, fue dinámica en su interior, los instituyentes locales configuraron acercamientos entre representaciones que interpelaron el diseño instituido en la norma, que por otra parte no podría haber dado cuenta de esos movimientos siendo una norma de aspiración universal pensada desde la centralidad.

Se observaron dificultades para la comunicación política institucional en línea ascendente, lo que remite a la necesidad de establecer procedimientos claros y oportunos; comunicación externa débil pero de alta potencialidad. En materia de comunicación interna, se notó codificación endógena, operativa en lo local, pero ruidosa para el observador externo. La comunicación de la organización a su interna fue fluida con polaridades: polos muy expresivos y polos poco expresivos.

Recomendaciones

Cualquier normativa sobre los espacios de participación en salud debiera recoger en su espíritu, de algún modo, la complejidad en los procesos históricos de conformación y vida de las organizaciones de donde emergen los representantes, así como los procesos, reglamentos y formas de

funcionamiento de los que ya disponen. Especialmente estos procesos y sus correlatos y dinámica locales debieran dar lugar a estudios específicos.

Como fenómeno complejo y en el entendido que el campo de la salud y el derecho a la protección a la salud que tienen todas las personas, va mucho más allá del tratamiento de la enfermedad y la atención, la promoción de una participación en salud de calidad implica reconocer la necesidad de intervención de profesionales de otras áreas de la salud, como la psicología social o la psicología de las organizaciones, y de disciplinas del área social, como la sociología, la ciencia política, la antropología y la comunicación, para entrenar a todos los representantes en herramientas para el diseño y desarrollo de políticas de salud y funcionamiento organizacional. Incluso podría considerarse esa incorporación en carácter de facilitadores de los procesos de instalación y funcionamiento para que el espacio desarrolle sus potencialidades como lugar de trabajo y trascienda lo estrictamente informativo.

En consonancia con lo anterior ¿mejoraría la calidad de la participación en salud de espacios institucionalizados como el de la Judesa Florida, si se centraran los esfuerzos solamente en el fortalecimiento de las capacidades políticas y estratégicas de las organizaciones de usuarios?

No se podría cerrar esta sección de Recomendaciones sin mencionar que la comunicación de las organizaciones conocidas como innovaciones democráticas, como el caso de la Judesa Florida, es un campo abierto a nuevos estudios.

Referencias Bibliográficas

Capítulo 1

1. Instituto Nacional de Estadística. Uruguay en cifras 2014 [acceso 31 de diciembre de 2015]. Disponible en:
http://ine.gub.uy/documents/10181/39317/Uruguay_en_cifras_2014.pdf/ac28208-4670-4e96-b8c1-b2abb93b5b13
2. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2011 (Uruguay). [acceso 5 mayo de 2014]. Disponible en:
<http://www.ine.gub.uy/censos2011/index.html>
3. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos del Uruguay. Período 1996-2025 [acceso 14 mayo de 2014]. Disponible en:
<http://www.ine.gub.uy/socio-demograficos/demograficos2008.asp>
4. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, División Epidemiología, Unidad de Información Nacional en Salud. Programa de Salud de la Niñez (Uruguay). Mortalidad Infantil Uruguay 2012 [acceso 9 julio de 2014]. Disponible en:
file:///C:/Users/Sandra/Downloads/Informe_Mortalidad_infantil_2012%255b1%255d.pdf
5. Giachetto G. Mortalidad infantil bajó de 20.2 por cada 1.000 nacidos vivos en 1993 a 8.8 en 2013 [acceso 4 de julio 2014]. Disponible en:
<http://www.msp.gub.uy/noticia/mortalidad-infantil-baj%C3%B3-de-202-por-cada-1000-nacidos-vivos-en-1993-88-en-2013>
6. Instituto Nacional de Estadística. Uruguay en Cifras 2014. Cuentas Nacionales [acceso 31 de diciembre de 2015]. Disponible en:
http://ine.gub.uy/documents/10181/39317/Uruguay_en_cifras_2014.pdf/ac28208-4670-4e96-b8c1-b2abb93b5b13
7. Olesker D. Uruguay distribuye mejor y lidera baja de desempleo, pobreza e indigencia [entrevista]. Montevideo: Secretaría de

- Comunicación de Presidencia de la República; 2014 [acceso 14 mayo de 2014]. Disponible en:
<http://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/uruguay-distribuye-mejor-lidera-desempleo-pobreza-indigencia>
8. Ministerio de Desarrollo Social. Observatorio Social. Evolución porcentual de la pobreza en personas según departamento, total país (Uruguay). [acceso 28 de julio de 2014]. Disponible en:
observatoriosocial.mides.gub.uy/portalMides/
 9. Ministerio de Desarrollo Social. Observatorio Social. Evolución porcentual de la indigencia en personas, total país (Uruguay). [acceso 28 de julio de 2014]. Disponible en:
observatoriosocial.mides.gub.uy/portalMides/
 10. Ministerio de Desarrollo Social, Presidencia de la República Oriental del Uruguay, Secretaría de Derechos Humanos (Uruguay). Revisión de Indicadores Básicos de Desarrollo Social. 2006-2013. Montevideo: MIDES; 2014
 11. Se determina un nuevo régimen para la descentralización en materia departamental y local y participación ciudadana. Ley N°18.567 (13 de setiembre, 2009). [acceso 13 mayo de 2014]. Disponible en:
http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/leyes/2009/09/CM831.pdf
 12. Modificación de la Ley N°18.567 sobre descentralización territorial y participación ciudadana. Ley N°18.644 (12 de febrero, 2010). [acceso 13 mayo de 2014]. Disponible en:
http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/leyes/2010/02/CM909.pdf
 13. Creación de municipios. Ley N° 18.653 (15 de marzo, 2010). [acceso 13 mayo de 2014]. Disponible en:
<http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/leyes/2010/03/CM3.pdf>
 14. Reglamentación de la Ley N°19.172 por la que se establece el marco jurídico aplicable dirigido al control y regulación por parte del estado de la importación, exportación, plantación, cultivo, cosecha, producción,

- adquisición, almacenamiento, comercialización, distribución y uso de la marihuana y sus derivados. Dec. N°120/014 (6 de mayo, 2014). [acceso 23 de agosto de 2014]. Disponible en:
http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2014/05/cons_min_847.pdf
15. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2011 (Uruguay). [acceso 5 mayo de 2014]. Disponible en:
<http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/florida.html>
 16. Brescia A. Presentación organización de la salud en Florida. En: Sesión Conjunta Junta Nacional de Salud-Junta Departamental de Salud de Florida; Florida, Uruguay; 31 agosto 2012. En proceso 2012.
 17. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos del departamento de Florida [acceso 14 mayo de 2014]. Disponible en:
<http://www.ine.gub.uy/socio-demograficos/demograficos2008.asp>
 18. Ministerio de Desarrollo Social (Uruguay). Agenda Estratégica. Hacia un plan de Desarrollo Social Departamental. 2013-2015. Florida. Montevideo: MIDES; 2014.
 19. Ministerio de Desarrollo Social, Presidencia de la República Oriental del Uruguay, Secretaría de Derechos Humanos (Uruguay). Revisión de Indicadores Básicos de Desarrollo Social. 2006-2013. Florida [acceso 30 de octubre de 2014]. Disponible en:
<http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/31593/1/8-florida.pdf>

Capítulo 2

20. Müller Neto JS, Artmann E. Los discursos sobre el papel y la representatividad de las conferencias de salud municipal. Rev. Salud Pública, vol.30 no.1 ene Río Janeiro, 2014. [acceso 20 de mayo de 2015]. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00136012>
21. Lenita Águeda, Wendhausen P. Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso. Rev. Esp. Salud

- Publica [revista en la Internet]. Diciembre 2006 [acceso 2 mayo 2014]; 80(6): 697-704. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000600009&Ing=es.
22. Fleury S. Reforma sanitaria brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência&SaúdeColetiva* [Revistas en Internet] Mayo 2009 [acceso 9 de setiembre de 2014];14(3):743-52. Portugués. Disponible en: SCOPUS. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010&Ing=pt.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>.
23. Fanton Ribeiro da Silva H, Franca Junior I. Limites e possibilidades de fortalecimento da participacao social nasaúde pela radiocomunicaocomunitária. En: XI Congreso Latinoamericanoca de Investigadores de la Comunicaión; Montevideo; 9-11 de mayo de 2012. Ponencias, GT5. Montevideo: Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIIC), Universidad de la República-Licenciatura en Ciencias de la Comunicación; 2012 [acceso 9 de setiembre de 2014]. Disponible en:
http://alaic2012.comunicacion.edu.uy/sites/default/files/gt5_fanton_hugo.pdf
24. Rodrigues dos Santos N. SUS, política pública de Estado: seudesenvolvimentoinstituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciênc. saúdecoletiva* [Revista en Internet]. Enero 2013 [acceso 9 de setiembre de 2014];18(1):273-280. Portugués. Disponible en: Base de datos Scopus.
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100028&Ing=pt.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>.
25. Bispo Júnior JP, Gerschman S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos

- conselhos de saúde. Português. Ciênc. saúde coletiva [revista en Internet]. Enero 2013, [acceso 30 abril de 2014]; 18(1): 7-16. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100002&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100002>.
26. Müller Neto JS, Artmann E. Política, gestão e participação em Saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. Ciênc. saúde coletiva [Revista en Internet]. Diciembre 2012 [acceso 9 de setiembre de 2015]; 17(12): 3407-16. Português. Disponible en: Base de datos Scopus. http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200025&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200025>.
27. Müller Neto JS, Artmann E. Políticas, gestión y participación en salud: el pensamiento anclado en la teoría de la acción comunicativa de Habermas. Ciencia y Salud Pública [Revista en Internet]. Enero 2012 [acceso 9 de setiembre de 2015]; 17(12):3407-16. Español. Disponible: Base de datos Scopus.
28. Labra ME. Capital social y Consejos de Salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso? Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro 2002 [acceso 29 abril 2014]; 18(Supl): 47-55. Disponible en: Base de datos Scopus <http://www-scopus-com.proxy.timbo.org.uy:443/r>
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13792.pdf>
29. Grisotti M, Zuleica Mary P, da Silva A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. Ciênc. Saúde Coletiva [Revista en Internet]. Mayo 2010 [acceso 9 de setiembre de 2015]; 15(3):831-40. Português. Disponible en: Base de datos Scopus http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300026&lng=pt.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300026>.

30. Bronfman M, Gleizer M. Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. *Cad.SaúdePúbl.* [revista on-line] 1994 enero-marzo. [acceso 30 de marzo de 2012]; 10(1): 111-122. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v10n1/v10n1a12.pdf>
31. Gerschman S. ConselhosMunicipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. Portugués. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Noviembre-Diciembre 2004 [acceso 29 abril 2014]; 20(6):1670-81. Disponible en: Base de datos Scopus <http://www-scopus-com.proxy.timbo.org.uy:443/>
32. Machado de Melo, E. La acción comunicativa, la democracia y la salud. *Revista Ciencia y Salud Pública*. Supl.0, v.10, Set-Dic 2005 Río de Janeiro.
33. Delgado Gallego ME, Vázquez Navarrete L. Barreras y oportunidades para la participación en salud en Colombia: percepciones de los actores principales. *Revista de Salud Pública*. 2006 [acceso 30 abril 2014]; 8(2): 128-40. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8n2/v8n2a01.pdf>
34. Salas-Zapata W, Ríos-Osorio L, Gómez-Arias RB, Álvarez-Del Castillo X. Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos. (Español). *Pan American Journal of Public Health* [serie en Internet]. Julio 2012 [acceso 2 mayo de 2014]; 32(1): 77-81. Disponible en: Base de datos AcademicSearch Complete. Disponible en: <http://eds.a.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/>
35. Delgado Gallego M, Vázquez Navarrete M, Zapata Bermúdez Y, Hernán García M. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia: Una mirada cualitativa. Inglés. *Rev. Esp. Salud Publica* [revista on-line]. 2005 noviembre-diciembre. [acceso 26 de marzo de 2012]; 79(6): 697-707. Disponible en:

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000600009&Ing=es.
36. Delgado Gallego ME, Vázquez ML. Percepciones de usuarios y líderes comunitarios sobre su capacidad de influenciar en la calidad de los servicios de salud: un estudio de casos de Colombia y Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Enero 2009; 25(1):169-178. [acceso 2 mayo de 2014]. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n1/18.pdf>
 37. Méndez CA, Vanegas López JJ. La participación social en salud: el desafío de Chile. *Rev. Panam Salud Pública* [revista en Internet]. Febrero 2010 [acceso 30 abril 2015]; 27(2):144-48. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010000200009&Ing=es. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892010000200009>.
 38. Garretón MA, Cruz MA, Aguirre F. La experiencia de los consejos asesores presidenciales en Chile y la construcción de los problemas públicos. Disponible: www.scielo.org.mx/pdf [acceso 3 de mayo de 2015].
 39. Delgado Gallego ME, Vázquez ML. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. *Rev. Esp. Salud Publica* [revista on-line]. 2005 noviembre-diciembre. [acceso 26 de marzo de 2012]; 79(6): 697-707. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000600009&Ing=es.
 40. Sosa Lorenzo I, Lefèvre P, Guerra Chang M, FerrerFerrer L, Rodríguez Salvá A, Herrera Travieso D, De Vos P, BonetGorbea M, Van Der Stuyft P. Empoderamiento comunitario en salud en tres municipios cubanos [Community empowerment within health in three cuban municipalities]. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Abril 2013 [acceso 30

- abril 2014]; 29(2): 184-91. Disponible en: Base de datos Scopus.
http://www-scopus-com.proxy.timbo.org.uy:443/http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0864-21252013000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=es
41. Sosa Lorenzo I, Rodríguez Salvá A, Álvarez Pérez A, Bonet Gorbea M. Intersectorialidad y participación en la planificación, implementación y evaluación de intervenciones de salud en Cuba. *Medisan*. 2013 [acceso 30 abril 2014]; 17(4):650. Disponible: Base de datos Scopus.
42. Romero Uzcátegui Y, Ramírez Romero E, Sánchez Escalante CJ. La participación comunitaria en la construcción de un modelo de salud contrahegemónico. *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura [revista on-line]* 2010 julio-diciembre. [acceso 26 de marzo de 2012]; XVI(2):135-153. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=36418856007>
43. Gurza Lavalle A, Isunza Vera E. Precisiones conceptuales para el debate contemporáneo sobre la innovación democrática: participación, controles sociales y representación. 2009 [acceso 19 de agosto 2015] Disponible en:
https://www.academia.edu/2498976/Precisiones_conceptuales_para_el_debate_contempor%C3%A2neo_sobre_la_innovaci%C3%B3n_democr%C3%A1tica_participaci%C3%B3n_controles_sociales_y_representaci%C3%B3n
44. Pogrebinschi T. Participación como representación: generación democrática de políticas públicas en Brasil. En: Cameron MA, Hershberg E, Sharpe KE, editores. *Nuevas instituciones de democracia participativa en América Latina: la voz y sus consecuencias*. México: FLACSO Sede México; 2012. p. 77-104
45. Rudolf S, Bagnato MJ, Güida C, Rodríguez AC, Ramos F, Suárez Z et al. *Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud. Una mirada desde la psicología*. 1° ed. Montevideo: Editorial Fin de Siglo; 2009 ISBN 978 9974494619

46. Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2009. p.12-27.
47. Fernández Galeano M, Levcovitz E, Olesker, D, coordinadores. Economía Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay. Montevideo: OPS; 2015.
48. Muñiz S. La participación social no es un invento uruguayo [entrevista]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2014 [acceso 16 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/noticia/la-participaci%C3%B3n-social-no-es-un-invento-uruguayo-expres%C3%B3-la-ministra-en-el-8vo_encuentro
49. Ministerio de Salud Pública, Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud (Uruguay). Fondo concursable para la promoción de la participación en social en salud. Términos de referencia. [acceso 13 mayo de 2014] Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/TDR%20FONDOS%20CONCURSABLE.pdf
50. Ministerio de Salud Pública. FUSI [acceso 15 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/programas/direcci%C3%B3n-general-de-secretar%C3%ADa/ppent>
51. Agencia para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC). Plan de Acción Nacional sobre Gobierno Abierto 2014-2016. [acceso 15 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.agesic.gub.uy/innovaportal/v/4782/1/agesic/seguimiento-del-plan-de-accion-de-gobierno-abierto.html?idPadre=4046>
52. Etkin J, Schvarstein L. Identidad de las organizaciones. Invariancia y cambio. 2ª reimpresión. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1994.

53. Nisivoccia, G. Organizaciones, conflicto y negociación. Material de apoyo curso Fortalecimiento de las capacidades para la participación social en salud. Montevideo: Intendencia de Montevideo; 2011.
54. Rizo García M. Imaginarios sobre la comunicación. Algunas certezas y muchas incertidumbres en torno a los estudios de comunicación, hoy. Barcelona: Instituto de la Comunicación, Universidad Autónoma de Barcelona; 2012. [acceso 25 mayo de 2014] Disponible en: http://incom.uab.cat/download/eBook_2_InComUAB_MRizo.pdf
55. González Ortuya P, Etchebarne L, BozzoLafranchi E, Garay Albarracín M. Cómo se estructura y organiza la atención a la salud de nuestra población. En: González Ortuya P et al. Programación participativa en salud comunitaria. PROPAS. Montevideo: Universidad de la República, Comisión Sectorial de Educación Permanente; 2005. p.31-42.
56. Oreggioni I. El camino hacia la cobertura universal en Uruguay: cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud. En: Fernández Galeano M, Levcovitz E, Olesker, D, coordinadores. Economía Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay. Montevideo: OPS; 2015. p.47-85.
57. Clavell E, Rodríguez Araújo M. La participación social en el Sistema Nacional Integrado de salud: opciones y debates. En: Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2009. p.118-39.
58. Ley Orgánica de Salud Pública, Ley N° 9.202 (12 de enero, 1934). [acceso 24 de abril de 2014]. Disponible en: www.msp.gub.uy/sites/default/files/Ley%209.202%20Organica%20de%20Salud%20Publica.pdf
59. Constitución de la República Oriental del Uruguay.[acceso 30 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.rau.edu.uy/uruguay/>

60. Olesker D, Oreggioni I, Setaro M. La reforma de la salud: una síntesis final. En: Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2009. p.166-72.
61. Se establecen nuevas normas para la asistencia médica colectiva y privada, Ley N°15.181 (21 de agosto, 1981). Publicada D.O., N°2106 (12-09-1981).
62. Sistema Nacional Integrado de Salud. Mensajes y Proyecto de ley (28 de febrero, 2007). [acceso 7 mayo de 2014]. Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/_Web/proyectos/2007/03/S276_15%2009%202006_00001.PDF
63. Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación, Ley N° 18.211 (5 de diciembre, 2007). Publicada D.O., N° 27384 (13-12-2007). [acceso 10 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.presidencia.gub.uy>
64. Administración de los Servicios de Salud del Estado se crea como servicio descentralizado, Ley N° 18.161 (29 de julio, 2007). Publicada D.O., N° 27295 (08-08-2007). [acceso 10 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.presidencia.gub.uy>
65. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. URSS; 6-12 de setiembre de 1978 [acceso 24 de setiembre de 2012]. Disponible en: <http://www.paho.org>
66. Cunill-Grau N. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. Español. Gestión y Política Pública [serie en Internet]. Enero 2014 [consulta 30 abril de 2014]; 23(1): 5-46. Disponible en: Base de datos AcademicSearch Complete. <http://eds.b.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/>
67. Cunill-Grau N. Repensando lo público a través de la sociedade. Nuevas formas de gestión pública y representación social. Venezuela: CLAD y Nueva Sociedad; 1997.

68. Rofman A. Participación de la sociedad civil en políticas públicas: una tipología de mecanismos institucionales participativos [ponencia]. VI Conferencia Regional de ISTR para América Latina y el Caribe; 2007 8-11 noviembre; Salvador de Bahía, Brasil [acceso 19 de agosto de 2015]. Disponible en: www.periodicos.adm.ufba.br/index.php/cgs/article/download/9/6
69. Hevia FJ, Isunza Vera E. Participación acotada: consejos consultivos e incidencia en políticas públicas en el ámbito federal mexicano. En: Cameron MA, Hershberg E, Sharpe KE, editores. Nuevas instituciones de democracia participativa en América Latina: la voz y sus consecuencias. México: FLACSO Sede México; 2012. p. 105-136.
70. Fung A. Varieties of Participation in Complex Governance. Inglés. [acceso 20 de enero de 2015] Disponible: www.archonfung.net/paper
71. Rogers EM, Agarwala-Rogers R. La comunicación en las organizaciones. México D.F.: McGraw-Hill; 1980.
72. Restrepo J M. Comunicación para la dinámica organizacional. Rev. Signo y Pensamiento. Universidad Javeriana. Facultad de Comunicación y Lenguaje. 1995; 26(XIV): 91-96
73. Ganhao, MT. Las metáforas organizacionales. Universidad de Lisboa. [acceso 3 de marzo de 2015]. Disponible: <http://www.raco.cat/index.php/papers/article/viewFile/25443/61214>
74. Kaplun, G. Las metáforas de la organización. [acceso 13 de marzo de 2015]. Disponible: <http://datateca.unad.edu.co/contenidos/210112/210112-2013-01/>
75. Saforcada E, De Lellis M, Mozobancyk S. Salud Pública: perspectiva holística, psicología y paradigmas. En : Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano. 1ªed. Buenos Aires: Paidós Tramas Sociales 59; 2010, p.19-42.

Capítulo 3

76. Parada Lezcano M. Metodología cualitativa de investigación científica. Valparaíso (Chile): Universidad de Valparaíso; 2011.
77. Vasilachis de Gialdino, I, coordinadora. Estrategias de investigación cualitativa. 1era. ed. Barcelona: Editorial Gedisa; 2006
78. Valles MS. El reto de la calidad en la investigación social cualitativa: de la retórica a los planteamientos de fondo y las propuestas técnicas. Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas 2005: 91-114 [acceso 12 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99715250003>.
79. Pineda EB, de Alvarado EL, de Canales FH. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2da. ed. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 1994.
80. Quivy R, Campenhoudt L van. Manual de investigación en Ciencias Sociales. 1era. ed. México: Editorial Limusa S.A. de C.V, Grupo Noriega Editores; 1992.

Capítulo 4

81. Rodríguez Araújo, M. Democratización de la gestión pública en el gobierno del Frente Amplio El caso de la participación social en la Reforma del Sector Salud [tesis de grado]. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Ciencia Política. En proceso 2014.
82. Muñiz S. Muñiz aseguró que se mejorará la ley de representación de los trabajadores en ASSE [entrevista]. Montevideo: Secretaría de Comunicación de Presidencia de la República; 2014 [acceso 25 de julio de 2014]. Disponible en:

[http://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/cons
ejo-ministros-muniz-asse-representacion-social-trabajadores](http://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/cons
ejo-ministros-muniz-asse-representacion-social-trabajadores)

83. Secretariado Ejecutivo del PIT-CNT [comunicado] [acceso 25 de julio de 2014]. Disponible en:

<http://www.espectador.com/documentos/AlfredoSilva.pdf>

84. Administración de los Servicios de Salud del Estado. ASSE a la opinión pública [comunicado] [acceso 25 de julio de 2014]. Disponible en:

<http://www.asse.com.uy/uc72901.html>

Sitios web

Presidencia de la República Oriental del Uruguay [Internet]. Montevideo: Presidencia de la República; 2014. Marco Normativo. Disponible en: <http://www.presidencia.gub.uy>

Ministerio de Salud Pública (Uruguay) [Internet]. Montevideo: MSP; 2014. Disponible en: <http://msp.gub.uy>

Instituto Nacional de Estadística. www.ine.gub.uy

Intendencia de Florida. <http://www.florida.gub.uy/>

Administración de los Servicios de Salud del Estado (Uruguay) [Internet]. Montevideo: ASSE, 2012. Disponible en: <http://www.asse.com.uy>

Cooperativa Médica de Florida. (Uruguay) [Internet]. Florida: COMEF; 2014. Disponible en: <http://www.comef.com>

International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) [Internet]. Estados Unidos: ICMJE, 2013. Disponible en: <http://www.icmje.org>

Bases de datos

Portal Timbó. Trama Interinstitucional y Multidisciplinaria de Bibliografías Online. Disponible en: <http://www.timbo.org.uy/>

JSTOR, EBSCO, Springer, Scopus, Red Scielo

Bibliografía consultada

Abarca, H. Los procesos participativos en la gestión de la salud desde los servicios de salud de Chile: algunos retos al cabo de las experiencias. En: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Participación social en salud: reflexiones y herramientas para la acción en Chile. Manual elaborado por los/as alumnos/as del Master en Gestión Participativa y Comunidades Saludables de la UCM y el CIMAS-Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible. Chile: MINSAL; 2009, p. 32-40 [Consultado 3 de enero de 2013] Disponible en: http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/m_MINSAL_MANUALdeSALUD.pdf

Andrews R. Exploring the Impact of Community and Organizational Social Capital on Government Performance: Evidence from England. (Inglés). Political Research Quarterly, Diciembre 2011.64(4): 938-949. Utah: Sage Publications, Inc. University of Utah. [consulta 28 abril 2014] Disponible en: Base de datos JSTOR. <http://www.jstor.org/stable/23056358>

Araújo AM. Coordinadora. Montevideanos: distancias visibles e invisibles. (Hábitus psico-socio.culturales de la sociedad Montevideana). Montevideo: Editorial Roca Viva; 1997

Arzaluz Solano S. La institucionalización de la participación ciudadana en municipios mexicanos. (Español). Gestión y Política Pública [serie en Internet]. Enero 2013 [consulta 2 mayo de 2014]; 22(1): 161-202. Disponible en: Base de datos Academic Search Complete <http://eds.a.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/>

Aubry M, Recabarren L. Informe Especial. Participación social y ciudadana. Chile: Instituto Libertad. Ideas para Chile; 2005. [acceso 24 de agosto de 2015]. Disponible en: https://www.academia.edu/8520308/VOL._XVI_No_135_ISSN_0717-7933_MAYO_DE_2005_Participaci%C3%B3n_social_y_ciudadana

Barnes M, Schattan Coelho V. Social participation in health in Brazil and England: inclusion, representation and authority. (Inglés). Health Expectations, Setiembre 2009

[consulta 25 abril de 2014]; 12(3): 226-36. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1369-7625.2009.00563.x/abstract;jsessionid=B7379501DFBAA0BF446CEB729B430A0D.f02t04>

Beltrán LR. Comunicación para la salud del pueblo. Una revisión de conceptos básicos. (Español). Estudios Sobre las Culturas Contemporáneas. [serie en Internet]. Junio 2010 [consulta 2 mayo de 2014]; 16(31): 17-65. Disponible en: Base de datos AcademicSearch Complete.<http://eds.a.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/>

Benia, W. Construyendo una red continente. Primer nivel en el cambio de modelo de atención. En: Administración de los Servicios de Salud del Estado. Jornadas de Atención Primaria de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel "Creciendo en Salud". 11-13 setiembre 2008. Montevideo: RAP-ASSE; 2009, p. 13-35.

Benia W, Medina G. Construcción de una red continente. APS y primer nivel de atención en Montevideo. Uruguay 2005-2009. En: Levcovitz E, Antoniol G, Sánchez D, Fernández Galeano M. Ed. Atención Primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo: OPS; 2011, p. 99-132.

Blumer H. El interaccionismo simbólico: perspectiva y método. Barcelona: Hora S.A.; 1981.

Borja, J. Gobiernos locales, políticas públicas y participación ciudadana. En: Revista Aportes para el Estado y la Administración Gubernamental, N°19. Secretaría de Gabinete y Coordinación Administrativa, Jefatura de Gabinete de Ministros. Presidencia de la Nación. [acceso 27 de setiembre de 2012] Disponible en:http://www.asociacionag.org.ar/pdfaportes/19/a19_03.pdf

Borja, J. Descentralización y participación ciudadana. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública; 1987.

Bourdieu P. El sentido práctico. Madrid: Taurus Ediciones; 1991. ISBN 84-306-0128-7. Versión castellana de Álvaro Pazos, revisada por Marie-José Devillard.

Bourdieu P. Structures, Habitus, Power: Basis for a Theory of Symbolic Power. En: Dirks N, Eley G, Ortner S. eds. Culture, Power, History: a reader in contemporary social theory..New Jersey: Princeton UniversityPress; 1994. p. 155-199.

Carta Iberoamericana de Participación Ciudadana en la Gestión Pública. XI Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado; 2009 junio 25-26; Lisboa, Portugal. [acceso 19 de agosto de 2015]. Disponible en:<http://old.clad.org/documentos/declaraciones/carta-iberoamericana-de-participacion-ciudadana/view>

Carvajales S, Coitiño A, Maiuri AL, Martínez M, Pereyra N, Rodríguez A et al. Fortalecimiento de la rectoría a través del rol de las JUDESAS. En: Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud, Universidad de la República, Banco de Previsión Social (Uruguay). Escuela de Gobierno de Salud Pública. “Módulo Básico en Sistemas y Servicios de Salud y Protección Social Universal”. Trabajos finales Edición 2013. Edición 2014. Montevideo: OMS/OPS; 2015 [acceso 13 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=928:presentacion-de-los-trabajos-finales-de-la-escuela-de-gobierno-en-salud-publica&Itemid=311

Day RA., Gastel B. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. 4a. ed. Washington, D.C: OPS; 2008.

Díaz R, Guber R, Sorter M, Visacovsky S. La producción de sentido: un aspecto de la construcción de las relaciones sociales. Revista Nueva Antropología. Universidad Nacional Autónoma de México [revista on-line]. 1986 diciembre. [Consultado 24 de diciembre de 2012]; IX(031):103-126. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=15903105>

Eco U. Cinco escritos morales. 1era.ed. Barcelona: Litografía Rosés S.A; 2004.

Fernández Galeano, M. Reforma y participación: una prioridad para la agenda de las políticas publicas en salud. En: Rudolf S, Bagnato MJ, Güida C, Rodríguez AC, Ramos F, Suárez Z et al. Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud. Una mirada desde la psicología. 1° ed. Montevideo: Editorial Fin de Siglo; 2009.

Franco SC, Hernaez AM. Capital social e qualidade da atenção à saúde:as experiências do Brasil e da Catalunha. (Portugués).Ciencia e Saude Coletiva [Internet]. Julio 2013 [acceso 28 abril 2014]; 18(7): 1871-80. Disponible en: Base de datos Scopus <http://www-scopus-com.proxy.timbo.org.uy:443/>
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/02.pdf>

Fréitas M. Participation and the Construction of Sustainable Societies From Rhetorical and Passive Participation to Emancipative Democratic Dynamics.(Inglés). En:Mendonca A et al. (compiladores). Natural Resources, Sustainability and Humanity. 2012 [acceso 25 abril 2014] Disponible en: Base de datos Springer.

Gérvas J, Pérez Fernández M. Organización de la atención primaria en otros países del mundo. En: Gusso G, Lopez JMC (coordinadores). Tratado de Medicina de Familia e Comunidade. Porto Alegre: Artemed; 2011. p.42.51 [acceso 11 de noviembre de 2012] Disponible en: <http://www.equipoesca.org/wp-content/uploads/2012/02/Brasil-SBMFC-libro-otros-pa%C3%ADses-2011.pdf>

Gérvas J, Pérez Fernández M, Palomo Cobos L, Pastor Sánchez R. Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto / error. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo; 2005. [acceso 11 de noviembre de 2012] Disponible en: <http://www.equipoesca.org/wp-content/uploads/2010/08/20-anos-de-reforma-de-la-ap-en-espana.pdf>

Gérvas J, Pérez Fernández M. Una atención primaria fuerte en Brasil. Informe sobre Cómo fortalecer los aciertos y corregir las fragilidades de la estrategia de salud de la familia. [acceso 11 de noviembre de 2012] Disponible en:
<http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2011/08/brasil-relatorio-2-final-agosto-2011.pdf>

Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S (comps). Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Río de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS); 2012.

Goffman, E. La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires; Amorrortu editores; 1990.

Gradin V, Picasso F, Rieiro Anabel. Participación Ciudadana y Acción Colectiva. Reflexiones sobre las políticas institucionales y los sujetos colectivos a partir del estudio de tres casos. En: Ministerio de Desarrollo Social (Uruguay). Vulnerabilidad y exclusión. Aportes para las políticas sociales. Montevideo: MIDES; 2013. Uruguay Social v.5. p.35-53.

Gumucio Dagron A. Playing with Fire: Power, Participation, and Communication for Development. (Inglés). *Development in Practice*. Junio 2009; 19(4/5): 453-65. Published by: Taylor & Francis, Ltd. on behalf of Oxfam GB. [consulta 28 abril 2014]. Disponible en: Base de datos JSTOR <http://www.jstor.org/stable/27752086>

Habermas J. *Théorie de la communication*. París: Fayard; 1987.

Kliksberg B. Seis tesis no convencionales sobre participación. Buenos Aires: Centro de Documentación en Políticas Sociales, Documentos/18, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; 1999

Landau M. Cuestión de ciudadanía, autoridad estatal y participación ciudadana. *Revista Mexicana de Sociología* (Universidad Nacional Autónoma de México). Enero-

Marzo 2008; 70(1): 7-45. [acceso 25 abril 2014]. Disponible en: JSTOR
<http://www.jstor.org/stable/20454322>

Lapassade, G. Grupos, organizaciones e instituciones. Barcelona: Granica Editor S.A.; 1977

Levcovitz E, Antoniol G, Sánchez D, Fernández Galeano M. Ed. Atención Primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo: OPS; 2011. ISBN: 978-927533264-1

Lissidini A. Democracia directa en Uruguay y en Venezuela: nuevas voces, antiguos procesos. En: Cameron MA, Hershberg E, Sharpe KE, editores. Nuevas instituciones de democracia participativa en América Latina: la voz y sus consecuencias. México: FLACSO Sede México; 2012. p. 235-272.

Lorenzo I, Rodríguez Salvá A, Álvarez Pérez A, Bonet Gorbea M. Intersectorialidad y participación en la planificación, implementación y evaluación de intervenciones de salud en Cuba. (Español). Medisan [serie en Internet]. Abril 2013 [acceso 2 mayo de 2014]; 17(4): 650-60. Disponible en: Base de datos AcademicSearch Complete. <http://eds.a.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/>

Melo E. Ação comunicativa, democracia e saúde. Ciênc. saúde coletiva [revista en Internet]. Diciembre 2005 [consulta 20 abril 2014]; 10(Suppl): 167-178. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500019&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500019>.

Mattelart A, Mattelart M. Historia de las teorías de la comunicación. 1ºed. Barcelona: Paidós; 1997.

Mendes de Abreu M, Battisti R, Samhan Martins R, Dias Baumgratz T, Cuziol M. Shared decision making in Brazil: history and current discussion. (Inglés)

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ). 2011;105: 240–44. [consulta 25 abril 2014] Disponible en: Base de datos ScienceDirect <http://www.sciencedirect.com>
<http://ac.els-cdn.com.proxy.timbo.org.uy:443/>

Menéndez EL. El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. *Desarrollo Económico*. Enero-Marzo 1985; 24(96): 593-604. Published by: Instituto de Desarrollo Económico y Social. [consulta 25 abril 2014]. Disponibel en: Base de datos JSTOR. <http://www.jstor.org/stable/3466923>

Ministerio de Salud Pública, Junta Nacional de Salud (Uruguay). Rendición de Cuentas Ejercicio 2013. En prensa. 2014

Ministerio de Salud Pública (Uruguay). Prestadores de salud del Uruguay. [consulta 27 mayo de 2014] Disponible en: <http://prestadoresdesalud.montevideo.net.uy/florida/>

Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales (Chile). Participación social en salud: reflexiones y herramientas para la acción en Chile. Manual elaborado por los/as alumnos/as del Master en Gestión Participativa y Comunidades Saludables de la UCM y el CIMAS-Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible. Chile: MINSAL; 2009. [Consultado 3 de enero de 2013] Disponible en: http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/m_MINSAL_MANUALdeSALUD.pdf

Mitchell A, Bossert TJ. Decentralisation, Governance and Health-System Performance: “Where you stand depends on where you sit”. (English). *Development Policy Review* [serie en Internet]. Noviembre 2010 [acceso 29 abril de 2014]; 28(6): 669-91. Disponible en: Base de datos Academic Search Complete. <http://eds.a.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/>

Montañés Serrano M. La producción de sentido. Cimas Cuadernos. Observatorio Internacional de ciudadanía y medio ambiente sostenible. [acceso 24 de diciembre de

2012] Disponible en: http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/m_MMontanes_LaPRODUC.pdf

Monteiro de Andrade LO, PellegriniFilho A, Solar O, Rígoli F, Malagon de Salazar L, Castell-Florit Serrate P, Gomes RibeiroK, Swift KollerT, Bravo Cruz FN, AtunR. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Universal Health coverage in Latin America* 3. *The Lancet* 16 de octubre de 2014 [acceso 29 de octubre de 2014]. Inglés. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61494-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61494-X)

Organización Panamericana de la Salud (OPS). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.: OPS; 2007. ISBN 92 75 32 699 1

Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. [acceso 27 de marzo de 2013] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 42° Consejo Directivo. 52° Sesión del Comité Regional. *Funciones esenciales de Salud Pública*; 2000 Set. 25-29; Washington D.C.; 2000.

Orozco G. *Desordenamientos educativos en el sistema comunicacional*. [acceso 3 de enero de 2013] Disponible en: http://www.uned.es/ntedu/asignatu/6_G_Orozco1.html

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. *Health in Brazil* 1. *The Brazilian health system: history, advances, and challenges*. Inglés. *Lancet* [serie en Internet] 2011 [consulta 28 abril 2014]; 377: 1178-97. Disponible en: <http://www.thelancet.com> <http://c.els-cdn.com.proxy.timbo.org.uy:443/>

Palopoli A, Pautasso MJ. Desafíos para la formulación de estrategias de comunicación en comunicación comunitaria y salud en ámbitos estatales. Estudio de caso. En: XIV Jornadas Nacionales de Investigadores en Comunicación. "Investigación y Participación para el Cambio Social". Universidad Nacional de Quilmes – Bernal; 2010. [acceso 5 de abril de 2012] Disponible en:
Red Nacional de Investigadores en Comunicación
http://www.redcomunicacion.org/memorias/p_jornadas_p.php?id=1176&idj=11

Pattie CJ, Johnston RJ. Conversation, Disagreement and Political. Inglés. PoliticalBehavior. Junio 2009 [consulta 28 abril 2014]; 31(2): 261-85. Disponible en: Base de datos JSTOR. <http://www.jstor.org/stable/40213347>

Pereira Colls, AC, Zambrano Vergara R, Hernández Flores M. Participación Social en Salud y Calidad de Vida. *Rev. Vzlna. de Soc. yAnt.* [revista on-line] 2002 setiembre. [acceso 4 de abril de 2012]; 12(35):567-585. Disponible en:
http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-306920020003000006&lng=es&nrm=iso. ISSN 0798-3069.

Ríos Ferreira G. El desarrollo de los recursos humanos: una función esencial de salud pública. En: Levcovitz E, Antonioli G, Sánchez D, Fernández Galeano M. Ed. Atención Primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo: OPS; 2011, p.85-97.

Rodrigo Alsina M. Teorías de la comunicación. Ámbitos, métodos y perspectivas. Valencia: Universitat de Valencia; Castelló de la Plana: Publicaciones de la Universitat Jaume I; Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona [on line] 2001 [acceso 2 de mayo de 2013] Disponible en:
<http://books.google.com.uy/books?id=FDcT54Jmr54C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

Romero Gorski, S. Lugares de producción de sentido en la frontera Rivera-Livramento. En: Universidad de la República. Facultad de Humanidades y Ciencias de la

Educación. Ediciones del quinto centenario: estudios antropológicos. Montevideo: Udelar, 1992, v.1 p.161-180.

Stiglitz, J. Participación y desarrollo: perspectivas desde el paradigma integral de desarrollo. Título original: Participation and Development: perspectives from the comprehensive development paradigm. Ponencia en la Conferencia "Democracia, Economía de Mercado y Desarrollo"; 1999 Febrero 26-27, Hotel Lotte, Corea del Sur.

Toth M, Mertens F, Rodrigues Makuchi MF. Novos espaços de participação social no contexto do Desenvolvimento sustentável – as contribuições da Educomunicação. Portugués. Ambiente & Sociedade (São Paulo). Mayo-Agosto 2012; XV(2):113-32. [acceso 25 abril 2014] Disponible en: Base de datos EBSCO.
<http://www.scielo.br/pdf/asoc/v15n2/07.pdf>

Villasana P. Comunicación y construcción de ciudadanía en el escenario de la salud: la experiencia de servicio vial 92.5 FM.. Comunidad y salud Enero-Junio 2011 9(1): 44-60. [acceso 2 mayo de 2014]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.ve/pdf/cs/v9n1/art07.pdf>

Watzlawick J, Beavin J, Jackson D. Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder; 1981.

Apéndices

Apéndice 1: Recopilación de las principales normas vinculadas a la Reforma de la Salud dictadas por el Poder Ejecutivo, presentadas en forma cronológica según su naturaleza jurídica (ley, decreto, resolución)* Período diciembre 2005- diciembre 2013

Leyes

1. Ley N°17.930 de 19 de diciembre de 2005. Presupuesto Nacional correspondiente al período 2005-2009. Por el Artículo 264 del Inciso 12 “Ministerio de Salud Pública”, se establece que el MSP implementará un Sistema Nacional Integrado de Salud “con el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal”. Por el Artículo 265 se señala que el Sistema Nacional Integrado de Salud será financiado por un Seguro Nacional de Salud.
2. Ley N°18.046 de 24 de octubre de 2006. Aprobación de la Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal correspondiente al Ejercicio 2005.
3. Ley N°18.131 de 18 de mayo de 2007. Creación del Fondo Nacional de Salud.
4. Ley N°18.161 de 29 de julio de 2007. Administración de los Servicios de Salud del Estado se crea como servicio descentralizado.

* En todos los casos, la fuente de donde se toma número y tipo de norma, fecha de aprobación y descripción, es el sitio oficial de la Presidencia de la República de Uruguay, www.presidencia.gub.uy, subsitio “Marco Normativo”. Se revisó lo publicado bajo los ítemes “Leyes”, “Decretos” y “Resoluciones” en el período diciembre 2005-diciembre 2013.

5. Ley N°18.172 de 30 de agosto de 2007. Aprobación de la Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal correspondiente al Ejercicio 2006.
6. Ley N°18.211 de 5 de diciembre de 2007. Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación.
7. Ley N°18.275 de 25 de abril de 2008. Retribuciones de los miembros del Directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.
8. Ley N°18.362 de 6 de octubre de 2008. Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal correspondiente al ejercicio 2007.
9. Ley N°18.407 de 24 de octubre de 2008. Regulación del funcionamiento del sistema cooperativo.
10. Ley N°18.335 de 15 de agosto de 2008. Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. Se establecen sus derechos y obligaciones.
11. Ley N°18.426 de 1 de diciembre de 2008. Se establecen normas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.
12. Ley N°18.440 de 24 de diciembre de 2008. Las cooperativas de profesionales de la salud deberán adecuar la integración y funcionamiento al régimen jurídico vigente para las cooperativas de trabajo.
13. Ley N°18.473 de 3 de abril de 2009. Toda persona mayor de edad y psíquicamente apta tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos.
14. Ley N°18.601 de 21 de setiembre de 2009. Aprobación de la Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal correspondiente al Ejercicio 2008.
15. Ley N°18.691 de 1 de octubre de 2010. Aprobación de la Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal correspondiente al Ejercicio 2009.
16. Ley N°18.719 de 27 de diciembre de 2010. Presupuesto Nacional para el período 2010-2014. Se crea la Dirección General del Sistema Nacional

- Integrado de Salud como Unidad Ejecutora 103 dentro del Inciso 12 Ministerio de Salud Pública.
17. Ley N°18.728 de 5 de enero de 2011. Se incorporan al Seguro Nacional de Salud los ex funcionarios jubilados de OSE.
 18. Ley N°18.731 de 7 de enero de 2011. Cronograma de incorporación de nuevos beneficiarios al Seguro Nacional de Salud.
 19. Ley N°18.732 de 7 de enero de 2011. Se establece que todos los afiliados a la Caja Notarial de Seguridad Social se incorporarán al Seguro Nacional de Salud a partir del 01/07/2011.
 20. Ley N°18.758 de 7 de junio de 2011. Prórroga por 120 días del plazo relativo al estado de emergencia sanitaria de la asistencia anestésico quirúrgica de la población usuaria de los servicios de salud del sector público.
 21. Ley N°18.834 de 4 de noviembre de 2011. Aprobación de la Rendición de Cuentas y Balance de la Ejecución Presupuestal correspondiente al Ejercicio 2010.
 22. Ley N°18.922 de 6 de julio de 2012. Se dispone la incorporación progresiva de nuevos colectivos al Seguro Nacional de Salud.
 23. Ley N°18.975 de 3 de octubre de 2012. Se extiende hasta el 31 de diciembre de 2012 el plazo previsto en el inciso primero del artículo 8° de la Ley N°18.440 del 24 de diciembre de 2008 y las exoneraciones fiscales establecidas en el inciso segundo del citado artículo referente a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
 24. Ley N°18.996 de 7 de noviembre de 2012. Se aprueba la Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal correspondiente al Ejercicio 2011.
 25. Ley N°18.987 de 22 de octubre de 2012. Ley de interrupción voluntaria del embarazo.

26. Ley N° 19.059 de 4 de abril de 2013. Se extiende hasta el 30 de marzo de 2013 exoneraciones fiscales a las instituciones de asistencia médica colectiva con forma de cooperativa.
27. Ley N° 19.070 de 18 de abril de 2013. Se sustituye el Artículo 1° de la Ley N° 19.059 del 4 de enero 2013 relacionado con la prórroga de las exoneraciones fiscales a las instituciones de asistencia médica colectiva.
28. Ley N° 19.140 de 11 de octubre de 2013. Se dictan normas para la promoción de hábitos alimenticios saludables en la población infantil y adolescente que asiste a establecimientos escolares y liceales.
29. Ley N° 19.149 de 24 de octubre de 2013. Se aprueba la Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal correspondiente al ejercicio 2012.
30. Ley N° 19.164 de 15 de noviembre de 2013. Se extiende hasta el 30 de diciembre de 2013 el plazo previsto en el inciso primero del Artículo 8° de la Ley N° 18.440 del 24 de diciembre de 2008, sobre exoneraciones fiscales a las instituciones de asistencia médica colectiva.
31. Ley N° 19.167 de 22 de noviembre de 2013. Se regulan las técnicas de reproducción humana asistida.

Decretos

1. Decreto N°133/005 de 11 de abril de 2005. Sistema Integrado de Salud. Consejo Consultivo. Creación. Integración
2. Decreto N°15/006 de 16 de enero de 2006. Actualización de las normas que reglamentan la actuación y procedimiento de la tramitación de peticiones, reclamaciones o consultas de los usuarios de servicios de salud.
3. Decreto N°265/006 de 7 de agosto de 2006. Aprobación del Formulario Terapéutico de Medicamentos.

4. Decreto N° 275/007 de 1 de agosto de 2007. Las instituciones de asistencia médica colectiva pueden fijar el valor de la cuota de afiliados individuales no vitalicios, afiliados colectivos, todas sus tasas moderadas, la sobrecuota de gestión y la sobrecuota de inversión.
5. Decreto N°276/007 de 2 de agosto de 2007. El Fondo Nacional de Salud será administrado por el BPS, el que deberá remitir en forma mensual al MEF y MSP la información relacionada con la gestión del FONASA.
6. Decreto N° 359/007 de 28 de setiembre de 2007. Los prestadores integrales de salud deberán otorgar cita para consulta externa en medicina general, pediatría y ginecobstetricia.
7. Decreto N°002/008 de 8 de enero de 2008. Reglamentaciones de la Ley N°18.211 de 05/12/2007 referente a la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud.
8. Decreto N°015/008 de 16 de enero de 2008. Incremento de cuota de afiliación. Tasa moderadora.
9. Decreto N°32/008 de 18 de enero de 2008. Incorporación al Seguro Nacional de Salud a los trabajadores de los entes de la enseñanza y del poder judicial.
10. Decreto N°136/008 de 29 de febrero de 2008. Ajustes de aspectos de la reglamentación referida a las sedes secundarias de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.
11. Decreto N°176/008 de 25 de marzo de 2008. Reglamentación de la Ley N° 18.211 respecto a los organismos públicos nacionales comprendidos en el Artículo 221 de la Constitución de la República.
12. Decreto N°191/008 de 31 de marzo de 2008. Se regula la modalidad de atención "internación domiciliaria".
13. Decreto N°192/008 de 31 de marzo de 2008. Forma de aportar al SNIS los propietarios de empresas unipersonales con hasta un dependiente.
14. Decreto N°193/008 de 3 de abril de 2008. Aplicación del Inciso 2° del Art. 69 de la Ley N° 18.211 del 05/12/07.

15. Decreto N°268/008 de 2 de junio de 2008. Se expediría carné de asistencia gratuito a todas aquellas personas beneficiarias de la Ley N°18.033 de 13 de octubre de 2006.
16. Decreto N°269/008 de 2 de junio de 2008. Los prestadores de servicios de salud que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud, contarán con Consejos Consultivos y Asesores de carácter honorario.
17. Decreto N°282/008 de 9 de junio de 2008. Se incorporan al Seguro Nacional Integrado de Salud, los trabajadores de las entidades afiliadas a la caja de jubilaciones y pensiones bancarias.
18. Decreto N°283/008 de 9 de junio de 2008. Será designado el representante de los usuarios por el Poder Ejecutivo, para la primera Junta Nacional de Salud.
19. Decreto N°309/008 de 24 de junio de 2008. Toda institución que se instale para prestar atención médica de emergencia con unidades móviles terrestres, deberá cumplir con los requisitos que se establecen en el presente decreto.
20. Decreto N°323/008 de 26 de junio de 2008. Se extiende el plazo previsto en el Inciso 2° de Art. 7 de Decreto 2/008, hasta del 27 de julio de 2008 a los trabajadores de ANCAP. Y hasta el 31 de octubre a trabajadores del BHU.
21. Decreto N°320/008 de 30 de junio de 2008. Se aplicarán los créditos presupuestales habilitados para financiar regímenes propios de cobertura médica a quienes resulten beneficiarios del Seguro Nacional de Salud.
22. Decreto N°328/008 de 8 de julio de 2008. Se integra la Junta Nacional de Salud creada por el Artículo N°23 de la Ley N°18.211 de 5 de diciembre de 2007.
23. Decreto N°341/008 de 14 de julio de 2008. Se designa Directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.

24. Decreto N°378/008 de 4 de agosto de 2008. Prórroga del plazo para instituciones que tienen pendiente la recategorización para convertirse en prestadores integrales de salud.
25. Decreto N°380/008 de 4 de agosto de 2008. Se sustituye el Artículo 2° del Decreto N° 193/008, de 3 de abril de 2008, referente a los colectivos de trabajadores que se incorporarán al Seguro Nacional Integrado de Salud.
26. Decreto N°433/008 de 9 de setiembre de 2008. Se aprueba el proyecto de reformulación de la estructura organizativa y la estructura de puestos de trabajo correspondientes a la Unidad Ejecutora 070 "Dirección General de la Salud" del Ministerio de Salud Pública.
27. Decreto N°464/008 de 2 de octubre de 2008. Se aprueba el proyecto de Contrato de Gestión entre la Junta Nacional de Salud y prestadores que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud.
28. Decreto N°465/008 de 3 de octubre de 2008. Se aprueban los programas integrales de salud y el catálogo de prestaciones definidos por el Ministerio de Salud Pública, que deberán brindar a sus usuarios los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.
29. Decreto N°590/008 de 1 de diciembre de 2008. Se aprueba el "reglamento para régimen de funciones inspectivas en el área de la salud".
30. Decreto N°792/008 de 26 de diciembre de 2008. Solicitud de acceso a la garantía otorgada por el fondo de garantía IAMC.
31. Decreto N°803/008 de 29 de diciembre de 2008. Requisitos de personal para las empresas que brindan Servicios de Emergencia Médica con unidades móviles terrestres.
32. Decreto N°65/009 de 29 de enero de 2009. Los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, podrán trasladar su registro a otro de los que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud.

33. Decreto N°113/009. Reglamento interno de funcionamiento de la Junta Nacional de Salud.
34. Decreto N°115/009 de 4 de marzo de 2009. Prórroga en la aplicación de lo dispuesto en el Inciso 2° del Artículo 12 del Decreto N° 614/008 referente a "compromiso de gestión".
35. Decreto N°164/009 de 30 de marzo de 2009. Mejora en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud de la cobertura y el acceso de medicamentos destinados al tratamiento de patologías crónicas de mayor prevalencia.
36. Decreto N°177/009 de 20 de abril de 2009. La Junta Nacional de Salud podrá excepcionalmente autorizar en cualquier momento cambio de prestador.
37. Decreto N°262/009 de 1 de junio de 2009. Se dispone que los funcionarios que se desempeñan en el primer nivel de atención percibirán en beneficio de atención directa a pacientes en los mismos términos y condiciones establecidas por el Art. 247 de la Ley N° 15.903.
38. Decreto N°267/009 de 3 de junio de 2009. Valor de las cuotas de afiliaciones individuales que percibe ASSE.
39. Decreto N°289/009 de 15 de junio de 2009. Reglamentaciones en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
40. Decreto N°295/009 de 22 de junio de 2009. Se declara válido en todo el territorio nacional el carné del/ de la adolescente y su uso obligatorio para los controles en salud entre los 12 y 19 años. Anexo.
41. Decreto 298/009 de 22 de junio de 2009. Se autoriza el aumento a partir del 1 de julio a incrementar el valor de las cuotas a todas las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.
42. Decreto N°343/009 de 27 de julio de 2009. Modificación del Artículo 3° del Decreto N°590/008 referente al reglamento para régimen de funciones inspectivas en el área de la salud.

43. Decreto N°372/009 de 10 de agosto de 2009. Se procede a ajustar el texto del Anexo II del Decreto N°433/008 referente a la reformulación de la estructura organizativa de la Dirección General de la Salud.
44. Decreto N°373/009 de 10 de agosto de 2009. Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva no podrán rechazar ninguna solicitud de afiliación individual, colectiva o dentro de un grupo familiar, de usuarios mayores de 65 años cuando los mismos cumplan ciertas condiciones.
45. Decreto N°401/009 de 24 de agosto de 2009. Renuncia presentada por la representante alterna de los usuarios de los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud, en la Junta Nacional de Salud.
46. Decreto N°467/009 de 5 de octubre de 2009. Apreciación de las condiciones del derecho para incluir a los jubilados anteriores al 01/01/08 con actividades amparadas al BPS, como usuarios del SNS se efectuará solamente en el momento en que los mismos se registren en una de las entidades prestadoras de servicios de salud.
47. Decreto N°518/009 de 9 de noviembre de 2009. Derecho al amparo del SNS para personas menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad.
48. Decreto N°559/009 de 9 de diciembre de 2009. Modificación del Decreto N°467/009 respecto a la apreciación de las condiciones del derecho para incluir jubilados anteriores al 01/01/08 como usuarios del SNS.
49. Decreto N°601/009 de 28 de diciembre de 2009. Se aprueba el reglamento de elecciones de representantes de trabajadores y de usuarios en los Consejos Consultivos y Asesores del Sistema Nacional Integrado de Salud.
50. Decreto N°16/010 de 18 de enero de 2010. Incorporación al Seguro Nacional de Salud al colectivo de trabajadores amparados por el seguro de enfermedad y prestaciones accesorias del personal de Metzen y Sena S.A.

51. Decreto N°47/010 de 1 de febrero de 2010. Información sobre la gestión de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.
52. Decreto N°49/010 de 1 de febrero de 2010. Modificación del Artículo 8 del Decreto N° 41/2008 referente a las remuneraciones de ASSE.
53. Decreto N°142/010 de 26 de abril de 2010. Se acepta la renuncia presentadas por el representante titular de los trabajadores de los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud.
54. Decreto N°160/010 de 24 de mayo de 2010. Prórroga de la elección de representantes de trabajadores y de usuarios en los Consejos Consultivos y Asesores de los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud.
55. Decreto N°198/010 de 21 de junio de 2010. Se acepta la renuncia del representante alterno de los prestadores que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud en la Junta Nacional de Salud y se designan representante y representante alterno.
56. Decreto N°274/010 de 8 de setiembre de 2010. Reglaméntase la Ley N°18.335, que regula los derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los Servicios de Salud y deróganse el Título II del Decreto 258/992 y el Decreto N°297/002.
57. Decreto N°276/010 de 9 de setiembre de 2010. Integración de la Junta Nacional de Salud (representantes sociales).
58. Decreto N°285/010 de 20 de setiembre de 2010. Se acepta la renuncia presentada por el Dr. Juan Dati como representante alterno del MSP ante la Junta Nacional de Salud.
59. Decreto N°293/010 de 30 de setiembre de 2010. Reglamentación de la Ley N°18.426 referente a la defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva.
60. Decreto N°318/010 de 26 de octubre de 2010. Ingreso de cónyuges y concubinos al Fondo Nacional de Salud.

61. Decreto N° 336/010 de 10 de noviembre de 2010. Incremento del valor de las tasas moderadas por parte de las instituciones médicas colectiva.
62. Decreto N°383/010 de 22 de diciembre de 2010. Se aprueba incremento a partir del 1° de enero de 2011 el valor de las cuotas de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.
63. Decreto N°003/011 de 5 de enero de 2011. Se autoriza el cambio de prestador a los usuarios amparados en el Seguro Nacional de Salud entre el 1° y el 28 de febrero de cada año.
64. Decreto N°009/011 de 14 de enero de 2011. Los prestadores integrales públicos o privados del Sistema Nacional Integrado de Salud deberán brindar a su población usuaria determinados métodos anticonceptivos.
65. Decreto N°221/011 de 27 de junio de 2011. Ingreso de nuevos colectivos al Seguro Nacional de Salud.
66. Decreto N°237/2011 de 7 de julio de 2011. Integración de los Consejos Asesores Honorarios Departamentales de la Junta Nacional de Salud.
67. Decreto N°245/011 de 14 de julio de 2011. Incremento de las cuotas de afiliaciones individuales no vitalicias, convenios colectivos y sobre cuota de gestión e inversión y tasas moderadas, en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.
68. Decreto N°256/011 de 19 de julio de 2011. Se fija el crédito fiscal otorgado a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.
69. Decreto N°272/011 de 1 de agosto de 2011. Se determinan condiciones para la autorización a la publicidad a profesionales y entidades prestadoras de servicios de salud.
70. Decreto N°305/011 de 23 de agosto de 2011. Se incluye en el catálogo de prestaciones aprobado por el Decreto N°465/008 al "Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud".

71. Decreto N°366/011 de 18 de octubre de 2011. Incremento en las cuotas salud de FONASA y ajuste de las cuotas de las afiliaciones individuales y colectivas de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.
72. Decreto N°407/011 de 28 de noviembre de 2011. Trabajadores públicos y privados y personas que refieren en los Artículos 62, 70 y 71 de la Ley N°18.211 amparados por el Seguro Nacional de Salud, atribuyen preceptivamente al mismo amparo a sus cónyuges o concubinos a cargo.
73. Decreto N°408/011 de 29 de noviembre de 2011. Se aprueba el Reglamento General de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.
74. Decreto N°430/011 de 8 de diciembre de 2011. Se modifica el Artículo N°5 del Decreto del Poder Ejecutivo N°366/011 del 18 de octubre de 2011 por el cual se ajusta la estructura relativa de las cápitas a aplicar así como el valor de las cápitas base, en atención al incremento de las cuotas a partir del 1° de setiembre previsto por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.
75. Decreto N°476/011 de 28 de diciembre de 2011. Se acepta la renuncia presentada por Jorge Bentancur como representante en calidad de alterno de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud ante la Junta Nacional de Salud y se designa en su lugar a María Luisa Conde Caetano.
76. Decreto N°81/012 de 13 de marzo de 2012. Aprobación del Contrato de Gestión suscrito entre la Junta Nacional de Salud y los prestadores integrales.
77. Decreto N°149/012 de 8 de mayo de 2012. Reglamentación de normas a efectos de operativizar la incorporación al Seguro Nacional de Salud de jubilados y pensionistas.
78. Decreto N°278/012 de 24 de agosto de 2012. Se acepta la renuncia presentada por Néstor Pereira como representante en calidad de alterno

- de los trabajadores del Sistema Integrado de Salud ante la Junta Nacional de Salud y se dispone en dicho lugar a Olivia Pardo.
79. Decreto N°375/012 de 22 de noviembre de 2012. Reglamentación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo.
 80. Decreto N°381/012 de 23 de noviembre de 2012. Se acepta la renuncia presentada por María Luisa Conde como representante en calidad de alterno de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud ante la Junta Nacional de Salud.
 81. Decreto N°392/012 de 7 de diciembre de 2012. Se constituye la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (R.I.E.P.S.).
 82. Decreto N°404/012 de 12 de diciembre de 2012. Se establecen las adecuaciones estatutarias que se determinan para las instituciones de asistencia médica colectiva de la Ley N°18.440 que se transformen en instituciones de asistencia médica privada de profesionales sin fines de lucro.
 83. Decreto N°025/013 de 21 de enero de 2013. Se adopta la Resolución N°8/12 de Grupo Mercado Común que aprobó la lista de especialidades médicas comunes en el Mercosur que se adjunta.
 84. Decreto N°65/013 de 22 de febrero de 2013. Se aprueba reglamentación complementaria de la aprobada por el Decreto N° 801/986 del 4 de diciembre de 1986 para las farmacias de la primera categoría a que refiere el Artículo 6 del Decreto-ley N° 15.703 del 11 de enero de 1985.
 85. Decreto N°66/013 de 22 de febrero de 2013. Se adopta la Resolución GMC n° 07/12 del Grupo Mercado Común del Mercosur por la que se aprobó la "Lista de profesiones de salud del Mercosur".
 86. Decreto N°230/013 de 7 de agosto de 2013. Se aprueba la reglamentación relativa a los estatutos de las instituciones de asistencia médica colectiva que se transformen en instituciones médicas privadas de profesionales sin fines de lucro.

87. Decreto N°235/013 de 9 de agosto de 2013. Se dispone que a partir de la vigencia del presente decreto las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva solo podrán cobrar una tasa moderadora que equivaldrá al valor de un ticket de medicamento por cada tratamiento con antibióticos que se vaya a dispensar.
88. Decreto N°272/013 de 2 de setiembre de 2013. Se aprueba el proyecto de reformulación de la estructura organizativa y de puestos de trabajo del Inciso 12 Ministerio de Salud Pública.
89. Decreto N°325/013 de 4 de octubre de 2013. Se dispone la incorporación de la deficiencia de acil-coa -dehidrogenasa de cadena media (mcadd) al Programa Nacional de Pesquisa Neonatal y del Lactante.
90. Decreto N°385/013 de 4 de diciembre de 2013. El Estado garantiza que toda persona mayor de edad y psíquicamente apta en forma voluntaria consciente y libre tiene derecho a oponerse a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos salvo que con ello afecte o pueda afectar la salud de terceros.
91. Decreto N°413/013 de 19 de diciembre de 2013. Quienes ocupen cargos políticos o de particular confianza en el MSP y en las entidades públicas prestadoras de salud quedarán inhibidos de ocupar cargos de dirección técnica, gerencia general, consejo directivo y de ejercer el derecho al voto en la asamblea de las instituciones privadas prestadoras de servicios de salud mientras se desempeñen en aquellos.
92. Decreto N°425/013 de 27 de diciembre de 2013. Se extiende la vigencia de los regímenes transicionales de cobertura integral de salud para los trabajadores de ANCAP y BHU hasta el 30 de junio de 2016.
93. Decreto N°426/013 de 27 de diciembre de 2013. Se fija el valor de las cuotas básicas de afiliaciones de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva a partir del 1° de enero de 2014.

Resoluciones

1. Resolución N°342/005 de 1 de marzo de 2005. Designación de Ministra de Salud Pública (María Julia Muñoz).
2. Resolución N° 48/006 de 16 de enero de 2006. Designación de la Directora de la Dirección Departamental de Salud de Florida.
3. Resolución N°27/2008 de 18 de enero de 2008. Integración de la Junta Nacional de Salud.
4. Resolución N°726/008 de 17 de setiembre de 2008. Se designa en calidad de miembro en representación de los trabajadores en el directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).
5. Resolución N°727/008 de 17 de setiembre de 2008. Se designa en calidad de miembro en representación de los usuarios en el directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).
6. Resolución del 26 de setiembre de 2008. División de personal a realizarse entre el MSP y ASSE de acuerdo a lo dispuesto por el Artículo 17 de la Ley 18.161.
7. Resolución N°876/008 de 15 de octubre de 2008. Se acepta la renuncia presentada por el Presidente del Directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).
8. Resolución N°877/008 de 16 de octubre de 2008. Se designa en calidad Presidente interino en el Directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).
9. Resolución N°2/009 de 1 de enero de 2009. Se designa en calidad de Presidente al Dr. Félix Eduardo González, en el Directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.
10. Resolución N°922/009 de 10 de julio de 2009. Aprobación de la fusión por absorción de IMPASA por el SMI.

11. Resolución N°242/010 de 1 de marzo de 2010. Designación del Ministro de Salud Pública (Daniel Olesker).
12. Resolución N°461/010 de 1 de marzo de 2010. Integración de la Junta Nacional de Salud.
13. Resolución N°Ref N° 2010-12-1-00702 de 19 de marzo de 2010. Cese de la Directora Departamental de Salud de Florida.
14. Resolución N°509/010 de 19 de marzo de 2010. Designación de la Directora Departamental de Salud de Florida.
15. Resolución N°714/010 de 6 de mayo de 2010. Designación de presidente y vicepresidente del directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.
16. Resolución N°1154/010 de 16 de julio de 2010. Designación en calidad de miembro en el Directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.
17. Resolución N°1296/010 de 17 de agosto de 2010. Se designa al Sr. Wilfredo López en calidad de miembro integrante del Directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.
18. Resolución N°1297/010 de 17 de agosto de 2010. Se designa al sr. Alfredo Silva en calidad de miembro integrante del Directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado.
19. Resolución N°006/011 de 14 de enero de 2011. Designación de Coordinador General de Descentralización.
20. Resolución N°007/011 de 14 de enero de 2011. Designación de Directora General del Sistema Nacional Integrado de Salud.
21. Resolución N°008/011 de 14 de enero de 2011. Designación de Director de Programación Estratégica en Salud.
22. Resolución N°92/011 de 23 de febrero de 2011. Se designa Subdirectora General de la Salud.

23. Resolución N°445/011 de 31 de agosto de 2011. Cese en el cargo de Director General de la Salud del Ministerio de Salud Pública a Gilberto Ríos.
24. Resolución N°446/011 de 31 de agosto de 2011. Se designa Director General de Salud del Ministerio de Salud Pública a Yamandú Bermúdez La Banca a partir del 1 de setiembre de 2011.
25. Resolución N°350/011 de 19 de julio de 2011. Se acepta renuncia al cargo de Ministra de Desarrollo Social de Ana María Vignoli.
26. Resolución N°351/011 de 19 de julio de 2011. Cese en el cargo de Ministro de Estado en el Ministerio de Salud Pública a Daniel Olesker.
27. Resolución N°352/011 de 19 de julio de 2011. Designase Ministro de Desarrollo Social a Daniel Olesker.
28. Resolución N°353/011 de 19 de julio de 2011. Designase Ministro de Salud Pública a Jorge Venegas Ramírez.
29. Resolución N°399/011 de 5 de agosto de 2011. Se acepta la renuncia presentada por el Presidente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Mario Córdoba.
30. Resolución N°360/011 del 23 de agosto de 2011. Se designa en el Directorio de la Administración de Servicios de Salud del Estado en calidad de Presidente a Alba Beatriz Silva Martínez.
31. Resolución N°37/012 de 6 de febrero de 2012. Se acepta la renuncia presentada por Angel Peñaloza al cargo de vicepresidente del directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) a partir del 24 de febrero de 2012.
32. Resolución N°76/012 de 27 de febrero de 2012. Se designa en el directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado en calidad de vicepresidente a Enrique Soto Durán.
33. Resolución N°463/012 de 21 de setiembre de 2012. Se acepta la renuncia presentada por Alejandro Draper al cargo de miembro del directorio de la Administración de los Servicios del Estado (ASSE).

34. Resolución N°504/012 de 16 de octubre de 2012. Se designa en el directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado en calidad de miembro integrante a Marcelo Sosa Abella.
35. Resolución N°34/013 de 23 de enero de 2013. Se acepta la renuncia presentada por Daniel Nelson Pazos Baldovino como coordinador general de descentralización.
36. Resolución N°87/013 de 22 de febrero de 2013. Se acepta la renuncia presentada por Graciela Ubach Cancela como Directora General de Secretaría del Ministerio de Salud Pública.
37. Resolución N°95/013 del 25 de febrero de 2013. Se designa Subsecretario de Estado en el Ministerio de Salud pública a Leonel Briozzo.
38. Resolución N°93/013 de 25 de febrero de 2013. Se acepta la renuncia presentada por Jorge Venegas al cargo de Ministro de Salud Pública.
39. Resolución N°94/013 de 25 de febrero de 2013. Se designa en el cargo de Ministro de Salud Pública a Susana Muñiz.
40. Resolución de 12 de marzo de 2013. Se designa a Luis Enrique Gallo a partir del 25 de febrero de 2013 para ejercer funciones de apoyo directos a la Ministra de Salud Pública.
41. Resolución N°150/013 de 18 de marzo de 2013. Se acepta la renuncia presentada por Yamandú Bermúdez la banca como Director General de la Salud del MSP.
42. Resolución del 20 de marzo de 2013. Se designa Directora General de la Salud del Ministerio de Salud Pública a Marlene Sica Márquez.
43. Resolución de 11 de abril de 2013. Se adjudica a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la compra de vacunas, biológicos y material de inoculación necesarios para llevar a cabo el plan de vacunación del ejercicio 2013.
44. Resolución N°191/013 de 11 de abril de 2013. Modificaciones a la Resolución del Poder Ejecutivo N° 573/012 por la cual se autoriza a la

- "Cooperativa de Trabajo 711 emergencias" la creación de un seguro parcial de emergencia médica.
45. Resolución N°218/013 de 24 de abril de 2013. Se designa Director general de Secretaría del Ministerio de Salud Pública a Ariel Rodríguez Machado.
 46. Resolución N°344/013 de 12 de junio de 2013. Se autoriza a la empresa "Laredmovil S.A." la creación de un seguro parcial de emergencia médica con unidades móviles terrestres para niños y adultos para cubrir áreas carenciadas de la población de Montevideo.
 47. Resolución N°393/013 de 8 de julio de 2013. Se acepta la renuncia presentada por Raquel Ramilo Delfino como Subdirectora General de la Salud del Ministerio de Salud Pública.
 48. Resolución N°394/013 de 8 de julio de 2013. Se designa como Subdirectora General de la Salud del MSP a Adriana Noel Brescia Rodríguez.
 49. Resolución N°395/013 de 8 de julio de 2013. Cese como Directora Departamental de Salud de Florida de la Unidad Ejecutora 103 Dirección General de la Salud del MSP a Adriana Noel Brescia.
 50. Resolución N°396/13 de 8 de julio de 2013. Se designa como Director Departamental de Salud de Florida de la Unidad Ejecutora 103 Dirección General de la Salud del MSP a Luis Rogelio Delgado.
 51. Resolución sn/ de 13 de diciembre de 2013. Se aprueba la fusión por absorción de la Institución de Asistencia Médica Colectiva "Cooperativa Médica de Cerro Largo (COMECCEL) por la institución de asistencia médica colectiva " Cooperativa Asistencial Médica de Cerro Largo (CAMCEL)".

Apéndice 2: Acceso a documentos de la Junta Nacional de Salud

Modalidad de acceso a la documentación: consentimiento informado de fecha 27 agosto 2013, según las características que se expresan a continuación.

Título	Págs/ Foliado	Reprod. (total/ parcial)	Identificación autoría	Vía acceso
Resolución N° 633 Junta Nacional de Salud. Resolución de integración del Consejo Asesor Honorario a instalarse en el departamento de Florida. 21 de setiembre de 2011	3/7-9	Total	Junta Nacional de Salud.	Impresión de archivo digital enviado por correo electrónico 22.07.2013 N°633 RES.INTEGRACION CAH FLORIDA.doc Fs. 4-6
Resolución N° 593 Junta Nacional de Salud. Resolución cambio de integración representación de los usuarios del sector privado. 27 de junio de 2013	2/10-11	Total	Junta Nacional de Salud.	Impresión de archivo digital enviado por correo electrónico 22.07.2013 N° 593 CAH FLORIDA cambia rep. sector

				usuarios privados.doc Fs. 4-6
Resolución N° 765 Junta Nacional de Salud. Resolución integración representación de los usuarios del sector público. 9 de noviembre de 2011	2/12-13	Total	Junta Nacional de Salud.	Impresión de archivo digital enviado por correo electrónico 22.07.2013 Mn° 765 RES.INTEGRACION CAH FLORIDA. COMPLETA INTEGRACIÓN.doc Fs 4-6
Resolución N° 408 Junta Nacional de Salud. Resolución integración representación de los usuarios del sector privado. 21 de junio de 2012	1/14	Total	Junta Nacional de Salud.	Impresión de archivo digital enviado por correo electrónico 22.07.2013 N° 408 RES COMPLETA INTEGRACION CAH FLORIDA.docx Fs. 4-6
Resolución N° 176 Junta Nacional de Salud. Resolución integración representación del Banco de Previsión Social. 29 de	1/15	Total	Junta Nacional de Salud.	Impresión de archivo digital enviado por correo electrónico 22.072013

marzo de 2012				N° 176 CAH Florida BPS.docx Fs. 4-6
Acta N° 10 Junta Nacional de Salud. Sesión miércoles 4 de mayo de 2011	3/16-18	Parcial	Junta Nacional de Salud.	Fotocopia archivo
Acta N° 11 Junta Nacional de Salud. Sesión del miércoles 11 de mayo de 2011	7/19-25	Parcial	Junta Nacional de Salud.	Fotocopia archivo
Acta N° 12 Junta Nacional de Salud. Sesión del miércoles 25 de mayo de 2011	5/26-30	Parcial	Junta Nacional de Salud.	Fotocopia archivo
Acta N° 13 Junta Nacional de Salud. Sesión del miércoles 1 de junio de 2011	5/31-35	Total	Junta Nacional de Salud.	Fotocopia archivo
Acta N° 16 Junta Nacional de Salud. Sesión del miércoles 22 de junio de 2011	3/36-38	Total	Junta Nacional de Salud.	Fotocopia archivo
Acta N° 22 Junta Nacional de Salud. Sesión del miércoles 4 de agosto de 2011	5/39-43	Total	Junta Nacional de Salud.	Fotocopia archivo
Acta N° 27 Junta Nacional de Salud. Sesión del miércoles 14 de setiembre de 2011	2/44-45	Parcial	Junta Nacional de Salud.	Fotocopia archivo
Acta N° 28 Junta Nacional	4/46-49	Total	Junta	Fotocopia archivo

de Salud. Sesión del miércoles 21 de setiembre de 2011			Nacional de Salud.	
Acta N° 29 Junta Nacional de Salud. Sesión del miércoles 28 de setiembre de 2011	3/50-52	Total	Junta Nacional de Salud.	Fotocopia archivo
Acta N° 31 Junta Nacional de Salud. Sesión del miércoles 19 de octubre de 2011	5/53-57	Total	Junta Nacional de Salud.	Fotocopia archivo
Envío de nombres de los representantes de los usuarios privados que se integraron a la JUDESA Florida	1/58	Total	Dirección Departamental de Salud de Florida	Fotocopia antecedentes por correo electrónico 7 de junio de 2012
Lista de delegados a las juntas departamentales. 26 de octubre de 2011	1/59	Total	Federación de Funcionarios de Salud Pública	Fotocopia archivo
Compañeros propuestos para las juntas departamentales de salud avalados por la mesa representativa PIT-CNT del 3 de agosto de 2011	1/60	Total	PIT-CNT	Fotocopia archivo
Comunicado de prensa Instalación del Consejo Asesor Honorario Departamental de Salud. 30 de setiembre de 2011	1/61	Total	Ministerio de Salud Pública	Fotocopia archivo

Apéndice 3: Acceso a documentos de la Junta Departamental de Salud de Florida.

- a. Modalidad de acceso a la documentación: consentimiento informado de fecha 27 agosto 2013, según las características que se expresan a continuación.

Título	Páginas/ Foliado	Reprod. (total/parcial)	Identificación autoría	Via acceso
Acta Consejo Asesor Departamental de Salud. Sesión Noviembre 2011	1/6	Total	Consejo Asesor Honorario Departamental de Salud de Florida.	Impresión de archivo digital enviado por correo electrónico 14.08.2013 ACTA 1 JUDESA.doc Fs. 4-5
Acta Consejo Asesor Departamental de Salud. Sesión Diciembre 2012	1/7	Total	Consejo Asesor Honorario Departamental de Salud de Florida.	Impresión de archivo digital enviado por correo electrónico 14.08.2013 ACTA 2 JUDESA.doc Fs. 4-5
Acta Consejo Asesor Departamental de Salud. Sesión Febrero 2012	1/8	Total	Consejo Asesor Honorario Departamental de Salud de Florida.	Impresión de archivo digital enviado por correo electrónico 14.08.2013 ACTA 3

				JUDESA.doc Fs 4-5
Acta Consejo Asesor Departamental de Salud. Sesión Marzo 2012	1/9	Total	Consejo Asesor Honorario Departamental de Salud de Florida.	Impresión de archivo digital enviado por correo electrónico 14.08.2013 ACTA 4 JUDESA.doc Fs. 4-5
Acta Consejo Asesor Departamental de Salud. Sesión Abril 2012	2/10-11	Total	Consejo Asesor Honorario Departamental de Salud de Florida.	Impresión de archivo digital enviado por correo electrónico 14.08.2013 ACTA 5 JUDESA.doc Fs. 4-5
Acta Consejo Asesor Departamental de Salud. Sesión Mayo 2012	2/12-13	Total	Consejo Asesor Honorario Departamental de Salud de Florida.	Impresión de archivo digital enviado por correo electrónico 14.08.2013 ACTA 6 JUDESA.doc Fs. 4-5
Acta Consejo Asesor Departamental de Salud. Sesión Junio	1/14	Total	Consejo Asesor Honorario Departamental	Impresión de archivo digital enviado por

2012			de Salud de Florida.	correo electrónico 14.08.2013 ACTA 7 JUDESA.doc Fs. 4-5
Acta Consejo Asesor Departamental de Salud. Sesión Agosto 2012	2/15-16	Total	Consejo Asesor Honorario Departamental de Salud de Florida.	Impresión de archivo digital enviado por correo electrónico 14.08.2013 ACTA 8 JUDESA.doc Fs. 4-5
Acta Consejo Asesor Departamental de Salud. Sesión Octubre 2012	1/17	Total	Consejo Asesor Honorario Departamental de Salud de Florida.	Impresión de archivo digital enviado por correo electrónico 14.08.2013 ACTA 9 JUDESA.doc Fs. 4-5
Acta Consejo Asesor Departamental de Salud. Sesión Noviembre 2012	1/18	Total	Consejo Asesor Honorario Departamental de Salud de Florida.	Impresión de archivo digital enviado por correo electrónico 14.08.2013 ACTA 10 JUDESA.doc

				Fs. 4-5
Acta N°1 Acta Constitutiva Consejo Asesor Honorario Departamental de Florida. Octubre 2011	2/19-20	Total	Consejo Asesor Honorario Departamental de Salud de Florida.	Impresión de archivo digital enviado por correo electrónico 14.08.2013 Acta N°1 consejos asesores deptales.doc Fs. 4-5
Acta Consejo Asesor Departamental de Salud. Sesión Diciembre 2012	1/21	Total	Consejo Asesor Honorario Departamental de Salud de Florida.	Impresión de archivo digital enviado por correo electrónico 14.08.2013 ACTA DIC JUDESA.doc Fs. 4-5

- b. Modalidad de acceso a la documentación: consentimiento informado de fecha 27 agosto 2013, según las características que se expresan a continuación

Título	Páginas /Foliado	Reprod. (total/parcial)	Identificación autoría	Via acceso
Acta Consejo Asesor	1/28	Total	Consejo Asesor	Impresión de archivo digital

Departamental de Salud. Sesión Marzo 2013			Honorario Departamental de Salud de Florida.	enviado por correo electrónico 14.08.2013 ACTA 1 Marzo 2013 JUDESA.doc Fs. 24-27
Acta Consejo Asesor Departamental de Salud. Sesión Abril 2013	1/29	Total	Consejo Asesor Honorario Departamental de Salud de Florida.	Impresión de archivo digital enviado por correo electrónico 14.08.2013 ACTA 1 Abril 2013 JUDESA.doc Fs. 24-27
Acta Consejo Asesor Departamental de Salud. Sesión Mayo 2013	1/30	Total	Consejo Asesor Honorario Departamental de Salud de Florida.	Impresión de archivo digital enviado por correo electrónico 14.08.2013 ACTA 1 MAYO 2013 JUDESA.doc Fs. 24-27
Acta Consejo	1/31	Total	Consejo	Impresión de

Asesor Departamental de Salud. Sesión Junio 2013			Asesor Honorario Departamental de Salud de Florida.	archivo digital enviado por correo electrónico 14.08.2013 ACTA junio.doc Fs. 24-27
Acta Consejo Asesor Departamental de Salud. Sesión Julio 2013	1/32	Total	Consejo Asesor Honorario Departamental de Salud de Florida.	Impresión de archivo digital enviado por correo electrónico 15.08.2013 ACTA julio.doc Fs. 24-27

c. Modalidad de acceso a la documentación: consentimiento informado de fecha 29 agosto 2013, según las características que se expresan a continuación.

Título	Págs/ Foliado	Reprod. (total/parcial)	Identificación autoría	Via acceso
Integración de la JU.DE.SA Florida	1/6	Total	Consejo Asesor Honorario Departamen	Fotocopia de archivo

			tal de Salud de Florida	
Informe Anual de Funcionamiento del Consejo Asesor Departamental de Salud 2012	1/7	Total	Consejo Asesor Honorario Departamen tal de Salud de Florida	Fotocopia de archivo
Orden del Día 1era. Reunión Ordinaria:09.11.2011 Consejo Asesor Dptal.de Salud JU.DE.SA	1/8	Total	Consejo Asesor Honorario Departamen tal de Salud de Florida	Fotocopia de archivo
Orden del Día 2era. Reunión Ordinaria:14.12.2011 Consejo Asesor Dptal.de Salud JU.DE.SA	1/9	Total	Consejo Asesor Honorario Departamen tal de Salud de Florida	Fotocopia de archivo
Orden del Día 3er. Reunión Ordinaria:08.02.2012 Consejo Asesor Dptal.de Salud JU.DE.SA	1/10	Total	Consejo Asesor Honorario Departamen tal de Salud de Florida	Fotocopia de archivo
Orden del Día 5era. Reunión Ordinaria:11.04.2012	1/11	Total	Consejo Asesor Honorario	Fotocopia de archivo

Consejo Asesor Dptal.de Salud JU.DE.SA			Departamen tal de Salud de Florida	
Orden del Día 6era. Reunión Ordinaria:09.05.2012 Consejo Asesor Dptal.de Salud JU.DE.SA	1/11a	Total	Consejo Asesor Honorario Departamen tal de Salud de Florida	Fotocopia de archivo
Orden del Día 7era. Reunión Ordinaria:13.06.2012 Consejo Asesor Dptal.de Salud JU.DE.SA	1/12	Total	Consejo Asesor Honorario Departamen tal de Salud de Florida	Fotocopia de archivo
Orden del Día JUNASA Viernes 31 de agosto 2012	1/13	Total	Consejo Asesor Honorario Departamen tal de Salud de Florida	Fotocopia de archivo
Orden del Día 9 era. Reunión Ordinaria:10.10.2012 Consejo Asesor Dptal.de Salud JU.DE.SA	1/14	Total	Consejo Asesor Honorario Departamen tal de Salud de Florida	Fotocopia de archivo

Orden del Día 10 ma. Reunión Ordinaria:14.11.2012 Consejo Asesor Dptal.de Salud JU.DE.SA	1/15	Total	Consejo Asesor Honorario Departamen tal de Salud de Florida	Fotocopia de archivo
Orden del Día 11 ma. Reunión Ordinaria:12.12.2012 Consejo Asesor Dptal.de Salud JU.DE.SA	1/16	Total	Consejo Asesor Honorario Departamen tal de Salud de Florida	Fotocopia de archivo
Orden del Día 12 da. Reunión Ordinaria:13.03.2013 Consejo Asesor Dptal.de Salud JU.DE.SA	1/17	Total	Consejo Asesor Honorario Departamen tal de Salud de Florida	Fotocopia de archivo
Orden del Día 13 da. Reunión Ordinaria:10.04.2013 Consejo Asesor Dptal.de Salud JU.DE.SA	1/18	Total	Consejo Asesor Honorario Departamen tal de Salud de Florida	Fotocopia de archivo
Orden del Día	1/19	Total	Consejo	Fotocopia de

14 da. Reunión Ordinaria:08.05.2013 Consejo Asesor Dptal.de Salud JU.DE.SA			Asesor Honorario Departamen tal de Salud de Florida	archivo
Orden del Día 15 da. Reunión Ordinaria:12.06.2013 Consejo Asesor Dptal.de Salud JU.DE.SA	1/20	Total	Consejo Asesor Honorario Departamen tal de Salud de Florida	Fotocopia de archivo
Orden del Día 16 da. Reunión Ordinaria:10.07.2013 Consejo Asesor Dptal.de Salud JU.DE.SA	1/21	Total	Consejo Asesor Honorario Departamen tal de Salud de Florida	Fotocopia de archivo
Orden del Día 17 ma. Reunión Ordinaria:14.08.2013 Consejo Asesor Dptal.de Salud JU.DE.SA	1/22	Total	Consejo Asesor Honorario Departamen tal de Salud de Florida	Fotocopia de archivo
Informe Junta de Drogas de Florida. 11	2/23-24	Total	Junta Departamen	Fotocopia de archivo

de junio de 2013			tal de Drogas Florida	
Comunicado conferencia de prensa y charla-taller “Por deporte”. 20 de junio de 2013	1/25	Total	Junta Nacional de Drogas	Fotocopia de archivo
Nota Resolución Plenario FEMI. 3 de mayo de 2013	1/26	Total	FEMI	Fotocopia de archivo
Resolución FEMI. 3 de mayo de 2013	1/27	Total	FEMI	Fotocopia de archivo
Propuesta de RRHH. Plan de Invierno	1/28	Total	ASSE	Fotocopia de archivo
Nota informe de vacunación. 10 de abril de 2013	1/29	Total	ASSE	Fotocopia de archivo
Presentación sintética investigación “Participación en salud: producción de sentidos e institucionalización. Estudio de caso en la Junta Departamental de Salud de Florida; Uruguay”. 12/12/2012	2/30-31	Total	Sandra Moresino	Fotocopia de archivo
Nota modelo consentimiento	1/32	Total	Sandra Moresino	Fotocopia de archivo

informado investigación “Participación en salud: producción de sentidos e institucionalización. Estudio de caso en la Junta Departamental de Salud de Florida; Uruguay”.				
Correo electrónico 20 de marzo de 2013, envío de consentimiento informado.	1/33	Total	DDS Florida	Fotocopia de archivo
Nota presentación investigación “Participación en salud: producción de sentidos e institucionalización. Estudio de caso en la Junta Departamental de Salud de Florida; Uruguay”.13.06.2012	3/34- 36	Total	Sandra Moresino	Fotocopia de archivo
Correo electrónico 6 de junio de 2013 con aviso de envío de solicitudes de entrevista a integrantes de la JUDESA Florida.	2/37- 38	Total	Sandra Moresino	Fotocopia de archivo

Correo electrónico 22 de mayo. Solicitud de coordenadas de integrantes de la JUDESA Florida para la investigación "Participación en salud: producción de sentidos e institucionalización. Estudio de caso en la Junta Departamental de Salud de Florida;	2/39-40	Total	Sandra Moresino	Fotocopia de archivo
2° Feria de Salud y Educación Rural 2013. Escuela N°67 Costas del Santa Lucía Grande". Miércoles 26 de junio de 10 a 15 horas	1/41	Total	DDS Florida	Fotocopia de archivo
Nota sobre nueva designación de integrante para la JUDESA. 30 de mayo de 2013	1/42	Total	DDS Florida	Fotocopia de archivo
Nota sobre nuevo representante de afiliados de COMEF. 29 de mayo de 2013	1/43	Total	CRA. Comisión Representante de Afiliados	Fotocopia de archivo

Modelo de consentimiento informado para acceso a documentos, nota solicitando el acceso y resumen de la investigación "Participación en salud: producción de sentidos e institucionalización. Estudio de caso en la Junta Departamental de Salud de Florida; Uruguay". 18 de julio de 2013	4/44-47	Total	Sandra Moresino	Fotocopia de archivo
Acta Consejo Asesor Departamental de Salud. Sesión Agosto 2013	1/48	Total	Consejo Asesor Honorario Departamental de Salud de Florida	Fotocopia de archivo

Apéndice 4: Integración del SNIS

Subsector privado: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). (*) Nombre y Departamento. (**)

1. Gremial Médica de Artigas (GREMEDA). Artigas.
 2. Centro de Asistencia de la Agrupación Médica de Pando (CAAMEPA). Canelones.
 3. Crami(CRAMI). Canelones.
 4. Corporación Médica de Canelones (COMECA). Canelones.
 5. Cooperativa Asistencial Médica de Cerro Largo (CAMCEL) (**). Cerro Largo.
 6. Centro Asistencial Médico del Este de Colonia (CAMEC) (**). Colonia.
 7. Centro de Asistencia Médica del Oeste de Colonia (CAMOC). Colonia.
 8. Centro de Asistencia Médica de Durazno(CAMEDUR). Durazno.
 9. Comeflo(COMEFLO). Flores.
 10. Cooperativa Médica de Florida (COMEF). Florida.
 11. Centro de Asistencia Médica de Lavalleja (CAMDEL). Lavalleja.
 12. Asistencial Médica Departamental de Maldonado (AMDM). Maldonado.
 13. Cooperativa Regional de Asistencia Médica del Este (CRAME). Maldonado.
 14. Universal Sociedad de Producción Sanitaria (Universal). Montevideo.
 15. Asociación Española Primera de Socorros Mutuos (Asociación Española). Montevideo
 16. Mutualista Hospital Evangélico (Hospital Evangélico). Montevideo.
 17. Casa de Galicia. Montevideo.
 18. Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales sin fines de lucro(CASMU-IAMPP). Montevideo.
 19. Círculo Católico de Obreros del Uruguay (Círculo Católico). Montevideo.
 20. Centro Uruguayo de Asistencia Médica (CUDAM). Montevideo.
 21. Cosem(COSEM). Montevideo.
 22. Gremial Médica Centro Asistencial (GREMCA). Montevideo.
 23. Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (Médica Uruguaya-MUCAM). Montevideo.
 24. Servicio Médico Integral (SMI). Montevideo.
 25. Corporación Médica de Paysandú (COMEPA). Paysandú.
-

26. Asistencial Médica de Río Negro (AMEDRIN). Río Negro.
27. Cooperativa de Asistencia Médica de Young (CAMY). Río Negro.
28. Centro Asistencial Médica de Rivera (CASMER). Rivera.
29. Cooperativa Médica de Rivera (COMERI). Rivera.
30. Cooperativa Médica de Rocha (COMERO). Rocha.
31. Sociedad Médico Quirúrgica de Salto (SMQS). Salto.
32. Asociación Médica de San José (AMSJ). San José.
33. Centro Asistencial Médico de Soriano (CAMS). Soriano.
34. Corporación Médica de Tacuarembó (COMTA). Tacuarembó.
35. Cooperativa Médica de Treinta y Tres (COMETT). Treinta y Tres.
36. Instituto Asistencial Colectivo (IAC). Treinta y Tres.

Subsector público

37. Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Todo el país.

Subsector privado: Seguros privados integrales

38. Medicina Personalizada (MP). Montevideo.
39. Blue Cross & Blue Shield. Montevideo.
40. Instituto Quirúrgico Sudamericano. (Seguro Americano). Montevideo.
41. Hospital Británico (Hospital Británico). Montevideo.
42. Summun Medicina Privada S.A. (SUMMUM). Montevideo.
43. Asociación Civil Copamhi (MEDICARE). Montevideo.

(*) Se trata de las instituciones conocidas comúnmente como mutualistas, y de las cooperativas médicas. A diciembre de 2013 las cooperativas médicas estaban en proceso de transición hacia otra condición jurídica que las transformaba en Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales (IAMPP), figura instalada a partir de la Ley N° 18.440 del 24 de diciembre de 2008. Esta ley previó un plazo de dos años para la transformación. La Ley N° 19.164 del 15 de noviembre de 2013 instaló un nuevo plazo, fijado ahora para el 30 de diciembre de 2013. El Decreto N° 230/013 del 7 de agosto de 2013 reglamentó el cambio de condición jurídica a IAMPP.

(**) Las instituciones se nombran por su nombre completo y por su nombre habitual, y en todos los

casos, se trata de las sedes principales en el departamento. Los datos de la tabla fueron comparados y ajustados en enero de 2016 según los publicados en la aplicación "atuservicio.uy", desarrollada por la empresa DATA para el MSP a efectos del período de Movilidad Regulada previsto en febrero de cada año. La aplicación está disponible en www.msp.gub.uy

(***) Por Resolución N°832/013 de 13 de diciembre de 2013 se aprobó la fusión por absorción de la Institución de Asistencia Médica Colectiva "Cooperativa Médica de Cerro Largo (COMECCEL)" y la institución de asistencia médica colectiva " Cooperativa Asistencial Médica de Cerro Largo (CAMCEL)".
Por Resolución N°784/014 de 22 de diciembre de 2014, se aprobó la fusión por absorción de la "Organización Asistencial Médica Cooperativa de Colonia (ORAMECO) y el "Centro Asistencial Médico del Este de Colonia (CAMEC)".

Fuente: Elaboración propia con base en MSP/JUNASA .

Apéndice 5: Espacios de participación en el SNIS. Integración y funciones

Espacios	Consejo Consultivo SNIS	Junta Nacional de Salud (JUNASA)	Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)	Consejos Asesores Honorarios de ASSE	Consejos Asesores Honorarios Depart. y Locales*	Consejos Consultivos y Asesores (CCA)
Integración del espacio según colectivo representado y cantidad de personas en representación	Rep. oficiales: MSP (1)	Rep. oficiales MSP (2); MEF (1); BPS (1)	Rep. oficiales: (3)		Rep. oficiales: MSP (2); BPS (1)	
	Rep. sociales:	Rep. sociales:	Rep. sociales:	Rep. sociales		Rep. sociales:
	<i>Prestadores de salud:</i> IAMC Montevideo (2); IAMC Interior (1)	<i>Prestadores de salud</i> (1)	Colectivos representados y número de personas en representación	La Ley N° 18.161 sólo establece que habrá un consejo nacional y consejos departamentales, donde se garantizará la participación de usuarios y trabajadores	<i>Prestadores de salud:</i> ASSE (1); prestadores privados en el departamento (1)	<i>Prestador de salud</i> (2)
	<i>Trabajadores médicos:</i> orgs. de Montevideo (1); orgs. del interior (1)	<i>Trabajadores médicos y no médicos</i> (1)			<i>Trabajadores médicos y no médicos de ASSE</i> (1)	<i>Trabajadores médicos:</i> ASSE (1); privados (1)
<i>Trabajadores</i>				<i>Trabajadores</i>		

* La normativa prevé dentro de las competencias de los Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales, la realización, por lo menos una vez al año, de Asambleas Locales de Salud, que en sentido estricto, también son espacios de participación consagrados institucionalmente.

	<i>s no médicos:</i> de la salud privada (1); del MSP (1); orgs. del resto de las instituciones públicas de salud (1)			de ASSE.	<i>s no médicos:</i> ASSE (1); privados (1)		
	<i>Orgs. profes.:</i> Asociación Odontológica Uruguaya (1); Federación Odontológica Uruguaya del Interior (1); orgs. profesionales de psicólogos del país (1)						
	<i>Usuarios *</i>	Usuarios (1)	Usuarios de ASSE (1)			<i>Usuarios:</i> ASSE (1); Salud privada (1)	Usuarios del prestador (2)
	Academia: Universidad de la República (1)						
	Gobiernos					Por	

* Aquí no se han incluido las Comisiones de Participación de la Red de Atención del Primer Nivel de Montevideo, porque no emergen, estrictamente, del marco normativo manejado .

	departamentales: Congreso de Intendentes (1)				invitación (1)	
Mecanismos de elección para la representación	Propuestos por el colectivo de referencia *	Designados por el Poder Ejecutivo (los representantes sociales a propuesta de sus organizaciones hasta que se reglamenten elecciones.	Designación Artículo 187 de la Constitución de la República. La Ley N° 18.161 estableció que dentro de los seis meses desde su promulgación, el Poder Ejecutivo debía reglamentar la forma en que usuarios y trabajadores formularan su respectivas propuestas de integración al directorio. La reglamentación está pendiente.		Representes de MSP, BPS, ASSE e intendencia, designados por sus respectivos organismos. Para los primeros consejos, representantes sociales designados por JUNASA a propuesta de sus organizaciones.	Representantes del prestador son designados por el prestador. Los trabajadores y usuarios son elegidos por voto secreto (hasta tanto se realicen las elecciones, son designados por sus organizaciones).

* El Decreto N° 133/005, al referirse a la integración de los usuarios, establece que la modalidad de integración se reglamentará posteriormente, mediante el dictado de Resolución por parte del Poder Ejecutivo.

Funciones/ Cometidos	Discusión, intercambio de opiniones. Asesoramiento	Administración Seguro de Salud. Velar por principios y objetivos del SNIS. Suscribir los contratos de gestión con los prestadores.	Organización, prestación y gestión de los servicios de salud.	Asesoramiento, proposición y evaluación.	Asesorar a la JUNASA. Observancia principios rectores y objetivos del SNIS.	Emitir opinión y formular propuestas. Apoyar campañas de promoción y prevención.
Principal marco normativo	Decreto N° 133/005	Ley N° 18.211 Resolución N° 27/008 Decreto N° 283/008 Decreto N° 328/008 Decreto N° 276/010	Ley N° 18.161 Decreto N°341/008 Resolución N° 726/008 Resolución N° 727/008	Ley N° 18.161	Ley N° 18.211 Decreto N° 237/011	Ley N° 18.211 Decreto N°269/008 Decreto N° 601/009 Decreto N° 160/010
Fuente: Elaboración propia con base en leyes y decretos reglamentarios.						

Anexos

Anexo 1: Fechas de instalación de consejos asesores honorarios departamentales y locales (judesas)

Fecha	Dpto.	Fuentes (identificación del sitio y dirección)
14.07.2011	San José	Radio 41 1360 Am http://www.radio41.com.uy/programacion/segun-como-se-mire/item/12076-san-jos%C3%A9-tendr%C3%A1-el-primer-consejo-asesor-honorario-de-salud.html Diario <i>Primera hora</i> de San José http://www.primerahora.com.uy/4059-el-ministro-olesker-y-el-director-gallo-instalaron-ayer-la-junta-departamental-de-salud.html
09.08.2011	Maldonado	Blog http://ccuch.blogspot.com/2011/08/descentralizacion-maldonado-cuenta-con.html
26.09.2011	Tacuarembó	Ministerio de Salud Pública http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?5804,21791
03.10.2011	Florida	FEMI/ <i>El Diario Médico</i> http://www.femi.com.uy/dm/pdf/diario135.pdf
07.10.2011	Río Negro	Intendencia Departamental de Río Negro http://www.rionegro.gub.uy/es/web/rio-negro/noticias/-/asset_publisher/PLa9/content/creacion-del-consejo-dptal-de-salud
13.10.2011	Durazno	Diario <i>El Acontecer</i> http://www.elacontecer.com.uy/13300-no-todo-se-resuelve-con-los-especialistas-se-trabaja-por-un-modelo-resolutivo-de-salud-dijo-el-min.html
21.10.2011	Lavalleja	Ministerio de Salud Pública http://www.msp.gub.uy/uc_5743_1.html
03.11.2011	Soriano	Diario <i>Crónicas</i> http://www.diariocronicas.com.uy/index.php?id=8486&se

		ccion=general
11.11.2011	Colonia	Periódico <i>Colonia total</i> http://www.coloniatotal.com.uy/the-news/11070-instalacion-de-la-junta-departamental-de-salud
18.11.2011	Salto	Intendencia Departamental de Salto http://www.salto.gub.uy/web/salto/noticias/-/asset_publisher/3Owl/content/integraron-primer-consejo-departamental-de-la-junasa-con-representacion-de-la-intendencia?redirect=
02.03.2012	Cerro Largo	Presidencia de la República http://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/visita-msp-melo Ministerio de Salud Pública http://www.msp.gub.uy/uc_6165_1.html
03.04.2012	Canelones	<i>Hoy Canelones</i> http://www.hoycanelones.com.uy/2011/index.php?option=com_k2&view=itemlist&task=tag&tag=Consejo+Asesor+Honorario+Departamental+de+Salud Ministerio de Salud Pública http://www.msp.gub.uy/uc_6292_1.html http://www.msp.gub.uy/uc_6288_1.html
06.07.2012	Artigas	<i>Diario Norte</i> http://www.diarionorte.com.uy/sociedad/ministro-jorge-venegas-y-presidente-de-la-junasa-instalan-la-junta-departamental-de-salud-de-rivera-21467.html Ministerio de Salud Pública http://www.msp.gub.uy/uc_6635_1.html
06.07.2012	Rivera	<i>Diario Norte</i> http://www.diarionorte.com.uy/sociedad/ministro-jorge-venegas-y-presidente-de-la-junasa-instalan-la-junta-departamental-de-salud-de-rivera-21467.html Ministerio de Salud Pública

			http://www.msp.gub.uy/uc_6635_1.html
10.08.2012	Treinta y Tres	Ministerio de Salud Pública	http://www.msp.gub.uy/uc_6762_1.html
17.08.2012	Flores	<i>Agenda informativa</i> http://agendainformativa.net/ministro-de-salud-publica-instalara-junta-departamental-de-salud.html/ Ministerio de Salud Pública http://www.msp.gub.uy/uc_6799_1.html	
14.09.2012	Rocha	<i>El Diario</i> http://eldiario.com.uy/2012/09/14/se-instala-junta-departamental-de-salud-2/ Ministerio de Salud Pública http://www.msp.gub.uy/uc_6934_1.html Presidencia de la República http://www.presidencia.gub.uy/wps/wcm/connect/Presidencia/PortalPresidencia/Comunicacion/comunicacionNoticias/quedo-%20instalada-junta-departamental-salud-rocha	
Sin datos	Paysandú	Sin datos	
13.2.2013	Montevideo	http://www.msp.gub.uy/noticias	

Fuente: Elaboración propia con base en búsqueda en medios de prensa locales y fuentes oficiales. La información de todas las judesas no estaba disponible en el sitio web del MSP en los dos momentos de la búsqueda (07.03.2013 y 20.12.2013).

Anexo 2: Nota de presentación del estudio cualitativo a la Junta Departamental de Salud de Florida

Montevideo, 13 de junio de 2012

Señoras/es integrantes

Junta Departamental de Salud de Florida

Presente.-

De mi mayor consideración:

Por gentileza de la Sra. Directora Departamental de Salud de Florida, Dra. Adriana Brescia, hago llegar esta nota solicitud a ese órgano departamental a efectos de considerar la posibilidad de realizar en ese espacio un trabajo de investigación sobre participación en salud, producción de sentidos e institucionalización.

PRESENTACIÓN

Mi nombre es Sandra Moresino, soy Licenciada en Ciencias de la Comunicación y actualmente estoy en etapa de tesis de investigación de la Maestría en Salud Comunitaria de Facultad de Enfermería, Universidad de la República. La tutora de tesis es la Licenciada en Psicología Susana Rudolf, magíster, Grado 5 en Facultad de Psicología de la Universidad de la República y Directora del Programa de extensión universitaria APEX-Cerro en Montevideo.

Hoy día me desempeño como Directora de la Unidad de Información y Comunicación del Ministerio de Desarrollo Social. Mi ingreso a la función pública se dio primero a través de la Universidad de la República y luego, desde el 2006 al 2011, en el Ministerio de Salud Pública. Justamente desde esta institución trabajé los temas vinculados a la promoción de la salud, participación y comunicación, desde el Proyecto Uruguay Saludable primero y desde el Departamento de Comunicación y Salud después.

Mi interés por los temas de la participación en general y en el campo de la salud en particular, devienen de mi práctica concreta y formación profesional y de la necesidad relevada de generar estudios e insumos a punto de partida de la instalación de espacios institucionales nuevos, donde los actores intercambian significados y producen sentidos sobre sus prácticas.

EL TEMA DE LA INVESTIGACIÓN Y SU ABORDAJE

He escrito, en los distintos borradores que voy elaborando, que la reforma de la salud en Uruguay pretende superar condiciones de segmentación, fragmentación e iniquidades en la atención a la salud. También, que un importante marco normativo prevé la participación de usuarios, trabajadores, efectores de salud y autoridades político-sanitarias en distintas instancias de debate y conducción del Sistema Nacional Integrado de Salud, como las juntas departamentales.

Creo que se abre una brecha para el conocimiento cuando se ponen en juego la dinámica entre el “deber ser” normativo y las prácticas concretas de participación, en los espacios como las juntas, donde las personas producen sentidos sobre lo que piensan, sienten y hacen. Es esto lo que va a guiar mi investigación, que pretendo poder realizar con quienes participan en la Junta Departamental de Salud de Florida.

LO METODOLÓGICO

Las preguntas que orientan la investigación, más allá de que son siempre provisorias, las formulo así:

¿Qué sentidos dan a la participación en salud los actores vinculados en la Junta Departamental de Salud de Florida?

¿Qué modelos de comunicación subyacen a las prácticas de la participación en salud?

Preveo la realización de un estudio de caso, cualitativo, descriptivo, de tipo exploratorio, de corte transversal, con la combinación de distintas técnicas: entrevistas semiestructuradas a los integrantes de la junta, observación no participante en reuniones y análisis documental.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Salvo que se autorice a través de la firma del consentimiento informado, mantendré en reserva la identificación de las personas. Los testimonios, cuando sean transcripciones literales, aparecerán entre comillados y, entre paréntesis, la técnica utilizada y el “actor”. A modo de ejemplo: “la participación en salud es una oportunidad” (entrevista, usuarios).*

* Eventualmente podría aparecer la fecha si fuera trascendente desde lo metodológico. En este caso el ejemplo utilizado se reformularía así: “la participación en salud es una oportunidad” (entrevista, usuarios, agosto 2012).

Los documentos que se incorporen al análisis documental son aquellos que la propia junta departamental establezca y facilite como públicos.

La observación como técnica es de tipo no participante, es decir, sin intervención o interferencia. Estimo que las entrevistas serán promedialmente de una hora de duración, pudiendo fijarse más de un encuentro con cada persona.

JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

Se espera que los resultados generen insumos para el diseño de políticas públicas que incorporen el eje de la participación en salud en alguno de sus capítulos. Pretendo con este estudio aportar a la generación de conocimiento desde el eje estratégico de la descentralización, por eso he elegido un espacio institucional en el interior del país, para superar los abordajes “montevideanocéntricos”.

Vale decir finalmente que la participación en salud en nuestro país no es un fenómeno nuevo. Lo nuevo del tema es la institucionalización de espacios de conducción del SNIS donde se prevé la participación de autoridades sanitarias, gestores de servicios, trabajadores y usuarios.

El alcance del estudio es vasto en tanto las juntas departamentales de salud son responsables de la agenda de salud en el nivel departamental. Como todos los departamentos del país deben tener un órgano de tal naturaleza, los alcances del estudio adquieren otra dimensión pudiendo ser el inicio de estudios comparativos en la materia. También, el eje estratégico de la participación en salud ha sido reiterado sistemáticamente por las autoridades políticas como fundamental para el proceso de la reforma de la salud. Finalmente, y no menor, el estudio puede aportar para la reflexión sobre las

propias prácticas de actuación en la junta, y constituirse en un insumo para la gestión del cambio, de ser necesario.

Los resultados del estudio serán facilitados a las autoridades sanitarias del Ministerio de Salud Pública, a la Junta Nacional de Salud y a la Junta de Florida. No descarto, si ésta última así lo entiende pertinente, la presentación en ese espacio de breves informes de avance. La devolución de los resultados se acordará oportunamente.

PLAZOS

En el protocolo de investigación, que es un requisito curricular de la maestría, se detallará el cronograma, una vez aprobado por esa junta la realización del estudio. Haré llegar inmediatamente a ese espacio el protocolo aprobado por el comité académico de la maestría. El plazo máximo para la presentación del trabajo final y la defensa oral es marzo de 2014.

Desde ya agradezco muy especialmente la consideración de esta solicitud y aguardo una respuesta favorable. Dejo a continuación mis coordenadas de ubicación.

Muy atentamente

(Sigue firmas y coordenadas de localización)

Anexo 3: Documento elaborado para la presentación sintética de la investigación en la Junta Departamental de Salud de Florida en diciembre de 2012

Título: Participación en salud: producción de sentidos e institucionalización. Estudio de caso en la Junta Departamental de Salud de Florida; Uruguay.

Resumen:

La reforma de la salud en Uruguay pretende superar condiciones de segmentación, fragmentación y falta de equidad en la atención a la salud. A fines del año 2007 comenzó la aprobación de un cuerpo de leyes para su sustento y la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Un importante marco normativo prevé la participación de usuarios, trabajadores, efectores de salud y autoridades político-sanitarias en distintas instancias de debate y conducción del SNIS; la mayoría ya en marcha. Este es el caso de los Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales conocidos como Juntas Departamentales de Salud. Si bien rige de antemano la premisa antropológica sobre la distancia entre el “deber ser” normativo y las prácticas concretas, abordar el estudio de esa distancia desde la producción de sentidos que hacen los actores que participan en espacios institucionales, como las juntas antes dichas, es lo que motiva este estudio.

Desde el interaccionismo simbólico es posible abordar la dimensión de la producción de sentidos, en tanto la realidad se construye a través de los intercambios de significados de los fenómenos sociales.

Se prevé un estudio cualitativo, descriptivo, de tipo exploratorio, de corte transversal a través del estudio de caso de la Junta Departamental de Salud de

Florida, con la combinación de distintas técnicas: entrevistas semiestructuradas, observación no participante y análisis documental.

Se espera que los resultados generen insumos para el diseño de políticas públicas que incorporen el eje de la participación en salud en alguno de sus capítulos.

Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Generar insumos para el diseño de políticas públicas de salud que incluyan el eje de la participación en salud como componente estratégico en espacios institucionales de nivel departamental.

Objetivos específicos:

- Identificar y caracterizar los significados de la participación en salud a partir de los sentidos que producen los actores vinculados en la Junta Departamental de Salud de Florida.
- Comprender el proceso de producción de sentidos sobre participación en salud que se da en el espacio institucionalizado de la Junta Departamental de Salud.
- Analizar las formas de comunicación que se ponen en juego en el desarrollo de las actividades que emprende la junta, identificando facilitadores, obstaculizadores y modelos.

Metodología

Estudio cualitativo, descriptivo, de tipo exploratorio y corte transversal a través de estudio de caso con combinación de técnicas (entrevistas semiestructuradas, análisis documental, análisis de discurso).

Plan de trabajo

Definición tema de tesis. Primer borrador de protocolo	Marzo - Abril 2012
Búsqueda y selección de bibliografía	Marzo - Abril 2012
Selección y acuerdos de tutoría	Abril - Mayo 2012
Revisión y sistematización de bibliografía. Segundo borrador de protocolo.	Abril - Junio 2012
Ajustes en el tema. Intercambios con tutoría.	Junio 2012
Primeros contactos con el "caso" para envío de nota.	Junio 2012
Entrevistas exploratorias de tipo diagnóstico con referentes en el tema	Junio - Agosto 2012
Ajustes en tema y metodología. Intercambios con tutoría. Tercer borrador de protocolo.	Junio - Agosto 2012
Revisión y sistematización de bibliografía. Cuarto borrador de protocolo.	Setiembre – Octubre 2012
Presentación en "judesa" Florida. Acuerdos y validación para continuar. Quinto borrador de protocolo	Octubre-Diciembre 2012
Diseño metodológico y presentación protocolo	Marzo 2013
Trabajo de campo	Abril-Julio 2013
Sistematización de trabajo de campo	Junio-Octubre 2013
Devolución de primeros resultados. Ajustes	Octubre-Noviembre 2013
Redacción de informe final	Diciembre 2013-Marzo 2014

Necesidades para continuar

Básicamente son tres los requerimientos que tiene el estudio para con la Junta Departamental de Salud de Florida:

- El acuerdo de la junta sobre los objetivos del estudio para su desarrollo.

- Acceso a entrevistas según el plan detallado (reserva de anonimato o publicación a través de consentimiento informado).
- Acceso a documentación catalogada como pública y/u otros documentos que se estimen de interés.
- Eventualmente, si los ajustes metodológicos los requieren, la participación en carácter de observación no participante en sesión.

(Sigue firma y coordenadas de localización de investigadora)

Anexo 4: Modelo de consentimiento informado para el aval a la investigación por parte de la Junta Departamental de Salud de Florida y nota aval enviada

Florida,, de, 2013

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Sras/es integrantes
Comisión Académica de Posgrado
Presente.-

Por este medio hacemos llegar a esa comisión nuestro acuerdo con la realización del trabajo de tesis “Participación en salud: producción de sentidos e institucionalización. Estudio de caso en la Junta Departamental de Salud de Florida”, llevado adelante por Lic. Sandra Moresino en el marco de la Maestría en Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería, con la tutoría de la Prof. Mag. Susana Rudolf.

Hacemos constar que hemos recibido en forma oral y escrita la presentación de la investigación, y tenido oportunidad de intercambiar sobre viabilidad y difusión de resultados. Asimismo han sido expuestos los objetivos de la investigación, metodología y cronograma de realización.

Sin otro particular, saludo atentamente.

(Sigue firma)

(Atención: esta nota debe ir en hoja membretada de la junta o en su defecto, el membrete oficial que se utilice para las comunicaciones de la misma. Debe ir adjunta y firmada la presentación sintética de la investigación).



Florida, 13 de marzo de 2013

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Sras/es integrantes
Comisión Académica de Posgrado
Presente.-

Por este medio hacemos llegar a esa comisión nuestro acuerdo con la realización del trabajo de tesis "Participación en salud: producción de sentidos e institucionalización. Estudio de caso en la Junta Departamental de Salud de Florida", llevado adelante por Lic. Sandra Moresino en el marco de la Maestría en Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería, con la tutoría de la Prof. Mag. Susana Rudolf.

Hacemos constar que hemos recibido en forma oral y escrita la presentación de la investigación, y tenido oportunidad de intercambiar sobre viabilidad y difusión de resultados. Asimismo han sido expuestos los objetivos de la investigación, metodología y cronograma de realización.

Sin otro particular, saludo atentamente.

Dra. Adriana Brescia
Directora Departamental de Salud de Florida
Presidenta de la Junta Departamental de Salud de Florida

**ES COPIA FIEL
DEL ORIGINAL**

DANIEL BARBOSA

Comisión Directiva del Centro de Posgrado
Facultad de Enfermería

Cordoba 379. TEL- Fax 43522029 e-mail: ddsflorida@mer.su.ub.edu.uy

Anexo 5: Texto de correo y nota adjunta para el envío desde la DDS Florida a los integrantes de la Judesa Florida

Texto de correo

Montevideo, 22 de mayo de 2013.-

Consejo Asesor Honorario Departamental de Salud de Florida

Sra. Presidenta

Dra. Adriana Brescia

De mi mayor consideración:

Gusto en entrar en contacto por esta vía para comentar que he presentado el viernes próximo pasado el protocolo de investigación "Participación en salud: producción de sentidos e institucionalización. Estudio de caso en la Junta Departamental de Salud de Florida; Uruguay", en el marco de la Maestría en Salud Comunitaria que curso en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

Una síntesis de este protocolo de investigación -con sus objetivos, metodología y plazos- fue presentada en esa junta en la visita que realizara a la misma en la sesión del 12 de diciembre de 2012, donde tuve oportunidad de intercambiar con las y los participantes sobre motivaciones y necesidades para llevar adelante este trabajo. En esa oportunidad también hice el planteo de, en caso de acceder la junta a este trabajo, obtener el aval mediante una nota tipo consentimiento informado y proceder con las técnicas del estudio (entrevistas, observación no participante

En la sesión del 13 de marzo de 2013, esa junta otorga el aval solicitado, que es parte de los anexos incorporados en el protocolo presentado el pasado viernes.

En virtud de lo anterior es que me estoy dirigiendo a usted a efectos de:

- 1.-tenga la amabilidad de facilitarme coordenadas de localización de las personas que integran la junta (teléfono o correo electrónico).
- 2.-reenvíe este correo a los integrantes de la junta para ponerles al tanto de que les estaré contactando.

Una vez obtenidos los datos pedidos, entraré en contacto para la coordinación de entrevistas, de aproximadamente una hora de duración.

Estoy adjuntando a este correo el resumen de la investigación y un breve currículo personal con datos de localización.

Desde ya agradezco la atención prestada a esta solicitud.

Saludos cordiales

Nota adjunta

PARTICIPACIÓN EN SALUD: PRODUCCIÓN DE SENTIDOS E INSTITUCIONALIZACIÓN. ESTUDIO DE CASO EN LA JUNTA DEPARTAMENTAL DE SALUD DE FLORIDA; URUGUAY.

Lic.Com.Sandra Moresino (✉)

Tutora: Mag. Lic. Psic. Susana Rudolf

RESUMEN:

La reforma de la salud en Uruguay pretende superar condiciones de segmentación, fragmentación y falta de equidad en la atención a la salud. A fines del año 2007 comenzó la aprobación de un cuerpo de leyes para su sustento y la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Un importante marco normativo prevé la participación de usuarios, trabajadores, efectores de salud y autoridades político-sanitarias en distintas

instancias de debate y conducción del SNIS; la mayoría en marcha. Este es el caso de los Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales conocidos como Juntas Departamentales de Salud. Si bien rige de antemano la premisa antropológica sobre la distancia entre el *deber ser* normativo y las prácticas concretas, el estudio de esa distancia desde la producción de sentidos que hacen los actores que participan en espacios institucionales, como las juntas antes dichas, es lo que motiva este trabajo.

Desde las teorías de la comunicación que tienen fuente en el interaccionismo simbólico es posible abordar la producción de sentidos, como parte de la comunicación que construye realidad a través de los intercambios simbólicos que hacen las personas sobre los fenómenos sociales.

Se prevé un estudio cualitativo, descriptivo, de tipo exploratorio, de corte transversal a través del estudio de caso, que por razones de viabilidad se realiza en la Junta Departamental de Salud de Florida. Se combinan distintas técnicas: entrevista semiestructurada, observación no participante, análisis documental y análisis de contenidos.

Se espera que los resultados generen insumos para el diseño de políticas públicas que incorporen el eje de la participación en salud en alguno de sus capítulos.

(*) Sandra Moresino es Licenciada en Ciencias de la Comunicación de la Universidad de la República. Ha colaborado en tareas de docencia, investigación y extensión en la Licenciatura en Comunicación y en el Programa Apex-Cerro de Montevideo. En el período 2006-2010 dirigió el proyecto de promoción de salud "Uruguay Saludable" del Ministerio de Salud Pública (MSP). Entre 2010 y 2011 dirigió el departamento de comunicación del MSP. Desde entonces y a la fecha, está a cargo de la Unidad Asesora en Comunicación del Ministerio de Desarrollo Social.

Anexo 6: Pauta de entrevista

Universidad de la República/Facultad de Enfermería/Maestría en Salud Comunitaria

Título de la investigación:

Participación en salud: producción de sentidos e institucionalización. Estudio de caso en la Junta Departamental de Salud de Florida; Uruguay.

1. Previo a la realización del trabajo de campo:

- Obtener las coordenadas de localización de las personas que integran la junta.
- Oficializar el inicio del trabajo de campo (aviso a la junta a través de su presidencia y mediante correo electrónico para que reenvíen desde ese lugar a los demás integrantes).

2. Antes de cada entrevista:

- Precisar los datos de la persona a entrevistar (nombre, representante de...)
- Hacer un primer contacto (telefónico o correo). Recordar objetivos de la investigación.
- Coordinar día y lugar de entrevista.
- Recordar día, lugar y hora de encuentro.

3. En la entrevista:

- Empezar con una consigna de presentación y encuadre (texto posible):

Mi nombre es “fulana de tal”, soy comunicadora. Estoy haciendo un trabajo de investigación, una tesis, para terminar la Maestría en Salud Comunitaria que hago en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República. No hago el trabajo sola, tengo una profesora tutora que

me acompaña, se llama Susana Rudolf, es psicóloga. También en algunos momentos colabora conmigo...(nombre de la colaboradora).

Yo trabajo en el Ministerio de Salud Pública desde el 2005. Estuve en un proyecto que se llamó Uruguay Saludable, que aquí en Florida estuvo en algunos barrios. Ahora estoy en el Mides y me encargo de la comunicación.

Me interesa el tema de la participación. Empecé en el Ministerio de Salud Pública casi junto con el sistema integrado de salud. Me atrajo lo de las juntas de salud porque son algo nuevo. Me pareció que podía ser un buen lugar para hacer mi tesis vinculando lo que he estudiado con lo que he trabajado con lo que ocurre en una junta, como la de ustedes.

Mi tesis se llama producción de sentidos e institucionalización, el nombre es más largo, pero de fondo de lo que trata es de cómo ustedes hacen lo que hacen, en un lugar que está establecido por ley y por decreto.

Establecimiento de las reglas de entrevista: grabación y recolección de notas ampliatorias, acuerdos sobre el anonimato. Repaso del consentimiento informado.

4. Identificación de la entrevista:

Identificación de la entrevista	
Número de la entrevista	
Nombre o seudónimo	
Fecha de realización	
Lugar de realización	
Duración de la entrevista	

Datos	
Representante de...	
Organización de procedencia	
Trabaja en...	

5. Temas de conversación:

- Cómo llega a integrar la junta. Qué lo motiva.
- Qué temas son prioritarios en la junta y por qué.
- Cómo es una sesión de la junta.
- Cómo se toman las decisiones. Qué ocurre con esas decisiones.
- Con quiénes comparte lo que ocurre en la junta.
- Qué significa actuar en representación de.

6. Tomar nota de lo observado: lugar, posturas, vestimenta, lenguaje gestual, percepciones, estados de ánimo.

7. Cierre de la entrevista:

Hay algo que le quedó por decir?

Agradecimiento y recordatorio de los términos del consentimiento informado.

Firma del consentimiento informado

Anexo 7: Pauta de entrevista reformulada

Representante de....

Qué significa actuar en representación de... Otras organizaciones de procedencia en el ámbito de la salud que usted entienda inciden en su trabajo en la junta.

Cómo llega a integrar la junta. Motivaciones (por qué dijo que sí).

Cómo es una sesión de la junta . Qué sesión recuerda más y por qué.

Qué temas son prioritarios en la junta y por qué.

Cómo se toman las decisiones. Qué ocurre con esas decisiones. Cómo se hace el orden del día.

Cómo incide la institucionalización de la participación (que sea una política pública, algo promovido desde el Estado). Qué efectos tiene el cambio de la directora departamental. Qué efectos tiene la ausencia de la intendencia y de COMEF. Cómo incide que los trabajadores médicos tengan representación específica.

Cómo es la comunicación en la junta (¿Siempre hablan los mismos? ¿Siempre se sientan en el mismo lugar? ¿Hay temas en los que hablan más unos que otros? Afinidades. Interacciones (cómo es esto de estar sentados a una misma mesa médicos, usuarios, trabajadores...). Qué medios y que vías tienen para comunicarse. Cómo es la comunicación hacia afuera (¿aprovecha sus propias redes para difundir?)

Dibujar redes (internas y externas). Direcciones de los vínculos. Vínculos del colectivo en el afuera. Otros vínculos. ¿Esto ha sido siempre así?

¿Le ha quedado algo por decir que me quiera comentar ahora?

Firma del consentimiento informado

¿Podemos contactar a la otra persona o han decidido que sea usted el vocero?

Anexo 8: Consentimiento informado para entrevistas

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Maestría en Salud Comunitaria
Consentimiento libre e informado

En el marco de la Maestría en Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, se está desarrollando la investigación: ***“Participación en salud: producción de sentidos e institucionalización. Estudio de caso en la Junta Departamental de Salud de Florida; Uruguay”***. La responsable de dicha investigación es la Licenciada en Comunicación Sandra Moresino. La tutora de la investigación es la Magíster Susana Rudolf.

Los objetivos de la investigación son:

Objetivo general:

- Generar insumos para el diseño de políticas públicas de salud que incluyan el eje de la participación en salud como componente estratégico en espacios institucionales de nivel departamental.

Objetivos específicos:

- Identificar y describir los hitos normativos del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay que aplican a los espacios de participación institucional en el sistema.
- Identificar y describir elementos y redes de la comunicación organizacional en la Junta Departamental de Salud de Florida
- Comprender el proceso de producción de sentidos sobre participación

en salud que se da en el espacio institucionalizado de la Junta Departamental de Salud de Florida.

La investigación prevé la realización de entrevistas con integrantes del Consejo Asesor Honorario Departamental de Salud de Florida (Junta Departamental de Salud de Florida), el análisis de documentos, observación no participante y análisis de contenidos.

Con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos es que se está solicitando a usted la participación como persona entrevistada.

La presente instancia será grabada para preservar la fidelidad de la información suministrada. La misma será desgrabada y transcrita para su análisis.

La responsable de la investigación guardará en forma de confidencialidad toda la información que usted proporcione. Se tendrán en cuenta y tomarán todos los recaudos necesarios para mantener su anonimato y no será identificada en ningún reporte ni publicación posterior a menos que usted manifieste su interés en que así sea.

Importante:

Participar de la presente Investigación en calidad de persona entrevistada no tendrá ningún costo ni compensación económica.

Está en su derecho negarse a ser entrevistado. Esto no tendrá efectos negativos para usted de ningún tipo.

Los beneficios de su participación en esta investigación incluyen la posibilidad y satisfacción de contribuir a profundizar sobre una temática de relevancia social y académica y la de utilizar el conocimiento generado en su propio beneficio.

Declaración de consentimiento:

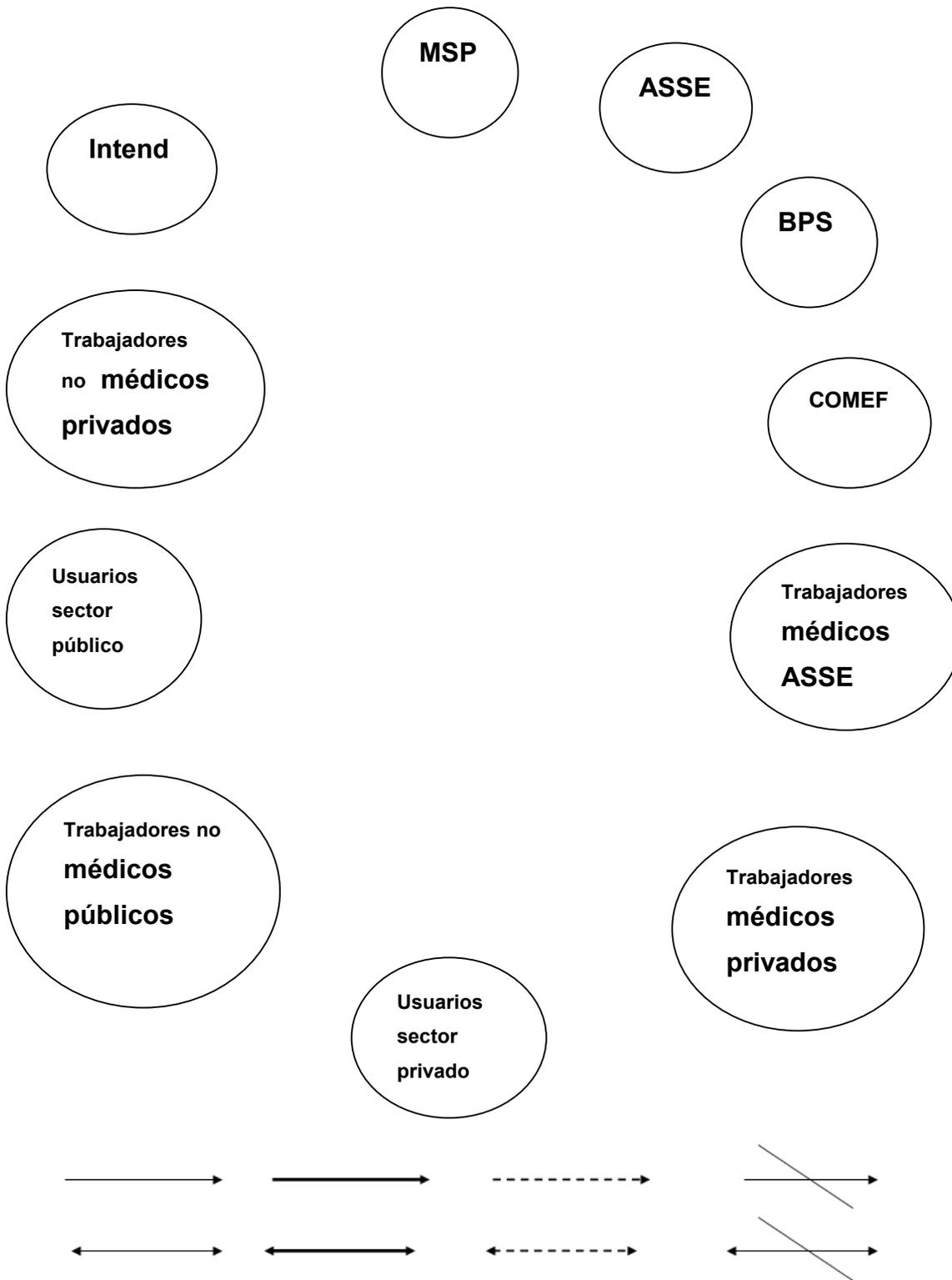
He leído y escuchado la información que me han dado sobre la investigación, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas que me han satisfecho. Acepto voluntariamente participar en el estudio y comprendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento que lo desee sin que esto afecte o tenga consecuencias para mí.

Firma:

Aclaración:

Fecha:

Anexo 9: Mapa de vínculos



Anexo 10: Coordinación de entrevistas

Montevideo, 6 de junio de 2013

Señores/as integrantes de la Junta Departamental de Salud de Florida

ATT: Representantes

Presente.-

De mi mayor consideración:

Con mucho gusto entro en contacto con ustedes por esta vía. Mi nombre es Sandra Moresino, soy licenciada en Ciencias de la Comunicación y estoy en etapa de tesis de la Maestría en Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República. El título de tesis es: "Participación en salud: producción de sentidos e institucionalización. Estudio de caso en la Junta Departamental de Salud de Florida; Uruguay".

Tuve oportunidad de conocerles cuando participé en la sesión de la junta del 12 de diciembre de 2012. Allí, presenté los objetivos, metodología y plazos de mi trabajo de tesis, que planteé realizar en esa junta. También en esa instancia intercambiamos con las personas presentes sobre motivaciones para elegir a esa junta como caso de tesis y necesidades para llevar adelante el trabajo, que está pensado desde la perspectiva de que nos pueda ser útil a todos los involucrados. Finalmente en esa instancia solicité el aval por escrito de la junta para habilitar las técnicas del estudio, que incluyen entrevistas. Un resumen ejecutivo de mi trabajo, junto a un breve currículum mío, encontrarán al final de este texto.

En la sesión del 13 de marzo de 2013, esa junta otorga el aval solicitado, que es incorporado al documento de protocolo del trabajo de maestría. Según el

cronograma previsto, las entrevistas a integrantes de la junta se solicitan en este mes que transcurre.

Es por esto que en estos próximos días, XXXX, persona que colabora en la coordinación de entrevistas, o yo directamente, nos estaremos comunicando con ustedes a efectos de ver la posibilidad de acceder a una entrevista individual y ahondar en otros detalles que estimen pertinente. Vuestras coordenadas de localización me han sido facilitadas por la Dirección Departamental de Salud de Florida. Me agradecería mucho que accedieran a ser entrevistados en forma individual, pero, en tanto representantes de la intendencia en la junta, tienen la opción de decidir que uno de ustedes sea la persona entrevistada.

Les agradezco desde ya la atención que me han dispensado y les saludo muy atentamente.

.....

PARTICIPACIÓN EN SALUD: PRODUCCIÓN DE SENTIDOS E INSTITUCIONALIZACIÓN. ESTUDIO DE CASO EN LA JUNTA DEPARTAMENTAL DE SALUD DE FLORIDA; URUGUAY.

Lic.Com.Sandra Moresino (✉)

Tutora: Mag. Lic. Psic. Susana Rudolf

RESUMEN:

La reforma de la salud en Uruguay pretende superar condiciones de segmentación, fragmentación y falta de equidad en la atención a la salud. A fines del año 2007 comenzó la aprobación de un cuerpo de leyes para su sustento y la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Un importante marco normativo prevé la participación de usuarios, trabajadores, efectores de salud y autoridades político-sanitarias en distintas instancias de debate y conducción del SNIS; la mayoría en marcha. Este es el caso de los Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales conocidos como Juntas Departamentales de Salud. Si bien rige de antemano la premisa antropológica sobre la distancia entre el *deber ser* normativo y las prácticas concretas, el estudio de esa distancia desde la producción de sentidos que hacen los actores que participan en espacios institucionales, como las juntas antes dichas, es lo que motiva este trabajo.

Desde las teorías de la comunicación que tienen fuente en el interaccionismo simbólico es posible abordar la producción de sentidos, como parte de la comunicación que construye realidad a través de los intercambios simbólicos que hacen las personas sobre los fenómenos sociales.

Se prevé un estudio cualitativo, descriptivo, de tipo exploratorio, de corte transversal a través del estudio de caso, que por razones de viabilidad se realiza en la Junta Departamental de Salud de Florida. Se combinan distintas técnicas: entrevista semiestructurada, observación no participante, análisis documental y análisis de contenidos.

Se espera que los resultados generen insumos para el diseño de políticas públicas que incorporen el eje de la participación en salud en alguno de sus capítulos.

(●) Sandra Moresino es Licenciada en Ciencias de la Comunicación de la Universidad de la República. Ha colaborado en tareas de docencia, investigación y extensión en la Licenciatura en Comunicación y en el Programa Apex-Cerro de Montevideo. En el período 2006-2010 dirigió el proyecto de promoción de salud "Uruguay Saludable" del Ministerio de Salud Pública (MSP). Entre 2010 y 2011 dirigió el departamento de comunicación del MSP. Desde entonces y a la fecha, está a cargo de la Unidad Asesora en Comunicación del Ministerio de Desarrollo Social.

Anexo 11: Consentimiento informado para uso y acceso a documentos

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Maestría en Salud Comunitaria
Consentimiento libre e informado

En el marco de la Maestría en Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, se está desarrollando la investigación: ***“Participación en salud: producción de sentidos e institucionalización. Estudio de caso en la Junta Departamental de Salud de Florida; Uruguay”***. La responsable de dicha investigación es la Licenciada en Comunicación Sandra Moresino. La tutora de la investigación es la Magíster Susana Rudolf.

Los objetivos de la investigación son:

Objetivo general:

- 📄 Generar insumos para el diseño de políticas públicas de salud que incluyan el eje de la participación en salud como componente estratégico en espacios institucionales de nivel departamental.

Objetivos específicos:

- 📄 Identificar y describir los hitos normativos del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay que aplican a los espacios de participación institucional en el sistema.
- 📄 Identificar y describir elementos y redes de la comunicación organizacional en la Junta Departamental de Salud de Florida

■ Comprender el proceso de producción de sentidos sobre participación en salud que se da en el espacio institucionalizado de la Junta Departamental de Salud de Florida.

La investigación prevé como técnica el análisis documental.

Con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos y el acceso a documentos es que se está solicitando su autorización para el acceso y uso de(nombrar documento)

Declaración de consentimiento:

He leído y escuchado la información que me han dado sobre la investigación, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas que me han satisfecho. Acepto la solicitud de acceso y uso de con estas condiciones (reproducción total o parcial, identificación o no de autoría).

Firma:

Aclaración:

Fecha: