



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Monografía Licenciatura en Trabajo Social

**De qué forma impactó el SNIS, en el PNA de la
policlínica de Casabó, a partir del Convenio del 2012.**

Tatiana Noelia Suffo Paiz
Tutor: Alejandro Gabriel Mariatti Acosta

2025

Agradecimientos

Este trabajo representa el final de una etapa muy importante de mi vida, y no puedo dejar de agradecer a cada una de las personas que de alguna u otra forma fueron parte de esto.

A mi madre y a mis hermanos, Víctor y Diego, por siempre impulsarme a seguir mis sueños, por allanarme el camino y por ser ejemplo; y por su apoyo incondicional cuando decidí cursar esta carrera, al igual que en cada objetivo que me propongo.

A mí familia en general.

A mis amigos, a los de siempre y a los que se fueron sumando a lo largo de estos años.

A los que se sentaron a leer mi trabajo para aportar una mirada distinta, un consejo o una palabra de aliento para que siguiera adelante, o simplemente se preocuparon en saber cómo iba el proceso.

A Sautu, Tilin, Serafina y León, mis fieles compañeros de cuatro patitas.

A Alejandro, por su respeto y compromiso a lo largo de la elaboración de este trabajo, y por su generosidad para transmitir el conocimiento. No solo en su calidad de tutor, sino también en el año de práctica compartido.

La trayectoria educativa tiene sus matices, pero vale la pena transitarla cuando se puede contar con profesores como él.

A Pablo y Verónica, por su valioso testimonio en las entrevistas que me permitió realizar este trabajo.

¡Gracias!

Índice

Introducción.....	3
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos.....	4
Aspectos metodológicos.....	5
Justificación.....	6
Antecedentes.....	7
Relevancia del Trabajo Social en la salud.....	10
Capítulo 1.....	12
1.1 La evolución en la forma de concebir a la salud.....	12
1.2 La atención primaria como medio de lograr la salud para todos.....	14
1.2.1 El modelo de atención primaria en salud.....	14
1.2.2 La promoción a la salud.....	15
1.3 El derecho a la salud.....	16
1.3.1 Los derechos humanos y la salud.....	16
1.3.2 Las políticas públicas y la salud.....	18
1.4 El Primer Nivel de Atención.....	19
Capítulo 2.....	21
2.1 El Sistema Nacional Integrado de Salud.....	21
2.1.1 Algunos hechos históricos.....	21
2.1.2 El contexto previo a la reforma.....	22
2.1.3 La creación del SNIS.....	25
2.1.4 El SNIS en el primer nivel de atención.....	30
Capítulo 3.....	32
3.1 Las policlínicas departamentales como política pública: la policlínica de Casabó y el Convenio de 2012.....	32
3.2 La firma del Convenio de 2012.....	34
3.3 Análisis de datos.....	36
3.3.1 Promoción a la salud y prevención de enfermedades.....	36
3.3.2 Participación comunitaria.....	38
Reflexiones finales.....	41
Referencias bibliográficas.....	43

Introducción

El trabajo presentado en este documento corresponde a la monografía final de grado realizada para culminar la Licenciatura en Trabajo Social, dictada en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República de acuerdo al plan de estudios del año 2009.

El tema elegido para el desarrollo de la monografía se basa en conocer y caracterizar el impacto que tuvo el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), particularmente a partir de la firma del Convenio de 2012, en la gestión y servicio sanitario- asistencial, en instituciones que forman parte del Primer Nivel de Atención (PNA), particularmente, en la policlínica de Casabó, ubicada en dicho barrio, en la zona oeste del departamento de Montevideo.

La policlínica de Casabó forma parte de la red de policlínicas departamentales de la Intendencia de Montevideo (IM), integrada por 23 policlínicas y 6 policlínicos móviles.

Desde el año 2012 esta red funciona integrándose de forma complementaria a los servicios brindados por parte de la Atención Primaria Metropolitana (RAP) de ASSE dentro del PNA, en el departamento de Montevideo, ya que en dicho año se estableció un convenio entre ambas instituciones para que las policlínicas departamentales comenzaran a formar parte del sistema, con el fin de fortalecer y articular la atención junto a ASSE en el departamento.

Por este motivo resulta relevante conocer de qué manera incide esta vinculación en los servicios brindados en las policlínicas departamentales, observando el caso particular mencionado.

En este sentido, se llevará a cabo una investigación con la finalidad de obtener una visión integral de las transformaciones ocurridas, mediante la utilización de diferentes técnicas de recolección de datos.

Este análisis pretende identificar los cambios estructurales y organizativos, así como también comprender la incidencia que dichas modificaciones en los servicios de salud significaron para la comunidad, haciendo hincapié en el alcance socio comunitario del PNA.

A partir de lo mencionado anteriormente se plantea la interrogante:

¿De qué manera la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud generó cambios en la atención que brindan las instituciones del primer nivel si se analiza el caso de la Policlínica de Casabó en la ciudad de Montevideo?

En consecuencia, a partir de la interrogante planteada surgen estos objetivos:

Objetivo general

Conocer los cambios en el primer nivel de atención en la Policlínica de Casabó a partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. En particular, conocer el impacto a partir del Convenio de 2012.

Objetivos específicos

1. Identificar lo establecido por el Sistema Nacional Integrado de Salud para el Primer Nivel de Atención.
2. Indagar la forma en que se desarrolla el Primer Nivel de Atención en la Policlínica de Casabó.
3. Caracterizar esta relación institucional a partir del Convenio de 2012.
4. Identificar la estrategia en Atención Primaria en Salud en el Primer Nivel de Atención, en relación a la promoción a la salud, prevención de enfermedades y participación comunitaria.

En el primer capítulo del trabajo se busca señalar los principales fundamentos de la construcción del concepto de salud y su concepción de lo que este implica en la actualidad. Haciendo mención a lo considerado más relevante desde sus orígenes y teniendo en cuenta los principales hechos históricos que marcaron su transformación. Estos hechos se relacionan con la conferencia de Alma-Ata, la carta de Ottawa, la concepción de la salud como un derecho y la construcción de la salud como política pública

En el segundo capítulo se va a presentar la incidencia de los aspectos mencionados en la construcción del sistema de salud uruguayo, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, y su estrategia de Atención Primaria en Salud para el Primer Nivel de Atención.

En el tercer capítulo se va a analizar esta construcción mediante el estudio del caso de la policlínica de Casabó, en base a las categorías de promoción a la salud, prevención de enfermedades y participación comunitaria.

Para finalizar se van a exponer las reflexiones finales en base a la información obtenida a través de las entrevistas, destacando los principales aspectos en los cuales el Sistema Nacional Integrado de Salud generó cambios en el primer nivel de atención y el aporte que realizó la experiencia de las policlínicas departamentales a la creación del sistema.

Aspectos metodológicos

La presente investigación se llevará a cabo desde un enfoque cualitativo, cuyo diseño se caracteriza por ser flexible e interactivo, en donde los diferentes conceptos y categorías de análisis pueden surgir a lo largo de todo el proceso de investigación (Sautu, 2005).

A través de las entrevistas realizadas y el análisis de fuentes secundarias se busca reflexionar acerca del tema investigado, realizando la reconstrucción de lo que implicó en su momento el proceso de construcción del SNIS, la posterior firma de convenio entre las instituciones involucradas y su repercusión en el PNA de las policlínicas departamentales.

Para esto, se van a utilizar distintas técnicas de recolección de datos, una de ellas será la entrevista¹.

Se realizarán dos entrevistas individuales a referentes de la división salud y el servicio de atención a la salud de la Intendencia de Montevideo, se trata de un ex funcionario y una funcionaria respectivamente.

El primer entrevistado se desempeñó como director de la División Salud en la Intendencia de Montevideo entre los años 2005-2007 y 2010-2015. Mientras que la segunda entrevistada desempeñó funciones en la policlínica de Casabó entre los años 2011-2013, y además ocupó el cargo de directora del Servicio de Atención a la Salud de la IM en el último período. El criterio de elección de los entrevistados se basó en poder obtener información del convenio 2012, con el primer entrevistado de lo que significó el proceso de elaboración e implementación del mismo, y con la segunda entrevistada la incidencia que generó en el caso particular de la policlínica de Casabó.

¹ Una conversación entre dos personas, un entrevistador y un informante, dirigida y registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con una cierta línea argumental —no fragmentado, segmentado, precodificado y cerrado por un cuestionario previo— del entrevistado sobre un tema definido en el marco de una investigación (Grele, citado en Alesina et al., 2011).

El tipo de entrevista que se implementó, tuvo una orientación semiestructurada, que según Bathyány (2001) cuando se utiliza esta técnica, quien la realiza dispone de cierto contenido que va a estructurar el intercambio, pudiendo a su vez en el momento de su realización variar en el orden y/o formulación de las preguntas.

Asimismo, será parte de este trabajo de campo el análisis de distintas fuentes documentales tales como información institucional, información periodística, documentación histórica y normativas vigentes a partir de la nueva legislación en la salud, así como también serán aprovechados los datos e información cuantitativa, geográfico social y datos estadísticos que surgen de estudios de las propias instituciones que están en el barrio. Por ejemplo, el propio Municipio A. Esto constituye una fuente de información secundaria.

Entre estos documentos también se encuentran datos estadísticos acerca de las actividades educativas implementadas en la Policlínica de Casabó entre los años 2009-2019, con la finalidad de poder analizar las dimensiones de promoción a la salud y prevención de enfermedades.

Justificación

Para la elección del tema presentado se comprende que la creación del SNIS representa un cambio estructural significativo en el Sistema de Salud Uruguayo, ya que modificó la matriz de protección social en materia de salud a nivel nacional, y el cual se ve reflejado tanto en la forma de concebir a la salud, como en la forma de gestionar los servicios de salud en virtud de la universalización del derecho a la misma, buscando garantizar su acceso a todos los ciudadanos.

Se entiende que la policlínica de Casabó es un caso de estudio idóneo debido a que se encuentra en dicho nivel y no se ha realizado un estudio de estas características sobre el mismo con anterioridad.

Si bien se han realizado estudios de naturaleza similar en otros centros de salud la particularidad de esta investigación radica en su caso de estudio, la población beneficiaria de este centro y los desafíos a los que se enfrenta.

Por lo tanto, se busca realizar un aporte desde una perspectiva crítica y constructiva sobre los alcances se lograron obtener a partir de la implementación del SNIS en este caso particular.

Antecedentes

A continuación, se va a realizar una revisión bibliográfica acerca del tema abordado en la presente monografía, con el propósito de conocer el Estado del Arte sobre el tema investigado y de esta forma acercarse al conocimiento generado sobre el mismo en el ámbito académico. Para dicha revisión se van a tomar las monografías finales de grado de la Licenciatura de Trabajo Social Dictada en la Udelar entre los años 2018-2023. Se eligió este periodo de tiempo ya que el 2023 se dió inicio de la elaboración de este trabajo, por este motivo se le buscó dar prioridad a las investigaciones desde ese momento a los últimos 5 años, entendiendo que este periodo cuenta con investigaciones actuales que aportan al trabajo realizado.

1-En el año 2018 se realizó la monografía final de grado por la alumna Ana Daverede Ramos, titulada “El SNIS y las demandas del Trabajo social: primer nivel de atención e intervención”.

En esta investigación, el objetivo establecido se centró en examinar las demandas y la intervención del Trabajo Social en el campo de la salud con el objetivo de “Analizar las demandas e intervención del Trabajo Social (en adelante TS) en el campo de la salud en base a dos ejemplos concretos: VD y atención a personas con uso problemático de drogas” (Daverede, 2018, p. 3).

Este trabajo se desarrolló utilizando un enfoque cualitativo en su metodología, en donde se realizó un análisis de fuentes documentales del SNIS, legislaciones de y una revisión de literatura temas tales como la intervención desde el Trabajo Social.

Entre las conclusiones se desprenden a partir de la implementación del SNIS para la salud de las personas se consideran, además de lo físico y mental, su bienestar integral. El profesional atiende las demandas de los individuos, pero también aquellas de carácter institucional según lo indicado por el Ministerio de Salud Pública. Específicamente, en el caso de esta investigación, el rol profesional es central en los casos de consumo de drogas y violencia doméstica.

2-En el año 2019 se realizó la monografía final de grado por la alumna Lucia Mosterio, la cual se titula “El trabajo social a partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud: estudio de caso en una Institución de Asistencia Médica Colectiva”.

En dicho trabajo el objetivo planteado fue realizar un análisis sobre los cambios ocurridos en la profesión a partir de la implementación del SNIS, considerando las funciones del Trabajo Social en una institución privada de salud.

La metodología con la cual se llevó a cabo fue de corte cualitativo, a partir de un estudio de caso. Se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada la cual se realizó a cinco trabajadoras sociales que desempeñaban funciones en la IAMC elegida para la investigación.

Las conclusiones más destacadas de este estudio son, la observación del Trabajo Social como profesión relevante en el campo de la salud a partir de la creación del SNIS, ya que, sin esta reforma, hasta el momento era una necesidad que no había sido visualizada. Desde el SNIS, también se promueve la conformación de equipos interdisciplinarios de salud en el cual se integran los trabajadores sociales, bajo una nueva forma de atención. El centrarse en la atención integral el trabajo social mayor autonomía y legitimidad como profesión en el campo de la salud. Por otro lado, reflexiona sobre cómo esta forma de trabajo sólo se lleva a cabo en las instituciones y no abarca la intervención territorial. Asimismo, considera que es necesaria una mayor articulación entre el trabajo social y el primer nivel de atención dado que se cuentan con herramientas específicas para desarrollar estrategias de promoción y prevención.

3-En el año 2022 se realizó la monografía final de grado por la alumna Emilia Alberro, titulada “El Trabajo Social en el primer nivel de atención en administración de los servicios de salud del Estado”.

Este trabajo se trazó como objetivo “Indagar si el Sistema Nacional Integrado de Salud impactó en cuanto a las demandas del Trabajo Social en el Primer Nivel de Atención de ASSE en Florida” (Alberro, 2022, p. 3).

La metodología con la cual fue abordado fue de tipo investigativo-cualitativo, a través de un estudio de caso, utilizando la técnica de entrevistas semi estructuradas a distintos trabajadores sociales de policlínicas de la ciudad de Florida.

Las conclusiones que se pueden destacar en este trabajo guardan relación con la necesidad de una mejor articulación en la interna de los equipos interdisciplinarios de los centros del primer nivel, ya que a menudo llegan derivaciones para ser abordadas desde el trabajo social como consecuencia de que los profesionales de medicina ya no tienen herramientas para realizar una atención a dichas situaciones, y se recurre al trabajo social como última instancia. También señala que a partir de esta modalidad de trabajo se termina habilitando una intervención de tipo asistencialista que no permite realizar un seguimiento, por lo que ven necesario que se genere un espacio “para lograr impactos en las propias intervenciones” (Alberro, 2022, p. 34).

4-En el año 2023 fue realizada la monografía final del grado por la alumna Solmayra Caballero, la cual se tituló “Reflexiones sobre el discurso de los trabajadores sociales acerca de las redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención de la Salud”.

Este trabajo tiene como objetivo principal “Identificar, a través del análisis de los discursos de los trabajadores sociales, qué papel le asigna la profesión al trabajo en redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención.” (Caballero, 2023, p. 7).

La metodología empleada para llevar adelante el trabajo es de corte cualitativo y de tipo exploratorio, para esto se realizó un análisis de fuentes documentales, particularmente de artículos publicados en la Revista Regional de Trabajo Social relacionados al tema seleccionado, con el fin de conocer los discursos de distintos trabajadores sociales.

En el presente trabajo, a través del análisis del relato de los trabajadores sociales se pudo concluir como aspecto positivo la implementación de los aportes de la profesión en redes comunitarias, las cuales fortalecieron y promovieron tanto la integración como la participación social.

Como debilidades se puede destacar la deslegitimación que se hace por parte de los que poseen el saber técnico sobre los actores sociales, lo que lleva a que, en ocasiones se subestimen sus aportes en las redes comunitarias.

5-En el año 2023 fue realizada la monografía final de grado por la alumna Paola Ruggiero la cual se tituló “Una mirada a la intervención del Trabajo Social como profesión en el Primer Nivel de Atención en Salud”.

El objetivo de la presente investigación es “Conocer desde la mirada del Trabajo Social su intervención en el Primer Nivel de Atención en Salud de ASSE” (Ruggiero, 2023, p. 9).

La metodología utilizada para llevar a cabo dicha investigación fue de corte cualitativo, se seleccionaron trabajadores sociales que desempeñan su rol en el primer nivel de atención en centros de salud y policlínicas dependientes de ASSE en el departamento de Montevideo, y un profesional de una policlínica municipal con el fin de comparar los datos obtenidos.

Las principales conclusiones que se pueden destacar en esta investigación es el lugar que ha adquirido el trabajo social dentro del primer nivel de atención, el cual se le atribuye a la reforma del SNIS ya que él mismo le dio lugar a la profesión dentro de los Programas de Salud. En relación a lo anterior, otro aspecto positivo que se destaca es la posibilidad de ejercer el quehacer profesional tanto dentro de la institución como en cercanía con la comunidad, a través de retribución de horas en ambos espacios. Como aspecto a mejorar se plantea que, a pesar de que existen programas en que los profesionales trabajan en conjunto, por la dinámica de trabajo de los centros de salud y los horarios que desempeñan los profesionales se pueden generar dificultades para establecer reuniones de equipo y establecer un intercambio entre ellos.

Relevancia del Trabajo Social en la salud

Los orígenes del trabajo social están fuertemente ligados al ámbito de la salud. Desde sus inicios, la profesión ha estado relacionada con la atención sanitaria y el bienestar de la población en esta órbita.

En Uruguay, el nacimiento de la profesión estuvo fuertemente ligado al proceso de medicalización de la sociedad, junto con el proceso de consolidación del Estado en el siglo XX.

Para el autor Acosta (2001) en el país se hizo un tratamiento de la cuestión social en base a los postulados del higienismo. Se colocó a la salud como central, siendo un bien a ser alcanzado, en una época histórica donde la iglesia católica tenía gran influencia, “se deja de lado al sacerdote para darle paso al médico”, y se coloca a la salud pública como una política de Estado (p. 130).

Este proceso por el cual el cuidado del cuerpo se torna imprescindible se lo denomina medicalización de la sociedad (p. 132).

A lo largo de los años se dieron dos enfermedades peligrosas, la tuberculosis y sífilis, que desde esta perspectiva, el Estado intentó controlar de una forma represiva, se crearon los llamados “policía sanitaria” o visitadores de pobres”, estos se encargaban de, en el caso de la primer enfermedad, controlar que cumplieran con las medidas sanitarias dispuestas, y en el caso de la segunda, inspeccionar directamente el cuerpo del paciente, acompañados de un médico para hacer ese procedimiento (Acosta, 2001, p. 142).

A raíz de algunas iniciativas por parte de referentes de la medicina, se va a crear el Instituto de Higiene Experimental en 1927, y de esta forma los primeros cursos de servicio social, formando las primeras visitadoras sociales de higiene hasta el año 1934, dictado en la facultad de Medicina.

En el año 1937 se va a fundar la Escuela del Servicio Social del Uruguay, donde se obtenía el título de visitadora social.

Va a ser en el año 1953 cuando se realiza una reforma en el plan de estudios y el título obtenido pasa a denominarse de asistente social.

Luego de una serie de pasajes en relación a quienes dictaban la carrera, finalmente en el año 1957, quienes realizaban sus estudios en la Escuela Universitaria de Servicio Social obtenían título de Asistente Social Universitario (Acosta, 2001, p. 146 y 147).

Es relevante destacar cómo el Trabajo Social surge como un medio para controlar a las clases sociales desfavorecidas, y como resultado de dinámicas de poder y control social. De esta manera se convierte en una herramienta que favorece el disciplinamiento de la sociedad y la implementación de políticas públicas por parte de los gobiernos.

Tal como apunta Ortega (2003)

Los campos de la educación y la salud compartían un lugar preponderante como vías de disciplinamiento de la población. En ellos se fue creando un ámbito propicio para el surgimiento de profesiones que, como el Servicio Social, eran consideradas fundamentalmente como un nexo entre las instancias educativas y/o médicas y las familias, especialmente con relación a las familias pobres (p. 32).

A lo largo del tiempo el trabajo social ha ido transformándose, tanto en en la forma de intervención como en su rol adquirido , ya no se limita a ser una profesión complementaria

del saber médico, sino que trabaja de forma interdisciplinaria con otros profesionales de esta área, pero poniendo foco en las particularidades y complejidades que presenta el campo de lo social.

El ejercicio de la profesión se fundamenta en funcionar como nexo entre el individuo con el cual se trabaja, su familia y los recursos disponibles a los que podría acceder. En este sentido, es importante destacar que el bienestar de una persona no se limita solamente a su bienestar físico, sino también de su entorno, sus vínculos familiares y el fortalecimiento de una red de apoyo que favorezca su bienestar integral.

Capítulo 1

1.1 La evolución en la forma de concebir a la salud

El concepto de salud se encuentra en continua evolución, el mismo varía a lo largo del tiempo y de acuerdo al contexto determinado desde el cual se analiza. Este concepto es “dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población. La idea que tiene la gente de su salud está siempre limitada por el marco social en el que actúan”. (San Martín, citado en Gavidia y Talavera, 2012, p. 162).

En la primera mitad del siglo XX la salud era concebida en oposición a la enfermedad. Según Gavidia y Talavera (2012) la salud, era entendida como el estado de “normalidad” de las personas, la situación esperable para llevar adelante una vida plena. Y la enfermedad era la alteración de ese estado de salud, la irrupción del devenir normal del ciclo de vida de las personas (p. 166).

Esta concepción se restringía solamente a la dimensión física del ser humano, ya que la dimensión mental, social y emocional no se consideraba parte integral del concepto de salud, y la atención se dirigía casi exclusivamente a los aspectos físicos de la enfermedad.

Esta visión estaba ligada al proceso de medicalización que atravesaba la sociedad, para Acosta (2001) con el término medicalización suele designarse a

La creciente intervención de la medicina y del Estado en diversas áreas de la vida humana (...) implica la ampliación ideológica y técnica de los parámetros dentro de los cuales se codifican, en términos de salud y de enfermedad, problemas que en otro

momento exhibían un mayor grado de externalidad respecto a las prácticas médico-sanitarias (p. 18).

A mediados del siglo XX se comenzaron a gestar cambios en la manera de concebir a la salud y en su modelo de atención, ya que la misma comenzó a idearse a partir de un enfoque integral y no solamente como la ausencia de enfermedades, de acuerdo a la concepción establecida hasta ese momento.

Existieron eventos significativos que dan cuenta del cambio de paradigma en la concepción de la salud, como la Conferencia Internacional sobre la Salud en Nueva York (1946). En esta conferencia se va a determinar la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual va a entrar en vigencia dos años más tarde, y también se va a formular una definición de salud que ha perdurado hasta la actualidad y la cual se convirtió en un elemento esencial para las decisiones en materia de políticas de salud por parte de los Estados. Se definió a la misma como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (ONU², 1946).

Este suceso, ligado a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948) donde se estableció que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”(ONU, 1948, Art. 25), se presenta a la salud como un conjunto de necesidades que deben ser satisfechas de manera interrelacionada, ya que son consideradas como partes de un todo. Esto va a dar un puntapié a los cambios que se van a profundizar en las siguientes décadas, en las cuales

Las concepciones de salud fueron pasando paulatinamente de estar centradas en la enfermedad, a estar centradas en el bienestar de los sujetos, para luego concentrarse en la interrelación sujeto-sociedad-cultura-ambiente (...) ampliando la noción de salud-enfermedad a la de salud-enfermedad-atención-prevención (...) poniendo cada vez más énfasis en los aspectos epistemológicos del concepto de salud, o dicho de

² Organización de las Naciones Unidas.

otra manera, en cómo se producen las concepciones sobre lo que se considera la salud.
(Arteta et al., 2022).

1.2 La atención primaria como medio de lograr la salud para todos

1.2.1 El modelo de atención primaria en salud

En 1978, se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, en Alma Ata, con la finalidad de establecer un compromiso “para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo” (OPS³, 1978), por parte de los gobiernos y los organismos internacionales.

Para ello, se proponía que los gobiernos establecieran el compromiso a “formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores”. (OPS, 1978, Art. 8).

La declaración de Alma Ata buscó posicionar a la atención primaria en salud como el modelo apropiado para llevar adelante los cambios necesarios para la transformación de la salud a nivel global. Según Tejada (2013) la atención primaria en salud es

Una estrategia política (...) una forma de cuidado integral de la salud que se aplica en todo el sistema social nacional y que afecta a todos sus niveles. Considera a la salud como un aspecto del bienestar social en el cual son muchos y diversos los factores que la afectan, condicionan y determinan. (...) Se origina en la necesidad y urgencia moral de reducir las inequidades, la falta de solidaridad humana y las injusticias sociales en el cuidado de la salud de todos (p. 286).

Las finalidades que se plantearon llevar a cabo a partir de este modelo fueron

La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y

³ Organización Panamericana de la salud

de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.(OPS, 1978, Art. 7).

La atención primaria en salud es un proceso social y político, un modelo de atención en el que la población toma sus propias decisiones, con el respaldo de la información objetiva proporcionada por profesionales y auxiliares de diversos sectores ya que fomenta su participación activa en el proceso de intervención (Tejada, 2013, p. 286). Busca el acercamiento de la población al cuidado de la salud desde un enfoque integral, centrandolo la atención en la prevención, la promoción de la salud y la participación comunitaria.

Un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. (OPS, 2005, p. 3).

1.2.2 La promoción a la salud

En 1986, se realizó en Ottawa la primera Conferencia Internacional Sobre Promoción a la Salud, siendo lo establecido en la declaración de Alma Ata (1978) el punto de referencia de esta conferencia. El objetivo de la misma se fundamentó en la idea de “salud para todos en el año 2000”, esta premisa implicaba que para ese año “ todos los países del mundo hubieran definido sus políticas públicas de Estado en ese sentido” (Tejada, 2013, p. 285).

La finalidad de la promoción de la salud consistía en

Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (...) ya que “para alcanzar un estado adecuado de

bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. (OMS, 1986).

Según Cuba y Albercht (2017) para llevar adelante la promoción de salud, además de contar con la participación del sector sanitario como mediador de esta tarea, se necesita un esfuerzo coordinado que involucra múltiples sectores y disciplinas, como lo son “los gobiernos, (...) sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación” (OMS, 1986), además de los individuos, familias y comunidades.

Asimismo, este esfuerzo requería del respaldo de políticas públicas que promovieran y facilitaran la implementación efectiva de iniciativas en favor de la promoción de la salud, para esto era necesario que la salud se volviera “parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles” (OMS, 1986).

Mientras que la atención primaria en salud propone un modelo para la prestación de servicios desde un enfoque integral, la promoción de la salud amplía el enfoque hacia la creación de condiciones que generen los cambios necesarios a través de la adopción de políticas de salud por parte de los Estados, siendo ambos complementarios para lograr una mejora de la salud. En este contexto, “<salud para todos> y < atención primaria de la salud> responden a los valores de equidad, solidaridad y justicia social” (Tejada, 2013, p. 285).

1.3 El derecho a la salud

1.3.1 Los derechos humanos y la salud

Los derechos humanos son postulados que se orientan a construir principios básicos sobre los cuales debería establecerse un trato adecuado y digno hacia todas las personas. Se constituyen a partir del supuesto de que todos los seres humanos, en virtud de su condición, deben ser respetados y protegidos, sin importar su “raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole (...) posición económica, nacimiento o cualquier otra condición” (ONU, 1948, art 2).

Según Nikken (1994) la comunidad internacional organizada ha reconocido esta condición del ser humano, de ser portador de atributos inherentes a su dignidad, por lo cual los Estados tienen el deber de organizar sus acciones con la finalidad respetar y garantizar el cumplimiento de los mismos (p. 25).

La declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) representó un hecho significativo para la comunidad internacional, en ella se establecieron una serie de principios que buscaban garantizar la libertad, la igualdad y la justicia para todos, además de que estos sean “protegidos por un régimen de Derecho”. (ONU, 1948).

En 1966, se realizó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en donde el derecho a la salud fue reconocido como derecho humano, en esta instancia se estableció al mismo como “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (INDDHH y UdelaR, 2021, p. 5), además de adoptar una serie de medidas que hicieran posible el cumplimiento del derecho.

Al día de hoy, esta declaración fue ratificada por 193 Estados, y el Pacto Internacional por 114, entre los cuales se encuentra Uruguay desde el año 1948, y desde el año 1967 respectivamente. Desde 1918, la constitución de la República tiene incorporado un artículo que reconoce los tratados de derechos internacionales ratificados por el Estado en el ordenamiento jurídico nacional. (INDDHH y UdelaR, 2021, p. 7).

En el año 1967 se produjo una reforma en la Constitución de la República, lo dispuesto respecto a la forma de regular el derecho a la salud sigue vigente hasta nuestros días, en el artículo 44 la misma se va a disponer que

El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes. (Uruguay, 1967, Art. 44).

Según Franco y Álvarez (2008) el derecho a la salud posee una triple connotación, como derecho fundamental, por su vinculación con la vida; como derecho asistencial, orientado en el acceso a servicios; y como un derecho colectivo, que involucra “no sólo la intervención puntual necesaria para evitar la enfermedad, sino también la actuación necesaria para lograr la recuperación de la calidad de vida” (p. 283).

1.3.2 Las políticas públicas y la salud

Los derechos humanos son una herramienta importante para la construcción de políticas públicas de atención a la salud, al determinar que los gobiernos son los responsables de alcanzar la cobertura universal de la salud, es crucial reconocer que son portadores de obligaciones hacia los derechos, y que los usuarios del sistema de salud son titulares de estos derechos (Yamin et al, 2014, p. 5).

La política pública es entendida como

Un instrumento de trabajo mediante el cual se pretende alcanzar desde el Estado, en forma sistemática y coherente, ciertos objetivos de interés para el bienestar de toda la sociedad civil (...) el rol fundamental de la política pública es compatibilizar los intereses colectivos con el interés individual, sin perder de vista que la razón sustantiva es alcanzar el bien común (Podestá, 2001,p. 163).

En Uruguay durante gran parte del siglo XX hasta comienzos del siglo XXI, el Sistema de Salud del país se vio organizado a través del marco normativo de la Ley Orgánica de Salud Pública (1934). Tanto la Constitución actual como dicha ley adoptaron un enfoque higienista, imponiendo responsabilidades a las personas debido a los riesgos que sus comportamientos individuales podrían representar para la salud pública en general (INDDHH y UdelaR, 2021, p. 9).

Según Camejo y Valdés (2013) quienes se encargaban de implementar las reformas en salud en la época, reconocían al menos en el discurso, la incapacidad de la política de cubrir de forma equitativa el acceso y cobertura en los niveles de salud a toda la población, así como la efectividad y la calidad de la asistencia. Sin embargo, las soluciones que se llevaron a cabo

para hacer frente a la situación se disponían a aminorar la responsabilidad del Estado frente a esa realidad y trasladar la responsabilidad al individuo.

Como resultado de esta situación, el sector privado de la salud se veía fortalecido, ya que se colocaba como administrador privilegiado de los servicios de salud, convirtiéndose a esta en una mercancía. Esto desencadenaba que se produjera “un proceso de fragmentación y desregulación de los servicios de salud perdiendo el Estado, en muchos casos, el control institucional de esta esfera.” (Camejo y Valdés, 2013, p. 34).

En el correr del siglo XX el sistema comenzó a mostrar deficiencias en varias prestaciones, problemas de burocratización, fragmentación y una debilidad administrativa en el Ministerio de Salud, lo que llevó a obstaculizar el desarrollo de políticas sostenibles a largo plazo (Camejo y Valdés, 2013, p. 34).

Los problemas más importantes a nivel de atención sanitaria se encontraban esencialmente en los niveles de cobertura de la población, en la calidad y cantidad de servicios que reciben los distintos segmentos de la población, así como también en el incremento sostenido de los costos (...) el acceso no alcanzaba a ser universal, y justamente las personas que quedaban por fuera del sistema eran en su gran mayoría pertenecientes a los colectivos más vulnerables de la población: niños, adolescentes y ancianos (Fuentes, 2010).

A comienzos del siglo XXI, como resultado de la ineficiencia del sistema y frente a esto, de la necesidad de encontrar alternativas a las necesidades existentes en materia de salud, se va a crear el Sistema Nacional Integrado de Salud (2007), en el cual se va a establecer el derecho de todos los habitantes residentes en el país a la protección de la salud. Es la primera legislación en la historia del país que va a establecer de manera explícita que la salud es un derecho fundamental de las personas (INDDHH y UdelaR, 2021, p. 9).

1.4 El Primer Nivel de Atención

Dentro de los servicios de atención a la salud se pueden distinguir tres niveles, esta estructura es necesaria para poder brindar servicios de salud teniendo en cuenta los niveles progresivos

de complejidad en cada uno de ellos, adaptando la tecnología adecuada a cada nivel y fortaleciendo su capacidad resolutive (Villar, 2003, p. 55).

Respecto a lo mencionado anteriormente, se puede establecer que el primer nivel de atención

Está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutive las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social (Uruguay, 2007, Art. 36).

Por otra parte, el segundo nivel de atención

Está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia (...) orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad. (...) en él se asienta la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia (Uruguay, 2007, art 37).

Y finalmente el tercer nivel de atención “está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades” (Uruguay, 2007, art 38).

Además de lo mencionado anteriormente, el primer nivel de atención también es considerado la puerta de entrada a través de la que los usuarios y pacientes toman inicialmente contacto con los servicios de Salud (Vignolo, et al,2011, p. 12), pero no se reduce solo a esto.

Según Villar (2003) “en este nivel es donde se dan las condiciones más favorables para la aplicación práctica del concepto de atención personalizada, humanizada y de calidad” (p. 57). En materia de recursos humanos es importante “la relevancia de la capacitación de los profesionales y su especialización en atención integral a la salud” (p. 57) ya que es aquí

donde “se pueden desarrollar con mayor eficacia actividades en las diferentes áreas del concepto de atención integral” (p. 57).

El primer nivel de atención es el servicio de atención en salud donde se pretende materializar gran parte de los objetivos del modelo de atención primaria en salud, aunque el modelo transversaliza los tres niveles. Al ser el punto de contacto inicial entre los individuos y el sistema de salud, desempeña un papel central en la generación de relaciones de proximidad establecida con las familias, la comunidad y los diferentes actores del territorio. (Levcovitz et al, 2016, p. 105).

También cumple una función fundamental en la implementación de estrategias de prevención y promoción de la salud, lo que promueve la mejora de la salud de la población, y a la equidad en el acceso a la atención sanitaria.

Capítulo 2

2.1 El Sistema Nacional Integrado de Salud

2.1.1 Algunos hechos históricos

La atención en salud ha atravesado distintas etapas marcando acontecimientos significativos en lo que significó su estructura y alcance, por lo cual se va a realizar un breve recorrido histórico de los hechos más relevantes.

Durante los primeros siglos de la conformación del territorio la atención a la salud estaba demarcada entre el sector público; llevado a cabo por la caridad con una fuerte influencia de la Iglesia Católica. Y por otra parte el sector privado; que era ejercido por médicos de la época, y recibido principalmente por personas con un poder adquisitivo alto que podían acceder a esa atención en sus domicilios (González y Olesker, 2009, p. 13).

En el siglo XIX se comenzaron a implementar las primeras medidas estatales destinadas a regular y gestionar asuntos relacionados con la salud pública.

Esto se puede constatar a través de dos hechos, en primer lugar con la creación de la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública en el año 1889, la cual dependía del Ministerio de Gobierno, y tenía como finalidad administrar los hospitales de caridad con un presupuesto establecido para esto. En segundo lugar se puede destacar la creación del Consejo Nacional de Higiene, en el año 1895, el cual también dependía del Ministerio de Gobierno cuyas

funciones principales se centraron en tareas normativas y de control. (González y Olesker, 2009, p.14).

En el sector privado también sucedieron cambios, allí van a aparecer las primeras organizaciones mutuales, estas se caracterizan por estar “basadas en el sistema de prepago y sin fines de lucro (...) administradas de forma cooperativa, los asociados elegían sus propias autoridades, las cuales se encargaban de contratar los servicios médicos para los asociados” (Pereyra, 2022, p. 85).

A comienzos del siglo XX, en 1910 se produjo un hecho significativo para el país con la creación de la Asistencia Pública Nacional, la cual va establecer la responsabilidad del Estado para la protección y atención a la salud, poniendo fin a la asistencia por caridad (Pereyra, 2022, p. 86).

En 1934, con la creación del ministerio de Salud Pública y la Ley Orgánica de Salud Pública se van a unificar las funciones del Consejo nacional de Higiene y la Asistencia Pública Nacional (González y Olesker, 2009, p. 14), las cuales se veían superpuestas hasta el momento.

En el sector privado comienzan a surgir las primeras Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) las cuales constituían “nuevas formas de organización de la atención médica herederas directas de los principios mutuales” (Pereyra, 2022, p. 86).

2.1.2 El contexto previo a la reforma

De acuerdo con lo expresado en el capítulo anterior, acerca de las falencias presentadas en el sector sanitario uruguayo a fines del siglo anterior, se comprende que esta situación se comienza en la década de los 90 y se intensifica a inicios del presente siglo, con la crisis económica a nivel regional que afectó al país en ese período, acentuada en los años 1999-2003, y la cual debilitó la matriz de políticas sociales.

La crisis generó una alta tasa de desempleo, el cual llegó a alcanzar un 16,9%⁴, y también generando un alto índice de pobreza, el cual llegó a alcanzar un 40%⁵ en el año 2003. (González y Olesker, 2009, p. 18).

En relación a la salud esto se vió reflejado a través de diversos factores

⁴ Ministerio de Desarrollo Social (2024), *Tasa de desempleo según sexo. País urbano.*

⁵ Uruguay presidencia (2013), *La pobreza cayó en Uruguay del 40% en 2003 al 12,5% en 2012.*

El sector público, con su rezago presupuestal, deterioro de infraestructuras e insuficiencia de recursos humanos, debe hacer frente a una sobrecarga de demandas de la población que carece de cobertura de la seguridad social.

El sector privado social, por otro lado, continúa arrastrando un altísimo endeudamiento, el cual supone un severo cuestionamiento a sus posibilidades de continuidad dentro del sistema de salud. (González y Olesker, 2009, p. 18).

Respecto al sector privado, se vio reflejado en “el cierre de IAMCs, la pérdida de afiliados del sector privado en favor de ASSE y el pronunciado aumento de costos de tickets y órdenes” (Fuentes, 2010).

A raíz de esta situación es que se va a proponer la reforma efectivizada en el año 2007, pero hasta ese momento se llevaron a cabo distintas iniciativas y sugerencias para implementar reformas en el sector.

Para este trabajo resulta pertinente destacar las propuestas realizadas por el PIT-CNT⁶ y por parte de profesionales de la salud, ya que a pesar de no alcanzar el éxito esperado, establecieron las bases para los cambios que ocurrirían más adelante.

En el año 2004, se realizó la VIII convención Médica Nacional, en la cual el sector va a declarar la crisis asistencial médica y como la misma provocaba un impacto en la salud de la población, frente a esto se van a sugerir que se realicen

Cambios en la estructura, organización y financiamiento de los servicios, así como en el modelo de atención. Para ello resulta indispensable definir una política de salud explicitada claramente, que mantenga la necesaria coherencia con las acciones que se adopten en torno a los demás componentes del nivel de vida del individuo (...) Esa política debe ser determinada por el Estado, con la participación de los médicos y trabajadores de la salud, de los partidos políticos y de las demás estructuras representativas de la comunidad, de forma tal de asegurar su vigencia en el mediano y largo plazo (González y Olesker, T, 2009, p. 47).

⁶ Plenario Intersindical de Trabajadores - Convención Nacional de Trabajadores

Asimismo, en el año 2001 tuvo lugar el séptimo congreso del PIT-CNT, en el cual realizó un diagnóstico sobre la situación que estaba atravesando el país, y en base a ello propuso medidas para implementar en una posible reforma, entre las cuales se destacan

El Estado como regulador del desarrollo y funcionamiento del sistema, a través de un nuevo organismo especializado.

Transformación gradual y progresiva, en que se establezcan los consensos necesarios para crear un Sistema Nacional de Salud, que coordine todos los servicios existentes públicos y privados.

Regionalización y descentralización, organización del sistema por niveles de complejidad y la más amplia participación social.

Creación de un Fondo Nacional de Salud que centralice los aportes Ampliación de la cobertura de salud a través del sistema de Seguridad Social (González y Olesker, 2009, p. 48).

Varios de estos planteamientos fueron tenidos en cuenta en la elaboración e implementación del sistema, el cual se llevaría a cabo con la llegada del Frente Amplio al gobierno a partir del año 2005 con una ideología de carácter progresista.

La reforma impulsada por el partido se denominó “Reforma Social” y se centró en la elaboración de políticas en base a cinco ejes: educación, vivienda, trabajo, protección y salud.

En Uruguay, hasta 2005 las políticas sociales estaban fragmentadas, no había casi niveles de coordinación y la protección social era tan sólo una sumatoria de prestaciones que además estaban colapsadas desde el punto de vista presupuestal. (Olesker, 2014, p. 15).

A partir del año 2005, se elaboraron propuestas para el sector salud por parte de profesionales del Ministerio de Economía, de Salud Pública y otros actores idóneos en el sector. Como resultado de este trabajo se obtuvieron proyectos de ley que van a constituir los pilares de la reforma.

2.1.3 La creación del SNIS

El SNIS se constituyó como tal entre los años 2005 y 2008 a través de la aprobación de 5 leyes que efectuaron su creación.

Las leyes aprobadas durante esos años fueron: Ley 17.930 (Uruguay, 2007), correspondiente al Presupuesto Nacional del período, en donde se estableció en primera instancia lo que implicaba el SNIS y cómo llevarlo a cabo; Ley 18.131 (Uruguay, 2007) para la creación del Fondo Nacional de Salud; Ley 18.161 (Uruguay, 2007) la cual estableció la descentralización de los servicios de salud estatales (ASSE); Y la Ley 18.335 (Uruguay, 2009).

El 5 de diciembre del año 2007 se promulgó la ley N° 18.211, en la cual se estableció la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objetivo de universalizar la protección social en este ámbito, y de esa forma lograr la cobertura integral de todos los ciudadanos independientemente de su capacidad de pago.

A partir de la creación del SNIS este comenzaría a reglamentar “el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud” (Uruguay, 2007, Art 1).

El SNIS centrará sus esfuerzos en el primer nivel de atención en la construcción de su nueva estrategia de intervención, tal como lo indica en el artículo 34 de la ley en donde menciona que el mismo “se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención” (Uruguay, 2007, Art 34).

El Sistema de salud uruguayo está compuesto por dos subsectores, por un lado el público, cuyo proveedor de servicios es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), encargado de los establecimientos públicos en sus niveles de atención, esta es es definida como

El principal prestador estatal de servicios de salud, gratuito y elegible, con una red de servicios distribuidos en todo el territorio nacional, que brinda a sus usuarios una atención segura e integral, mediante el desarrollo de acciones de promoción,

prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y que contribuye a la salud de todos los habitantes de la República en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (ASSE,2022).

También está integrado por el Hospital de Clínicas, administrado por la Universidad de la República, y otros prestadores de servicios para determinados sectores, como lo son la Sanidad de las Fuerzas Armadas, dependiente del Ministerio de Defensa, y la Sanidad Policial, dependiente del Ministerio del Interior (Aran y Laca, 2011, p. 268).

Por otra parte, se encuentra el sector privado, compuesto por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), estas son instituciones privadas de salud sin fines de lucro, definidas como “entidades prepagas de servicios de salud que otorgan una cobertura integral a sus afiliados. Dicha entidad actúa como (...) aseguradora y prestadora de servicios de salud” (Buglioli et al, 2002, p. 64).

También se compone por seguros privados, que son empresas privadas con fines de lucro, las cuales ofrecen un seguro de cobertura en salud a cambio del pago de una cuota según el nivel de riesgo del usuario; y por emergencias móviles, que son servicios de salud que se encargan de cubrir situaciones de emergencia y servicios básicos a través de una cuota de afiliación.(Aran y Laca, 2011, p. 269).

El SNIS está integrado por los centros hospitalarios administrados por ASSE y por los administrados por las IAMC, es gestionado por el Ministerio de Salud Pública, en donde se desempeñan las funciones necesarias para su ejecución a través de diferentes juntas y direcciones.

Compete al Ministerio de Salud Pública la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud que articulará a prestadores públicos y privados de atención integral a la salud (...) dicho sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país (Uruguay, 2007, Art 2).

También existen otros organismos administrados por el MSP que favorecen el funcionamiento del SNIS, como la Dirección General de la Salud (DIGESA), la cual tiene como cometido “participar en la generación de políticas de salud, estableciendo normas,

controles para garantizar la seguridad sanitaria y el acceso oportuno a productos y servicios de salud” (Levcovitz et al, 2016, p. 59).

Por otra parte, cuenta con la Dirección General de Secretaría (DIGESE), la cual se encarga de “proporcionar los servicios de apoyo administrativo, financiero, gestión de recursos humanos, planificación, mejora continua y gobierno electrónico” (Levcovitz et al, 2016, p. 59).

Además, también se encuentra la Dirección General de Coordinación (DIGECOOR), la cual tiene como objetivo “impulsar la integración del sistema de salud, mediante estrategias de complementación entre prestadores públicos y privados (...) se encarga de la coordinación de los Directores Departamentales de Salud, que operan como referentes del MSP” en los 19 departamentos. (Levcovitz et al, 2016, p. 59).

El SNIS se financia a través del Seguro Nacional de Salud (SNS), cuyos aportes conforman el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este fondo centraliza los recursos mediante contribuciones de diversas fuentes tales como: trabajadores independientes, quienes pueden optar por realizar aportes voluntarios para acceder a la cobertura del SNIS; empresas, que contribuyen con aportes patronales; y El Estado, que complementa el financiamiento a través de transferencias desde rentas generales. (OPS, s.f, p. 10). El aporte por parte del trabajador permite incluir a su cónyuge e hijos menores de 21 años como beneficiarios, el cual varía de 3% a 8% del ingreso, dependiendo de su situación.

Todos los trabajadores y jubilados que realizan su aporte pueden elegir su prestador a través del sistema, pudiendo optar por ASSE y recibir atención a través de todos sus centros hospitalarios, o por una de las 34 IAMC que se encuentran distribuidas en todo el territorio, 10 en Montevideo y 24 en el interior, teniendo la posibilidad de cambiarse de prestador cada dos años de su afiliación a la opción elegida.

Las personas que no realizan un aporte por encontrarse fuera del mercado de trabajo formal si bien no contribuyen al SNIS reciben su beneficio, ya que su cobertura quedará a cargo de ASSE. (Aran y Laca, 2011, p. 270).

La atención recibida a través de ASSE es gratuita, mientras que la recibida a través de las IAMC puede tener tasas moderadas en sus servicios o medicamentos, los precios son estipulados por cada prestador.

ASSE y las IAMC reciben desde el FONASA un ingreso per cápita por cada afiliado “de acuerdo con el riesgo de la población cubierta y las metas asistenciales establecidas por el MSP, a cambio de esto se comprometen a ofrecer atención integral a los usuarios” (Aran y Laca, 2011, p. 266).

El SNS es administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), este es el responsable de garantizar el cumplimiento de los objetivos del SNIS, este realiza un seguimiento sobre los Contratos de Gestión sobre los prestadores de Salud, para hacer cumplir las obligaciones que estos tienen para con los usuarios. (Levcovitz et al, 2016, p. 59).

La JUNASA está compuesta por siete integrantes: dos representantes del Ministerio de Salud Pública, uno perteneciente al Ministerio de Economía y finanzas y otro al Banco de Previsión social, luego cuenta con un integrante en representación de los prestadores de salud, uno por los trabajadores de la salud, y finalmente uno por los usuarios de la salud. (OPS, s.f, p. 5).

Son cometidos de la Junta Nacional de Salud: Administrar el Seguro Nacional de Salud que crea la presente ley, con arreglo a sus disposiciones y a la reglamentación respectiva. Velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud. (Uruguay, 2007, Art 24).

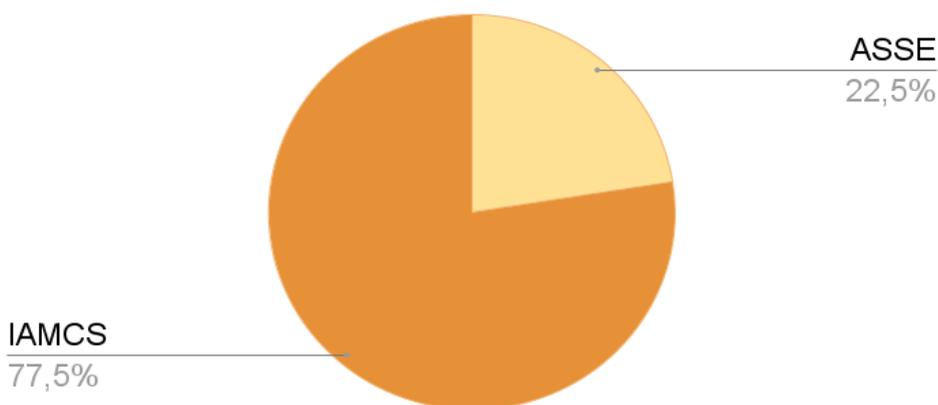
El SNIS recibe apoyo del BPS para la gestión administrativa del mismo, este último se encarga de reunir las contribuciones de empleadores y trabajadores y para luego realizar los pagos correspondientes a los prestadores de salud, también tiene la potestad de suspender los pagos en el caso de que un prestador no cumpla con el contrato de gestión al que se comprometió a realizar, siempre que haya sido autorizado previamente por la JUNASA. (OPS, s.f, p. 5).

El Fondo Nacional de Salud se constituirá en el Banco de Previsión Social (...) ello sin perjuicio de las competencias de la Junta Nacional de Salud como administradora del Seguro Nacional de Salud. (...) El Banco de Previsión Social recepcionará los aportes y efectivizará el pago de cuota salud a los prestadores, de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud. (Uruguay, 2007, Art 57).

En la actualidad, el SNIS cuenta con 2.549.458 afiliados, de los cuales 575.921 reciben atención a través de ASSE y 1,973,627 a través de las IAMCS. Dentro de la atención recibida a través de la IAMCS, 1.158.060 afiliados lo hacen a través de mutualistas de Montevideo, mientras que 815.567 afiliados corresponden a mutualistas del interior del país (MSP, 2024a).

Figura 1:

Porcentaje de afiliados al SNIS en cada subsector - Octubre 2024



Fuente: Autoría propia

El servicio que se brinda está estipulado para ambos sectores, a través del Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), este es “un catálogo de las prestaciones y programas que deberán brindar a los usuarios los prestadores que integran el SNIS (...) estas prestaciones incluyen estudios diagnósticos, cirugías, consultas ambulatorias, atención en internación y atención por especialidades, entre otros servicios procedimientos” (MSP, 2024b).

Los prestadores que integran el SNIS deberán proporcionar una atención integral, guiándose por los contenidos específicos establecidos en los Programas Integrales de Salud, estos programas “se encargan de promover y proteger la salud de la población mediante políticas sanitarias” (MSP, 2024 b).

Los ejes que estructuran los Programas Integrales de Salud son los siguientes:

- Salud de la niñez
- Salud de adolescencia y juventud
- Salud del adulto mayor
- Salud mental
- Salud cerebral
- Salud bucal

- Salud sexual y reproductiva
- Salud ocular
- Enfermedades no transmisibles
- ITS-VIH/SIDA
- Violencia basada en género y generaciones
- Discapacidad y rehabilitación
- Actividad física y salud
- Enfermedades raras y anomalías congénitas
- Nutrición
- Cuidados paliativos
- Control de tabaco
- Control del cáncer
- Prevención y tratamiento de las adicciones
- Acceso al cannabis medicinal y terapéutico

2.1.4 El SNIS en el primer nivel de atención

Tal como fue establecido al comienzo, la aplicación del SNIS se trazó como objetivo basar su estrategia de atención en el modelo de Atención Primaria en Salud dando prioridad al primer nivel de atención para la efectivización de sus propósitos.

La aplicación efectiva de una estrategia de Atención Primaria en Salud implicó poner en el centro de todo el sistema las necesidades y los derechos de los ciudadanos a través de la prevención de la enfermedad, la educación y promoción de la salud poniendo énfasis en el desarrollo activo de conductas de cuidado y participación social. (González y Olesker, 2009, p. 77).

Para la creación de los programas de salud dentro del sistema, se tuvo en cuenta la opinión de diversos actores pertenecientes a distintas áreas de la salud, tanto público como privado, y de esta manera generar un consenso entre los principales involucrados en la política que se estaba construyendo.

El armado de los programas no existían en el ministerio, o eran un papel en un escritorio (los programas de Salud), entonces acá se empezaron a hacer los programas discutiendo con los que estaban en el primer nivel, dándoles espacios para que los trabajadores, los técnicos, los profesionales discutieron en cada una de áreas (...)

El proceso surgió de una instancia que ahora se está promoviendo de nuevo, se llama *Consejo Consultivo para los Cambios*. Entonces lo que hizo Maria (Julia Muñoz), y Daniel (Olesker) fue convocar a todos los actores; académicos, sociales, profesionales, sindicales a discutir cómo iba a ser el sistema. Ellos tenían una propuesta, pero lo discutieron con todos. (Entrevistado 1, 2025).

Entre los actores mencionados estuvieron incluidos referentes de la IM, ya que el modelo de atención llevado adelante desde allí fue valorado por parte gobierno al momento de la creación del nuevo sistema

las políticas de prevención y promoción (de la Intendencia) tienen fortalezas que le permiten desarrollar con la comunidad de una manera mucho más amplia, más profunda, más involucrados en lo que es la participación comunitaria, y en el caso de los servicios de salud de la Intendencia (...) tenían esa fortaleza en el trabajo en equipo, el trabajo interdisciplinario y el componente de programas y programas participativos, que no era para nada usual en el sistema de salud y que si forman parte de los modelos de atención que el SNIS quería ser, ese era un elemento clave (Entrevistado 1, 2025).

El modelo de atención llevado adelante en la IM constituía un modelo de lo que se pretendía implementar en todo el sistema

La ley lo que hace es establecer (...) establecer la base, el fundamento del sistema, cuál es el rol (...) pero lo que hubo fue una estrategia de cambio desde el ministerio, que se discutió en el *Consejo Constitutivo*, y la construcción de una política.

Entonces eso, en eso, la Intendencia trabajó a la par con ello. Además, en algunas cosas con más fortaleza, por ejemplo en el modelo de atención, la Intendencia tenía ya mucho más avanzado, ASSE tuvo que aprender a hacer eso (Entrevistado 1, 2025).

Para llevar a cabo sus propósitos en el PNA, el MSP determinó una serie de programas orientados a establecer acciones en la salud de las personas en base a determinados ejes temáticos, los mismos fueron

- Salud del niño/a
- Atención al adolescente
- Atención integral de salud a las personas adultas
- Atención integral a personas mayores
- Salud bucal
- Salud sexual y salud reproductiva
- Nutrición
- Consumo problemático de sustancias
- Salud mental
- Prevención de accidentes

Capítulo 3

3.1 Las policlínicas departamentales como política pública: la policlínica de Casabó y el Convenio de 2012

La Policlínica de Casabó se encuentra ubicada en la calle Charcas 2690, la misma pertenece al barrio que lleva su nombre, fundado el año 1921, el cual pertenece al municipio A de la zona oeste de Montevideo.

Las calles Camino Burdeos, Camino Cibils, así como el Río de la Plata y la cañada Tala delimitan al barrio, el cual cuenta con una población de 31.103 habitantes (CENSO 2011).

Al interior coexisten pequeños asentamientos, aunque el territorio es considerado casi en su totalidad como un asentamiento irregular⁷, definiendo al mismo como

Agrupamiento de más de diez viviendas, ubicados en terrenos públicos o privados, contruidos sin autorización del propietario en condiciones formalmente irregulares, sin respetar la normativa urbanística. A este agrupamiento de viviendas se le suman carencias de todos o algunos servicios de infraestructura urbana básica en la inmensa mayoría de los casos, donde frecuentemente se agregan también carencias o serias dificultades de acceso a servicios sociales (Mvotma, 2011).

El municipio A presenta determinadas características sociodemográficas, según los datos aportados por la Intendencia de Montevideo (2024) la incidencia de la pobreza representa el 27,9% de la población del mismo; la tasa de desempleo representa un 11,3%, mientras que si se observa ese dato según sexo corresponde a 10,5% en hombres y 12,3% en mujeres.

Respecto al nivel educativo, el 3,1% no culminó la primaria, el 36,1% posee ciclo básico incompleto, mientras que el 30,4% posee secundaria completa. En relación a los jóvenes entre 15 y 24 años, se puede observar que el 49,8% estudia, el 24,3% trabaja, 8,9% estudia y trabaja, mientras que el 17,0% no estudia ni trabaja.

En relación a la vivienda, el 63,7% se considera adecuada⁸, el 22,7% se considera medianamente adecuada, mientras que el 13,5% se considera inadecuada.

Respecto al acceso a la salud, el 39,3% posee cobertura a través de salud pública, el 58,6% a través de mutualistas, mientras que el restante 2,2% posee cobertura por seguros privados o emergencias móviles.

La policlínica de Casabó funciona desde el año 1987, pertenece a la red de policlínicas departamentales administradas por el Servicio de Atención a la Salud (SAS), la cual depende de la División Salud, del Departamento de Desarrollo Social de la Intendencia de Montevideo. El SAS “fue creado como Unidades Sanitarias de Desarrollo en 1968. En 1985 se realiza un convenio entre IM y el MSP pero es en el 90 cuando estos servicios se amplían con 10 nuevas policlínicas” (Anzalone, 2021, p. 130).

⁷ Según el observatorio de asentamientos de la IM

⁸ Se evalúa a las viviendas bajo esa categorización según el estado de los pisos, paredes y techos.

En la actualidad este servicio administra 23 policlínicas y 6 policlínicos móviles. Los mismos están divididos en tres regiones: centro, este y oeste, la policlínica de Casabó pertenece a la región oeste.

El origen de las policlínicas departamentales se remonta a la década del 60' cuando se comenzaron a gestionar los primeros centros de salud con anclaje territorial en los barrios por diferentes motivos, en algunos de los casos por demandas de los vecinos

El servicio de atención a la salud funciona a través de otro formato, desde la década del 60' y desde la década del 90' con este modelo (...) la red de policlínicas que es el modelo de atención primaria en salud, existe como *Servicios Locales de Salud* en la década del 60', pero con la llegada del gobierno de Tabaré Vazquez, al gobierno departamental cobra una fuerte impronta de fortalecer la red de policlínicas de manera descentralizada para poder dar cobertura a la población y en esto ni bien garantizar el derecho a la salud como un derecho humano fundamental y garantizar la accesibilidad y todo lo que tenía que ver con el enfoque de APS (Entrevistado 2, 2025).

Las policlínicas departamentales forman parte del PNA, el objetivo del servicio que las gestiona es “Contribuir a la construcción y fortalecimiento del SNIS en el primer nivel de atención en Montevideo, en coordinación con MSP, ASSE y BPS” (IM, 2023).

3.2 La firma del Convenio de 2012

Desde el 2012 las policlínicas departamentales integran el SNIS como refuerzo de la atención del PNA en ASSE, cuando se estableció el convenio entre la IM y ASSE, el cual se firmó el 20 de septiembre de dicho año, aprobado por la resolución nro 3853/12 del departamento de desarrollo social de la IM.

El objetivo del mismo es la plena integración de las policlínicas departamentales al sistema, y de esta forma “contribuir a la mejora de la salud de la población montevideana a través de planes zonales con objetivos, indicadores y metas, apoyados en una amplia coordinación interinstitucional y participación comunitaria” (ASSE, 2012).

Las policlínicas responden a las metas y objetivos MSP formando parte del SNIS, para lograrlo se destaca el “abordaje territorial de la atención a la salud consolidando áreas de

salud, zonas y regiones en Montevideo, en conjunto con la Red de Primer Nivel de ASSE” (IM, 2025).

Cuando se inicia el proceso de la complementación, a través de un convenio con la RAP-ASSE, lo que se hace es que se focaliza, la atención está destinada a usuarios del subsector público, usuarios de ASSE, y allí, se complementa con el prestador integral, todo lo que tenía que ver con los diferentes servicios, la organización en el territorio, la planificación en el territorio, y, por ejemplo, el tema de la medicación es trasladada desde la RAP-ASSE a la Intendencia para dar respuesta a las solicitudes. (Entrevistado 1, 2025).

Cabe destacar que las policlínicas departamentales no se financian con recursos del FONASA, ya que los usuarios atendidos son los mismos que pueden llegar a atenderse a través de ASSE. Cuando se establece el convenio entre ambas instituciones lo que se modifica justamente es la población que se comienza a atender en las policlínicas, ya que se reduce exclusivamente al subsector público y los usuarios atendidos allí, y deja de prestar atenciones a los usuarios del sector privado pertenecientes a IAMCS.

La Intendencia se financia con recursos públicos. Entonces, no tenía mucho sentido que el FONASA le pague por usuario, porque ellos ya tenían un fondo que viene de los impuestos, municipales o departamentales (...) lo que se fue haciendo fueron convenios. Y ahí es donde la Intendencia reivindicó un cambio fuerte porque dejó de atender a los que tenían Cobertura Mutual. Dijo, (...) nosotros vamos a hacer un convenio con ASSE para complementar la atención en el sector público, aprovechando que la Intendencia tenía las policlínicas generalmente en los barrios de la periferia, en los barrios populares, en los barrios donde había más necesidades y más usuarios públicos. (Entrevistado 1, 2025).

La policlínica de Casabó recibe en promedio 11000 consultas por año, distribuidas entre las 8 especialidades que brinda, las cuales son, medicina familiar, pediatría, nutrición, psicología,

trabajo social, odontología, gineco-obstetra, y enfermería, sumado al consultorio de vacunación que funciona 3 veces por semana.

A pensar de haber delimitado su atención al subsector público se brinda servicios de carácter universal para quien desee beneficiarse de ellos, estos son, el acceso a actividades de promoción de salud y prevención, testeo precoz de infecciones de transmisión sexual e inmunizaciones (IM, s.f).

3.3 Análisis de datos

3.3.1 Promoción a la salud y prevención de enfermedades

Como se ha mencionado a lo largo del presente trabajo, la priorización de estos dos ejes junto con la participación comunitaria es fundamental para las instituciones que forman parte del PNA si se prioriza un modelo de APS, por lo tanto para los centros de salud administrados por la IM.

Así se establece en el Plan Departamental Participativo de Salud de la última gestión, en donde se menciona que

La División Salud de la IM trabaja en la promoción de la salud a través de acciones de atención, educativas y sociales, que permiten aplicar principios formativos para promover cambios positivos en la conducta y bienestar de la comunidad, con el fin de lograr una mejor calidad de vida. Esta perspectiva responde a una visión dinámica de funcionamiento intersectorial, horizontal, e integra un modelo de gestión de la salud basado en la construcción de redes que promuevan la solidaridad, equidad, accesibilidad, calidad y participación.

En las policlínicas departamentales se llevan adelante actividades educativas según determinados ejes de salud integral y otras áreas temáticas.

Se entiende a las actividades educativas como una “tarea realizada por uno o más integrantes del equipo de salud, dirigida a un conjunto de personas de diversas edades, organizadas o no, con la finalidad de informar, educar,intercambiar conocimientos y experiencias, en temas vinculados a la salud” (SAS, 2019).

A continuación se presentarán tres tablas de datos que dan cuenta de las actividades educativas realizadas en la policlínica de Casabó, entre los años 2009-2019.

C.1 Actividades educativas y número de asistentes entre los años 2009-2019

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Actividades educativas	0	7	75	48	67	77	15	19	11	14	18
Número de asistentes	0	855	750	768	1147	1066	329	248	339	486	593

Fuente: Elaboración propia a partir de la Unidad Central de Información- Intendencia de Montevideo.

C.2 Actividades educativas según ejes programáticos entre los años 2009- 2019

Actividades educativas	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
De la niñez	-	-	40	26	31	53	1	1	-	-	3
Del adolescente	-	-	-	-	-	-	-	1	-	5	5
Del adulto	-	-	1	2	2	6	6	-	-	-	2
Del adulto mayor	-	-	-	11	11	2	2	-	-	-	-
De la mujer	-	-	22	10	10	8	8	5	6	2	-
Salud Bucal	-	7	-	5	5	3	3	5	-	4	4
Nutrición	-	-	-	4	4	2	2	-	-	-	-
Salud Mental	-	-	3	2	2	3	3	-	1	-	-
Consumo de sustancias	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Tabaquismo	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Gestión de riesgos	-	-	-	1	1	-	-	5	3	3	3
Control de Cáncer	-	-	-	1	1	-	-	1	-	-	1

Fuente: Elaboración propia a partir de la Unidad Central de Información- Intendencia de Montevideo.

C.3 Recursos humanos involucrados en las actividades educativas entre los años 2009-2019

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

-	1	10	13	12	11	9	9	2	8	10
---	---	----	----	----	----	---	---	---	---	----

Elaboración propia a partir de la Unidad Central de Información- Intendencia de Montevideo.

En los cuadros presentados se puede observar como las actividades educativas para promover a la salud tienen un lugar importante en el trabajo realizado en la policlínica de Casabó, si bien se puede observar altos y bajos en el periodo de tiempo analizado no deja de ser una tarea a la cual se destine parte del tiempo y recursos para efectuar con los cometidos del PNA.

En el cuadro 1 y 2 se puede observar un decremento en el número de las actividades realizadas a partir del año 2015, por lo que se puede relacionar al cambio de autoridades y lo que se prioriza en cada gestión, más que al funcionamiento del SNIS.

Por parte del MSP no se le exige a las policlínicas departamentales un número determinado de actividades a realizar en un periodo de tiempo, pero marcan un lineamiento de los ejes de los programas que se deberían implementar.

Todo lo que nosotros utilizamos es lo que está normatizado por el Ministerio. Nos rige el órgano rector, que es el Ministerio de Salud Pública, con sus diferentes programas y nosotros tomamos eso y hemos ido acompasando (...) Se priorizan todo lo que tiene que ver con el área del programa para la niñez, las diferentes áreas programáticas de salud y se generan estrategias de trabajo en el territorio (...)dependiendo del área programática, siempre se desarrollan estrategias de diferentes actividades que se promocionan y se llevan adelante (Entrevistado 2, 2025).

3.3.2 Participación comunitaria

La participación comunitaria para la Intendencia de Montevideo significa:

la intervención de la ciudadanía en la toma de decisiones respecto al manejo de los recursos y las acciones que tienen un impacto en el desarrollo de sus comunidades (...) aquellas iniciativas sociales en las que las personas forman parte consciente en un espacio, posicionándose y sumándose a ciertos grupos para llevar a cabo determinadas

causas que dependen -para su realización en la práctica- del manejo de estructuras sociales de poder (IM, 2021).

El barrio Casabó se caracteriza por tener una fuerte participación de diversos actores sociales en el territorio, y un alto grado de organización por parte de los vecinos que habitan allí. En el barrio coexisten 4 comisiones vecinales que trabajan en el territorio de manera independiente, estas son la comisión Villa esperanza, Estrella del Cerro, Barrio Ansina y 4 de Marzo.

Además a partir del año 2021 existe la organización denominada Intercomisiones Casabó, en donde miembros de las distintas comisiones se reúnen periódicamente para debatir temas de interés para el barrio, con vistas de realizar acciones y obtener soluciones en conjunto, buscando la respuesta de los actores estatales involucrados en los temas a resolver.

Para Baráibar (2013) el barrio en que se habita tiene importancia porque allí se establecen condiciones que van a determinar la calidad de vida que las personas pueden alcanzar, en base al grado de acceso a los servicios públicos existentes, como también su calidad y su infraestructura (p. 10).

En este sentido, los barrios de contexto

La desconcentración de servicios, así como la territorialización de los mismos, junto con una explosión de las instancias de coordinación, se encuentran particularmente presentes, dado que es allí donde la idea de “acercar los servicios a la gente” es más fuerte y también es donde se desarrollan las políticas asistenciales dirigidas (...) y con un fuerte componente territorial” (Baráibar, 2013, p. 21).

En relación a la salud, la policlínica de Casabó mantiene una estrecha comunicación con las comisiones vecinales y el trabajo que realizan allí, escuchando sus demandas e inquietudes, e incorporando estos planteos en las actividades y programas que se implementan en la policlínica.

Casabó tiene una fuerte impronta de trabajo con las comisiones vecinales (...) integra lo que es la red de usuarios del movimiento de usuarios del municipio A, y tiene una participación periódica (...)Se participa en la red de primera infancia del municipio A, en la mesa de salud mental del municipio A, en la red de trasas del municipio A y se

trabaja en forma constante con todas las instituciones que están mismo en Casabó, Ipru, instituciones educativas (...) se participa en asambleas, en ferias vecinales y se trabaja y se planifica en conjunto (Entrevistado 2, 2025)

El equipo de la policlínica trabaja de forma activa con las diversas instituciones y programas que trabajan en el territorio. Parte de las actividades educativas llevadas a cabo desde el centro son de forma externa y en coordinación con las diferentes instituciones, donde integrantes del equipo se dirigen al lugar para poder realizar la actividad.

Además se participa en las diversas redes temáticas de la zona oeste, en estos espacios se nuclea representantes de instituciones pertenecientes a este territorio y actores sociales, interesados en llevar propuestas relacionadas a la temática de cada red.

La policlínica, al ser una institución involucrada en diversos temas que son de interés para brindar una mejor atención a la población participa de manera activa en las redes mencionadas.

Esta modalidad de trabajo llevada a cabo por parte de la policlínica se caracteriza por tener un trabajo coordinado con la comunidad desde los orígenes del centro, priorizando el acercamiento y la interiorización de lo expresado por la gente y sus demandas.

Casabó se ha caracterizado por tener, el equipo, una fuerte participación de los vecinos y vecinas en la coordinación en territorio. Y siempre se ha trabajado en equipo y se ha dado respuesta a los diagnósticos situacionales que se encuentren vinculados en salud (Entrevistado 2,2025).

Reflexiones finales

El presente trabajo se trazó como objetivo analizar los cambios generados en el PNA a partir de la creación del SNIS, observando el caso particular de la policlínica de Casabó.

Si se fija la mirada exclusivamente en el objetivo principal se puede concluir que el SNIS generó cambios en las policlínicas departamentales a partir de su integración por medio del convenio establecido en el año 2012, marcando su ingreso de forma complementaria al PNA.

En relación a la atención, se delimitó la población a la cual se puede atender en las mismas, ya que previo a su incorporación tenían la posibilidad de brindar atención a usuarios del subsector tanto público como privado, y con la posterior incorporación al sistema, la atención se delimitó solamente a los usuarios del subsector público.

En relación a la financiación se destaca que si bien las policlínicas siguieron funcionando con recursos departamentales, a partir de la firma del convenio los medicamentos brindados pasaron a ser proporcionados por ASSE.

En relación a la gestión se observa que el SAS pudo comenzar a utilizar las herramientas informáticas creadas por ASSE y que les fueron proporcionadas al servicio, tales como el sistema de gestión de consultas; el sistema de la historia clínica electrónica; el sistema de medicación y para realizar las recetas; el sistema de gestión asistencial y el sistema de farmacia, lo que le permite la unificación de la información de los usuarios en la base de datos a ambas instituciones, y de esta forma se contribuye al fortalecimiento de la atención integral brindada a los mismos.

También resulta importante destacar la incorporación de la figura de la trabajadora social a los equipos de trabajo. En la policlínica de Casabó se dio la incorporación en el año 2011 a través de becarias, y a partir del año 2021 a través de una funcionaria. El trabajo social fue la última disciplina en ser incorporada a los servicios brindados en la policlínica, de esta forma se destaca el cumplimiento de lo establecido en el artículo 36 de la ley 18211, el cual determina que “El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades(...) las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios”, de esta manera se logra un equipo integrado con un profesional del área social.

Se considera que el hallazgo principal de este trabajo radica en inferir que, si bien el SNIS generó cambios en el PNA, y por tanto a las policlínicas departamentales, si se observa el proceso mediante el cual se fue construyendo el SNIS a partir del año 2005, la experiencia de las policlínicas departamentales fue un gran insumo para la construcción del mismo, y la

forma en que lograron coordinar su funcionamiento ambas instituciones a partir del convenio del 2012.

El modelo de atención y gestión que se estaba implementado en las policlínicas departamentales constituyó un modelo de referencia de lo que se buscaba implementar en la constitución del PNA a nivel nacional, ya que el modelo establecido hasta ese momento era distinto “el sistema hace un salto adelante muy interesante, fortaleció todo su primer nivel, lo que era una cosa muy subestimada, era hospitaliocéntrico completamente, y pasó a priorizarse” (Entrevistado 1, 2025).

El reconocimiento de la experiencia a nivel departamental se vio reflejado en la participación que tuvo la IM en la construcción del sistema, desde la misma se realizó un gran aporte sobre lo que significó la experiencia de un modelo que ya venía priorizando la promoción, prevención y participación comunitaria desde desde la década del 90’ con resultados beneficiosos para la población.

Los hallazgos del trabajo también presentan limitaciones en lo que tiene relación con el surgimiento de la policlínica de Casabó, ya que desde la institución no se pudo dar respuesta a esta interrogante.

Para finalizar, resulta pertinente destacar que en la gestión del último periodo de gobierno se vivió un retroceso en las políticas de salud a nivel nacional, por lo que a nivel departamental, las policlínicas administradas por el SAS lo vieron reflejado en las demandas manifestadas por parte de los usuarios

En el último periodo los equipos de las policlínicas quedaron muy solos en territorio, ante un rediseño que hubo por decisiones de otro encare de la mirada de las políticas de salud, donde en vez de fortalecer el primer nivel de atención se transitó por un periodo de alto debilitamiento del primer nivel, y las policlínicas de la Intendencia quedaron, o es lo que se identifica, muchas veces sosteniendo en el territorio estas líneas de trabajo (Entrevistado 2, 2025).

Se espera que en este nuevo periodo de gobierno se logre priorizar las políticas de salud con enfoque en el primer nivel de atención, y de esta forma los centros de salud que conforman su red. Para volver a brindar salud integral y de calidad a la población, fortaleciendo el trabajo en territorio, y lo más importante, cumpliendo con lo establecido por el SNIS.

Referencias bibliográficas

- Acosta, L. (2001). Consideraciones generales sobre la historia del Servicio Social. *Temas de trabajo social, debates, desafíos y perspectivas de la profesión en la complejidad contemporánea*. UdelaR.
- Alesina, L., Batthyány, K., Bertoni, M., Cabrera., Mascheroni, P., Moreira, N., Picasso, F., Ramirez J & Rojo, V. (2011). Metodología de la investigación para las ciencias sociales: apuntes para un curso inicial. UdelaR.
- Anzalone, P. (2021). *Uruguay: participación social en salud y democratización de la sociedad y el Estado*. [Tesis de Doctorado]. UdelaR.
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/31143/6/TD_AnzalonePAblo.pdf
- ASSE (2022, octubre 05). *Misión, Visión y Valores*.
<https://www.asse.com.uy/contenido/Mision-Vision-y-Valores-2113>
- ASSE (2012, noviembre 20) *ASSE y la IM firman convenio para el fortalecimiento y articulación del primer nivel de atención*.
<https://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-y-la-IM-firman-convenio-para-el-fortalecimiento-y-articulacion-del-primer-nivel-de-atencion-5844>
- Aran, D. y Laca, H. (2011). Sistema de salud de Uruguay. *Salud pública de México*, 53, 265-274.
https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v53s2/21.pdf

- Arteta, Z. Dendi, A. Y Gonzalez, T. (2022). *Política y salud, una pareja indisoluble*. Sindicato Médico del Uruguay.
<https://www.smu.org.uy/politica-y-salud-una-pareja-indisoluble/>
- Baráibar, X. (2013). *Territorio y políticas sociales*. Instituto Humanista Juan Pablo Terra.
<https://institutojuanpabloterra.org.uy/documentos/Documentos-5-Territorio-y-politicas-sociales-Ximena-Baraibar.pdf>
- Buglioli, M. Grau, C. Lazarov, L. y Mieres, G. (2002). Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: impacto de la regulación. *Gaceta Sanitaria*, 16(1) , 63-69.
<https://www.scielosp.org/pdf/gs/2002.v16n1/63-69/es>
- Camejo, L. y Valdés, I. (2013). El caso uruguayo y las políticas sociales de salud en América Latina. *Panorama. Cuba y Salud*, 8(3), 33-39.
<https://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/17/pdf>
<https://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/17/pdf>
<https://www.adasu.org/prod/1/486/Tesis.de.maestria.Elizabeth.Ortega.Cerchiaro..pdf>
- Cuba, M. y Albrecht, C. (2017). A 30 años de la Carta de Ottawa. *Acta Médica Peruana*, 34(1), 66-67. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96651193012>
- Franco, Á. y Álvarez, C. (2008). Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(3), 280-286.
<https://www.scielosp.org/pdf/gs/2008.v22n3/280-286/es>
- Fuentes, G. (2010). El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible. *Revista Uruguaya de*

Ciencia Política, 19(1), 119-142.

<https://rucp.cienciassociales.edu.uy/index.php/rucp/article/view/175>

Gavidia, V. y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales,* (26)161-175.

<https://www.uv.es/comsal/pdf/Re-Esc12-Concepto-Salud.pdf>

González, T. y Olesker, D. (2009). *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, 2005-2009.* MSP.

IM (s.f). *Población destinataria de las policlínicas .*

<https://montevidata.montevideo.gub.uy/salud/poblacion-destinataria-de-las-policlinicas>

IM (2019). Servicio de Atención a la Salud. *Informe de atenciones 2019.*

IM (2021,s.f). *Plan participativo de salud 2021-2025.*

<https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/plansaludultimaversion01-12-2022.pdf>

IM (2023, enero 16). *Atención a la salud.*

<https://montevideo.gub.uy/institucional/dependencias/atencion-a-la-salud>

IM (2025, Marzo 01). *Salud.*

<https://montevideo.gub.uy/institucional/dependencias/salud>

INDDHH y UdelaR.(2021). Mirador DESCA: *Informe 1: Derecho a la Salud.*

<https://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/3604/1/DEPE-DPE-053-2024.pdf>

Levcovitz, E. Fernández, M. Y Benia. W, (coord), Anzalone, P, y Harispe, E.(Cons) (2016).
Perfil del sistema de salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio. OPS.

MSP (2024a, Julio 01). *Plan Integral de Atención en Salud (PIAS).*
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politicas-y-gestion/plan-integral-atencion-salud-pias>

MSP (2024b,sf). *Áreas y Programas de la Salud.*
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/areas-programas-salud>

Nikken, P. (1994). *El concepto de derechos humanos. El concepto de derechos humanos. Estudios básicos de derechos humanos 1* (pp 15-37). IIDH.
<https://www.civilisac.org/civilis/wp-content/uploads/El-concepto-de-derechos-humanos-Pedro-Nikken.pdf>

Olesker, D. (2014). El sistema de protección social en Uruguay. En S. Cecchini, y M. Lavigne (comps). *Políticas públicas para la igualdad Hacia sistemas de protección social universal.* CEPAL - Serie Seminarios y Conferencias (78) 15-18.
<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/fd6dc257-85f4-4616-9cc4-6aa66fc2651f/content>

OMS (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud Organización mundial de la salud.*
<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

- ONU (1946). *Constitución de la organización mundial de la salud*.
<https://www3.paho.org/gut/dmdocuments/Constituci%C3%B3n%20de%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud.pdf>.
- ONU (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*.
<https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/2015/04/DECLARACION%20DE%20LOS%20DERECHOS%20HUMANOS.pdf>
- OPS (1978) *Declaración de Alma Ata*.
<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- OPS (2005). *Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria en salud: Declaración de Montevideo*.
<https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-regional-sobre-nuevas-orientaciones-atencion-primaria-salud-declaracion>
- OPS (2021). *Funcionamiento del sistema de salud en Uruguay Principios, modelo de financiamiento, gestión y atención*.
<https://www.paho.org/es/documentos/funcionamiento-sistema-salud-uruguay>
- Ortega, E. (2003). *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista* [Tesis de Maestría] Udelar.
- Pereyra, I. (2022). *Sistema de Salud de Uruguay. Proceso e institucionalización*. En Sistema de Salud en la Argentina y la región. (pp. 85- 87)
<https://bcn.gob.ar/uploads/Boletin-BCN-Titulo-N135.pdf#page=85>
- Podestá, J. (2001). Problematización de las políticas públicas desde la óptica regional. *Última década*, 9(15), 163-175.

[https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22362001000200007&script=sci_arttext
&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22362001000200007&script=sci_arttext&tlng=en)

Sollazzo, A. y Berterretche, R. (2011). El sistema nacional integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6) , 2829-2840.
https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v16n6/21.pdf

Tejada, D. (2013). Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(2), 283-7. : <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2013.v30n2/283-287/es>

Udelar (2021). *Sistemas de salud y atención a la salud*.
<http://www.eutm.fimed.edu.uy/Ingreso/2024/Docuemtno%20Sistemas%20de%20Salud%202021.pdf>

Uruguay (1967, febrero 02). Constitución de la República.
<https://www.impo.com.uy/bases/constitucion/1967-1967>

Vignolo, J, Vacarezza, M, Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), 11-14.
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

Villar, H. (2003). *La salud, una política de estado: hacia un Sistema Nacional de Salud. Marco Conceptual, el contexto, situación actual y propuesta de cambio*. Instituto Nacional de Enfermería. Hospital de Clínicas. Montevideo.

Yamin, A. y Frisancho, A. (2015). Enfoques basados en los derechos humanos para la salud en América Latina. *Medic Review*, 17(1),suplemento 5-7.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medicreview/mrw-2015/mrws151c.pdf>

Fuentes Consultadas

Alberro, E. (2022). *El Trabajo Social en el primer nivel de atención en administración de los servicios de salud del Estado*. [Tesis de grado] UdelaR.
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/37079/1/TTS_AlberroAcevedoEmilia.pdf

Caballero, S. (2022). *Reflexiones sobre el discurso de los trabajadores sociales acerca de las redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención de la Salud*. [Tesis de grado] UdelaR.
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/36970/1/TTS_CaballeroSolmayra.pdf

Daverede, A. (2018). *El SNIS y las demandas del Trabajo social: primer nivel de atención e intervención*. [Tesis de grado] UdelaR.
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/24402/1/TTS_DaveredeRamosAna.pdf

IM (s.f.) *Observatorio de asentamientos irregulares*.

<https://montevidata.montevideo.gub.uy/territorial/asentamientos>

IM (2024), diciembre 13 *Información Física y Sociodemográfica por Municipio*.

<https://montevideo.gub.uy/transparencia/estadisticas/informacion-fisica-y-sociodemografica-por-municipios>

INE (2011, diciembre 30) *Censo 2011*.

<https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/datos-y-estadisticas/estadisticas/censo-2011>

MIDES (2024). *Tasa de desempleo según sexo. País urbano*.

<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/indicador/tasa-desempleo-segun-sexo-pais-urbano>

Mosterio, L. (2019). *El trabajo social a partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud: estudio de caso en una Institución de Asistencia Médica Colectiva*. [Tesis de grado] UdelaR.

https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/23607/1/TTS_MosterioLucia.pdf

MVOTMA (2011, sf). *Programa de mejoramiento de barrios. Unidad de evaluación y monitoreo*.

https://medios.presidencia.gub.uy/jm_portal/2012/noticias/NO_G241/piai-2011.pdf

Presidencia de la República. (2013, junio 20). *La pobreza cayó en Uruguay del 40% en 2003 al 12,5% en 2012*.

<https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/pobreza-cayo-uruguay-del-40-2003-125-2012#:~:text=Internacional%20de%20OIT-,La%20pobreza%20cay%C3%B3%20en%20Uruguay%20del%2040%25%20en,al%2012%2C5%25%20en%202012>

Ruggiero, P. (2023). *Una mirada a la intervención del Trabajo Social como profesión en el Primer Nivel de Atención en Salud* [Tesis de grado] UdelaR.

https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/42922/1/TTS_RuggieroPaola.pdf

Uruguay. (2007, mayo 18). Ley N°18.131: Creación del fondo nacional de salud.

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18131-2007>

Uruguay. (2007, julio 29). Ley N°18.161: Creación de ASSE como servicio descentralizado.

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18161-2007>

Uruguay. (2007, diciembre 13). Ley N° 18.211: Creación del sistema nacional integrado de

salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

Uruguay. (2007, diciembre 19). Ley N° 17.930: Presupuesto nacional de sueldos, gastos e

inversiones. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17930-2005>

Uruguay. (2008, agosto 15). Ley N°18.335: Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios

de los servicios de salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>