



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Ciencias Sociales
Universidad de la República

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Monografía Licenciatura en Trabajo Social

Participación de los/as usuarios/as en el Sistema Nacional
Integrado de Salud

Sus condiciones de posibilidad

Autora: Yanina Romano Fumero

Tutora: Profa. Dra. Elizabeth Ortega Cerchiaro

2025

RESUMEN:

El presente trabajo analiza el proceso que posibilitó la incorporación de los/as representantes de usuarios/as en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay, en el marco de la Ley 18.211. Desde un enfoque cualitativo y de carácter exploratorio, se reconstruye la trayectoria histórica de la participación usuaria, describe las disposiciones legales que la institucionalizaron y analiza las intervenciones en instancias parlamentarias de los actores involucrados en torno a la reforma sanitaria, aportando elementos para el análisis de la participación social en salud. Se concluye que la participación efectiva de los/as usuarios/as es producto de un acumulado histórico y consensos sociales.

Palabras claves: usuarios/as, participación social en salud, Sistema Nacional Integrado en Salud, Ley 18.211.

ÍNDICE

Resumen	2
Introducción	4
Antecedentes	5
Objeto de análisis y objetivos	7
Estrategia teórico metodológica	7
Fuentes documentales	8
Marco Teórico	9
Capítulo 1: La trayectoria de la participación de los/as usuarios/as en el Sistema de Salud en Uruguay	13
Capítulo 2: Descripción de la participación usuaria en el Sistema Integrado Nacional de Salud.	
- Ley 18.131: Creación del Fondo Nacional de Salud.	23
- Ley 18.161: Creación de la Administración de Servicios de Salud del Estado	23
- Ley 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.	24
Capítulo 3: Tratamiento Parlamentario de la Ley 18.211.....	27
Consideraciones finales.	42
Bibliografía	45
Anexo	

Introducción:

El presente trabajo constituye la Monografía Final de Grado de la Licenciatura en Trabajo Social.

Su objetivo general es analizar el proceso mediante el cual se hizo posible la integración de la participación de los/as usuarios/as en órganos de dirección en la estructura del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay que fue ratificada en las leyes promulgadas en el período comprendido entre marzo de 2005 y diciembre de 2007.

La selección de la temática responde a una motivación personal, derivada de la experiencia adquirida durante dos años de práctica pre-profesional en la Organización de Usuarios de Salud del Oeste como centro de práctica (2023 y 2024). En este marco, se produjeron debates sobre la participación social en salud -entendiendo la salud en su integralidad- en un contexto de post-pandemia,

Esta experiencia generó interés por comprender los factores que hicieron posible que los/as usuarios/as integran ámbitos de toma de decisión en el SNIS, aprobado por la Ley 18.211 en el año 2007. Asimismo, frente a nuevos debates que surgen sobre participación social en el marco de un nuevo gobierno nacional, se considera pertinente indagar sobre el trayecto histórico que permitió la reforma sanitaria en el primer gobierno nacional del Frente Amplio.

Para alcanzar el objetivo planteado y desde un enfoque cualitativo y exploratorio, en primer lugar, se reconstruyó la trayectoria histórica de la participación usuaria en el sistema de salud en Uruguay. Luego, se describieron los artículos de las leyes promulgadas entre 2005 y diciembre de 2007 que establecen la participación usuaria. Finalmente, se analizó el contenido de las intervenciones realizadas por los actores más relevantes durante el tratamiento parlamentario del proyecto de ley.

Este trabajo aspira a contribuir como aporte para futuras investigaciones, en la medida que visibiliza la necesidad de profundizar en aspectos que no fueron abordados de manera exhaustiva, tales como la trayectoria histórica del mutualismo en el país o la evaluación de la implementación de la ley.

Antecedentes:

En primer lugar, se tomó como antecedente el trabajo titulado *Participación Social dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud* (Anzalone, 2018). En el trabajo el autor aborda lo que considera democratización de las políticas públicas en materia de salud en el período 2005-2018.

Anzalone sostiene que la participación de los diversos actores en las estructuras de políticas públicas de salud, educación y políticas sociales son determinantes para la democratización de dichos ámbitos. En ese sentido, señala que la participación no se limita únicamente a la existencia de estructuras institucionalizadas o a la asignación de espacios específicos, sino que como señala el autor “requiere una construcción amplia donde los actores sociales se fortalezcan a través de prácticas que los vinculen con la población” (Anzalone, 2018, p. 25).

Además, hace énfasis en que no basta con habilitar representantes sociales, sino que es necesario promover prácticas colectivas que involucren a la población en los procesos de cambio. En este sentido, la participación social es uno de los tres ejes del cambio (gestión, financiamiento y enfoque sanitario) y juega un rol importante (2018, p. 35), dado que:

incorpora una visión intersectorial de los problemas de salud e incluye un diagnóstico y también el diseño y la puesta en práctica de las acciones sobre los problemas de salud y la enfermedad. La educación para la salud con participación de los usuarios y trabajadores agrega otras voces para incidir en los estilos de vida, hábitos. (p. 37)

A partir de las trayectorias de participación en salud investigadas por el autor, se identifican antecedentes relevantes, como las comisiones de salud en los consejos vecinales de los comunales en Montevideo. Asimismo, se toma como referencia la experiencia de la dirección integrada por representantes de jubilados, trabajadores y empresarios del Banco de Previsión Social (BPS), considerada un modelo para la implementación de la inclusión de representantes de distintos actores sociales en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Por último, destaca la implementación de los consejos consultivos en el sistema privado mutual.

Anzalone plantea que la descentralización ha sido una experiencia que refuerza el compromiso de la comunidad con las políticas sanitarias, evidenciado en la utilización del presupuesto participativo para la creación y mejora de policlínicas.

En segundo lugar, se consideró como antecedente la investigación *Participación social y Sistemas de Salud: el lugar de los usuarios* (de Paula, 2018). Esta investigación tiene como objetivo general “conocer las perspectivas de los actores sociales de salud sobre la participación de los usuarios en los espacios colectivos de participación social generados a partir de la reforma de salud” (de Paula, 2010, p. 6).

Además, plantea dos objetivos específicos: en primer lugar, identificar a los actores como posibles obstáculos en el proceso de participación social; en segundo lugar, comprender las ideas, sentidos construidos y significados asociados al concepto de participación social en salud (de Paula, 2010, p. 6).

En sus conclusiones, el autor sintetiza los principales obstáculos que pueden presentarse para la “intervención” -término que emplea como sinónimo de participación activa-. Es así que señala que los espacios de participación resultan insuficientes, ya que sólo dos de ellos tienen poder de resolución. En estos, el Poder Ejecutivo posee mayor número de representantes, por tanto, con mayoría simple se pueden tomar resoluciones. Esto evidencia, según el autor, “(...) espacios de asimetría de poder entre los actores” (de Paula, 2010, p. 45).

Por último, se consideró como antecedente el artículo de Guillermo Fuentes, publicado en el año 2010, bajo el título, *El sistema de salud uruguayo en la postdictadura*. En este trabajo el autor analiza -desde el enfoque de la Ciencia Política- los factores que condujeron a la reforma sanitaria implementada durante el primer gobierno nacional del Frente Amplio, entre ellos la crisis del sistema sanitario que se hizo evidente en los años posteriores a la dictadura cívico-militar de 1973 al 1985.

A partir de literatura especializada en reformas sanitarias, Fuentes detalla los elementos que condicionan el éxito o el fracaso de ellas, destacando entre ellos la participación social. En ese sentido, el autor compara la reforma del SNIS y la reforma presentada durante el segundo mandato del presidente Julio María Sanguinetti, concluyendo que, en esta última, el espacio de participación social era inexistente, siendo en el SNIS “Dimensión clave de la propuesta: todos los actores sociales relevantes (incluidos los usuarios) fueron incorporados desde el primer momento en el proceso.” (Fuentes, 2010, p. 135).

Objeto de estudio:

El estudio tiene como objeto, la reconstrucción del proceso mediante el cual se hace posible la integración de la participación de usuarios/as en órganos de dirección en las estructuras del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay.

Objetivo general:

Indagar sobre el proceso mediante el cual se hace posible la integración de la participación de los/as usuarios/as en órganos de dirección en la estructura del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay que fue ratificada en las leyes promulgadas en el período comprendido entre marzo de 2005 y diciembre de 2007.

Objetivos específicos:

- Describir, desde el punto de vista socio histórico, los diferentes formatos de participación de usuarios/as en el sistema de salud en Uruguay.
- Identificar los agentes institucionales que intervinieron en la definición de la integración de usuarios/as en organismos de dirección del SNIS.
- Analizar los discursos de los agentes que intervinieron en las discusiones parlamentarias acerca de la participación de representantes de los/as usuarios/as en la creación del SNIS y la aprobación de la Ley 18211.

Estrategia metodológica

El estudio será de corte cualitativo de indagación exploratoria y descriptiva, donde se utilizará como recurso las actas tomadas en las discusiones de comisión de salud en ambas cámaras y las discusiones de aprobación de la Ley 18.211 también en ambas cámaras. Además, se estudiarán documentos elaborados por los actores sociales que participaron en las discusiones.

El estudio de las actas parlamentarias constituye una fuente documental importante dado que permitirá reconstruir el debate político y social que se dio en torno al proceso legislativo de la reforma sanitaria. De este modo permitirá comprender argumentos, posiciones, tensiones y consensos que se expresaron en torno a la creación del SNIS y la articulación de los intereses de los distintos actores que intervinieron. Debido a las características de una

monografía final de grado el estudio no será exhaustivo sino que se profundizará en algunos de los aspectos relevados.

Fuentes documentales:

En el período en que se procesó la discusión parlamentaria de la Ley 18.211 en la cual se instala la participación de los/as usuarios/as en organismos claves - JUNASA; Consejo Consultivo Honorario; espacio de representante de usuarios/as en ASSE- se citó a las comisiones de cada Cámara distintos actores.

El proyecto de Ley se ingresó al Poder Legislativo por la vía de la Cámara de Senadores que dictaminó que fuera tratado por Comisión de Salud integrada con Hacienda. El proceso de tratamiento de la comisión llevó unos siete meses y se recibieron 12 organizaciones.

A partir de la discusión general y particular de la ley en Cámara de Senadores, pasó a discusión en la Cámara de Representantes que solicitó su tratamiento en la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social integrada con la Comisión de Hacienda. En este proceso se citaron a distintos actores a la comisión, llevó unos dos meses y se recibieron 22 actores (ver Anexo I).

Para el estudio de las exposiciones en las comisiones parlamentarias se realizó una búsqueda en base a palabras claves tales como: usuarios, participación, movimiento, en las actas de los días que participaron los siguientes actores sociales: SMU, FUS, FEMI, Unión de Mutualidad del Uruguay, Academia Nacional de Medicina, IAMC, Asociación de Usuarios de Servicios de Salud (AdUSS) y Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada.

Marco Teórico:

Para cumplir con los objetivos planteados en el presente trabajo se entiende relevante realizar una serie de precisiones teóricas como punto de partida que serán insumos para el análisis de los contenidos que sean identificados en las fuentes.

En primer lugar, se definirá la participación social desde la perspectiva propuesta por José Luis Rebellato (2000). En segundo lugar, se abordará específicamente la participación social en salud a partir del recorrido histórico y conceptual realizado por Francy Pineda (2014). En tercer lugar, se presentarán las definiciones de Atención Primaria en Salud según la declaración emitida en la conferencia de Alma Ata en 1978 y los distintos niveles de atención sanitaria. Por último, para fundamentar el uso de las actas parlamentarias como fuentes documentales, se tomará las definiciones de Poder Legislativo elaboradas por el autor Horacio Cassinelli (2009).

Rebellato (2000) realiza un recorrido hacia la construcción del concepto de democracia integral, partiendo de la definición de práctica social. En este marco, el autor describe estas prácticas como “Nacidas de las fuerzas del movimiento y de la potencia instituyente, pero quizás corriendo el riesgo de quedar cristalizadas en lo instituido” (p. 18). Para profundizar en este planteo, resulta necesario introducir la dialéctica instituido- instituyente, propuesta por Lourau, que explicita cómo las instituciones se configuran y se transforman a partir de estas dos dimensiones.

Kaminsky (1994) retoma esta perspectiva para señalar que las instituciones no son estructuras estáticas, sino que se encuentran en permanente movimiento. En este sentido, se denomina lo instituido a las normas que mantengan el orden establecido o lo previamente definido; tal como plantea Lourau: “(...) he llamado lo instituido, la cosa establecida, las normas vigentes, el estado de hecho confundido con el estado de derecho” (Lourau, 1970, p. 137). Por su parte, “(...) la dimensión de lo instituyente no es tan sólo algo dado, sino que se va haciendo, se va conformando según este ‘juego’ o dialéctica.” (Kaminsky, 1994, p. 31). Por tanto, la institución se puede entender como este movimiento en el que se integra lo instituyente a lo instituido, interactuando de manera constante, es así que, los autores citados plantean que la institución deberá tener un momento de orden instituido y un momento de orden instituyente.

Retomando estos conceptos, y a partir del análisis realizado por Rebellato (2000), el autor sostiene que el ejercicio de la práctica social implica un ejercicio de poder popular, el cual reivindica así lo que el autor denomina democracia participativa y radical (p. 30). Esta forma de democracia entiende la necesidad de potenciar una ciudadanía crítica y se sustenta en

la idea de que la construcción requiere una participación efectiva de la ciudadanía “(...) en especial de los sectores populares y de sus organizaciones” (Rebellato, 2000, p. 53). En este marco, el autor sostiene que las formas democráticas “que impulsa formas de participación, control, gestión y distribución en el poder” (Rebellato, 2000, pp. 53-54) priorizan la iniciativa y el ejercicio de poder de los actores sociales.

Asimismo, el autor destaca el desarrollo del poder local, a través de las experiencias de participación popular en los gobiernos municipales, las cuales constituyen instancias que fortalecen a las democracias basadas en el poder local y estimulan la articulación entre la visión comunitaria y las decisiones de alcance global. Este poder tiende a fortalecer la participación directa de los actores.

Entiende Rebellato que “La lucha contra la exclusión social exige políticas públicas que modifiquen la distribución de la riqueza y el poder en la ciudades y países, concretando formas de participación directa de la población en la gestión de políticas públicas” (Rebellato, 2000, p. 56), en base a este concepto, el Estado debería garantizar la representación ciudadana y participación social en su poder central.

Partiendo de esta perspectiva general de la participación social vinculada a la democracia integral y poder popular, es posible abordar la especificidad en el ámbito de la salud, tomando como referencia el análisis histórico-conceptual propuesto por Francy Pineda (2014). La autora, retoma lo expresado en la declaración de Alma Ata (1978), donde se afirma que “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.” (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978). Asimismo, Pineda incorpora la definición planteada en la Carta de Ottawa (1986), donde se concibe la participación comunitaria como “la participación efectiva y concreta de la comunidad mediante la definición de prioridades, toma de decisiones, elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud” (Carta de Ottawa, 1986, como se citó en Pineda, 2014, p. 10).

En conclusión, Pineda (2014) destaca que la participación en salud no sólo contribuye a la mejora del propio estado de salud de las personas, sino que también favorece los procesos de educación y promoción responsable. Al mismo tiempo, señala que esta participación permite un mejor control en las planificaciones de las políticas sanitarias, facilita la priorización de las necesidades y promueve una mejor distribución de los recursos, potenciando los sectores más marginados (Pineda, 2014, p. 17).

En esta misma línea, cabe profundizar en la declaración de Alma- Ata (1978) donde hay referencia del vínculo entre la participación social y atención sanitaria, estableciendo los

niveles de atención y la centralidad de la Atención Primaria en Salud (APS). Es así que se define esta como la asistencia sanitaria:

(...) puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978, pp. 3-4).

Por tanto, a partir de la definición de APS, se comprende la atención primaria como parte neurálgica del sistema nacional de salud, incluyendo el desarrollo social y económico de la comunidad. La declaración de Alma Ata subraya la necesidad de desplegar el primer nivel de contacto entre los servicios de salud y la población, es decir, llevar los servicios sanitarios “(...) lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978, p. 4).

Por su parte Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa (2011) definen los niveles de atención sanitaria como: el primer nivel de salud, es el más cercano a la población y se orienta principalmente a las actividades de promoción y prevención de enfermedades. Constituye la puerta de entrada al sistema sanitario, resuelve el 85% de los problemas de salud. Sus establecimientos son de baja complejidad, como las policlínicas que favorecen una accesibilidad a la población interviniendo oportunamente.

El segundo nivel de atención se refiere a la dada en los establecimientos hospitalarios “(...) donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría.” (Vignolo, et. al, 2011, p. 12).

Por último, el tercer nivel de atención corresponde a las patologías complejas y se lleva a cabo en establecimientos de alta tecnología, este nivel está orientado a una población específica.

De este modo la comprensión de los conceptos participación social, tanto en su sentido general como en el ámbito de la salud, junto con la estrategia APS y la definición de los niveles de atención sanitaria, resultan fundamentales para profundizar en el análisis de la trayectoria de la participación social en el sistema de salud uruguayo y para examinar el tratamiento parlamentario de la Ley 18.211, que dio origen al SNIS incluyendo la representación de los/as usuarios/as en ámbitos de decisión.

En este sentido, para comprender cómo se materializaron estos conceptos en el proceso de reforma sanitaria, resulta indispensable el análisis de las exposiciones en las distintas comisiones, registradas en las actas parlamentarias. Dado que este tipo de documentos adquieren relevancia ya que las leyes son aprobadas por mayorías y su debate implica la búsqueda de cierto acuerdo social donde se expresan diversos posicionamientos y perspectivas.

Tal como plantea Horacio Cassinelli (2009), al referirse a las funciones del Poder Legislativo como órgano de contralor del Poder Ejecutivo, el diseño parlamentario uruguayo - basado en la representación proporcional integral- resulta tener una doble función: respaldar las medidas impulsadas por el Poder Ejecutivo o en su defecto, actuar como freno cuando dichas medidas no cuenta con el respaldo mayoritario de la ciudadanía.

En este marco, el autor plantea que el rol del Poder Legislativo interviene en los asuntos más relevantes de la vida política y social del país, y que su composición debe ser de la manera más representativa posible, de modo “(...) que tienda a reflejar la orientación de la opinión pública sobre cada uno de los problemas que merezcan su intervención.” (Cassinelli, 2009, p. 193), dado que el parlamento es un componente de la consolidación democrática.

En síntesis, el marco teórico desarrollado presenta los conceptos claves que se utilizarán en el análisis del proceso de la reforma sanitaria: la noción de participación social vinculada a la democracia integral y el poder popular; su especificidad en el ámbito de la salud en relación con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y los distintos niveles de atención; y el rol del Poder Legislativo como espacio de representación y deliberación de los diversos actores sociales. Esta perspectiva conceptual será la base para el posterior examen, en los capítulos siguientes: “La trayectoria de la participación de los/as usuarios/as en el Sistema de Salud en Uruguay”, luego la “Descripción de la participación usuaria en el Sistema Nacional Integrado de Salud” y por último el “Tratamiento Parlamentario de la Ley 18.211”.

Capítulo I: La trayectoria de la participación de los/as usuarios/as en el Sistema de Salud en Uruguay

Para comprender el proceso de integración de la participación de los usuarios en el Sistema Nacional Integrado de Salud es fundamental analizar la trayectoria de la participación social en salud, así como los cambios de enfoque que ha experimentado el sistema de salud en Uruguay. Este análisis permitirá contextualizar las transformaciones y los actores involucrados en la construcción de un sistema participativo.

Es por esto que el presente capítulo recorre, en primer lugar, la creación de las mutualistas, que en sus inicios representaron una forma de participación comunitaria en la gestión y provisión de servicios de salud; en segundo lugar, se realiza una breve descripción de la consolidación de instituciones de salud en el contexto sociohistórico; en tercer lugar se estudia el cambio de enfoque de la atención en salud hacia un modelo más inclusivo y participativo, junto con la descentralización como mecanismo de fortalecimiento de la participación local y por último se analiza el impacto del programa del Frente Amplio en el primer gobierno nacional, que se planteó ampliar la participación social y promover una mayor democratización del sistema de salud, constituyendo un proceso de participación en las políticas de salud, es así que, el programa (2003) establece “Se avanzará sustantivamente en la construcción de un Sistema Nacional de Salud con un Seguro Nacional de Salud, con amplia participación de los trabajadores y usuarios tanto en la conducción como en la base territorial” (Frente Amplio, 2003, p. 16)

Los autores consultados (Kruse, 1994 y Mieres, 1997) destacan el papel de la participación social en la creación del mutualismo que surge a mediados del siglo XIX.

El mutualismo, según la investigación y análisis de Kruse en su obra *Los Orígenes del Mutualismo Uruguayo* (1994), se presenta como una herramienta fundamental de seguridad social dirigida a la población inmigrante y al proletariado en proceso de consolidación durante ese período. En su prólogo, entiende pertinente destacar al mutualismo como “un movimiento social que surgió desde abajo, sus forjadores fueron los inmigrantes y los proletarios” (Kruse, 1994, p.8).

Kruse (1994, p. 11) señala que las mutualistas constituyeron una escuela de participación social, en la que se desarrolló un sentido de comunidad, inicialmente fundamentado en la procedencia étnica, y un sentido de responsabilidad cívica. Es importante destacar que muchas mutualistas funcionaron como fachadas legales de sociedades de resistencia o “sindicatos anarco-sindicalistas que, de otra forma, no habrían podido subsistir”

(Kruse, 1944, p. 11). El concepto de mutualismo está profundamente ligado a las ideologías anarquistas heredadas del proletariado proveniente de España, Francia e Italia. Además, el autor enfatiza que la creación de estas organizaciones fue un movimiento tanto social como ideológico.

En este contexto, la influencia de la inmigración resulta fundamental para comprender la transformación demográfica del país a partir de 1835, año en que comenzó el “Plan de Fomento” a la inmigración. Según el autor, en 1843, el censo registraba aproximadamente 20.000 habitantes extranjeros y 11.500 orientales en Montevideo. A este plan se sumó en 1851 el denominado plan de “fusión”, en el cual tanto el Estado como entidades privadas promovieron abiertamente la inmigración europea.

A partir de estos datos, es posible relacionar la creación de las mutualistas en esos años con el pensamiento filosófico predominante entre el proletariado europeo. Dado que, estas organizaciones no solo se ocupaban de la salud, sino también de problemáticas tales como la falta de trabajo y sus consecuencias. En este sentido, el autor destaca la definición de mutualismo según la Teoría Económica de Proudhon, quien lo describe como “el intercambio directo de productos y servicios prescindiendo de la moneda” (Proudhon, como citó Kruse, 1994, p. 15).

En la selección de definiciones sobre el mutualismo, el autor considera que la idea central de los socorros mutuos se fundamenta, entre otras, en la conceptualización del filósofo anarquista francés Pierre-Joseph Proudhon. Este pensador sostenía la necesidad de convertir a los obreros en “co-propietarios, organizando una propiedad mutualista y federativa de los medios de producción con prescindencia del Estado” (Kruse, 1994, p. 18). Según Kruse, esta influencia alcanzó al movimiento obrero uruguayo, especialmente a los inmigrantes.

En este contexto, la primera mutualista en Uruguay fue la Asociación Española de Socorros Mutuos, fundada por José María Buyo. En el discurso pronunciado en 1881, Buyo expresó que la unión de los esfuerzos de las colectividades extranjeras constituía un importante movimiento social: “la primera asociación popular del Río de la Plata que vinculando en un propósito benéfico la población de una nacionalidad, puso en práctica el fecundo principio de auxilio mutuo y dio un hermoso ejemplo de confraternidad nacional” (Buyo, 1881, como citó Kruse, 1994, p. 22).

La Asociación Española en su reglamento, no sólo se planteaba socorrer a los españoles inmigrantes en caso de enfermedad, sino que también planteaba “la reunión de los esfuerzos del total o parte de los asociados, para conseguir todo y cualquier objeto plausible y de mutua utilidad, que no pudiesen conseguir aisladamente”. Tanto es así que en el capítulo IV,

“protección a los desacomodados” se vinculaba a través de un “andador” que era la figura de un socio que realizaba el nexo entre los desocupados y los solicitantes de trabajadores, por tanto, cumplía la función de avisar a los desocupados las oportunidades de trabajo (Kruse, 1994, p. 46). Además, en su artículo 68, se permitía abrir “suscripciones a favor de todo socio que fuese víctima de alguna calamidad”

Hacia fines del siglo XIX, el mutualismo se extendió en todo el país, adoptando un sentido de socorros mutuos que abarcaba una perspectiva más amplia que la protección en salud. Este enfoque de participación de los usuarios evidenciaba que los unía una perspectiva de atención que incluía la salud, pero tenía mayor amplitud.

A comienzos del siglo XX, en Uruguay se consolidó el batllismo y la visión de las competencias que debía asumir el Estado. En este contexto, se inició un proceso de modernización que sentó las bases para el desarrollo del sistema sanitario en el país. Mieres (1997) en su estudio del sistema sanitario uruguayo, señala que el rol del Estado proteccionista generó condiciones propicias tanto para el crecimiento del sector privado en la industria, así como para el impulso de las políticas sociales dirigidas a la mejora de los sectores populares. Estas medidas favorecieron el crecimiento de un proletariado urbano (Mieres, 1997, p. 9). En este marco el sector salud no quedó ajeno a los cambios, lo cual implicó una redefinición del rol del Estado en materia sanitaria.

De este modo, se reformularon las competencias sanitarias, dado que hasta el momento la asistencia sanitaria proporcionada por el Estado sólo se dirigía a las clases sociales carentes de recursos; la asistencia mutual se dirigía en principio a las clases proletarias de origen europeo y luego se extendió a la clase media; y por último la atención médica privada -ya sea en consultorio particular o a domicilio- estaba reservada a las clases con altos recursos (Mieres, 1997, p. 10)

El autor destaca que en las primeras dos décadas del siglo, se organizó el sector público y se crearon: Consejo Nacional de Higiene y la Asistencia Pública Nacional. El Consejo Nacional de Higiene dependía del Ministerio de Gobierno y estaba conformado por 18 Consejos Departamentales, 16 miembros honorarios con voz, pero no tenían voto, y 7 titulares médicos con cargos ejecutivos y poder de decisión. Cabe señalar que el Consejo Departamental tenía una integración similar a la del Consejo Nacional y contemplaba la participación vecinal en los cargos honorarios.

Mieres menciona que el Consejo Nacional contaba con una supremacía dispuesta por la Ley N°2408, que en los hechos, limitaba fuertemente a que los Consejos Departamentales y otras Instituciones: “tuvieran una muy escasa autonomía” (Mieres, 1997, p. 13). En ese sentido,

en 1910 se dispuso por Ley sustituir este Consejo por Inspectores Departamentales de Higiene, designados por el Consejo Nacional. Entre las competencias del Consejo Nacional se encontraban: el control de ejercicio de la profesión, control de las farmacéuticas, control de las vacunas, estadística sanitaria y control de enfermedades infectocontagiosas.

Por otro lado, la Asistencia Pública Nacional se caracterizaba por la asistencia tanto a la tropa del ejército como a la población civil indigente. En este período los hospitales funcionaban como lugares donde practicar la caridad y los criterios médicos se basaban en este enfoque. Sin embargo, en 1910 se sancionó por ley la Asistencia Pública Nacional estableciendo que la asistencia gratuita constituía un derecho que el Estado debía garantizar a quienes no contaran con los recursos suficientes. Mieres (1997) destaca que

(..) la norma establecía que la asistencia gratuita era un derecho que el Estado debía satisfacer en el caso de quienes no tuvieran los recursos suficientes. (...) Se trataba de un concepto de asistencia social en el cual quedaba enmarcada la atención médica. (p.15)

Por tanto, el autor entiende que la norma marcó, por primera vez, el reconocimiento legal del Estado como garante de atención, por último, en este proceso se laiciza la asistencia médica. En ese sentido, menciona que la institucionalización de la medicina transformó la concepción del hospital y dejó de ser percibido como un lugar de caridad o en donde el/la usuario/a fuera a morir, sino que se convirtió en un ámbito donde el profesional de la salud podría desarrollar la profesión.

En 1918, se crean los entes autónomos y se incorpora tanto el Consejo Nacional de Higiene como a la Asistencia Pública dentro de esta nueva estructura. Estas instituciones responden a distintos momentos históricos y énfasis diferenciados en las funciones de salud: mientras que el Consejo Nacional de Higiene cumplía principalmente un rol preventivo, la Asistencia Pública se orientaba a la atención asistencial. Asimismo, sus competencias abarcaban diferentes niveles de intervención, el primero era dirigido a la población en su conjunto mientras el segundo se centraba en la asistencia individual.

En este marco, Mieres (1997) analiza la inversión presupuestal y su eficacia en la mejora de salud de un nivel y otro. Señala que el enfoque preventivo del Consejo Nacional de Higiene desde la prevención de las enfermedades -centrado en acciones como el tratamiento de las aguas, la vacunación, entre otras medidas sanitarias- permitía que su alcance fuera mayor con menor presupuesto. Sin embargo, a pesar de que las medidas tendientes de mejora de las

condiciones ambientales constitúan un aspecto principal para alcanzar niveles de salud superior, la atención hospitalaria de la patología se fue consolidando paulatinamente como actividad predominante (Mieres, 1997, p. 18). De este modo, ya se evidencia en este período la dicotomía entre prevención y asistencia en las políticas sanitarias.

Este proceso de gestión estatal de las políticas públicas llevó a la conformación del Ministerio de Salud Pública (MSP) en el año 1933, luego de un camino de debate, en torno a su rol institucional y gestión del sistema de salud. El MSP llevó adelante medidas intervencionistas o reguladoras en el sector público y privado y en estos años el Estado desarrolló su función normativa, como el control de las actividades de las mutualistas; el Consejo Nacional de Higiene y la Asistencia Pública Nacional pasaron a formar parte del Ministerio quien siguió desarrollando su actividad de asistencia; en las décadas posteriores se une la Universidad de la República como prestador de salud, dado que se inaugura el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela (en el año 1953).

Ya a mediados de siglo se enfoca una etapa de fuertes acciones prevencionistas, enmarcadas en un contexto de convenios de cooperación intencional (Mieres, 1997, p. 48).

Mieres (1997) señala que el neobatllismo de los años finales de 1940 y las décadas siguientes implicó un nuevo modelo industrializador y el Estado como fuerte empleador. Este desarrollo generó un gran crecimiento del sistema mutual. Por su parte, de Paula (2010) menciona que el crecimiento industrial y urbano en las décadas de 1950 y 1960 trae como consecuencia el acelerado crecimiento de la infraestructura sanitaria “y con el predominio del modelo de atención basado en el segundo nivel” (de Paula, 2010, p. 14).

Por tanto, de Paula (2010) indica que el modelo de atención basado en la curación y la atención de asistencia médica predominó hasta ya entrada la década de 1980, momento en donde empieza a consolidarse el enfoque integral de salud de la declaración de Alma-Ata (1978), la cual estableció los principios de la atención primaria en salud.

Es así que, el cambio de enfoque en Uruguay respondió tanto a las recomendaciones internacionales, como también al protagonismo de los movimientos sociales de las décadas de 1970 y 1980. En un contexto político de alta conflictividad social atravesado por gobiernos dictatoriales y un proceso de restauración democrática, se generó “la necesidad de búsqueda de rutas alternativas de desarrollo social” (de Paula, 2010, p. 14). En el ámbito de la salud esto se tradujo en la urgencia de conceptualizar la atención primaria de salud como respuesta a la evidente crisis de “los modelos de atención basados en el segundo nivel” (de Paula, 2010, p. 14).

Cabe destacar que, en el análisis histórico realizado por Mieres (1997), el sistema de salud atravesó una fuerte crisis económica durante los años de dictadura. En ese período, el presupuesto destinado al sector se redujo un 33% y debido a la crisis económica se incrementó la demanda de los servicios de salud en el sector público debido a la pérdida de usuarios del sistema mutual. El autor subraya que “La calidad de la atención que el Ministerio brindaba entonces se resintió de manera ostensible” (Mieres, 1997, p. 121).

En 1987 se produjo una desconcentración de la administración de los establecimientos públicos de salud, que pasaron a ser gestionados y regulados por el organismo desconcentrado Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). De esta forma la función asistencial se separó de la función normativa, que continuó siendo competencia del MSP. (Aran, Laca, 2013, p. 272)

A partir de la década de 1990, con el triunfo del Frente Amplio como primer partido de izquierda en acceder al gobierno departamental, se consolidó el giro hacia la participación social en general y en salud en particular. En el programa departamental de gobierno el Frente Amplio concebía la participación comunitaria como principio rector

La participación de la comunidad, a todos los niveles es concebida por el Frente Amplio como un principio rector de su programa departamental, y se concretará por medio de organismos y canales aptos para contribuir a la definición de metas comunitarias, al control del acceso a las mismas, y a la garantía de su consolidación (Frente Amplio, 1989).

En este marco se impulsaron procesos de transformación de la administración municipal con énfasis en la descentralización. Según Anzalone (2018) muchas de las políticas sociales impulsadas por la Intendencia durante esos años favorecieron la participación ciudadana en distintas áreas, entre ellas las referentes a la gestión de la atención sanitaria.

Por tanto, desde el programa del Frente Amplio, se entendía que el modelo curativo que predominaba hasta ese momento resultaba excluyente y se planteaba que era necesario transformarlo hacia un modelo de atención basado en el desarrollo del primer nivel, integrado por las policlínicas departamentales, la población organizada y en coordinación con el MSP. En este marco, se establecía que las policlínicas municipales cumplirían un rol fundamental en la estrategia sanitaria, ya que, “A través de los mecanismos de articulación con las organizaciones sociales que funcionen en las zonas, se desplegará la participación popular en los temas de salud.” (Frente Amplio, 1989).

Garcé (2007) en el artículo publicado, La gestión del Frente Amplio en Montevideo como ensayo general para el gobierno nacional, analiza las características de la administración de Tabaré Vázquez en la Intendencia de Montevideo. El autor destaca que no sólo se ocupó de las tareas tradicionales propias de los gobiernos municipales, sino que incorporó una impronta basada en “la creación de mecanismos de descentralización, el fortalecimiento de las políticas sociales y el desarrollo de las relaciones internacionales.” (Garcé, 2007, p. 121).

El autor destaca que uno de los objetivos planteados del partido político fue “la consolidación y profundización de la democracia” (Garcé, 2007 p. 122) luego del período dictatorial. En este sentido, los mecanismos de descentralización fueron una herramienta clave para “democratizar la vida política en Montevideo” (Garcé, 2007, p.122) y promovieron la participación activa de los vecinos en la gestión de asuntos locales.

Es así que, este nuevo enfoque sentó las bases para un modelo de gestión más cercano al territorio, que favoreció la articulación con organizaciones comunitarias y posibilitó el desarrollo de experiencias de participación social en salud, entre las que destacan las redes barriales de salud y la expansión de las policlínicas municipales, en coordinación con el MSP. Estas iniciativas permitieron que la atención primaria se fortaleciera como pilar de la política sanitaria y como respuesta a las desigualdades heredadas del período anterior.

En 1990 se inauguraron los Centro Comunes Zonales (CCZ), concebidos con el objetivo de funcionar como “(...) espacios institucionalizados que acercan la institución a la gente, a la vez que aproximan la sociedad civil con los organismos estatales.” (Municipio B, 2011). En total se crearon 18 CCZ en todo el departamento, que junto con los Consejos Vecinales Locales -“(...) organismos de representación social local electos directamente por la población de cada zona comunal. Entre sus funciones está recoger las preocupaciones de los vecinos y promoverlas ante el gobierno departamental o nacional” (Anzalone, 2018, p. 44)- y el presupuesto participativo conformaron dispositivos claves para gobernar en consulta con la comunidad.

Anzalone (2018) recogió testimonios de representantes de usuarios que participaron de las comisiones de salud de los Consejos Vecinales. Entre ellos, Ricardo Larrañaga señala que, en relación a las acciones desplegadas a comienzo de los años 90’ “El trabajo de las policlínicas municipales generó un bagaje de acción comunitaria” (Larrañaga como citó Anzalone, 2018, p. 43).

Por otra parte, en el año 2010 la intendencia de Montevideo presentó una publicación en la que evaluó la experiencia del presupuesto participativo. En ese sentido, se planteó que este mecanismo:

se posicionó como un asunto de interés para la democracia y el desarrollo local, en tanto herramienta adecuada para contribuir a la reforma democrática del Estado, de la política y de la propia sociedad, al facilitar la participación de ciudadanos y organizaciones en la gestión pública (Intendencia de Montevideo, 2010, p. 53).

En ese sentido, Anzalone menciona que este mecanismo de participación, donde los vecinos pueden presentar propuestas de mejoras en cada zona y luego son elegidas para su realización a través del voto popular, los temas de salud están presentes y son votados en estas convocatorias, tales como construcción de nuevas policlínicas o mejoramiento de las que ya están, es así que el autor menciona que esta referencia “(...) es un indicador de involucramiento comunitario en el tema y de respaldo ciudadano” (Anzalone, 2018, p. 44), así como las comisiones de salud por zona, para el autor son antecedentes relevantes que muestran la preocupación y la iniciativa de propuesta de la comunidad en los temas de salud.

De esta manera, las políticas implementadas por el primer gobierno departamental del Frente Amplio promovieron la participación de los usuarios en salud.

En la década de 1990 el departamento de Montevideo desarrollaba una línea de salud paralela a la que se llevaba a cabo a nivel nacional. En ese sentido, Fuentes (2010) señala que en la Ley de presupuesto aprobada en 1996 se introdujeron cambios de enfoque de gestión del Estado, en el MSP, basado en una perspectiva de administración del Estado desde el enfoque de gerencia y el rol de la institución se debía centrar en formulaciones políticas generales y de control. Según el autor, este cambio evidencia que las decisiones no se basaban en un diagnóstico claro del sistema sanitario, sino en el respaldo que se pudiera obtener de organismos internacionales, dado que la salud no era considerada prioridad en la agenda política (Fuentes, 2010, pp. 130-131).

En este contexto, de Paula (2010) menciona que en 1994 se creó una asociación civil llamada Asociación de Usuarios de los Servicios de Salud, a partir de un fallecimiento por mala praxis de “una persona allegada a su círculo social” (de Paula, 2010, p. 28). Menciona el autor, que el enfoque que tenía la asociación era “(..) de mediación entre los/as usuarios/as y los prestadores de los servicios de salud” (de Paula, 2010, p. 29)

Fuentes (2010) señala que en los años posteriores, las líneas de ejecución del MSP continuaron en la misma línea establecida anteriormente, aunque con mayores recortes de gastos tanto en el sector público como en el privado. A ello se sumó el impacto de la crisis

económica del 2002, que profundizó las dificultades de gestión del Ministerio, “materializado en el cierre de IAMCs, la pérdida de afiliados del sector privado en favor de ASSE y el pronunciado aumento de costos de tiques y órdenes” (Fuentes, 2010, p. 131). Este escenario terminó por evidenciar la necesidad de una reforma sanitaria.

En este marco, el Frente Amplio accedió al gobierno nacional en el año 2005 con una base programática que estipulaba un cambio de rol del Estado. En la discusión de la reforma sanitaria -como se destacó en el inicio de este capítulo- se propuso un modelo que integrara a los trabajadores y usuarios tanto en los niveles de decisión como en el la base territorial (Frente Amplio, 2003, p. 16). El programa expresaba:

La participación de usuarios y trabajadores es uno de los principios fundamentales de la organización y el funcionamiento del SNIS, desde la base hasta la dirección, a nivel local, departamental y central. El ejercicio del derecho a la salud debe concebirse como un instrumento de ciudadanía activa. La participación en este caso es un objetivo en sí mismo, que implica un proceso de desarrollo de una conciencia crítica, y de gestación-adquisición de poder, construyendo un nuevo modelo de organización de las prácticas de salud.

(Frente Amplio, 2003, p. 71)

Cabe destacar que, según Garcé (2007), la experiencia de gobierno del Frente Amplio en la Intendencia de Montevideo fue clave para la gestión pública del gobierno nacional, respecto al aprendizaje de gobernanza y el cumplimiento con el programa partidario (Garce, 2007, p. 132).

Fuentes (2010) señala que, históricamente, los usuarios no habían tenido un rol activo en la participación en los procesos de elaboración de políticas sanitarias, salvo experiencias aisladas de organización y denuncias de mala praxis, situación que se mantuvo hasta el 2004 (p. 125).

Con el ingreso del Frente Amplio en el gobierno nacional, en abril del 2005 se instalan los Consejos Consultivos de Salud por Decreto N° 133/005, fundamentado en que el proyecto de SNIS se requería “diálogo, consulta y el vínculo permanente con la sociedad civil y en especial con las organizaciones sociales y actores específicos del Sector Salud (Pública y Privada), constituyen los instrumentos válidos para llevar a cabo cambios tan trascendentes

(...)” (Salud pública. Decreto 133/005). De esta forma a través de este decreto se integra la participación de los usuarios en órganos de decisión de la política sanitaria.

El enfoque de la política sanitaria que se desarrolló fue sobre el primer nivel de atención y de esta manera se buscó superar las fragmentaciones heredadas del modelo anterior.

Para culminar este análisis de la trayectoria de la participación de los usuarios en el sistema sanitario uruguayo, se entiende necesario destacar que el Frente Amplio materializó la base programática de política sanitaria en la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud en el año 2007 (SNIS), incorporando la participación de los usuarios y trabajadores como eje de su estructura, retomando aprendizajes de las experiencias descentralizadoras implementadas en el gobierno departamental de Montevideo desarrollada en la década de 1990.

Capítulo II: Descripción de la participación usuaria en el Sistema Nacional Integrado de Salud

En el presente apartado se describen las funciones de las tres leyes más importantes para la reforma sanitaria, que tuvo como objetivos el cambio de gestión, financiamiento y el modelo de atención, elaborada en el primer gobierno del Frente Amplio, además de los principales articulados que incluyan la participación social.

- Ley 18.131: Creación del Fondo Nacional de Salud

El 18 de mayo de 2007 se promulgó la Ley 18.131 “Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA)”, que estableció las nuevas normas para el financiamiento del régimen de prestación del sistema sanitario en Uruguay. En el artículo 1, la ley hace referencia a la asistencia médica para beneficiarios de Seguro de Enfermedad del BPS y jubilados del BPS que opten por ella (Ley 18.131, 2007, art.1), este artículo significó la ampliación de la cobertura asistencial, que posteriormente a la creación del SNIS, fue ampliando aún más la cobertura de los servicios de salud para la población.

La norma establece en el artículo 5 que el fondo se integrará con el aporte del BPS en base al monto a abonar a los prestadores de salud como prepago de las personas comprendidas en la ley de seguros sociales por enfermedad (Ley N° 14.407 del año 1975), el aporte de los funcionarios de la “Administración Central, del Tribunal de Cuentas, de la Corte Electoral, del Tribunal de lo Contencioso Administrativo y del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay. C) Las cuidadoras del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay. D) Los contratados a término.” (Ley 18.131, 2007, art. 2) y un aporte a cargo del empleador.

Por otro lado, el artículo 5 establece que los beneficiarios que integren el fondo podrán optar por el prestador de salud que entiendan conveniente. Este punto exceptúa aquellos usuarios que tengan otros convenios de servicio de salud. Por último, la ley establece que el BPS deberá abonar una cuota al prestador de asistencia médica que elija el beneficiario, pero esta cuota está determinada por la edad y sexo de este, se abonarán también pagos por cumplimiento de metas asistenciales.

- Ley 18.161: Creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado

Luego de la promulgación de la ley antes mencionada, el 29 de julio de 2007, se aprobó la Ley 18.161 “Creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) como servicio descentralizado” la cual propone la descentralización de los servicios de salud brindados por el Estado y dispone que su vinculación con el Poder Ejecutivo será a través del MSP.

Por otro lado, establece la creación de un Consejo Asesor Honorario Nacional, así como Departamentales o Locales que garanticen la participación de los/as usuarios/as y trabajadores/as del organismo, en el artículo 11 se menciona la función de estos Consejos que “(...) tendrán actividades de asesoramiento, proposición y evaluación” (Ley 18.161, 2007, art. 11) que se presentarán en el Directorio de ASSE, que se detallarán sus alcances y sus recursos en los párrafos siguientes.

- Ley 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud

Por último, este proceso de reforma sanitaria culminó con la promulgación de la Ley 18.211, “Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud”, la cual establece “(...) 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.” (Ley 18.211, 2007, art. 1). En el artículo 3 se dispone la participación social de los/as usuarios/as y trabajadores/as, como uno de los principios rectores, entre los que se detallan a continuación.

- A) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- B) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
- C) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.
- D) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- E) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.

- F) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
- G) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.
- H) La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.
- I) La participación social de trabajadores y usuarios.
- J) La solidaridad en el financiamiento general.
- K) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
- L) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud. (Ley 18.211, 2007, art. 3)

En este sentido, el artículo 12 establece que para integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud es obligatorio que tanto instituciones públicas como privadas deben de contar con órganos asesores y consultivos que garanticen la representatividad de los trabajadores/as y usuarios/as.

Por reglamentación de la ley por el Decreto 269/008, se establece que los prestadores designarán sus representantes debiendo tener un cargo de jerarquía que lo vincule a la gestión de la institución donde trabaja; los/as representantes de los/as trabajadores/as y usuarios/as serán elegidos por voto secreto de acuerdo a lo establecido en estatutos o reglamentos de cada institución.

Asimismo, reglamenta el funcionamiento de los Consejos Consultivos Honorarios que deberán tener todos los prestadores tanto públicos como privados que integren el SNIS. En sus alcances se detallan:

- a) Apoyar campañas de promoción y prevención de la salud.
- b) Emitir opinión y formular propuestas sobre estrategias, políticas, planes, programas y acciones que hagan a la gestión del prestador;
- c) Expedirse sobre los asuntos que someta a su consideración el prestador;

- d) Evaluar el desarrollo en la Institución de los Programas de Atención Integral a la Salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública;
- e) Velar por la calidad de los Servicios de Salud que brinde el prestador;
- f) Participar en el análisis y evaluación de las reclamaciones de los usuarios del prestador, pudiéndose contactar y coordinar acciones con las Oficinas de Atención al Usuario y otros órganos con funciones similares;
- g) Promover acciones encaminadas a fortalecer el compromiso de usuarios y trabajadores con la gestión del prestador;
- h) Tomar conocimiento de los balances y memoria de la entidad. (Decreto 269/008, 2008, art. 2)

Por otro lado, la Ley 18.211 crea la Junta Nacional de Salud como organismo dependiente del MSP. Dentro de sus cometidos se encuentran administrar el Seguro Nacional de Salud (creado por la presente ley) y fiscalizar que se cumplan los objetivos y principios rectores de dicha ley.

Los miembros de la JUNASA tienen carácter honorario y son designados por el Poder Ejecutivo de la siguiente manera: dos representantes del MSP, un/a representante del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), un/a representante del BPS, un/a representante de los prestadores de salud que integren el SNIS, un/a representante de los/as trabajadores/as, un representante de los/as usuarios/as que integren el SNIS, y un alterno de cada representante.

En síntesis, los organismos que se crearon a los que se integra la representación usuaria son: JUNASA dependiente del MSP (creado por Ley 18.211); Consejos Asesores Honorarios Departamentales/Locales dependiente de prestadores privados (creado por Ley 18.211) y Consejo Asesor Honorario Nacional y Departamental/Local dependiente de ASSE (creado por Ley 18.161).

El presente estudio no se plantea una profundización en las modalidades y formatos que caracterizaron la participación de los y las usuarias en dichos organismos desde la promulgación de las citadas leyes, lo cual podrá ser objeto de futuras investigaciones.

Capítulo III: Tratamiento Parlamentario de la Ley 18.211

En este capítulo, considerando el análisis realizado en el capítulo I y la descripción de la ley realizada en el capítulo II, resulta pertinente resumir el escenario en el que se desarrolló el proceso de discusión de la reforma sanitaria. En este sentido, Fuentes (2010) retoma el estudio de Rodríguez y Toledo (2010) quienes identifican los actores que intervinieron en el proceso de reforma, “usuarios, trabajadores, organizaciones médicas gremiales y prestadores privados de salud” (Rodríguez y Toledo, 2010 como se citó en Fuentes, 2010, p. 125).

El presente capítulo se propone analizar las exposiciones realizadas en el ámbito parlamentario por los distintos actores involucrados en el proceso de reforma sanitaria, previamente seleccionados, específicamente lo mencionado sobre la participación de los usuarios en el nuevo sistema que se estaba diagramando.

En particular, examina los planteamientos del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud, así como las intervenciones de representantes del Poder Ejecutivo y otros actores relevantes que expusieron sus argumentos en consonancia o disonancia de la participación de los usuarios ante las distintas comisiones parlamentarias.

El orden en el que se presentarán las exposiciones será cronológico en cada una de las cámaras, por tanto, la primera participación seleccionada es la exposición de la ministra de Salud Pública María Julia Muñoz y el equipo ministerial quienes concurrieron a instancia de comisión el día 29 de marzo de 2007.

- Exposición del equipo Ministerial del MSP en instancia de Comisión Salud Pública con Hacienda, Cámara de Senadores:

En el marco del proceso parlamentario del tratamiento de la Ley que impulsó la reforma en el SNIS, la ministra de Salud y su equipo ministerial concurrieron el día 29 de marzo de 2007 a la Comisión de Salud Pública integrada con Hacienda de la Cámara de Senadores con el fin de realizar una presentación del proyecto que posteriormente sería discutido.

En su exposición, se señaló que el objetivo fundamental era garantizar el derecho a la protección de la salud de todos los habitantes residentes de Uruguay. Para cumplir con este objetivo se proponía la articulación de los prestadores públicos y privados dentro de un sistema integrado regidos por principios rectores orientados a garantizar la cobertura universal, comprendiendo a los usuarios tanto del sector público como del privado. La ministra subrayó, además, que el proyecto se proponía respetar los derechos de los usuarios y que un elemento

fundamental para el desarrollo de los servicios de salud sería la participación de trabajadores/as y usuarios/as, en el control social de la gestión de las instituciones prestadoras.

Cabe destacar que la ministra señaló que el proyecto se había enmarcado en las competencias otorgadas en la Ley N° 9.200 de 1934, entre las cuales se incluyen la aprobación de políticas y normas, así como la fiscalización, control y otorgamiento de registros entre otras atribuciones.

Asimismo, en su exposición se describieron las nuevas estructuras institucionales que se proponía crear dentro de la cartera. En particular, se planteó la conformación de la JUNASA, como servicio descentralizado, cuyas principales funciones serían la planificación, organización, dirección del sistema, así como garantizar el cumplimiento de los principios rectores y objetivos del SNIS. Además, la JUNASA tendría entre sus cometidos promover la adopción de medidas orientadas a mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la población.

En cuanto a su integración el proyecto proponía que el organismo estuviera conformado por cuatro representantes designados por el Poder Ejecutivo (dos designados por el MSP, uno por el Ministerio de Economía y Finanzas y otro por el BPS), junto con un/a representante de los prestadores, un/a representante de los trabajadores/as y otro de los usuarios/as. Según se fundamentó en la exposición, esta composición buscaba democratizar el sector y garantizar que las decisiones incorporaran los aportes de todos los actores involucrados con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de salud. Asimismo, señala que la cartera ministerial venía trabajando en los consejos consultivos de salud con la participación de trabajadores/as, usuarios/as y prestadores de salud sobre cómo se iban a implementar y qué cambios serían los que integraría el proyecto.

Por su parte, la ministra hizo hincapié en que la estrategia central pensada para el desarrollo del sistema es de Atención Primaria de Salud. En este marco, se proponía el fortalecimiento del primer nivel de atención mediante una importante red territorial conformada por distintas instituciones, coordinadas y articuladas de manera regular y permanente con todos los servicios e instituciones sociales presentes en la zona.

Por último, referido a la participación de los usuarios/as, la ministra agregó que, a través del Consejo Consultivo de Salud, se había estado trabajando en diversos objetivos planteados programáticos, entre ellos el programa de atención materno-infantil, que había obtenido grandes resultados positivos. En este marco, mencionó la elaboración de metas prestacionales de salud materno infantil, proceso en el cual participó el movimiento de usuarios/as activamente, tanto en su construcción como en el control de su cumplimiento.

Posteriormente, en esta misma sesión de la Comisión, el senador Couriel planteó una serie de interrogantes vinculadas a la participación ciudadana en el marco de la reforma. Señaló:

Por último, quisiera referirme a un tema que considero de los más difíciles: el de la participación. En este momento tenemos, por un lado, una reforma del Estado en la que se habla de la participación ciudadana y, por otro, esta reforma de la salud, en la que hay una especie de participación de usuarios. Entonces, ¿cómo se contempla en un caso y en otro una situación de esta naturaleza, con todas las dificultades que sé que existen en esto? ¿Cómo se elige el representante de los usuarios? ¿Quién lo elige y a quién representa? ¿Cómo le informa al resto de los usuarios? A su vez, este representante estará en la Junta Nacional de Salud y en el diseño y elaboración de políticas, pero sólo como consultivo -no puede ser de otra manera-, y a veces parecería que tendrá más posibilidades de realizar una queja individual que de decidir. (Couriel, 29 de marzo de 2007, versión taquigráfica)

Cabe señalar, que estas preguntas no obtuvieron respuesta en la instancia analizada.

En síntesis, a partir del concepto de democracia participativa y popular desarrollados por Rebellato (2000), resulta pertinente precisar en las exposiciones de los representantes del gobierno cómo se planteó la promoción de espacios de participación social y legitimación del proyecto de reforma. Aunque en las exposiciones las autoridades no se ajustan completamente a las definiciones de democracia participativa y popular que plantea el autor, se podría sostener que refieren a una importancia de la inclusión de las perspectivas sociales en la gestión del sistema sanitario. Del mismo modo, se centró en el cambio de enfoque sanitario propuesto, basado en la estrategia APS y el fortalecimiento del primer nivel de atención de salud, acompañado por la fiscalización y control social a través de la participación activa.

- **Exposición del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada en Comisión de Salud con Hacienda, Cámara de Senadores.**

La Comisión de Salud de la Cámara de Senadores convocó a representantes del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada el 19 de abril de 2007. Cabe destacar que la creación del movimiento surge a partir de la Comisión de Consejos de Salud Vecinal de los Centros Comunes Zonales de Montevideo. Según de Paula (2010) “(...) en abril del año 2005 se decide realizar una asamblea con el fin de fortalecer el rol del usuario a través de la creación de un movimiento de usuarios con representación zonal, departamental y nacional.” (p. 27).

El primer expositor expresó que representaba una organización constituida en el año 2005, la cual desarrollaba su labor a nivel comunitario en temáticas vinculadas a la salud. Señaló que el proceso de discusión en torno al nuevo sistema de salud —orientado a introducir transformaciones en los modelos de atención, gestión y enfoque— constituyó una instancia relevante para propiciar la participación de los/as usuarios/as en la formulación de políticas públicas sanitarias. Asimismo, enfatizó que la concepción de salud que sustenta la organización es de carácter integral, abarcando dimensiones como la vivienda, el trabajo y la educación, entre otras, razón por la cual el intercambio de ideas y los espacios de participación no se limita exclusivamente al ámbito del Ministerio de Salud.

Por otro lado, el representante señaló que se hizo uso de las estructuras de trabajo ya existentes en las Comisiones de Salud de los Consejos Vecinales de las 18 zonas descentralizadas de Montevideo, con el propósito de organizar asambleas dirigidas a los usuarios de los servicios de salud pública y privada.

Por su parte, la siguiente representante indicó que, en noviembre de 2006, se realizaron dos asambleas nacionales en la ciudad de Paysandú, las cuales definieron como principio central "ser parte" del proceso. En ese sentido, remarcó que la asamblea resolvió que la participación debía comenzar desde la redacción del proyecto de ley. También mencionó que los usuarios, a partir de su experiencia en el trabajo territorial, habían colaborado con la Intendencia de Montevideo en diversos programas de salud. Sin embargo, señaló que esa etapa había llegado a su fin, dado que los usuarios ya no deseaban desempeñar un rol meramente colaborativo, sino que aspiraban a ser verdaderos actores en la toma de decisiones. Al respecto, expresó: “De ahí viene nuestra gran preocupación de que los usuarios estén representados en ASSE, en la Junta Nacional y en los centros de asistencia” (Rodríguez, 19 de abril de 2007, versión taquigráfica).

La representante destacó que esta demanda surge del reconocimiento del derecho de los usuarios a formar parte del sistema de salud, entendiendo la necesidad de que sus voces sean consideradas en las decisiones que los afectan. Asimismo, informó que la asamblea resolvió

apoyar la reforma del sistema de salud, valorando la importancia de participar activamente desde sus inicios. Mencionó también que el Ministerio de Salud Pública les otorgó un espacio en el Consejo Consultivo, lo que les permitió realizar aportes significativos a la Ley de descentralización de ASSE, incluyendo la modificación de algunos artículos.

En la intervención de la representación usuaria se evidencia la trayectoria consolidada de experiencia en participación social en salud, originada en los procesos de descentralización impulsados por el gobierno departamental de Montevideo y que posteriormente esa participación se replicaría en el resto del país.

En línea con lo planteado por Rebellato (2000), estas políticas públicas orientadas a fomentar la participación popular no sólo podrían aportar al fortalecimiento de la democracia (concebida por el autor en términos de democracia integral) sino que también tenderían a consolidar la visión comunitaria en el diseño y control de las políticas públicas; esta relación constituye un posible insumo para futuras investigaciones.

- Exposición de la Federación Médica del Interior (FEMI) en instancia de Comisión Salud Pública con Hacienda, Cámara de Senadores

El 24 de abril de 2007, comparecieron ante la Comisión los representantes de la FEMI. En su exposición, realizaron un análisis detallado de cada artículo del proyecto.

Al abordar el artículo 11 señalaron que se establecía un órgano de contralor social de la gestión con representación de los trabajadores/as y usuarios/as cuya reglamentación definiría los mecanismos de elección de los representantes. En este sentido, FEMI sostuvo que esta disposición debía regularse con una norma legal de mayor jerarquía, argumentando que los derechos y obligaciones de los propietarios de una sociedad médica y sus responsables de dirección debían especificarse claramente en la ley.

Respecto a este mismo artículo, plantearon que: “la cogestión con funcionarios y usuarios en forma preceptiva lesiona los derechos de estas empresas” (Fernandez, 2007, versión taquigráfica) dado que las sociedades médicas asumen riesgos y cuentan ya con el Estado como fiscalizador, además de sus propios propietarios.

Asimismo, cuestionaron el artículo 24 del proyecto, que determina los mecanismos de designación e integración de los representantes de la Junta Nacional de Salud (trabajadores/as, prestadores y usuarios/as), señalando que no se ajustaba a lo establecido por el artículo 187 de la Constitución de la República, por tanto, consideraban a la norma como inconstitucional.

Por último, sobre el artículo 47 que otorga a los/as usuarios/as participación en el contralor social de la gestión de los servicios de salud, argumentaron que también les parecía inconstitucional, dado que, según su interpretación, el texto confundía el concepto de promover con el de imponer la participación.

Es de destacar que FEMI mantiene una postura contraria a la participación usuaria, brindando el argumento de la autonomía de gestión, tal y como se mostrará más adelante en el presente capítulo, la postura y la argumentación brindadas por FEMI son coincidentes con la tomada por las IAMC.

- **Exposición de la Unión de la Mutualidad del Uruguay (UMU) en instancia de Comisión Salud Pública con Hacienda, Cámara de Senadores**

El mismo día la Comisión recibió a los representantes de la UMU. En ese sentido, los representantes indicaron que participaron del trabajo del Consejo Consultivo en los dos años previos, lo que les permitió introducir cambios y propuestas para el proyecto, como, por ejemplo, que haya un representante de las mutualidades en la JUNASA.

En la intervención se realizó una breve descripción del funcionamiento mutual haciendo una distinción de las cooperativas médicas y especificando que las organizaciones mutuales son de propiedad de los/as afiliados/as es decir de los/as usuarios/as, por tanto, son dirigidas por ellos/as, destacando la experiencia en la gobernanza y asistencia colectiva. De todas maneras, no se realizó una apreciación sobre la participación usuaria en el SNIS.

Cabe señalar que, el mutualismo no presentó reparos ante la participación usuaria, dado que -como se expuso en el capítulo I al analizar a las trayectorias de los/as usuarios/as en el sistema de salud uruguayo- estas instituciones tienen vasta experiencia en gestión de los/as usuarios/as en servicios de salud, a diferencia de la FEMI.

- **Exposición de Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) en instancia de Comisión Salud Pública con Hacienda, Cámara de Senadores**

El día 26 de abril de 2007 concurrieron a la Comisión en Cámara de Senadores los representantes de IAMC para exponer su parecer respecto al proyecto de Ley. En su intervención manifestaron coincidir con el diagnóstico de crisis estructural del sistema de salud realizado por el Poder Ejecutivo, así como con algunos de los lineamientos planteados, entre

ellos la necesidad de fortalecer la atención primaria, la mejora de la gestión y asegurar el financiamiento.

Sin embargo, señalaron discrepancias en ciertos aspectos del proyecto, particularmente la excesiva injerencia que se le otorgaba a la JUNASA, dado que entendían que se les asignaba responsabilidades, pero sin garantizar la participación a las instituciones en su funcionamiento, lo que interpretaban como un intervencionismo. En ese sentido, argumentaron que no se necesitaba una nueva ley para cambiar el modelo de atención.

Respecto a la participación de los/as usuarios/as y los/as trabajadores/as, expresaron su apoyo, dado que el contralor social contribuía a fortalecer “la transparencia, a la mejor gestión y a reflejar, en lo que termine siendo el sistema, las reales necesidades de quienes con él se relacionan y vinculan” (Kamaid, 2007, versión taquigráfica). No obstante, cuestionaron el carácter con el que se planteó la participación desde la coacción y considerándola inconstitucional por vulnerar el derecho de la libre asociación de trabajadores/as y usuarios/as. En este marco, señalaron que compartían la representación en la JUNASA, pero no en las sociedades médicas privadas, por tanto, solicitaron la eliminación total del artículo 11 del proyecto de ley.

Por último, se destaca la postura crítica de las IAMC, que, si bien manifestaron estar a favor de promover la participación usuaria, consideraron que el proyecto imponía un modelo de cogestión, que no compartían. En ese sentido, sus planteos coincidieron con los argumentos expuestos por FEMI, principalmente en la tensión participación y gestión privada de los servicios.

- Exposición de Representantes de Comisión de Investigación Científica, Facultad de Medicina en instancia de Comisión Salud Pública con Hacienda, Cámara de Senadores

El 10 de mayo de 2007 compareció ante la Comisión un grupo de representantes de la Comisión de Investigación Científica de la Facultad de Medicina. En su exposición manifestaron el apoyo al proyecto de ley y coincidieron en la necesidad de la reforma sanitaria haciendo especial énfasis en el fortalecimiento de los servicios públicos. Asimismo, destacaron su acuerdo con el cambio de modelo de atención propuesto, centrado en la atención primaria de salud y en el desarrollo del primer nivel.

En esta línea, señalaron que la Facultad venía trabajando en la formación de profesionales orientados a dicho nivel, con especial atención en la medicina familiar y

comunitaria, así como en medicina general. Plantearon que la formación debía permitir a los estudiantes y egresados desenvolverse en el primer nivel considerando aspectos propios de este ámbito, como el manejo de la participación comunitaria y la comprensión de aspectos antropológicos, entre otros aspectos.

En relación al artículo 11 del proyecto, que hacía referencia a la participación social en el sistema, indicaron que el Hospital de Clínicas ya contaba con la representación de los/as trabajadores/as, aunque no de los/as usuarios/as. No obstante, consideraron que la incorporación de esta representación no presentaba mayores dificultades y aseguraron que la Facultad estaba en condiciones de poder cumplir con las disposiciones previstas en el proyecto.

En síntesis, las exposiciones de los representantes de la Comisión de Investigación Científica de la Facultad de Medicina mostraron su concordancia con la reforma y con la participación de los/as usuarios/as en las instituciones.

- Exposiciones de actores involucrados en la ley en Comisión de Salud Pública y Asistencia Social integrada con Hacienda en Cámara de Representantes:

Luego de las citaciones y exposiciones de los distintos actores en la Comisión de Salud Pública con Hacienda en Cámara de Senadores, se procedió a la votación de la ley, tanto en general como en su articulado. Culminada esta instancia, el 17 de octubre de 2007 el proyecto de ley fue remitido a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social integrada con Hacienda de la Cámara de Representantes, para su tratamiento.

En esta sección se sintetizan las opiniones sobre la participación usuaria en el SNIS, expresada por los distintos actores institucionales convocados durante esta etapa parlamentaria. Cabe señalar que algunas de las citaciones realizadas en la Comisión de la Cámara de Representantes correspondieron a delegaciones que ya habían participado en las instancias previas del Senado, por tanto, se tomarán los aportes que no se hayan planteado con anterioridad.

- Exposición del equipo Ministerial del MSP en instancia de Comisión de Salud Pública y Asistencia Social integrada con Hacienda en la Cámara de Representantes

El día 23 de octubre de 2007 compareció ante la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social integrada con Hacienda en la Cámara de Representantes la Comisión el equipo ministerial del MSP con el fin de presentar el proyecto de ley.

En su intervención la ministra explicó que todas las versiones del proyecto de ley habían sido previamente comunicadas al Consejo Consultivo para el Cambio en Salud. Señaló que la propuesta pretendía que la norma sea de carácter centralista, pero descentralizar la ejecución y aplicación de la política sanitaria. Este enfoque pretendía avanzar en una gestión democrática, “(...) estimulando la participación social y el derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación” (Muñoz, 23 de octubre de 2007, versión taquigráfica).

Asimismo, la Ministra detalló sobre el desarrollo de los tres ejes de transformación para lograr los objetivos planteados, tal como, cambiar el modelo de atención entendiendo que debe tener un enfoque hacia la prevención y promoción; cambios en el modelo de gestión promoviendo la coordinación y complementación de los servicios públicos con los servicios privados; y por último apuntar a la transparencia en la gestión garantizando la calidad de atención hacia los/as usuarios/as, por tanto se planteó la conducción de las instituciones con participación activa de usuarios/as y trabajadores/as.

La ministra expresó la voluntad que el Ministerio vuelva a tener un rol fiscalizador y de contralor y por eso se llevó a cabo la ampliación de la plantilla de inspectores, por tanto, la propuesta de ley preveía el trabajo conjunto entre la JUNASA y el Ministerio.

En tanto sobre la participación activa e informada de los usuarios/as organizados/as y los trabajadores/as en el control social de la gestión del sistema y de los servicios, expresó que es un pilar fundamental, asimismo, mencionó que las instituciones debían “(...) tener cristalinidad en sus procedimientos, gastos y en su plan de actividades.” (Muñoz, 23 de octubre de 2007, versión taquigráfica), es así que mencionó que para garantizar esto, la mejor manera era la integración de los/as usuarios/as en el proceso de control en cooperativas médicas, mutualistas, o servicios de salud del Estado, además de la integración de los trabajadores.

En esta dirección la ministra recordó que en los años anteriores habían cerrado prestadores de salud privada debido a malas gestiones, en ese sentido se explicitó cuáles eran los objetivos y las funciones de la JUNASA:

En realidad, la Junta Nacional de Salud se crea como un organismo desconcentrado con el cometido de administrar el seguro, garantizar el cumplimiento de los principios rectores y objetivos del sistema y promover, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, la adopción de las medidas

que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población. Tendrá un Directorio integrado por siete miembros, cuatro de los cuales serán designados por el Poder Ejecutivo, dos a propuesta del Ministerio de Salud Pública -uno de los cuales lo presidirá-, uno a propuesta del Ministerio de Economía y Finanzas y otro por parte del Banco de Previsión Social, un representante de los prestadores de servicios de salud que integran el sistema, un representante de los trabajadores y un representante de los usuarios. (Muñoz, 23 de octubre de 2007, versión taquigráfica)

- **Exposición de representantes de la Federación Uruguaya de Salud (FUS) en instancia de Comisión de Salud Pública y Asistencia Social integrada con Hacienda en la Cámara de Representantes**

El 29 de octubre de 2007 concurre a la Comisión en Cámara de Representantes los representantes de la FUS, manifestando que participaron activamente en el proceso consultivo convocado por el Poder Ejecutivo, participando en la discusión, análisis y definición del proyecto de ley en sus distintas instancias.

En su exposición destacaron que entendían que el proyecto constituía una síntesis de un largo proceso de intercambio entre múltiples actores sociales, con intereses y visiones diversas del rumbo que debía llevar el proceso de reforma sanitaria. En este marco, subrayaron el trabajo conjunto desarrollado entre la FUS, el SMU y MUSPP, orientado a consensuar los lineamientos de la participación social en el SNIS, partiendo de la premisa de que la salud es un derecho humano esencial y que exige un abordaje colectivo y responsable.

- **Exposición de representantes del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada (MNUSPP) en instancia de Comisión de Salud Pública y Asistencia Social integrada con Hacienda en la Cámara de Representantes.**

El 29 de octubre de 2007, la Comisión de Hacienda —integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes— citó a los representantes del Movimiento

Nacional de Usuarios que por segunda vez concurrieron a instancias parlamentarias representantes del Movimiento.

En su intervención uno de los representantes explicó que el movimiento surge a partir del trabajo en los barrios como un movimiento horizontal desde abril del 2005. Es a partir de ese año que se dio la discusión de diagnóstico de la situación del sistema sanitario en distintas comisiones. Indica que en un primer momento se trabajó en talleres la situación general de todas las zonas de Montevideo, y luego se reflexionó sobre la situación realizando un documento de carácter propositivo presentado en el primer Foro Nacional de Salud, realizado en el año 2005.

El representante en su intervención menciona: “A partir de allí los usuarios entendimos que era muy importante tener una participación activa en el conjunto de políticas que hacen a la salud” (Puyares, 29 de octubre de 2007, versión taquigráfica) postura ratificada, según indica, en el Foro realizado en Paysandú y manifestó que tuvieron la posibilidad de integrar el Consejo Consultivo.

El usuario explicó que el Movimiento considera la salud como un principio fundamental. En el argumento presentado por el representante del Movimiento, se reiteró el discurso expresado por los representantes que asistieron a la Comisión de Salud del Senado anteriormente, en el cual se destaca su visión respecto a la salud como integral. No se limita únicamente a la ausencia de enfermedades, sino que abarca aspectos como un trabajo digno, una alimentación adecuada y actividades recreativas. Asimismo, en el contexto en el que se convocó a la comisión de la Cámara, se consideró imprescindible la participación de los/as usuarios/as en todos los organismos que toman decisiones políticas relacionadas con la salud en el país.

Es pertinente destacar que, durante su intervención, el usuario manifestó su apoyo a la ley que, en ese momento, contaba ya con media sanción por parte de la Cámara de Senadores, al considerarla el punto de partida para un nuevo proceso y un enfoque renovado respecto del rol de los/as usuarios/as en los diversos ámbitos de participación, tanto a nivel departamental como nacional. En esa línea, señaló que la iniciativa procuraba superar la tradicional dicotomía médico-paciente —donde el paciente es concebido como objeto—, proponiendo en su lugar una relación de carácter sujeto-sujeto, lo cual constituye el fundamento filosófico del movimiento.

En su intervención la representante menciona que el movimiento había estudiado el proyecto de ley y se realizaron aportes que fueron tenidos en cuenta. En su fundamento de la participación de los/as usuarios/as en los ámbitos de toma de decisiones expuso que la

importancia se basa en tener otro rol dentro del sistema de salud, “no ser rehenes de las corporaciones ni tampoco fiscalizador o controladores de lo que hacen, sino participar directamente en la toma de decisiones” (Artigas, 29 de octubre de 2007, versión taquigráfica).

Finalmente, indicó que las posiciones adoptadas por el movimiento se basaban en la recopilación sistemática de las diversas perspectivas aportadas por los colectivos que venían participando activamente en las comisiones participativas de hospitales y policlínicas a nivel nacional. Asimismo, destacó que la integración y articulación de estas miradas se concretó en los encuentros desarrollados, tanto en el ámbito local como nacional, durante los años previos.

- Exposición del presidente del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) en instancia de Comisión de Salud Pública y Asistencia Social integrada con Hacienda en la Cámara de Representantes.

El 31 de octubre de 2007 comparecieron ante la Comisión en la Cámara de Representantes los representantes por el SMU, quienes coincidieron con otros actores en la necesidad de reforma del sistema sanitario, al que describieron como “Fragmentado, asistencialista y con superposiciones que lo hacen ineficiente, este sistema (...) implica para buena parte de los uruguayos serios problemas de equidad y acceso” (Toledo, 31 de octubre de 2017, versión taquigráfica). Desde esta caracterización el SMU se posicionó de forma propositiva y complementaria hacia la reforma.

Referente a la participación social de trabajadores/as, prestadores, y usuarios/as en la JUNASA el sindicato expresó dos preocupaciones principales: la distribución del poder en la Junta dado que, señalaron que la representación de trabajadores/as prestadores y usuarios/as queda en minoría frente al predominio del Poder Ejecutivo, que además podía sesionar sin ellos al contar con el quorum requerido; con respecto a los mecanismos de designación y el funcionamiento, cuestionaron la falta de claridad en los procesos de selección de los representante sociales, advirtiendo que la fragmentación interna de cada sector podría generar exclusiones y, en consecuencia reforzar el control del Ejecutivo en la integración inicial de la Junta hasta su reglamentación definitiva.

El SMU enfatizó particularmente en la representación médica específicamente dentro de la JUNASA, alegando que se trataba de un órgano técnico cuyas funciones requerían un conocimiento especializado. Asimismo, cuestionaron las amplias facultades otorgadas al presidente de la Junta dado que según el proyecto podía adoptar medidas urgentes, sin definir en qué consistían. Por último, señalaron la naturaleza honoraria de los miembros, dado que sus

cometidos demandaban dedicación a tiempo completo y considerar determinadas incompatibilidades, proponiendo que deberían desempeñar la tarea con una retribución acorde.

Cabe destacar que, si bien la exposición del SMU abordó la preocupación que con aspectos vinculados a la representación de los trabajadores médicos en los procesos de toma de decisión que se planteaba la ley, no se centraron específicamente en el rol y las implicancias de la participación de los/as usuarios/as en el sistema.

- Exposición de la Asociación de Usuarios de Servicios de Salud (AdUSS) en instancia de Comisión de Salud Pública y Asistencia Social integrada con Hacienda en la Cámara de Representantes.

El mismo 31 de octubre, tras la comparecencia del SMU, se presentaron ante la Comisión representantes de AdUSS. En su exposición, realizaron una breve reseña de su trayectoria institucional, ya mencionada en el capítulo I: se trata de una organización surgida en 1994 a partir de un caso de mala praxis, con el perfil centrado en la asistencia directa al usuario/a.

Las representantes de AdUSS manifestaron que no habían sido convocadas al Consejo Consultivo para los Cambios en Salud, lo que les impidió realizar propuestas y acceder a información relevante sobre las resoluciones adoptadas en esa instancia, tal como expresó la representante: “No hemos sido consultados, ni pudimos hacer aportes; el ámbito adecuado para ello debería haber sido el Consejo Consultivo.” (Barreda, 31 de octubre de 2007, versión taquigráfica).

Aun así, señalaron que conocían el articulado del proyecto y que mantenían varias discrepancias referentes a la propuesta. En particular, sostuvieron que, si bien compartían el diagnóstico sobre la necesidad de una reforma en el sistema sanitario, el proyecto le otorgaba al Poder Ejecutivo facultades excesivas en comparación con la de los/as usuarios/as, quienes quedarían en una posición desventajosa y sin herramientas efectivas de defensa.

En su intervención, la representante destacó la reconocida trayectoria de AdUSS y el respaldo institucional, recordando que desde 1995 contaban con un establecimiento otorgado por el MSP año que el ministro de ese entonces le otorgó el respaldo de la cartera para el manejo en las distintas instituciones médicas; y en 1996 el Hospital de Clínicas le ofreció que integraran el comité de ética que se conformó ese año.

Esta experiencia reforzaba a su entender la incomprensión de la falta de convocatoria a los espacios de participación creados en el marco de la reforma, dada la larga trayectoria de la

Asociación y la experiencia en las necesidades de los/as usuarios/as en las instituciones médicas.

En ese sentido señalaron que inicialmente el MSP había considerado su inclusión, pero que posteriormente se optó por convocar a la participación de representantes que provenían de los Centros Comunales.

Durante la sesión, un diputado de la oposición consultó si ADUSS había tenido contacto con el MNUSPP, a lo que las representantes respondieron que no habían sido contactadas. Este intercambio derivó en una discusión más amplia sobre los mecanismos de designación de los/as representantes de los/as usuarios/as en la JUNASA y los distintos organismos en donde se integrarían. En ese sentido, el diputado mencionó el riesgo que se corría de que la representación tenga una orientación de afinidad político-partidaria. Por último, la representante de ADUSS señaló:

Cuando se dice "defensa de los usuarios", a esta altura no lo sentimos así.

Nosotros trabajamos por la calidad y por la defensa de todos los ciudadanos, inclusive, por la de los médicos. (...) Nuestra gran preocupación es que no hay confianza en el sistema, y me parece que va a haber mucho menos. (Barreda, 31 de octubre de 2007, versión taquigráfica)

Caben señalar algunos elementos de análisis, por un lado, el perfil y enfoque de la asociación al centrarse en mala praxis y en la defensa individual del/la usuario/a, por tanto no plantean -por lo menos en la exposición, ni en la bibliografía recuperada (de Paula)- discusiones sobre la estrategia APS en el cual se enmarca el proyecto ni en el modelo participativo propuesto por la reforma; por otro lado, el planteo de la asociación es en contra del proyecto en general, si bien no se especifica en la participación social, se entiende desde lo mencionado que este punto no cuenta con el apoyo de la asociación, dado que en varios pasajes mencionan la posición desventajosa en la que quedaría el/la usuario/a ante la aprobación de la reforma.

Por último, cabe mencionar el argumento brindado por la oposición sobre la confusa manera de designación de la representación de los/as usuarios/as en los distintos ámbitos en el que se integrarían, incluso en esta instancia se nombró el manejo político que podía llegar a tener esta designación.

El presente capítulo realiza un mapeo de las diferentes posturas de los distintos actores frente a la participación de los usuarios en la reforma sanitaria. Es así que se pueden sintetizar las siguientes premisas: en primer lugar el interés de las autoridades del Poder Ejecutivo para la representación de los/as usuarios/as; en segundo lugar el Consejo Consultivo para los Cambios fue un espacio legitimador de la propuesta, en ese sentido se destaca que quienes participaron en el Consejo Consultivo para los Cambios estaban de acuerdo con la participación en contraposición de quienes no lo hicieron y que plantearon su resistencia y por último en varias intervenciones se planteó la inquietud del mecanismo de designación de los/as representantes de los/as usuarios/as en la JUNASA.

Consideraciones Finales:

El objetivo general del trabajo fue indagar en el proceso que permitió la integración de la participación de los/as usuarios/as en órganos de dirección en el SNIS en Uruguay, ratificada en las leyes promulgadas en el período comprendido entre marzo de 2005 y diciembre de 2007.

Para alcanzar este objetivo se definieron varios objetivos específicos, entre ellos: analizar los discursos de los actores involucrados en las discusiones parlamentarias sobre la participación de representantes de los/as usuarios/as en la creación del SNIS y la aprobación de la Ley 18.211.

En este marco, se realizará un resumen de los principales acuerdos y desacuerdos encontrados en los discursos de los actores sociales seleccionados, cuyas intervenciones figuran en las actas parlamentarias en instancias de Comisión.

Cabe destacar que, la mayoría de los actores coincidieron en la necesidad de una reforma sanitaria y expresaron reparos significativos frente a la participación usuaria. Las posturas contrarias a la participación usuaria y/o contrarias a la ley, provinieron de FEMI, IAMC y AdUSS. Si bien se intentó identificar argumentos de la oposición de gobierno, no se hallaron intervenciones que destacarán su postura, salvo la de un representante nacional que, durante la comparecencia de AdUSS ante la Comisión de Cámara de Representantes, advirtió sobre el posible uso partidario de la integración de los/as usuarios/as en órganos de dirección.

En cuanto a los prestadores privados, estos interpretaron que el proyecto implicaba un esquema de co-gestión y advirtieron que ello podría derivar en una pérdida de autonomía institucional. Por su parte, AdUSS sostuvo su oposición a la ley, señalando que la representación usuaria sería desproporcionada en comparación con la del Poder Ejecutivo, lo que, a su entender, dejaría en situación de desprotección a los/as usuarios/as. Además, cuestionó que la asociación no fuera convocada a integrar el Consejo Consultivo para los Cambios.

Otro aspecto señalado en diferentes instancias fue la falta de claridad de la ley respecto al mecanismo de designación de los/as representantes de los/as usuarios/as. Mientras que para los prestadores privados la reglamentación de ley prevé voto secreto de los/as afiliados/as, en los organismos estatales no se definió un procedimiento específico.

Por el contrario, los actores que apoyaban la participación -en general, integrantes del proceso de Consejo Consultivo para los Cambios- destacaron que pudieron presentar propuestas en dichas instancias y que varias de ellas fueron incorporadas en la redacción del proyecto de ley. La incidencia de la participación social en este proceso reflejaría un modelo

de democracia que propicia espacios de involucramiento de la sociedad organizada, alineado con la concepción de democracia integral definida por Rebellato, que promueve el poder popular y genera momentos instituyentes en la dialéctica de las instituciones.

Respecto al objetivo específico referido sobre el análisis de las principales etapas en el sistema de salud uruguayo desde sus orígenes, se observa que el Poder Ejecutivo tuvo en cuenta el recorrido histórico de la participación usuaria y el enfoque de salud para llevar adelante la reforma. La trayectoria de la participación usuaria en salud en Uruguay es amplia y diversa: desde los inicios del mutualismo en el país, los/as usuarios/as han influido en la gestación del sistema. Sin embargo, la concepción de salud en el país se ha transformado con el tiempo, impactando en la gestión de las políticas sanitarias y en la demanda social referente a la materia.

El enfoque de salud también tiene injerencia en la promoción de la participación en salud. A partir de la estrategia de APS definida en Alma Ata y recomendada por organismos internacionales, Uruguay adoptó una visión integral de la salud, reconociendo sus múltiples determinantes y reforzando la motivación para fomentar la participación ciudadana. A ello se le sumó la coyuntura histórica, marcada por fuertes movilizaciones sociales que impulsaron la participación en salud como una demanda colectiva.

Por último, cabe señalar el componente institucional, ya que, tanto en el gobierno departamental del Frente Amplio en Montevideo como en el gobierno nacional, se promovieron activamente espacios de participación social, generando condiciones favorables para el diálogo entre organizaciones sociales e instituciones. Se podría afirmar que el SNIS reconoció y capitalizó este trayecto histórico de articulación, integrando la participación usuaria como continuidad de los espacios forjados conjuntamente por organizaciones sociales e instituciones. Estos ámbitos a su vez, incentivaron a que la ciudadanía se organizara desde sus propias demandas.

En síntesis, la participación usuaria en el SNIS puede entenderse como el resultado de acuerdos entre instituciones y sociedad civil, donde la apertura de la primera es influenciada por la demanda de la segunda, legitimando la creación de los espacios previstos en la ley.

Desde este análisis emergen tres pilares del cambio, por un lado, el enfoque sanitario que define la perspectiva del sistema, en segundo lugar, la demanda social de espacios de participación como agente de transformación y, en tercer lugar, la predisposición institucional para habilitar dicha participación.

Aunque en el presente trabajo no se pretendía analizar la trayectoria de la participación de los y las usuarias en el SNIS en el período posterior a la sanción de las leyes de su creación, este sería un objeto de estudio pertinente a formular para futuros estudios a realizar. También

se podría profundizar en temas como: la continuidad histórica de la participación de usuarios en las mutualistas; el papel de las policlínicas municipales en la participación social en salud; la relación de asimetría de poder en los órganos de decisión; y el desarrollo del primer nivel de atención en Uruguay, entre otros aspectos relevantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Aran, Daniel y Laca, Hernan (2011). Sistema de salud de Uruguay. Salud Publica Mex, vol. 53, suplemento 2, 265-274. Recuperado de:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800021&script=sci_abstract
- Anzalone, Pablo. (2018.). Participación social dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Recuperado de:
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/20443>
- Barreda Eloísa y Cmabeiro Raquel (2007) ADUSS, Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 31 de octubre de 2007. Comisión de Hacienda, integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social, Cámara de Representantes. Recuperado de:
<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/documentos/versiones-taquigraficas/representantes/46/1321/0/CAR>
- Bermúdez Jorge y Millán Carmen (2007) FUS. Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 29 de octubre de 2007. Comisión de Hacienda, integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social, Cámara de Representantes. Recuperado de:
<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/documentos/versiones-taquigraficas/representantes/46/1319/0/CAR>
- Cassinelli, Horacio (2009). Capítulo XI, El Poder Legislativo. Derecho Público. PP 189-209. FCU. Montevideo
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. (1978). Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf>
- Durán Antonio y Kamaid Antonio (2007) IAMC. Versión taquigráfica de la sesión del 26 de abril de 2007. Comisión de Salud Pública y Hacienda, Cámara de Senadores. Recuperado de:
<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/documentos/versiones-taquigraficas/senadores/46/1611/0/CAR>
- Fernández Yamandú (2007) FEMI. Comisión de Salud Pública y Hacienda. Versión taquigráfica de la sesión del 26 de abril de 2007. Comisión de Salud Pública y Hacienda Cámara de Senadores. Recuperado de:

<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/documentos/versiones-taquigraficas/senadores/46/1611/0/CAR>

- Frente Amplio, (20 y 21 de diciembre de 2003), Grandes lineamientos programáticos para el gobierno 2005 - 2009, porque entre todos otro Uruguay es posible. Montevideo, Frente Amplio. Recuperado de:
https://www.frenteamplio.uy/wp-content/uploads/grandes_lineamientos_programaticos_para_el_gobierno_2005-2.pdf
- Frente Amplio (18 de mayo de 1989). Programa departamental 1990-1995. Montevideo, Frente Amplio. Recuperado de:
<https://www.frenteamplio.uy/wp-content/uploads/documento-6-bases-programaticas-para-el-gobierno-departamental.pdf>
- Fuentes, Guillermo (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 - Vol. 19 N°1. PP.119-141. Recuperado de:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-499X2010000100005&script=sci_abstract
- Garcé, Adolfo (2007) El trampolín de Tabaré, La gestión del Frente Amplio en Montevideo como ensayo general para el gobierno nacional. Revista Nueva Sociedad- Vol. 212. PP. 122-133. Recuperado de:
<http://nuso.org/articulo/la-gestion-del-frente-amplio-en-montevideo-como-ensayo-general-para-el-gobierno-nacional/>
- Intendencia de Montevideo (2010), Montevideo como te quiero, *La vía montevideana de presupuesto participativo*, Unidad de Planificación y Participación Descentralizada /Departamento de Descentralización.
<https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/pplibroweb00.pdf>
- Kaminsky, Gregorio (1994), Dispositivos Institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales. Ed. Lugar Editorial, Buenos Aires. Argentina
- Kruse, Herman (1994). Los orígenes del mutualismo uruguayo. Ed. EPPAL, Montevideo- Uruguay.
- Lourau, René (1988). El análisis institucional. Capítulo 3 El concepto de la institución en sociología. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.
- Mieres, Gustavo (1997). El sector salud, 75 años del mismo diagnóstico. SMU. Montevideo- Uruguay

- Muñoz, Maria Julia (2007). Versión taquigráfica de la sesión del día 29 de marzo de 2007. Sistema Nacional Integrado de Salud, Comisión de Salud, Cámara de Senadores y 23 de octubre de 2007, Comisión de Salud y Asistencia Pública, Cámara de Representantes. Recuperados de:
<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/documentos/versiones-taquigraficas/senadores/46/1549/0/CAR>

<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/documentos/versiones-taquigraficas/representantes/46/1310/0/CAR>
- Pilon Julio y Martínez Julio (2007) Unión de Mutualidad Uruguay, Versión taquigráfica de la sesión del día 26 de abril de 2007, Comisión de Salud, Cámara de Senadores. Recuperado de:
<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/documentos/versiones-taquigraficas/senadores/46/1611/0/CAR>
- Pineda, Francy (2014) La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva. Superintendencia Nacional de Salud Número 6. PP 10-20. recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/332029832_La-participacion-en-salud-factores-que-favorecen
- Puyares Nelson y Circe Artigas (2007) Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada. Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 29 de octubre de 2007. Comisión de Hacienda, integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social. Recuperado de: <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/documentos/versiones-taquigraficas/representantes/46/1319/0/CAR>
- Rebellato, José Luis (2000). Ética de la liberación. Ed. Nordan-Comunidad. Montevideo, Uruguay.
- Rodríguez, Lilián y Bentancor Jorge (2007). Movimiento Nacional de Usuarios de Servicios de Salud. Versión taquigráfica del día 19 de abril de 2007. Sistema Nacional Integrado de Salud, Cámara de Senadores. Recuperado de:
<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/documentos/versiones-taquigraficas/senadores/46/1598/0/CAR>
- Toledo Alfredo (2007) SMU, Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 31 de octubre de 2007. Comisión de Hacienda integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social, Cámara de Representantes. Recuperado de:
<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/documentos/versiones-taquigraficas/representantes/46/1321/0/CAR>

- Schelotto Felipe (2007) Facultad de Medicina. Versión taquigráfica de la sesión del día 10 de mayo de 2007 de Comisión Salud Cámara de Senadores. Recuperado de <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/documentos/versiones-taquigraficas/senadores/46/1644/0/CAR>
- Vignolo Julio, Vacarezza Mariela , Álvarez Cecilia, Sosa Alicia (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna 2011; XXXIII. PP 11-14. Recuperado de: <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosdemedicinainterna/2011/vol33/no1/3.pdf>

REFERENCIAS WEB:

- Municipio b (30.06.2011), *Historia de la descentralización*. Recuperado de: <https://municipiob.montevideo.gub.uy/node/322>