



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Sociología

Monografía Licenciatura en Sociología

En busca de la receta perfecta:

Un estudio de caso sobre la participación de la Federación Médica del Interior en la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay (2005-2010)

Nicolás Roballo Méndez

Tutoría: Eduardo Bottinelli y Marcia Barbero

2025

A mi familia, por sostenerme en el camino.

A Germán, por la compañía y el cariño.

A Pierina, por el cuidado y la escucha.

A mis amigos, por la alegría y cercanía.

A mis tutores, por la orientación y paciencia.

A las personas entrevistadas, por la disposición.

A la Universidad de la República, por la formación.

A todos, a todas: muchas gracias por hacer esto posible.

Resumen

La última reforma de la salud en Uruguay fue iniciada en el año 2005, durante el primer ciclo progresista del país. Inserta en discusiones internacionales en torno a los modelos de salud, la reforma uruguaya es reconocida en la literatura por haber sido un proceso abierto a la participación social. En ese sentido, las agrupaciones médicas en general, y la Federación Médica del Interior (FEMI) en particular, participaron activamente en las discusiones, siendo sus aportes considerados fundamentales por diferentes autores. Entonces, a partir de un enfoque cualitativo, y desde la sociología política, el presente trabajo buscó comprender el rol de la FEMI durante el proceso de reforma del sistema de salud en Uruguay entre los años 2005 y 2010, a partir de la reconstrucción interpretativa que su dirigencia realizó sobre la reforma y su actuación en ella. Para guiar el análisis, se articularon tres corrientes teóricas: la teoría de los campos y capitales (Bourdieu, 1981), identificando posiciones y estrategias; el enfoque ideacional (Campbell, 2004), reconociendo tipos de tipos de ideas y actores; y los mundos sociales de pertenencia (Vommaro, 2017), observando relaciones entre estos mundos y los sentidos del discurso y la acción. Como hallazgo se reconoció una intensa participación de la FEMI en la primera etapa (hasta 2008) de diseño de la macropolítica, seguida de una etapa con mayor conflictividad que dificultó su incidencia en la toma de decisiones. Además, la FEMI desplegó estrategias de legitimación técnica, difusión institucional y amplificación discursiva, transformando y movilizandodiversos tipos de capital dentro del campo político, con el fin de legitimar su posición. Finalmente, entre los mundos sociales que proveyeron sentido a sus discursos y accionar, se identificaron tres fundamentales: la territorialidad del interior; el cooperativismo médico; y las experiencias democráticas (y su contracara de la última dictadura cívico-militar del país). Este trabajo logró arrojar luz sobre un actor poco explorado, sobre su participación en el diseño de política pública, y sobre la democratización del cambio institucional. También contribuyó con una síntesis de la idea del rol de los actores en los procesos sociales, una herramienta analítica con posibilidad de ser retomada en el estudio de otros casos con ciertas características similares.

Palabras clave: *Sistema Nacional Integrado de Salud - Federación Médica del Interior - Campo político - Cambio institucional - Reforma de la salud - Participación social - Sociología política*

Índice

Glosario.....	9
1. Introducción.....	11
2. El problema de investigación.....	12
2.1. Presentación del caso.....	12
2.2. Preguntas de investigación.....	13
2.3. Objetivos de investigación.....	13
2.3.1. <i>Objetivo general</i>	13
2.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	13
2.4. Fundamentación social y sociológica.....	14
3. Contextualización y antecedentes.....	15
3.1. La salud en Uruguay, desde el principio.....	15
3.2. Glocal, entre lo global y lo local.....	16
3.3. Ex ante, el sistema sin reforma.....	18
3.4. El giro a la izquierda, a la uruguaya.....	19
3.5. Ex post, el sistema con reforma.....	20
3.6. Los colectivos médicos como actores.....	21
4. Marco teórico.....	23
4.1. El campo político.....	24
4.2. Las ideas dentro del campo político.....	26
4.3. Los sentidos de la acción.....	28
4.4. El rol de la Federación en la reforma.....	29
5. Estrategia de investigación.....	30
5.1. Diseño de investigación.....	30
5.2. Universo, población de estudio, unidad de análisis y de registro.....	31
5.3. Técnicas de relevamiento.....	32
5.4. Estrategia de análisis.....	32
5.5. Operacionalización.....	33
5.6. Muestra y selección de los casos.....	33
5.7. Informe de campo.....	35
5.8. Saturación teórica.....	35
6. Análisis.....	36
6.1. La estructura de la Federación Médica del Interior.....	36
6.1.1. <i>Descripción endógena</i>	36
6.1.2. <i>Descripción exógena</i>	38
6.2. La puesta en juego de la estructura.....	40
6.2.1. <i>Representación gremial</i>	42
6.2.2. <i>Representación asistencial-empresarial</i>	43
6.2.3. <i>Representaciones en tensión</i>	44
6.3. La acción dentro del campo político.....	45
6.3.1. <i>Apoyos y resistencias al cambio institucional</i>	45
6.3.2. <i>Propuestas para el cambio institucional</i>	49
6.4. Las estrategias desplegadas.....	52
6.4.1. <i>Legitimación técnica</i>	53

6.4.2. Difusión institucional.....	54
6.4.3. Amplificación discursiva.....	56
6.4.4. Construcción de redes y alianzas.....	57
6.5. Los sentidos y los mundos sociales.....	60
6.5.1. La Federación como voz del interior.....	60
6.5.2. De la colectivización médica al cooperativismo.....	62
6.5.3. Los ideales políticos y las experiencias democráticas.....	63
6.6. Las resonancias simbólicas.....	64
6.6.1. Incidencia en el diseño institucional.....	64
6.6.2. Ganancias y limitaciones.....	65
6.6.3. Reconocimiento y legitimidad.....	66
6.6.4. Transformaciones dentro de los campos.....	67
6.6.5. Participación y democratización.....	67
6.6.6. Dualidad y tensiones internas.....	68
7. Conclusiones y consideraciones finales.....	68
7.1. Principales hallazgos.....	68
7.2. Limitaciones del estudio.....	71
7.3. Aporte social y sociológico.....	72
7.4. Nuevas líneas de investigación.....	72
Bibliografía.....	74
Anexos.....	79
Anexo 1. Composición de la FEMI en el período de reforma.....	79
Anexo 2. Libro de códigos.....	80
Anexo 3. Operacionalización.....	83
Anexo 4. Composición de la muestra de dirigentes de la FEMI.....	84
Anexo 5. Composición de las entrevistas a informantes calificados.....	84
Anexo 6. Composición de la muestra de documentos oficiales.....	84
Anexo 7. Composición de la muestra de versiones taquigráficas.....	85
Anexo 8. Presentación completa del corpus.....	87
Anexo 9. Pauta de entrevista a dirigentes de la FEMI.....	88
Anexo 10. Pauta de entrevista a informantes calificados.....	89
Anexo 11. Esquema del proceso de saturación teórica.....	91
Anexo 12. Resumen metodológico.....	92

Glosario

ACD	Análisis Crítico del Discurso
APS	Atención Primaria en Salud
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BPS	Banco de Previsión Social
DF	Dirigente de la Federación Médica del Interior
DISSE	Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad
DO	Documento Oficial
EA	Entrevistada
EO	Entrevistado
FA	Frente Amplio
FCEA	Facultad de Ciencias Económicas y de Administración
FEMI	Federación Médica del Interior
FEPREMI	Federación de Prestadores Médicos del Interior
FOFEMI	Fondo FEMI (para financiar tratamientos de baja frecuencia y alto costo)
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FTM	Formulario Terapéutico de Medicamentos
IAMC	Institución de Asistencia Médica Colectiva
IAMPP	Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales
IC	Informante Calificado
ISI	Industrialización por sustitución de importaciones
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MSP	Ministerio de Salud Pública
PAHO (OPS)	Pan American Health Organization (Organización Panamericana de la Salud)
PE	Poder Ejecutivo
PIAS	Plan Integral de Atención en Salud
SAQ	Sociedades Anestésico-Quirúrgicas
SEGRE	Secretariado Gremial
SEPA	Secretariado del Plenario Asistencial
SMU	Sindicato Médico del Uruguay
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
UdelaR	Universidad de la República
VT	Versión Taquigráfica

1. Introducción

La presente investigación indaga sobre la participación de la Federación Médica del Interior (FEMI) en la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), sucedida entre los años 2005 y 2010, en Uruguay. Desde una perspectiva multidimensional, el objetivo es comprender la intervención de este actor en el mencionado proceso de reforma. Para esto, se propone estudiar el rol de la FEMI como un actor colectivo con un entramado complejo de intereses que, al posicionarse dentro del campo político, puso en tensión las dinámicas de poder y representación social, dentro del propio campo político, pero también dentro del campo de la salud.

Partiendo desde un enfoque cualitativo, se analiza el discurso (y su contenido) de la FEMI en el contexto de estas negociaciones por el SNIS. Para nutrir este análisis, se incorporan entrevistas tanto a dirigentes de la Federación como a informantes calificados. A la vez, se recurre al análisis documental de textos producidos por la FEMI y el Parlamento uruguayo dentro del período de interés. Desde el punto de vista teórico, la investigación incorpora los aportes de Bourdieu (1981) sobre el campo político y los capitales, de Campbell (2004) sobre los tipos de ideas y los procesos de cambio institucional, y de Vommaro (2017) en torno a los sentidos y los mundos sociales de pertenencia. Para lograr una articulación entre estas teorías es que se propone una conceptualización de la idea de rol en la que se incluyen: las posiciones que el actor ocupó dentro del campo, las estrategias que desplegó para incidir en las negociaciones, los sentidos que atribuyó a su participación, y las resonancias como huellas simbólicas e interpretadas de ese accionar.

Entre los hallazgos más importantes, se reconoce que, mediante la conversión e inversión de diversas formas de capital, la FEMI logró una participación activa durante el diseño del nuevo sistema de salud, pudiendo incidir en las decisiones que se tomaban al respecto. Aun así, a partir de la segunda mitad del período, mientras se implementaba la ley y se reconfiguraba el campo de la salud, se reconoce un incremento en la conflictividad entre la FEMI y el gobierno, dificultando su capacidad de incidencia. Asimismo, se identifica un corrimiento en su representación, yendo desde intereses gremiales de los trabajadores médicos del interior, hacia intereses empresariales de las asistenciales médicas del interior.

Finalmente, esta investigación busca contribuir al debate sobre la participación social y la democratización de los procesos de reforma institucional, reconstruyendo el papel de actores complejos y poco abordados, principalmente debido a sus posiciones desplazadas de los centros de poder. En este sentido, aporta una lectura sistemática y arroja luz sobre la actuación de un actor del interior del país sobre el que, hasta ahora, no se había estudiado en detalle su participación.

2. El problema de investigación

2.1. Presentación del caso

La Federación Médica del Interior (FEMI) es una organización de segundo grado creada el 14 de mayo de 1966 por distintos colectivos médicos del interior. Desde sus inicios, y durante su primer medio siglo de historia, nucleaba a los gremios médicos del interior del país y a la mayoría de las instituciones médicas fuera de la capital. Ya para 2016, la Federación decidió escindirse del ala asistencial-empresarial, que se comenzó a nuclear en una nueva organización de segundo grado: la Federación de Prestadores Médicos del Interior (FEPREMI).

Históricamente, tal como explica la propia FEMI (2016), la medicina en el interior del país siguió un camino divergente respecto a lo que iba aconteciendo en la capital. Mientras que, en Montevideo, a partir del siglo XIX, con la llegada de numerosos colectivos de inmigrantes europeos, la atención privada en salud se desarrolló principalmente a través de sistemas mutuales, en el interior la cultura del médico de familia perduró por lo menos hasta los años cuarenta del siguiente siglo.

Llegando a la mitad del siglo XX, los médicos del interior comenzaron a reconocer la necesidad de colectivizar su trabajo, sobre todo para compartir información, buenas prácticas y coordinar la atención. De acuerdo con FEMI (2016), aparecieron las primeras asociaciones científicas, en muchos casos siendo al mismo tiempo una suerte de comunidad epistémica o congreso (para la transferencia de experiencia y conocimiento médico) y centros asistenciales (para la atención en salud de la población local). Lo que se debe destacar aquí es el hecho de que, en todos los casos, las asistenciales de FEMI nacieron de los propios gremios médicos.

En mayo de 1966 se crea la Federación Médica del Interior como hoy se conoce. Según FEMI (2016), su creación tenía como misión “agrupar a gremiales y asistenciales del interior del país” y el objetivo de “unificar la actividad profesional médica, superando sus niveles éticos, técnicos y asistenciales” (p. 76). Con el paso de los años, y a medida que se fueron creando nuevos gremios y asistenciales, la Federación fue ampliando su número de organizaciones asociadas, siempre manteniendo la dualidad entre el ala gremial y el ala asistencial.

Ya entrados los años dos mil, la Federación llegó a la reforma agrupando a un total de cuarenta y siete organizaciones: veinticuatro asistenciales y veintitrés gremios médicos. Su presencia era, además, nacional, contando con asistenciales en todos los departamentos del país, y con gremios en todos menos Montevideo (Anexo 1). Además, en total, las asociaciones médicas pertenecientes a la FEMI atendían a más de medio millón de personas¹.

¹ Datos obtenidos del censo de afiliados al sistema de salud uruguayo, aportado por el Ministerio de Salud Pública. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos>

Finalmente, en el año 2016 el colectivo de médicos del interior decidió separar formalmente la actividad gremial de la asistencial-empresarial, por lo que crea a la FEPREMI para nuclear y organizar a las prestadoras, y reserva para la FEMI la actividad gremial. Hoy en día, FEPREMI cuenta con veintidós asistenciales en todo el país y atiende a unos 750 mil usuarios, lo que representa un aumento de casi el 50% de sus afiliaciones respecto a 2005². Por su parte, la FEMI continúa nucleando a casi todos los gremios médicos que agrupaba a comienzos de siglo (salvo uno).

2.2. Preguntas de investigación

¿Cuál fue el rol de la Federación Médica del Interior (FEMI) en el proceso de diseño e implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay entre 2005 y 2010?

¿Cómo se posicionó la FEMI dentro del campo político y qué capitales utilizó para participar en las negociaciones por el SNIS?

¿Qué estrategias desplegó la Federación a la hora de intervenir en la creación del SNIS?
¿Cómo invirtió sus recursos dentro del campo político?

¿Cuáles fueron los tipos de ideas que promovió la FEMI en el marco de las negociaciones por el SNIS? ¿Qué tipo de actor fue?

¿Cuáles fueron los mundos sociales de pertenencia que estructuraron y proveyeron de sentido a las ideas, discursos y actitudes de la FEMI durante la reforma? ¿Qué sentidos atribuyó a su acción?

¿Qué resonancias tuvo la participación de la FEMI en las negociaciones por la reforma del sistema de salud en Uruguay?

2.3. Objetivos de investigación

2.3.1. Objetivo general

Comprender el rol desempeñado por la Federación Médica del Interior (FEMI) durante el proceso de reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay entre 2005 y 2010.

2.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar las posiciones que ocupó y los capitales que utilizó la Federación dentro del campo político durante la reforma.
2. Reconstruir las estrategias desplegadas por la FEMI en las negociaciones por el SNIS.
3. Caracterizar al tipo de actor representado por la FEMI entre los años 2005 y 2010.
4. Interpretar las relaciones entre ideas y actitudes de la FEMI respecto a la reforma y los mundos sociales de pertenencia de sus dirigentes.
5. Reconocer las resonancias simbólicas y relacionales de la participación de la FEMI en la reforma.

² Datos obtenidos del censo de afiliados al sistema de salud uruguayo, aportado por el Ministerio de Salud Pública. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos>

2.4. Fundamentación social y sociológica

La reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay fue un proceso complejo y dilatado a lo largo del tiempo, con una multiplicidad de actores aportando ideas (a la vez que delimitaban el tipo de reforma posible), que trajo consigo transformaciones institucionales profundas para la sociedad toda. En este sentido es que se vuelve necesario identificar el rol que cada actor desempeñó en las negociaciones, en la definición de los problemas y en las soluciones de política que finalmente predominaron.

Entre estos actores, la FEMI ocupa un lugar central, en la actualidad, pero especialmente durante el período de interés, cuando todavía integraba instituciones de asistencia médica y gremios de trabajadores. Su relevancia se explica, en primer lugar, por ser un actor de grandes números: antes de la reforma ya atendía a cerca de medio millón de usuarios, a la vez que agrupaba a veinticuatro instituciones y a veintitrés gremios de médicos del interior del país. En segundo lugar, por su condición de principal prestador de servicios de salud fuera de Montevideo y de órgano federativo de los médicos del interior, muchas veces en tensión con el Sindicato Médico del Uruguay. En tercer lugar, la relevancia también se la da su doble carácter, gremial y empresarial, convirtiéndola en un caso singular y, hasta cierto punto, comparable con el SMU (Buffa, 2014). Finalmente, al ser una organización propia del interior del país, se convierte relevante su representación dado que es fuera de la capital donde los déficits en salud eran más notorios (Trylesinski, 2006), y en donde la complementación (uno de los tres ejes de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud) se volvía una solución interesante para los problemas del escalamiento económico.

Los estudios previos en ningún caso abordan específicamente el rol de este actor, sino que se centran en el análisis a nivel macro, observando el proceso en su globalidad, y en el nivel micro, estudiando los conflictos que se generaron a partir de la reforma, en su implementación, sobre determinadas poblaciones. Se hace necesario arrojar luz acerca de cómo fue que los actores intervinieron en la reforma, qué dificultades tuvieron, qué favoreció su participación, qué significados atribuyeron a su acción, y qué resonancias se observan en las distintas dimensiones involucradas en el proceso.

Debido a la escasa producción sociológica encontrada al respecto, se halla pertinente emprender un estudio de caso de la FEMI como un actor relevante en el proceso de transformación del sistema de salud en Uruguay. Como una primera aproximación, es necesario explorar el rol que tuvo la FEMI desde la perspectiva y la actuación de sus dirigentes, quienes ejercieron su representación tanto en espacios formales de diálogo y consulta institucional como en otros menos formales.

Asimismo, para abordar el proceso de reforma desde una perspectiva sociológica, se requiere, como primer paso, lograr arrojar luz sobre los actores, quiénes fueron, qué ideas proponían y cómo interactuaron con el resto del mundo social. Se torna necesario, entonces, estudiar los espacios de representación, las dirigencias que se encargaron de transmitir las posturas de los colectivos, las luchas de poder y los juegos que se dieron en el campo político -y en otros campos, como puede ser el de la salud-.

Es importante, a su vez, captar los sentidos que atribuyen los sujetos a su propia participación, entender las razones detrás de su intervención, esto con el objetivo de comprender la experiencia de cada actor en los procesos de reforma institucional. Y es que este tipo de investigaciones, acompañadas de reflexión, podrían ser útiles para viabilizar procesos de reforma cada vez más participativos, capaces de construir sociedades más democráticas e igualitarias, visibilizando experiencias que muchas veces quedan silenciadas dentro de la multiplicidad de actores e intereses que entran al juego político.

Además, como explica Martinic (2000): la investigación y el análisis de las experiencias de reformas es de suma importancia; estudiar sus procesos de ejecución y evaluar sus resultados “son importantes fuentes de aprendizajes para el rediseño de las políticas sociales del futuro” (p. 13).

3. Contextualización y antecedentes

Para cumplir con los objetivos trazados en esta investigación, en las siguientes páginas se presenta una contextualización de la reforma del sistema de salud uruguayo, poniendo en consideración procesos nacionales, regionales y globales relacionados a los sistemas-modelos de salud. Sin pretender ser exhaustivo, este apartado propone una revisión de algunos trabajos previos que permitirá al lector comprender, al menos resumidamente, la construcción histórica de la atención en salud en el país, el estado de situación del sistema antes de la reforma, y las principales transformaciones que esta introdujo.

3.1. La salud en Uruguay, desde el principio

Como explica Portillo (1995), el desarrollo de la medicina y la atención en salud no puede ser entendido si no es en relación directa con los procesos sociales, económicos y políticos presentes en cada momento histórico de nuestras sociedades. La hipótesis de Portillo (1995) es que, a medida que la medicina se va construyendo como profesión, esta va desarrollando técnicas, instituciones y herramientas que colaboran con las estructuras de poder y los modelos de producción hegemónicos, a la vez que crea su propia corporación, con determinadas lógicas e intereses.

Junto con la independización nacional se inicia un proceso lento de modernización del Estado y la sociedad. Según comenta Portillo (1995), en este contexto aparece por primera vez en Uruguay la idea de salud pública como un objeto sobre el que el Estado puede intervenir a conciencia y a favor de los intereses de las clases en el poder. Así, se observa un proceso de medicalización del nuevo Estado independiente, dotando a la clase médica de identidad, prestigio y poder. Una vez consolidado el Estado moderno y capitalista, con la aparición de la industria y la clase obrera, la medicina empieza a preocuparse por la atención de los trabajadores, entendiendo que estos eran esenciales para desarrollar el proyecto nacional moderno.

A partir de la modernización del Estado, los colectivos obreros comenzaron a demandar respuestas frente a los problemas de salud, surgiendo entonces la primera experiencia mutual del país, dando origen al subsector de atención médica privada. En la década de 1960, este tipo de instituciones ya cubría a cerca de la mitad de la población montevideana, y para 1990 ya había medio centenar de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) en todo el país, brindando cobertura a más de un millón y medio de personas (Labadie et al., 1994).

En paralelo a las primeras experiencias mutuales, y de acuerdo con el desarrollo del Estado de bienestar, este último comienza a ocupar un rol cada vez mayor en la atención de la salud de la población. Es así como, según explica Portillo (1995), el Estado uruguayo inicia un proceso de despliegue de su actividad al asumir la responsabilidad de brindar directamente servicios de salud a la población, fundando los principales hospitales a comienzos de siglo y, para la década del 40, los primeros centros de salud estatales.

De lo anterior se desprende que el sistema de salud uruguayo se ha caracterizado por ser, desde su nacimiento, un sistema dual -conviviendo tanto servicios públicos como privados- y fragmentado -con múltiples instituciones ofreciendo servicios de calidad variada-. Como se verá más adelante, estas características son, en cierto grado, explicativas de la necesidad de una reforma del sistema de salud nacional, una reforma que unificara los esfuerzos, que volviera más igualitario el acceso a la salud, y que lograra una mayor eficiencia en la asignación de recursos humanos y económicos disponibles a lo largo de todo el territorio nacional.

3.2. Glocal, entre lo global y lo local

Las reformas de los sistemas de salud no pueden entenderse sin atender las dinámicas regionales y globales que influyen en los procesos nacionales. Autores como Vergara (2000) y Granados Toraño (2003) colocan las transformaciones de los sistemas de salud en el vínculo entre las crisis locales y los modelos y experiencias internacionales. Ambos autores entienden que la salud de una población responde más a la mejora de su bienestar en aspectos como la vivienda, la alimentación o los

ingresos, y no tanto al rol de los servicios de salud. Por esta razón, los autores son críticos con las reformas de la segunda mitad del siglo XX por haber reducido las transformaciones de los sistemas de salud a lo organizativo y financiero.

De acuerdo con Granados Toraño (2003), este tipo de reformas surgió en Europa y Estados Unidos con el modelo de competencia gerenciada, que luego se expandió a América Latina en los años ochenta, consolidando un paradigma centrado en la eficiencia institucional, la reducción del gasto y el protagonismo del mercado. Este enfoque se combinó con procesos internacionales que intensificaron la globalización, el auge del neoliberalismo y el repliegue del Estado, proceso que profundizaron la desigualdad y la pobreza. A nivel sanitario, la región enfrentó retos adicionales: envejecimiento poblacional, mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles, encarecimiento tecnológico y dependencia de países centrales, incrementando la fragmentación y los costos.

Como explica Granados Toraño (2003), América Latina era la región más desigual del mundo, y esto se veía reflejado en que un 30% de la población carecía de acceso básico a la salud. De acuerdo con Vergara (2000), el estancamiento económico desde los años sesenta, el desempleo y el aumento de la pobreza fueron síntomas del agotamiento del modelo de industrialización por sustitución de importaciones (ISI). Los Estados de bienestar dejaron de ser viables financieramente y la opción fue hacia un cambio de modelo que ajustara los gastos: el modelo de la globalización. A su vez, la aplicación de este nuevo modelo derivó en ajustes estructurales, registrándose una transición desde la lógica del gasto social hacia la noción de inversión social.

Por otro lado, y en paralelo a estas transformaciones, se produjo una revolución de las expectativas a partir del reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental en la Declaración de Alma Ata (PAHO, 1978) y el compromiso “Salud para todos en el año 2000” (PAHO, 1982). Estos hitos generaron una nueva cultura de la salud, según Granados Toraño (2003), en la que “la salud se conformó en bandera de lucha de los movimientos de derechos humanos y civiles” (p. 21). Aun así, el autor explica que esta nueva cultura convivió con distorsiones asociadas al consumo lucrativo que identificaban “calidad” con tecnología costosa o atención especializada.

Vergara (2000) plantea que la globalización trajo consigo un sentimiento de desprotección social ante riesgos como la enfermedad, el desempleo o la exclusión, obligando a los Estados a repensar la idea de equidad. Aquí el autor señala tres desafíos clave para la región: i. crear instituciones acordes al nuevo modelo de desarrollo, abandonando propuestas centralistas e igualitarias; ii. abordar la heterogeneidad latinoamericana con políticas adaptadas a cada contexto; y iii. garantizar legitimidad mediante la participación ciudadana y el respeto a los derechos humanos.

Granados Toraño (2003) distingue dos caminos de reforma: el *enfoque neoclásico*, centrado en la eficiencia, el mercado y el rol subsidiario del Estado; y el *enfoque igualitario*, basado en la

solidaridad, la universalidad y el financiamiento público progresivo. En América Latina predominó el primero de los modelos, empujado por la dependencia financiera y las condiciones de los organismos internacionales de crédito.

En síntesis, los sistemas de salud latinoamericanos quedaron atravesados por tensiones entre modelos globales y realidades locales, entre una lógica de mercado que priorizaba eficiencia y costos, y una lógica de derechos que buscaba universalidad y equidad. Estas contradicciones marcaron el terreno sobre el que Uruguay inició su propia reforma de la salud a comienzos de siglo.

3.3. Ex ante, el sistema sin reforma

Con toda la discusión internacional de fondo, Uruguay entró al nuevo siglo con un sistema de salud que enfrentaba cuestionamientos a su legitimidad, calidad y sostenibilidad financiera. Aún así, Setaro (2014) argumenta que, si se lo compara con la región, Uruguay llegó a los años dos mil con una serie de fortalezas: una red consolidada de hospitales y centros de salud públicos, la temprana separación entre rectoría y separación de servicios con la creación de ASSE en 1987, y la existencia de dos fondos estratégicos, el Fondo Nacional de Salud (1975) y el Fondo Nacional de Recursos (1980), dando las bases para ordenar el sistema.

Pero estas fortalezas convivían con un modelo de *universalismo estratificado*, en el que el acceso y la calidad de los servicios de salud variaban según el tipo de cobertura. Como resultado, el sistema se caracterizaba por una alta fragmentación, ineficiencia y desigualdad (en el acceso y en la calidad), con múltiples prestadores que superponían servicios, sin coordinación asistencial efectiva, malgastando recursos humanos, económicos y tecnológicos (Buglioli, 2000; Dibarboure, 2003; Setaro, 2014; De Armas, 2017).

López Schwedt (2014) afirmaba que, desde inicios de siglo, se constataba una crisis en el sistema de salud nacional que se asociaba al carácter “asistencialista, centrado en el tratamiento de dolencias y no de mecanismos de prevención de las mismas” (p. 45). En esta línea, autores como Grau y Lazarov (2000) y Setaro (2014) explican que, entre 1987 y 1998, el gasto nacional en salud se cuadruplicó, pero los problemas de cobertura y calidad persistieron. Setaro (2014) identifica varias causas de esta crisis: el predominio del enfoque curativo y asistencial, que fomentaba la sobreespecialización y elevaba los costos; una distribución inequitativa de los recursos económicos (el 80% del gasto en salud se destinaba al financiamiento del sector privado que atendía a poco más de la mitad de la población); la fragmentación laboral del cuerpo médico, marcada por el multiempleo, debilitando la continuidad de la atención, el vínculo con los usuarios y la coordinación de los servicios; la crisis financiera de las IAMC, que recurrían a prácticas que empeoraban la

accesibilidad y calidad (tasas moderadoras altas, largas esperas); y la débil rectoría del Ministerio de Salud Pública, con escasa capacidad técnica para regular el sistema.

Buglioli (2000) agrega que el contexto regulatorio perjudicaba a las IAMC frente a los seguros privados, porque estos últimos no tenían un marco regulatorio que los limitara, captando a los afiliados más jóvenes y sanos. Esto generaba un sesgo de selección que implicaba el envejecimiento de la cartera de usuarios de las IAMC, provocando una distribución ineficiente de los riesgos, y un aumento de los costos. Además, las políticas estatales (como las cuotas indiferenciadas por riesgo, o las regulaciones sobre prestaciones) aumentaban los gastos sin resolver el problema de fondo.

Dibarboure (2003) plantea que más que un estado de crisis del sistema existía un *estado de mal*, con problemas endémicos vinculados a la hegemonía del modelo nosocomial, la excesiva influencia de la corporación médica y la frecuente presencia de fines de lucro. Según el autor, solo un cambio en el modelo de atención podría revertir esta situación. Entonces, su propuesta era la *Atención Primaria en Salud (APS)*: un sistema universal, financiado por un seguro nacional de salud público, en el que menos de la mitad de los médicos son especialistas, con salarios que priorizan al médico de familia, y caracterizado por una atención longitudinal, integral, coordinada, centrada en la familia y vinculada a la comunidad.

En suma, antes de la reforma, Uruguay tenía un sistema con fortalezas históricas y bases institucionales importantes, pero estaba dominado por la fragmentación, la inequidad y un modelo curativo costoso e insostenible. La crisis del sistema y la presión social por mayor equidad y calidad sentaron las bases para la reforma sucedida en el país a partir del año 2005.

3.4. El giro a la izquierda, a la uruguaya

Tal como explica De Armas (2017), a partir de la recesión y crisis registradas en Uruguay entre 1999 y 2003, se puso en cuestión la sustentabilidad -principalmente financiera- del sistema nacional de salud. Esto se debió, especialmente, al cierre de múltiples prestadores privados, afectando a cerca de 170.000 usuarios, así como a ciertas vulnerabilidades que enfrentaban tanto los servicios públicos como los privados. En este contexto social y económicamente agitado, en 2005 se registra un hito político en Uruguay: por primera vez asume el gobierno nacional un partido de izquierda, el Frente Amplio (FA), una fuerza política de carácter progresista, con una fuerte tradición en torno a la participación y militancia de base, y con estrechos vínculos con los sindicatos.

Como corolario del ascenso del Frente Amplio al gobierno nacional, De Armas (2017) argumenta que una de las principales novedades de la gestión fue el despliegue del Estado de bienestar, reconociéndose (principalmente) en un aumento del gasto público social, en la ampliación

de la cobertura de las prestaciones, y en la implementación de nuevas políticas públicas dirigidas a los estratos socioeconómicos más bajos. Dentro de las reformas impulsadas durante los dos primeros gobiernos del FA, el autor destaca (por sus efectos significativos): la reforma de la salud, las políticas de asistencia social, el fortalecimiento de la seguridad social, la expansión de la protección laboral, y el aumento presupuestal para la educación pública.

Sobre la reforma de la salud, Fuentes (2013) y De Armas (2017) coinciden al decir que, tanto en el diseño de la propuesta programática (en diálogo con profesionales de la salud y los sindicatos) como en la elaboración del proyecto de ley y su posterior implementación, se observa la participación de una diversidad actores, entre los que destacan a los trabajadores de la salud (médicos y no médicos). Dentro de los hitos de este proceso, ambos autores subrayan la creación del *Consejo Consultivo para la Implementación del SNIS*, un espacio de diálogo social entre representantes de múltiples colectivos sociales preocupados por la salud nacional; dentro de estos: un delegado por las organizaciones de médicos del interior del país.

3.5. Ex post, el sistema con reforma

La reforma iniciada en 2005 transformó el sistema de salud uruguayo. El objetivo, como indica Setaro (2014), fue pasar de un modelo con alta cobertura, pero segmentado y fragmentado, a un sistema integrado que garantizara el derecho a la salud mediante un único plan de beneficios, devolviendo al Estado su función como principal orientador del sistema y administrador estratégico de los recursos. De Armas (2017) señala como principales logros: la expansión de la cobertura a través del *Fondo Nacional de Salud (FONASA)*, la desmercantilización del acceso, la reducción del histórico carácter estratificado del sistema, y el fortalecimiento del Estado como rector, regulador y proveedor de servicios.

De acuerdo con Setaro (2014), el pilar central de la reforma fue la creación del FONASA (en la órbita del Banco de Previsión Social, BPS), financiado con aportes del Estado, las empresas y las familias. Su diseño progresivo buscó equidad, estableciendo que quienes tienen mayores ingresos sean quienes más aporten al financiamiento del sistema. Además, el pago a las instituciones es por cada socio y lo realiza el Estado a través del FONASA. El precio de estas cuotas (o *cápitales*) se determinó que variara según edad y sexo, evitando el ya mencionado *sesgo de selección* que promovía la captación de los usuarios más jóvenes y sanos en aras de la reducción de riesgos.

En paralelo, se creó la *Junta Nacional de Salud (JUNASA)*, integrada por representantes del MSP, MEF, BPS, usuarios, trabajadores y prestadores. Entre sus tareas se incluye: administrar el FONASA, asesorar al Ejecutivo en la fijación del valor de las *cápitales* y establecer los *contratos de gestión* con los prestadores. Además, define y evalúa el cumplimiento de las *metas asistenciales*, las

cuales introducen incentivos económicos con el objetivo de mejorar la calidad asistencial, promoviendo el fortalecimiento del primer nivel de atención (Setaro, 2014).

El *Plan Integral de Atención en Salud (PIAS)* completó este esquema, determinando explícitamente las prestaciones y programas prioritarios, el valor de las cápitás y el *Formulario Terapéutico Médico (FTM)*, un listado explícito y positivo de los medicamentos que obligatoriamente deben ofrecer los prestadores de salud. Según Setaro (2014), este nuevo relacionamiento contractual introdujo obligaciones claras, incentivos y penalizaciones, alineando el desempeño de las prestadoras con los objetivos del sistema.

La reforma también promovió una amplia participación social. En este sentido, la JUNASA se consolidó como un espacio de concertación neocorporativa, al tiempo que se crearon los *Consejos Consultivos* en las instituciones, los *Comités de Ética* y las *Comisiones de Seguridad del Paciente*, entre otros ámbitos. Según Anzalone (2018), esta arquitectura democratizó no solo el acceso, sino también la gestión y el control del sistema, permitiendo la intervención de múltiples actores, entre ellos: los médicos de Montevideo y el interior, los funcionarios no médicos, y los usuarios.

Finalmente, el SNIS supuso un giro hacia un sistema más universal, equitativo y democrático, en el que el Estado recuperó un papel central en el control de la salud pública nacional, y a partir del que se establecieron mecanismos innovadores de financiamiento, gestión y participación social, aspectos que marcaron un antes y un después en las políticas de salud pública en Uruguay.

3.6. Los colectivos médicos como actores

De acuerdo con Martinic (2000), es fundamental estudiar a los grupos de interés a la hora de comprender el éxito o fracaso de las reformas institucionales. El autor entiende que, durante los procesos de reforma, se observan interacciones y negociaciones entre actores de diversos campos, que determinan espacios de disputa de sentidos y de construcción de consensos que pueden legitimar o alterar las reformas y el ritmo de su implementación. Aun así, el autor explica que, en general, no se han abordado con suficiencia este tipo de fenómenos.

En esta misma línea, Mitjavila (1998) aborda la medicalización de la vida como un proceso que tiende hacia la expansión de las fronteras sobre las que el conocimiento médico tiene autoridad. Coincidiendo con Portillo (1995), la autora explica que la medicina ha logrado construir “un monopolio que goza de aprobación oficial, consistente en el derecho a definir y tratar la salud y la enfermedad en los seres humanos” (Mitjavila, 1998, p. 3). De acuerdo con la autora, a partir de la medicalización del mundo social, la medicina tiene la autonomía y autoridad suficiente como para determinar “lo desviado” más allá de su ajuste a la distribución normal estadística.

Un aporte central respecto al rol de los colectivos médicos lo hizo Buffa (2014), quien exploró la incidencia del Sindicato Médico del Uruguay en la elaboración e implementación del SNIS. Dentro de los principales hallazgos, Buffa (2014) destaca que, a lo largo de todo el proceso de reforma, el SMU actuó más bien como un actor social que negociaba entre el Estado y el cuerpo médico a fin de colaborar con la reforma. Según la autora, esta actitud fue conflictiva hacia la segunda mitad del período (2007 a 2010), esencialmente porque evidenció ciertas dificultades del SMU a la hora de mediar entre los intereses estatales y los sindicales.

Además, la autora reconoce que, a partir de la reforma, al reposicionarse el Estado en el lugar de rectoría, se da un reordenamiento en el campo de la salud, lo que llevó a que actores del cuerpo médico, como el SMU, desplieguen estrategias para adaptarse a esta nueva distribución de poderes a la interna del campo. Frente a esto, Buffa (2014) indica que “la reforma y los cambios que a través de ella se vienen procesando, han incidido en el SMU en mayor medida de lo que el SMU incidió en la reforma” (p. 43).

Como último aporte de Buffa (2014), ella indica que “la autoridad experta que representó la medicina científica parecería estar sufriendo un proceso de cambio, en detrimento de la acumulación de capital simbólico del poder médico” (p. 43). De acuerdo con Buffa (2014), esta pérdida de autoridad se da a causa del mencionado reposicionamiento del Estado, pero también debido al rol que empieza a otorgarse a la sociedad, a través de la representación de los usuarios en los lugares de decisión sobre salud pública.

Por su parte, Schelotto (2017) explica que la figura del médico pediatra fue central en el proceso de implementación de la reforma, aunque discute conceptualmente el rol del colectivo médico en nuestra sociedad. Como principales hallazgos, Schelotto (2017) reconoce que la creación del SNIS no logró los cambios esperados, especialmente si se hace foco en el modelo de atención (persistiendo brechas entre la ley y la práctica). Esto es explicado por la autora en base a dos cuestiones: primero, por la amplitud de la reforma, abarcando no una sino tres dimensiones a la vez (financiamiento, modelo de atención y descentralización); segundo, por el contexto en el que se da, incluyendo el peso que tienen los intereses (económicos) de actores que inciden en el campo de la salud, la falta de formación para la gestión de los mandos medios y una deficiente estrategia de monitoreo.

Anzalone (2018) se dedicó a investigar los procesos que fortalecen “la participación social en salud de usuarios y trabajadores” (p. 7) tanto en los ámbitos formales establecidos por el SNIS, como en organizaciones sociales y sindicatos. Dentro de sus hallazgos, el autor reconoce que la reforma promovió en gran medida la participación social en el diseño, la estructura y el funcionamiento del SNIS en sí. Particularmente, el autor argumenta que se priorizó especialmente la participación de dos

actores generalmente alejados de los espacios de decisión en el campo de la salud: el colectivo de los trabajadores/as y el de usuarios/as. Si bien se reconocen conflictos durante la reforma, el autor explica que la inclusión en los ámbitos de decisión de estos dos colectivos fue una estrategia para superarlos.

Fuentes (2010) también identifica a los trabajadores y los usuarios entre los actores que participaron de la reforma, además de las organizaciones médicas y los prestadores privados. Si bien explica que algunos de estos actores (como es el caso de los usuarios) no tuvieron mayor incidencia, el autor destaca al colectivo de médicos como un actor paradigmático en el contexto de la reforma. Respecto a este colectivo, Rodríguez Araujo y Toledo (2010) dicen que “su inserción en todos los niveles del sistema, con distintas responsabilidades, hace que sus intereses recorran transversalmente partidos políticos, instituciones prestadoras, gremios, empresas proveedoras de tecnología, etc.” (p. 126).

Finalmente, Anzalone (2018) explica que la participación social no depende únicamente de los espacios formales que se creen a través de la legislación, sino que “está influenciada por el desarrollo general de la reforma y también por los procesos culturales y sociales de la sociedad” (p. 97). En ese sentido, el autor reconoce una carencia de conocimiento sistematizado sobre la participación social y la reforma sanitaria en Uruguay, y agrega que la “producción de conocimientos nuevos y mayores sobre estos procesos es un elemento esencial para que los actores puedan reflexionar, corregir, ampliar, insistir, pensar el largo plazo y también lo cotidiano” (p. 98).

4. Marco teórico

Este capítulo presenta los principales desarrollos teóricos que orientan la investigación. En primer lugar, se retoman los aportes de Bourdieu (1981) para definir el concepto de campo político, entendiendo que allí se puede observar la intervención de la FEMI durante la reforma del sistema de salud uruguayo. Además, a partir de las ideas de Joignant (2012), se profundizará en los fundamentos que posibilitan la participación de determinados actores dentro de ese campo. Por su parte, se incorporarán los planteos de Campbell (2004) en torno a los procesos de cambio institucional, especialmente en lo relativo a los determinantes de las reformas, los tipos de ideas que se ponen en juego y los actores que las movilizan. Finalmente, desde la perspectiva de Vommaro (2017), se presentará el concepto de los mundos sociales de pertenencia como fuentes de sentido de las acciones que emprenden los actores dentro del campo político.

4.1. El campo político

El sociólogo Pierre Bourdieu (1981) subraya la necesidad de explicitar los mecanismos sociales que dividen a los individuos entre agentes políticamente activos y agentes políticamente pasivos, es decir, entre aquellos que participan activamente en el campo político y aquellos que se abstienen de participar o delegan esa participación a otros. El sociólogo explica que solo estudiando y entendiendo la cultura de una sociedad (es decir, sus procesos sociales de división y estructuración) es posible entender la conformación de un campo político que es, a la vez, un campo de fuerza que estructura a la sociedad, y un campo de lucha por conservar o transformar su propia estructura.

Por esta razón, el autor entiende al *campo político* como un sistema de relaciones, un espacio de juego en el que los sujetos políticamente activos intervienen, invirtiendo distintos tipos de capitales para lograr mejorar su posición dentro del propio campo. En definitiva, lo que los sujetos buscan es aumentar el reconocimiento que tienen frente a sus jugadores pares. Y para lograr mejorar la posición se requiere la inversión de distintos tipos de *capitales* obtenidos tanto dentro como fuera del campo político.

Sobre los *capitales*, Joignant (2012) explica que estos deben ser entendidos como “recursos que pueden tener valor dependiendo de las propiedades históricas de los campos y de lo que allí se encuentra en juego, a condición de que los agentes estén dotados de ese sistema de disposiciones que el autor llamaba *habitus*” (p. 610). De acuerdo con el autor, en el campo político conviven capitales de diferente naturaleza, y es a partir de la puesta en juego de estos recursos que se da la competencia dentro del campo, entre aquellos sujetos políticamente activos, es decir, entre aquellos que, habiendo incorporado en cierto grado el *habitus* que el campo demanda, deciden invertir capitales propios (políticos o de otra naturaleza) para competir en el juego siempre relacional que se da en las discusiones políticas.

En línea con esto, Joignant (2012) argumenta que el capital que se utiliza dentro del campo político puede ser, por un lado, objetivado y derivado, a partir de los recursos que un colectivo de personas (un partido, una agrupación, o una federación, como en este estudio) reconoce como propios (por ejemplo, el saber experto del colectivo médico), luego delegados a ciertos sujetos (su dirigencia) para que estos últimos los hagan valer dentro del campo político. Por otro lado, los recursos también pueden ser incorporados y reconocidos, a través de la interiorización por parte de los individuos de un saber experto sobre el comportamiento y los conocimientos esperados dentro del propio campo político.

Además, Joignant (2012) explica que los recursos que luego son convertidos en capital político pueden ser heredados, por ejemplo, a raíz de vínculos familiares, o adquiridos, a partir de las

trayectorias y los hitos personales reconocidos socialmente. Según el autor, la reconversión de estos capitales en capital político no está asegurada, porque depende de lo que cada configuración sociohistórica del propio campo reconozca valioso; es decir, depende de las reglas de juego siempre preestablecidas, del *habitus* que se espera que los sujetos incorporen.

Tal como argumenta Bourdieu (1981), el capital político tiende a concentrarse en unos pocos sujetos (mandatarios) a razón de un proceso de monopolización de los instrumentos de representación del mundo social. Según el autor, los ciudadanos ordinarios (mandantes) se ven desposeídos de los medios de producción del discurso político, pudiendo solamente optar por alguno de los discursos disponibles, es decir, discursos previamente esgrimidos por aquellos ciudadanos que concentran el capital político. A este fenómeno Bourdieu (1981) le llama monopolio de los profesionales -profesionales de la política-, y explica que se ve reforzado por la concentración material y cultural que existe en el mundo social.

De acuerdo con las ideas del autor, al determinar los discursos políticamente viables, el monopolio de los profesionales tiene un efecto de censura estructural que, sin ser una prohibición, delimita el universo de lo políticamente pensable y decible. Y como los productos políticos (es decir, los discursos políticos) son instrumentos de percepción y expresión del mundo social, el pensamiento en una sociedad se ve limitado y determinado por el propio campo político (Bourdieu, 1981).

Cabe mencionar que el autor entiende que el campo político no es completamente independiente de otros campos, sino que es influido por externalidades, por cuestiones de la vida social, por la relación entre mandantes y mandatarios (o lo que es lo mismo, entre los agentes políticamente pasivos y los activos), y por la relación entre los mandatarios y las organizaciones a las que pertenecen. En última instancia, el sociólogo argumenta que el campo político encuentra sus límites en la capacidad de movilización del mundo social que tienen los agentes políticos.

Aun así, explica que el campo político mantiene cierta autonomía respecto del mundo social a la hora de actuar. Al considerar a los profesionales políticos como los que concentran el poder de definir los intereses de los mandantes, Bourdieu (1981) recarga sobre los primeros la responsabilidad de crear divisiones o formas de interpretar al mundo en un doble juego entre la representación del mundo social y su posición en el juego político.

De esta forma, la FEMI puede entenderse como una organización que, al participar en las discusiones sobre la reforma de la salud, se incorpora al campo político e incide sobre la definición del problema y sus soluciones. Y esto es posible porque existe un subgrupo de dirigentes que actúan como mandatarios, invirtiendo diversos tipos de capitales (objetivados o incorporados) en aras de disputar la representación de los intereses del colectivo médico y, al mismo tiempo, su propio reconocimiento como actores legítimos dentro del juego político.

4.2. Las ideas dentro del campo político

Ahora bien, para entender mejor cómo se estructuran las discusiones dentro de ese campo político, resulta necesario incorporar los aportes de Campbell (2004) sobre las ideas y los procesos de cambio institucional. En este sentido, el autor propone explicar los cambios evolucionarios de las instituciones a través del concepto de *dependencia de la trayectoria*, un proceso en el que ciertos eventos y decisiones arbitrarias resultan en el establecimiento de instituciones que persisten por largos períodos de tiempo y que limitan el rango de opciones de las que dispondrán futuros actores.

No obstante, el autor argumenta que dicho concepto presenta ciertas limitaciones a la hora de entender el cambio institucional, alegando que explicaría más la persistencia de las instituciones que el cambio en sí. Para superar esta dificultad, Campbell (2004) define al *bricolage* como un proceso de recombinación de principios y prácticas institucionales ya existentes, para la creación de nuevas soluciones institucionales.

Contrariamente a la idea de homogeneización institucional, Campbell (2004) explica que el proceso de *difusión*³ consiste en varias etapas, siendo la promulgación solo una de ellas. Y es que, en el proceso de difusión, el autor reconoce que las formas que tienen los actores de recibir e implementar las prácticas institucionales son diversas y dependen del contexto social e institucional de destino. De esta forma, Campbell argumenta que las nuevas ideas son combinadas con las localmente ya existentes en un proceso que denomina *traducción*, asociado también a un proceso de *bricolage*, aunque ahora dado entre prácticas endógenas y prácticas exógenas.

De acuerdo con Campbell (2004), las ideas juegan un papel central en el cambio institucional y explica principalmente el mecanismo a partir del cual las instituciones evolucionan en un camino que depende de la trayectoria previa. En este sentido, y para ordenar el mundo de las ideas, el autor las clasifica en base a una tipología con cuatro categorías: los *paradigmas*, los *sentimientos públicos*, los *programas* y los *marcos*.

Según Campbell (2004), los *paradigmas* representan ideas cognitivas de segundo plano, que constriñen las decisiones y el cambio institucional al limitar el rango de alternativas percibidas como útiles y valiosas para aquellos que toman decisiones. Este tipo de ideas acota el cambio institucional al estructurar el discurso y limitar las percepciones de aquellos que lo internalizan, determinando así el tipo de programas que pueden ser imaginados y articulados. En definitiva, son ideas generales de fondo, concepciones sobre el mundo y el problema a tratar, que predefinen un cierto espacio en el que los decisores se mueven a la hora de tomar decisiones, y del que solo es posible salir mediante un cambio de paradigma.

³ Referido a la propagación de principios y prácticas institucionales entre un grupo de actores (Campbell, 2004).

El segundo tipo de ideas es el de los *sentimientos públicos*: también ubicadas en el segundo plano, son ideas normativas que constriñen la toma de decisiones y el cambio institucional, al limitar el rango de programas que los decisores creen aceptables y legítimos, tanto para los constituyentes como para sí mismos. El autor incluye dentro de esta categoría a la opinión pública, los valores, las normas, las identidades, así como otras ideas compartidas colectivamente.

En cuanto a los tipos de ideas que se encuentran en el primer plano: por un lado, el autor define a los *programas* como conceptos y teorías cognitivas que permiten o facilitan la toma de decisiones y el cambio institucional al determinar cómo resolver problemas específicos (Campbell, 2004). Este tipo de ideas afectan el cambio institucional de manera directa al causar cambios en las orientaciones de los decisores (Campbell, 2004); es decir, al cambiar el programa, cambia el tipo de decisiones que se toman frente a una misma situación, y esto provoca un cambio institucional. Por otro lado están los *marcos*, conceptos normativos que permiten a los decisores legitimar los programas y los cambios institucionales frente a los constituyentes y frente a otros decisores.

En los procesos de cambio institucional, Campbell (2004) cree fundamental tener en cuenta el rol de los actores y su agencia: estos son los que proponen, ponen a prueba y revisan sus programas y marcos mientras los tratan de adecuar a las condiciones impuestas por los paradigmas y sentimientos públicos dominantes.

Primero, Campbell (2004) define a los *decisores* como aquellos sujetos que adoptan programas a la vez que se encargan de incorporarlos en la toma de decisiones; son los políticos, los burócratas y los directores corporativos. Luego define al grupo de los académicos e intelectuales como los *teóricos*, aquellos que crean paradigmas y elaboran programas que reflejan sus fundamentos. El tercer grupo es el de los *constituyentes*: son los portadores del sentimiento público y, por tanto, a quienes se debe convencer de las bondades de los programas para poder adoptarlos. Finalmente, convencer es el objetivo de los *enmarcadores*, quienes se encargan de justificar los programas ante los constituyentes relevantes; su éxito depende, entonces, de la habilidad que tengan para generar marcos que logren movilizar a las personas indicadas a favor del programa enmarcado.

De esta forma, el autor logra identificar para cada tipo de idea un tipo de actor característico: los programas son típicamente impulsados por los decisores, los paradigmas por los teóricos, los sentimientos públicos por los constituyentes y los marcos por los enmarcadores. Aun así, según Campbell (2004), para que las ideas tengan un efecto real sobre las instituciones, es necesario el rol de un último grupo de actores: los *brokers*. Ellos se encuentran en las intersecciones de los distintos tipos de ideas y se encargan de transportarlas entre los distintos tipos de actores presentes en la discusión.

Finalmente, Campbell (2004) subraya que los períodos de crisis y conflicto institucional representan una oportunidad para la adopción de nuevos programas que posibiliten el cambio institucional. En ese sentido, el autor argumenta que los patrones de interacción afectan la forma en la que los actores perciben las situaciones, y que la existencia de cambios en esos patrones puede causar, a su vez, cambios en los paradigmas y sentimientos públicos a partir de los cuales los sujetos interpretan el mundo que los rodea. La ocurrencia de estos cambios les permitiría, entonces, reconocer, reexaminar y reinterpretar aquello que antes daban por sentado acerca de sus problemas e intereses, llevando, posiblemente, a la creación de nueva institucionalidad.

4.3. Los sentidos de la acción

La relación entre el campo social y el campo político que establece Bourdieu, también la explica Vommaro (2017), quien afirma que, para entender los vínculos entre cada campo, es central considerar la dimensión cultural implicada. Esta reúne “la construcción de principios y jerarquías morales, así como de un *ethos* político que organiza las prácticas y los vínculos sociales en ese ámbito” (p. 39). El autor cree que esa construcción del *ethos político* se nutre “de ciertos anclajes sociales que le proveen marcos (frames) para interpretar su actividad, para darle sentido” (p. 39).

El autor introduce el concepto de *mundos sociales de pertenencia* para referirse a aquellos anclajes que, siendo ajenos al mundo político, nutren la actividad política. Según Vommaro (2017), los mundos sociales proveen al mundo político de marcos de sentido, condicionamientos, recursos y criterios de organización; ponen a disposición un “repertorio moral y estético” (p. 39) que permite construir el *ethos* del campo político, sus las “formas de actuar sedimentadas” (p. 40).

Para comprender el *ethos político* de una organización, Vommaro (2017) entiende esencial analizar los mundos sociales de pertenencia de quienes la integran. Particularmente, el autor propone estudiar relaciones sociales en las que se ven inmersos los actores políticos porque este estudio puede arrojar luz sobre los esquemas interpretativos y visiones del mundo que tienen las personas que componen al grupo, explicando también su complicidad o afinidad con otros grupos del mundo social.

En definitiva, para analizar la actuación de la FEMI en el contexto de la reforma de la salud, es importante considerar el conjunto de sentidos que movilizó a la dirigencia de la Federación, teniendo en cuenta el contexto sociohistórico en el que se gestó el proceso de cambio institucional y las conexiones que existían entre el campo social, el campo médico y el campo político. Particularmente, es importante reconocer las fuentes de capital político que la FEMI detentaba a la hora de intervenir, las estrategias que utilizó para convencer sobre sus propuestas, los sentidos que su dirigencia atribuyó a su actuación y los efectos que pudo haber tenido en el proceso general.

4.4. El rol de la Federación en la reforma

A modo de síntesis, se propone una definición de la idea del *rol* de la FEMI en la reforma a partir de las construcciones teóricas previamente presentadas. En este sentido, cuando Campbell (2004) hace referencia al *rol de las ideas*, refiere al modo en que estas afectan al cambio institucional, constriñéndolo o facilitándolo. Las ideas pueden tanto proponer limitaciones al cambio institucional, llevando a cambios más bien evolucionarios, como facilitar el cambio, al punto de generar revoluciones institucionales. De aquí que la idea de rol refiera a la intervención en procesos (que pueden ser de cambio o de conservación).

Entonces, un aspecto clave es la idea de rol como la afectación de un proceso, la intervención en él, limitando o impulsándolo. En otras palabras, el rol es una cualidad de algo o de alguien que, por su presencia o existencia en un determinado momento y lugar, estructura o incluso cambia la trayectoria del proceso. Luego deberían incluirse en la definición las formas en las que interviene, las razones que posibilitan esa intervención, así como su sentido y sus consecuencias.

Desde la perspectiva de Bourdieu (1981), el rol de los profesionales de la política es la participación en la “lucha simbólica por la conservación o la transformación del mundo social, por la conservación o transformación de la visión del mundo social y de los principios de división de ese mundo” (p. 8). De aquí que sea importante incluir en la definición de rol la noción de ideas como interpretaciones o representaciones del mundo, y de posiciones como lugares de poder objetivado dentro del campo en el que el actor interviene.

Además, el autor entiende que esta lucha implica “la movilización de los grupos, y por otra parte el monopolio de utilización de los instrumentos de poder objetivados” (Bourdieu, 1981, p. 8). En ese sentido, sería pertinente incluir, dentro de la noción de rol, las formas en las que se participa en esa lucha (los instrumentos que utilizan) y los sustentos que tienen los profesionales políticos para participar de la lucha (los capitales que invierten, la representación que proponen, y la movilización del mundo social que logran).

Por otro lado, y de acuerdo con las ideas de Vommaro (2017), los grupos sociales, en su actividad dentro las distintas esferas o campos, trasladan significados y prácticas de unos a otros, estructurando las formas en las que piensan, se expresan y actúan. De aquí la necesidad de incluir la noción de *sentido* a la definición del concepto de rol, permitiendo dar cuenta de los significados que puede tener el rol del objeto de estudio.

El rol de un actor en un proceso se concibe como una articulación entre estructura, acción y cultura. La estructura refiere al campo, los capitales y las posiciones, delimitando las posibilidades de intervención; la acción refiere a la participación del actor, es decir, a las estrategias, los discursos

y las ideas que despliega; y la cultura a las identidades y los sentidos que orientan y legitiman las prácticas. El rol no se limita a describir una posición o función desempeñada, más bien refiere al conjunto de prácticas, discursos y significados a través de los cuales los actores intervienen y representan dentro del campo.

A su vez, el rol implica resonancias que, lejos de ser consecuencias directas o relaciones causales, constituyen huellas simbólicas y relacionales: expresiones de la acción e interacción de los actores, siempre en diálogo con los mundos sociales de pertenencia y las lógicas del campo en el que actúan. Estas resonancias pueden observarse en distintos planos: en el mundo social, en los procesos, en los campos de acción, y en los propios actores y sus relaciones.

Entonces, estudiar el rol de la FEMI durante la reforma del sistema de salud uruguayo implica analizar su intervención a partir de un análisis de las posiciones que ocupó en el campo político, las formas en las que intervino (el discurso, las ideas y las estrategias que desplegó), los recursos que sustentan su participación (distintas formas del capital), los sentidos que atribuyen y las resonancias simbólicas y relacionales que le atribuyen.

Figura 1 - Modelo analítico para el estudio del rol de los actores sociales



Fuente: Elaboración propia.

5. Estrategia de investigación

5.1. Diseño de investigación

Para abordar el rol de la FEMI, y de acuerdo con los objetivos y las preguntas de esta investigación, se decidió partir del enfoque cualitativo, porque permite comprender la compleja realidad de la FEMI y su dirigencia en el contexto de la reforma del SNIS. La perspectiva cualitativa permite indagar los sentidos que los propios dirigentes atribuyen a su participación; es a partir del análisis discursivo de las entrevistas y de la doble hermenéutica que se logra desentramar un proceso multidimensional y complejo como el que aquí se aborda.

De acuerdo con Verd y Lozares (2016), la investigación cualitativa trata “de descubrir e identificar componentes cognitivos de la acción (sentido, intencionalidad, memoria, estrategia, etc.) de la persona o colectivo investigado” (p. 28). Según los autores, la metodología cualitativa generalmente se enfoca en la comprensión de los hechos, dedicando su estudio a pequeños grupos de unidades de análisis con el objetivo de obtener mucha información de cada una de ellas. Además, plantean que la investigación cualitativa estudia el caso en el contexto, y la relación que el caso tiene con el contexto, optando entonces por una perspectiva holística.

Particularmente, se decidió realizar un estudio de caso instrumental (Merlinsky, 2013) en el entendido de que la FEMI constituye un actor colectivo lo suficientemente denso, complejo y estable como para lograr un análisis multidimensional de su participación en el proceso de reforma. La autora explica que, en los estudios de este tipo, el interés de la investigación no se agota en el caso concreto, sino que se pretende construir conocimiento sobre la temática y desarrollar el campo de estudio. La selección del caso, siguiendo a Stake (1995) y Merlinsky (2013), lejos de garantizar representatividad, debe favorecer la generalización analítica, priorizando la capacidad para maximizar el aprendizaje, particularizar el fenómeno, ofrecer densidad descriptiva y conectar prácticas concretas con marcos teóricos.

5.2. Universo, población de estudio, unidad de análisis y de registro

El universo de esta investigación está constituido por el conjunto de prácticas y discursos de la Federación Médica del Interior en el proceso de reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud entre 2005 y 2010. La población de estudio comprende al grupo de médicos y médicas que, durante dicho período, ocuparon cargos electivos o direcciones técnicas dentro de la FEMI o de sus instituciones asociadas⁴, además del conjunto de documentos que, habiendo sido producidos por la FEMI o el Parlamento uruguayo dentro del período de interés, estén vinculados a la reforma. De acuerdo con lo anterior, la unidad de análisis comprende el conjunto de discursos observados en dichas personas y documentos.

Como unidades de registro se tienen: las transcripciones de las entrevistas realizadas a los dirigentes, los documentos oficiales elaborados por la FEMI dentro del período de referencia, y las versiones taquigráficas de comisiones parlamentarias afines que hayan tenido actividad durante el

⁴ Se utilizó el *método reputacional* (Codato, 2015) para reconstruir la composición de la dirigencia de la FEMI durante el período de referencia. Al realizar las entrevistas, se les consultaba a las personas sobre otros dirigentes reconocidos como tales por el propio grupo. De aquí surgió la necesidad de incorporar dentro de la noción de dirigencia de la FEMI a aquellas personas que entre los años 2005 y 2010 hayan estado a cargo de las direcciones técnicas de las distintas instituciones asistenciales que integraban la federación. Este último punto se puede justificar en el entendido de que las direcciones técnicas son el brazo ejecutor de las direcciones políticas y, en consecuencia, ocupan posiciones de decisión dentro de la FEMI, volviéndose relevantes para esta investigación (se sigue aquí el criterio propuesto por el *método decisional*).

período de interés. Además, se utilizó como insumo complementario la información recabada a través de las entrevistas a informantes calificados.

5.3. Técnicas de relevamiento

Según comenta Stake (2003), la triangulación es “un proceso de utilización de múltiples puntos de vista para clarificar el significado, verificando la repetibilidad de una observación o interpretación” (p. 148). Siempre que sea posible, Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (2014) argumentan que es conveniente contar con varias fuentes de información y métodos para obtener mayor riqueza, amplitud y profundidad de datos. Por esta razón, se ha optado por un diseño multimétodo, incorporando información de diferentes fuentes y utilizando distintas técnicas.

Para el caso de la dirigencia de FEMI y los informantes calificados se optó por las entrevistas semiestructuradas, en el entendido de que estas son útiles para la construcción conjunta de significados a través de las preguntas y las respuestas que se dan en la conversación (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2014). Además, este tipo de entrevistas permite cierta flexibilidad a la hora de hacer preguntas para precisar ideas u obtener más información, más profunda y rica en contenido.

La segunda técnica elegida fue el análisis documental. De acuerdo con Peña y Pirela (2007), esta técnica permite organizar y representar el contenido de los documentos escritos que, de otra forma, sería imposible de abarcar y transmitir. Según los autores, esta técnica permite el análisis y la síntesis de los datos presentes en tales fuentes de información a través de herramientas del tipo lingüísticas, extrayendo lo más relevante del texto sobre ciertas temáticas de interés. Por esta razón, es una herramienta útil para reconocer el rol de la FEMI en documentos escritos durante la reforma.

5.4. Estrategia de análisis

Se utilizaron el *análisis de contenido* y el *análisis crítico del discurso* (ACD). Para el primero, siguiendo la propuesta de Strauss y Corbin (2002), se realizó una codificación abierta de la totalidad del corpus, y luego una codificación axial, asociando los códigos en torno a las dimensiones principales del estudio (Anexo 2). Este análisis permitió conectar posiciones, ideas y sentidos que los actores atribuyen a su interacción.

Dado que la intervención de la FEMI se da dentro del campo político -un campo de lucha en el que se establecen relaciones de poder- es pertinente el uso de este segundo tipo de análisis para arrojar luz sobre las luchas de poder que involucran a la FEMI en el contexto de la reforma. De acuerdo con Van Dijk (1999; 2001; 2016), el ACD se centra en el modo en el que se practican,

reproducen y hasta combaten las relaciones sociales de dominio, el abuso de poder que se esconde en ellas, y las desigualdades que generan, todo esto a partir del estudio de los discursos y sus efectos.

Para lograr el análisis aquí propuesto se emplearon herramientas digitales como Atlas.ti, el paquete de programas de Office en general, y Excel en particular.

5.5. Operacionalización

La propuesta de este trabajo es el desarrollo de una visión integradora de las teorías presentadas -la idea del *campo político*, el *mundo de las ideas*, y los *mundos sociales de pertenencia*-, proponiendo la conceptualización del *rol* como síntesis integradora.

De estos conceptos se derivan una serie de dimensiones, entre las que se destacan aquellas explicitadas en la definición de la idea de *rol* presentada anteriormente: la estructura, la acción, la cultura y las resonancias. Además, se reconocen las siguientes subdimensiones: las *posiciones* ocupadas dentro del campo, los *capitales* invertidos, las *ideas* aportadas, las *estrategias* desplegadas, y el *sentido* que se le dio a la intervención. En el [Anexo 3](#) se puede observar la explicitación de ciertas variables e indicadores con el objetivo de ordenar y guiar con mayor claridad el análisis.

5.6. Muestra y selección de los casos

De acuerdo con Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (2014), en la investigación cualitativa las muestras son propositivas y lo importante es preguntarse qué casos son los que interesan y dónde se pueden encontrar. Por esta razón, se parte de una muestra tentativa que (al menos teóricamente) sea coherente con los objetivos de la investigación. En este caso se optó por una *muestra de casos tipo* (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2014) en la que se buscó cuotificar según regionales a las que pertenecían los dirigentes en el período de referencia, y según el tipo de institución de origen⁵.

Respecto a la muestra alcanzada, si bien prácticamente iguala la esperada en el total de personas entrevistadas, su composición a la interna difiere en cierto grado⁶. Como se puede observar en la Tabla 1, la muestra lograda está compuesta por un total de diecisiete personas, entre las cuales

⁵ La FEMI trabajaba dividida en cuatro regionales (norte, este, oeste y centro-sur) y existían dos tipos de instituciones socias de FEMI (gremios y asistenciales). La muestra esperada estaba compuesta por dos integrantes de cada tipo de institución por cada regional, sumando así cuatro dirigentes por regional (dos dirigentes gremiales y dos asistenciales), y dieciséis entrevistas en total. Además, dado que el nivel federativo tiene ciertas características que lo diferencian de las instituciones de base, se definió agregar otras dos personas que integraran el Comité Ejecutivo de la FEMI entre 2005 y 2010. El total a entrevistar se esperaba que fuera de dieciocho personas.

⁶ Durante el trabajo de campo se reconoció que en las trayectorias de la dirigencia de la FEMI conviven experiencias tanto a nivel gremial como asistencial. Además, durante el período de referencia, las personas que integran la población de estudio ocuparon cargos de representación tanto a nivel gremial, como asistencial y federativo. Por lo tanto, se considera que la cuotificación estricta a partir de una definición formal del cargo que se ocupa (ya sea a nivel gremial, asistencial o federativo) no es la más conveniente. Aun así, se buscó alcanzar una muestra similar a la planteada inicialmente.

el grupo mayoritario es el de quienes representan a la regional Centro-Sur, algo que puede explicarse por ser el subgrupo con mayor cantidad de asistenciales y gremiales. Por otro lado, menos de un tercio de la muestra son mujeres, y el promedio de edad general es de 67 años. Para más detalles sobre cada integrante de la muestra, ver el [Anexo 4](#).

Tabla 1 - Resumen de composición de la muestra cualitativa lograda

Regional	Dirigentes			Edad promedio			Departamentos representados	Tipo de representación incluida		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres		Gremial	Asistencial	Federal
Norte	3	2	1	68	67	69	2/5	✓	✓	✓
Oeste	3	1	2	64	66	63	2/3	✓	✓	✓
Centro-Sur	8	6	2	67	69	64	4/5	✓	✓	✓
Este	3	3	0	68	68	--	3/5	✓	⊗	✓
Total	17	12	5	67	68	64	11/18	✓	✓	✓

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, se definió una *muestra de expertos* propositiva (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2014) con el objetivo de recabar información inicial que pueda ser contrastada con el discurso de la dirigencia. Se realizaron ocho entrevistas en profundidad a informantes calificados, dentro de los cuales: dos formaban parte del gobierno, con cargos de alta jerarquía en el Ministerio de Salud Pública; uno era diputado por el partido de gobierno; uno fue representante de la FUS primero, y del gobierno departamental de Montevideo después; y los restantes cuatro han investigado académicamente a los actores y temas relacionados a la reforma ([Anexo 5](#)).

Para la selección del registro documental (tanto los elaborados por FEMI como las versiones taquigráficas) se definió utilizar el criterio de la *muestra homogénea* (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2014) porque se entendía pertinente que los documentos compartieran ciertas características. En este sentido, se tienen dos muestras distintas, una para los documentos elaborados por FEMI en el período de referencia (diez en total) y otra para las versiones taquigráficas de comisiones parlamentarias en las que participó la dirigencia entre 2005 y 2010 (veintiuna en total)⁷. En el [Anexo 6](#) y [Anexo 7](#) se presenta mayor información sobre estos documentos; para un resumen del total del corpus, consultar el [Anexo 8](#).

⁷ En el caso de los documentos oficiales de FEMI, se accedió a la página web de la Federación y se descargó la totalidad de los documentos que estuvieran disponibles y que hayan sido publicados dentro del período de interés. Para el caso de las versiones taquigráficas, se recurrió al buscador de la página web del Parlamento; utilizando como filtro el período entre febrero de 2005 y diciembre de 2010, se procedió a buscar por las palabras clave “FEMI” y “Federación Médica del Interior” en todas las comisiones tanto de la Cámara de Senadores como de Representantes. Se incluyeron en la muestra todas aquellas transcripciones en las que se observó la participación de al menos una persona en representación de la FEMI. Se recomienda consultar el resumen metodológico presentado en el [Anexo 12](#) para obtener mayor información.

5.7. Informe de campo

El trabajo de campo tuvo una extensión aproximada de siete meses, iniciando a mediados de marzo de 2023 y culminado a principios de octubre del mismo año. Mientras se desarrollaba el trabajo se reconocieron ciertas dificultades a la hora de lograr el contacto con la población de estudio. Podrían resumirse en los siguientes puntos: i. la dispersión geográfica de las personas seleccionadas, típicamente residentes del interior del país; ii. el tamaño y la complejidad organizacional de la FEMI en aquel entonces, que llevaba a que existieran, como mínimo, dos grupos directivos en cada departamento (en algunos hasta seis), uno gremial y otro asistencial (a estos se les debe sumar el grupo que formalmente dirigía la FEMI como organización de segundo grado); iii. la escasez de datos, poco sistematizados y centralizados; iv. la no habituación al uso de plataformas de videoconferencia por parte de algunas personas pertenecientes a la población de interés.

5.8. Saturación teórica

La saturación teórica en este trabajo es entendida de acuerdo a la propuesta de Ortega-Bastidas (2020), quien se distancia de las definiciones tradicionales que establecen este punto como una instancia de clausura en la investigación. En este sentido, la autora propone que la saturación en la investigación cualitativa se alcanza por medio de una constante reflexión de quien investiga en torno a dos criterios: la densidad y la autenticidad de la información recabada.

Ortega-Bastidas (2020) recomienda seguir un sistema de operaciones circular y recursivo durante todo el proceso de investigación (Anexo 11). Para garantizar la densidad de la información, la autora explica que quien investiga debe revisar constantemente la heterogeneidad de los significados dados por los sujetos, logrando construir categorías conceptuales que reúnan propiedades de los discursos, de forma que se reconozcan nodos de convergencia y momentos de disenso discursivo. A la vez, para garantizar la autenticidad de la información, el investigador debe: conocer su posición epistemológica y reconocer la existencia de otras, evitar el relativismo extremo, atender la sensibilidad de los sujetos (situándose al servicio de los otros), y releer constantemente los datos para poder dar cuenta de esta reflexión.

Concordando con este enfoque, la saturación teórica en este estudio se garantizó a través de una reflexión continua de la acción de quien investiga (sobre el objeto y su análisis), la comparación constante de las entrevistas y los documentos recabados, la relectura de los materiales, la revisión progresiva de las categorías de análisis, y la incorporación de los emergentes, hasta alcanzar una comprensión densa y auténtica de las prácticas, discursos y sentidos puestos en juego por la Federación Médica del Interior en el contexto de la reforma del sistema de salud.

6. Análisis

6.1. La estructura de la Federación Médica del Interior

6.1.1. Descripción endógena

Para lograr una mejor comprensión del rol de la Federación Médica del Interior en el contexto de la reforma de la salud, es necesario enmarcarlo dentro de su estructura organizacional. Es por eso que, en los siguientes párrafos, se describe la composición societaria de la Federación, sus principales órganos directivos, y las formas en las que se organizaba y trabajaba durante el período analizado.

Durante el período abordado, la Federación Médica agrupaba un total de 23 gremios médicos y 24 instituciones de asistencia médica, totalizando en 47 organizaciones de primer nivel asociadas a la Federación (Anexo 1)⁸. La presencia de la FEMI era nacional, contando con asistenciales en todos los departamentos del país, y gremiales en todos a excepción de Montevideo en donde sí contaba con una asistencial de la FEMI: el Sanatorio Americano. A su vez, la Federación trabajaba (y todavía lo hace) dividida en cuatro regionales: Norte, Oeste, Centro-Sur y Este⁹.

La división por regionales le permitía crear en su estructura interna otros órganos que facilitaban y organizaban su trabajo. En ese sentido, de las entrevistas con dirigentes y con informantes calificados, se logró reconstruir parte del método de trabajo de la Federación. De acuerdo con ellos, la FEMI contaba con dos instancias de reunión y decisión colectiva: un Plenario Gremial y un Plenario Asistencial. A estos plenarios iban delegados de las organizaciones socias de la Federación (sindicatos y asistenciales).

Los plenarios contaban, con dos órganos de carácter más ejecutivo: por un lado, estaba el Secretariado Gremial, y por otro, el Secretariado del Plenario Asistencial; el *SEGRE* y el *SEPA*. Ambos secretariados estaban conformados por un representante de cada regional, elegido cada dos años por las organizaciones (gremiales o asistenciales) pertenecientes a la región correspondiente. Sobre esto, según describe uno de los entrevistados:

⁸ Estatutariamente, la FEMI nucleaba únicamente sindicatos médicos del interior del país; el ala asistencial quedaba al margen. Su Consejo Ejecutivo estaba conformado por una presidencia, una vicepresidencia, una secretaria y dos vocalías. A esos cargos accedían quienes estuvieran agremiados a los sindicatos de base y conformaran alguna de las listas habilitadas. Las elecciones se realizaban cada dos años, y se votaba a nivel del gremio local. Luego del escrutinio, los resultados generales eran ponderados de acuerdo con la cantidad de trabajadores asociados que tuviera cada gremio, por lo que el Consejo Ejecutivo podía -y solía- llegar a ser integrado por representantes de dos o más listas distintas.

⁹ La Regional Norte agrupaba a las asistenciales y gremiales de Artigas, Rivera, Salto, Tacuarembó y Paysandú. La Regional Oeste reunía a Río Negro, Soriano y Colonia. En la Regional Centro-Sur se nucleaban Durazno, Flores, Florida, San José y Canelones. Y la Regional Este, con Cerro Largo, Treinta y Tres, Lavalleja, Rocha y Maldonado.

“el SEPA y el SEGRE (...) buscaban el consenso o (...) los acuerdos, en los puntos que diferenciaban a uno y al otro, para dejar a la directiva de FEMI con una posición”

(EA N°6 - Dirigente de FEMI)

Ambos secretariados eran reconocidos por la dirigencia como un nexo entre las organizaciones de base y el Consejo Ejecutivo, trabajando en conjunto en la negociación interna, en la articulación entre bases y dirigencia, y en la elaboración de síntesis de trabajo y acuerdos, funciones relevantes para comprender el rol de la FEMI en las negociaciones por el SNIS. Esta estructura heterogénea e integrada la dotaba de un conjunto de recursos diferenciales que, en términos de Bourdieu (2001), pueden entenderse como distintos tipos de capital cuya distribución estructura los intercambios dentro del campo político. En este sentido, la complejidad organizativa de la Federación se traduce en la disponibilidad de capital social (derivado de la representación de los trabajadores, empresarios y usuarios) y capital cultural (expresado en la legitimidad profesional y prestigio social de los médicos como universitarios).

El entramado complejo de la FEMI también es una fuente de capital económico, al ser la organización una cámara empresarial, con capacidad para contratar asesores y ejercer presión económica cuando se necesitase. Finalmente, también se reconoce su capital político si se lo entiende como una especie de capital simbólico, como la reputación de la FEMI y su legitimidad para participar en las discusiones por el SNIS, (Chihu Amparán, 1998; Bourdieu, 1999; Joignant, 2012). Este último tipo de capital es captado por FEMI sobre todo a partir de su naturaleza gremial y los vínculos que tenían de algunos de sus dirigentes con el campo político y los partidos; pero también es conseguido a partir de la conversión de las otras formas del capital. Como se verá más adelante, estos capitales, así como su conversión e inversión, representan la base desde la cual la Federación articuló sus estrategias de incidencia durante la reforma¹⁰.

Además, al integrar ambas vertientes, y al negociar internamente, la FEMI demostraba al resto de los actores su capacidad para discutir los problemas y llegar a acuerdos, algo propio de la actividad política, un componente del habitus del político. Considerar la capacidad de diálogo como una especie de capital político cobra mayor relevancia si se tiene en cuenta el contexto en el que se daba la reforma: el giro a la izquierda en Uruguay implicó una redefinición del campo político, observándose pautas más pluralistas e inclusivas en la composición de las dirigencias (Serna et al., 2012), una apuesta al diálogo social como mecanismo para la definición de soluciones de política y un consecuente aumento en la participación de colectivos sociales (Fuentes, 2013; De Armas, 2017).

¹⁰ En la experiencia que tenían los secretariados de la FEMI a la hora de armonizar las posturas dentro de la Federación se puede reconocer la conjugación de los distintos capitales. La actuación de los secretariados implicaba el diálogo continuo entre grupos muchas veces contrapuestos en la sociedad: el empresariado y los trabajadores. De esta forma, la FEMI conseguía aumentar su capital social al incorporar en su postura intereses de al menos dos colectivos importantes en el contexto de la reforma, brindándole legitimidad política a la organización.

Si bien trabajaban juntas, parecía existir cierto espacio de autonomía entre ambas alas. Al ser consultados por la influencia de las empresas en las elecciones de la Federación mientras estaban nucleadas en una sola organización de segundo orden, algunos entrevistados explicaban que, si bien podía existir cierto *lobby* por parte de las asistenciales (dando cuenta del capital económico y cómo era utilizado por la dirigencia de la Federación), eran los médicos agremiados quienes votaban a sus representantes, por lo que, en última instancia, la dirigencia explica que su propia conformación habría estado mayormente determinada por otras formas del capital (como el social, el cultural o el político) antes que por el capital económico de sus dirigentes y las instituciones que representaban¹¹.

En definitiva, la dirigencia de la FEMI reconoce la complejidad de su estructura, representando intereses empresariales y gremiales a la vez. Esta doble representación es explicada por la dirigencia como una fortaleza a la hora de comprender la realidad de la salud en el interior del país, siendo capaces de proponer soluciones a problemáticas complejas y multicausales. Aquí se reconoce el capital cultural como un conocimiento profundo e internalizado, tanto sobre el sistema de salud y su puesta en práctica en el interior del país, como sobre la articulación efectiva de intereses contrapuestos. El capital cultural operaba como una suerte de *expertise diferencial* que le facilitaba cierta legitimidad a la hora de exponer sus posturas sobre el sistema de salud dentro del campo político.

6.1.2. Descripción exógena

Sobre esta dualidad, si se considera la visión de los informantes calificados, se reconoce nuevamente cierta dificultad para establecer el tipo de intereses que promovía la Federación durante su participación en la reforma. Por ejemplo, uno de los informantes reconoce el capital económico como la principal fuente de legitimidad de la Federación. Según el entrevistado, las decisiones en la FEMI las tomaban los dirigentes de las empresas, y por esto, el diálogo propuesto por la Federación lo lideraban quienes acumulaban los recursos económicos:

¹¹ A pesar de esto, los entrevistados reconocían ciertas dudas en torno a esta dualidad de la FEMI entre los intereses gremiales y los asistenciales-empresariales. En concreto, la preocupación era que la representación de ambos intereses quedara en manos de un único presidente, un presidente que “*era el presidente de los sindicatos por definición estatutaria, pero en los hechos y en la cultura de la organización [también] era el presidente de la Cámara Empresarial*” (EO N°5, dirigente de FEMI). Los cuestionamientos convivían en la interna de la FEMI con el mencionado *ambiente colaborativo*, pero se priorizaba la unidad y la cooperación antes que el conflicto.

“no tenían una doble característica, tenían la característica empresarial (...) la opinión que importaba era la de los que cortaban el bacalao en las instituciones. Esos eran los que (...) diseñaban políticas y los que llevaban adelante el sistema (...) eso fue una de las buenas cosas que hizo [la FEMI]. La dualidad existía [formalmente], pero en la práctica no”

(EO N°19 - Informante calificado)

Otras opiniones expertas coinciden con este planteo, aduciendo que, por un lado, al principio de la reforma, en la construcción de los grandes lineamientos del que iba a ser el nuevo sistema de salud uruguayo, era más sencilla la unión o el acuerdo entre intereses gremiales y empresariales. Pero cuando se trataba de definir los límites lucrativos que el nuevo sistema proponía, y de decisiones concretas que afectaban el comercio de estas empresas, la postura de la FEMI era esencialmente empresarial.

Estas perspectivas coinciden con la de Schelotto (2017), quien explica que las brechas prevalecientes entre la ley y su puesta en práctica son, en cierta medida, explicadas por los intereses empresariales presentes durante el proceso de reforma. Un ejemplo de estas brechas lo propone Anzalone (2018), quien afirma que se presentaron ciertas dificultades para la instalación efectiva de los Consejos Asesores y Consultivos creados por la ley del SNIS. De acuerdo con el autor, estas limitaciones “surgen de la actitud de las direcciones institucionales, de la debilidad de los actores sociales y del diseño y potestades de estas instancias” (p. 93).

Lo que se observa, entonces, es la forma en la que la estructura de poder entra en juego en función de la distribución de las distintas formas del capital. Más allá de las normas que el campo político imponga sobre el mundo social, en cada campo existe una distribución de recursos (o capitales) que se pone en juego. El campo político puede legislar, pero no siempre influye de la misma forma ni con la misma capacidad sobre, por ejemplo, el campo de la salud. Asimismo, dado que el campo político tiene una autonomía limitada (Bourdieu, 1981), el campo de la salud, mediante sus actores, tiene la capacidad de influir sobre las decisiones de política, y esta influencia obedece a la estructura y distribución de los capitales entre actores como la Federación.

Es en esta intersección entre los campos en donde se encuentra la actividad de la FEMI en el contexto de la reforma: entre la política y la salud, un espacio en el que las fronteras entre lo técnico y lo político se desdibujan. En esa zona intermedia, la legitimidad de la Federación no depende solo de las lógicas del campo político, también depende de su capacidad para traducir intereses económicos y gremiales en argumentos técnicos y éticos. En ese campo híbrido utiliza sus recursos, favoreciendo o limitando la implementación de las definiciones del sistema político, con repercusiones dentro de un campo en el que la FEMI es un actor relevante, un actor con los recursos suficientes para imponer su visión e intereses.

En definitiva, las entrevistas a informantes también dan cuenta de la complejidad del entramado entre los intereses empresariales y los gremiales de la FEMI. En ese sentido, si bien algunos entrevistados reconocen que (hasta cierto punto) los intereses empresariales predominaban por sobre los gremiales, no hay consenso al respecto, siendo que incluso aquellos que reconocían cierta hegemonía empresarial admiten un nivel de complejidad elevado entre las dos alas de la FEMI.

6.2. La puesta en juego de la estructura

Coincidiendo con las anteriores descripciones, el análisis de la representación que llevó adelante la dirigencia de la FEMI en el contexto de la reforma de la salud permite observar que la Federación promovió un complejo entramado de intereses empresariales y gremiales. Es decir, la combinación y transformación de capitales se observa no solo en el discurso de la dirigencia, sino también en su acción durante las negociaciones.

Por un lado, las intervenciones de sus dirigentes centraban su preocupación en el desarrollo de la medicina en el interior del país, en la mejora de la calidad de la atención en salud fuera de Montevideo. En sus discursos aparece la idea de representar una *voz alterna*, una voz que involucra a personas no tan escuchadas, más bien olvidadas desde su visión: las personas que viven fuera de los límites de la capital nacional. Al explicarse como un representante del interior del país, se observa cómo la FEMI utiliza su capital social como instrumento de entrada a la discusión política sobre la reforma.

“En nuestro interior, el acento en cualquier reforma lo ponemos en la mejor distribución de los recursos en salud (...) Debemos terminar con un servicio de salud privilegiado en Montevideo con respecto al resto del territorio nacional”

(FEMI, 2004, p. 22)

En la cita se observa la movilización (al menos simbólica) que realizaba la Federación de sus bases sociales, incorporando a un sector amplio de la población uruguaya en su representación. Y no solo incluía a los médicos o los empresarios de la salud del interior, su representación buscaba incorporar a la población en general, logrando convertir este recurso en capital político al amplificar sus demandas, elevando su legitimidad dentro del campo.

En el contexto del giro a la izquierda en Uruguay, la FEMI supo inscribir su discurso dentro de los valores predominantes en el campo político: la universalización, la democratización y la equidad. Al hacerlo, no sólo reforzó su visibilidad frente al poder político, sino que tradujo sus intereses particulares en términos compatibles con el espíritu reformista de la época. En esta convergencia discursiva se revela la capacidad de la Federación de adaptarse a las lógicas del campo

político, presentando sus reivindicaciones como una extensión del proyecto de transformación social impulsado por el Estado.

Pero, además de esta representación de la *voz alterna*, la dirigencia de la Federación defendía tanto la profesión y los derechos laborales de los médicos del interior, como los intereses asistenciales-empresariales (en general, la importancia de las empresas privadas de salud y la necesidad de que subsistan). Aquí aparece nuevamente el capital social, esta vez obtenido de fuentes distintas y más concretas, pero también aparece el capital cultural y el capital económico. El primero es reconocible en la representación de la corporación médica como un grupo de universitarios con capital cultural institucionalizado (Bourdieu, 2001), que reclama para sí ciertas tareas y derechos, y que basa su defensa en el conocimiento y los diplomas que tienen sus integrantes.

Por otro lado, el capital económico es reconocible en la capacidad financiera de la FEMI a la hora de invertir en infraestructura y proveer servicios de salud. La dirigencia explicaba frecuentemente el papel que había desempeñado en el desarrollo de la medicina en el interior del país: creando sanatorios y policlínicas, invirtiendo en recursos humanos capacitados, promoviendo la radicación de médicos en el interior del país, innovando en la asistencia médica¹². Además, como se verá más adelante, el capital económico de la Federación también puede reconocerse en la contratación de múltiples asesores y técnicos que, basándose en su propio capital cultural, brindaban herramientas y legitimidad a la FEMI a la hora de plantear sus intereses en el contexto de reforma.

Si se observa el período 2005-2010, se reconoce que el tipo de intereses empresariales aparece más frecuentemente en comparación con los de tipo gremial. La tendencia parece remarcarse a finales del año 2006, particularmente cuando se empezó a discutir la Ley N°18.211 (de 2007), que creó al Sistema Nacional Integrado de Salud. Contrariamente, al comienzo del período, los intereses de la FEMI parecían estar más inclinados hacia su representación de las y los trabajadores *médicos del interior*¹³.

Las posiciones tendientes hacia el ala gremial de la FEMI al inicio del período pueden ser entendidas si se toma en consideración el contexto social, económico e histórico en el que se encontraba el país. La coyuntura marcada por una crisis socioeconómica y la llegada de la izquierda por primera vez al gobierno dio marco y sustento a la actitud de la FEMI. Esta vio en el nuevo gobierno -decididamente abierto a la participación social- una ventana de oportunidad para buscar y

¹² Por ejemplo, con el desarrollo de una red integrada de asistencia médica extendida en todo el territorio nacional, o la creación de un fondo específico para el financiamiento de medicamentos y tratamientos de alto costo (FOFEMI).

¹³ Aun así, la convivencia de ambos intereses persistió durante todo el período, especialmente si se considera que uno de los grandes conflictos del sector salud sucedió entre agosto y setiembre del 2007, enfrentando al bloque FEMI-SMU-SAQ contra el de ASSE-MSP. Inició por un reclamo salarial de las gremiales/sindicales, y tuvo su punto más álgido luego del decreto de esencialidad de los anestésico-quirúrgicos. Fue mediado por la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de Diputados a pedido de los propios sindicatos. En este contexto, la FEMI parece haber retomado sus intereses gremiales.

lograr generar nuevas garantías económico-laborales para su gremio, reclamando aumentos salariales, equidad para sus trabajadores agremiados, y unidad del cuerpo médico como una entidad, con derecho a la autorregulación y al ejercicio liberal de su profesión¹⁴.

Ya sobre la segunda mitad del período, con la reforma de la salud en su etapa plena y con las leyes más importantes sobre la mesa, la FEMI movió su foco hacia cuestiones que afectaban básicamente a las empresas y, en ocasiones, relacionaban esos intereses a temas gremiales e incluso a problemas sociales. Es así cómo su participación en las comisiones pasó a referirse a los efectos que podrían tener ciertas políticas públicas -o algunas dimensiones de ellas- en sus instituciones de asistencia médica, y cómo esto afectaba tanto a sus trabajadores como a las personas que atendían.

6.2.1. Representación gremial

A comienzos del período de referencia, la dirigencia buscaba, a través de su representación gremial, manifestar ciertas inseguridades que se generaban en las y los trabajadores médicos. Durante las comisiones parlamentarias los dirigentes explicaban que el tipo de reforma que se estaba pensando implicaba cambios profundos, pero no encontraban hasta ese entonces una descripción de los efectos concretos que iba a tener sobre el trabajo de los médicos, sobre la modalidad y sus remuneraciones. Asimismo, reclamaban lugar para los trabajadores médicos en los nuevos espacios de gestión-dirección del sistema de salud.

Dentro de esta inclinación hacia los intereses gremiales, se observa cierto corporativismo médico, siendo que sus dirigentes también introducen en sus discursos argumentos e ideas acerca de la labor y ética médica. Esto va en línea con lo que explica Portillo (1995) sobre el desarrollo de la medicina en las sociedades modernas y la creación de corporaciones médicas que buscan defender la especificidad de sus tareas. En este sentido, la reforma representaba una suerte de apertura hacia la reconfiguración de las estructuras de poder dentro del sistema nacional de salud. La dirigencia de la FEMI, como grupo de médicos, reconoció y manifestó ciertos riesgos contrarios a sus intereses corporativos que, como mínimo, deseaban mantener y, como máximo, desplegar.

Un ejemplo de lo anterior se observa en la discusión sobre la incorporación del testamento vital al ordenamiento jurídico nacional. Este proyecto de ley implicaba un marco legal en el que se habilitara la suspensión de tratamientos médicos en personas en estado terminal, con enfermedades incurables e irreversibles¹⁵. En concreto, los dirigentes de la FEMI planteaban que no correspondía a un juez determinar la aplicabilidad de la ley a cada caso, insistiendo en la especificidad del conocimiento que se requiere, y en cómo son los médicos a los que se les debe reservar esta decisión:

¹⁴ En el período analizado también se discutió y creó el Colegio Médico del Uruguay (Ley N° 18.591 del año 2009).

¹⁵ Tema sobre el que se legisló en la Ley N° 18.473 del año 2009.

“no creemos que sea competencia de un Juez autorizar eso (...) le daría poder de veto sobre una decisión médica (...) va a depender del subjetivismo del Juez de turno (...) casos idénticos pueden llegar a resolverse de distinta manera”

(Dirigente de FEMI - Parlamento del Uruguay, 2006a)

La dirigencia buscó generar las garantías que consideró pertinentes para ejercer la profesión médica. Debe destacarse aquí el uso del capital simbólico por parte de los dirigentes de la FEMI, quienes recurrieron al reconocimiento social e histórico que la medicina tiene a la hora de tomar decisiones sobre la vida, la enfermedad, la muerte y el control de la salud en nuestra sociedad. La dirigencia argumentaba que la aplicabilidad del caso a la ley era una *decisión médica*, explicando que, si no era un médico quien lo decidía, se corría el riesgo de la subjetividad y la incoherencia en la aplicación de las normas.

De esta forma, tomando en cuenta los aportes de Joignant (2012) sobre la transferencia y conversión de capitales de un campo cualquiera al campo político, y las ideas de Vommaro (2017) respecto a los mundos sociales de pertenencia, los dirigentes de FEMI trasladaban el reconocimiento y los sentidos que tenían dentro del campo de la salud (como referentes de una federación médica nacional) a la arena política, es decir, al espacio donde se discuten y se toman decisiones vinculantes que determinan las normas y las formas de relacionamiento que cada sociedad se da para gestionar sus conflictos y mantener su cohesión (Vallès, 2015).

6.2.2. Representación asistencial-empresarial

Por otro lado, en varias ocasiones, el foco de la dirigencia estaba puesto en el grado en que las propuestas de reforma ampliaban o reducían tanto el mercado de los servicios de salud como las libertades empresariales de las que gozaban las asistenciales. Se presentaban como una red de asistenciales con experiencia en la provisión de servicios de salud en todo el territorio nacional, dando cuenta del capital simbólico que la FEMI ponía en juego para intervenir en las discusiones por la reforma del sistema de salud. A la vez, se posicionaban como un bloque empresarial articulado e integrado, que brindaba asistencia a más de medio millón de personas, y que era, en muchas partes del país, una fuente de trabajo necesaria, que brindaba una solución concreta y real al problema de la radicación médica fuera de Montevideo.

A modo de ejemplo, frente a la propuesta de un nuevo sistema de salud que integrara los subsistemas público y privado en uno sólo, a la dirigencia de la Federación le preocupó el despliegue que podría lograr la administración pública en la cobertura de asistencia médica. La FEMI alertaba una eventual situación de *competencia desleal* entre ASSE y las asistenciales privadas, y proponía que se regularan las formas en las que cada tipo de proveedor participaría en el mercado. Como este, otros dos episodios permiten observar nuevamente la defensa de intereses empresariales por parte de

la dirigencia de la FEMI. Por un lado, la promulgación de la Ley de Cooperativas N°18.407 (2008), que dejó afuera a las cooperativas de profesionales, decisión que llevó a la Federación a reclamar la mantención de ciertas exoneraciones fiscales para las asistenciales. Por otro, la discusión sobre la creación del FONASA, en la que la FEMI advirtió que la introducción de las cápitales reduciría significativamente los ingresos de muchas de sus instituciones, afectando su viabilidad económica.

6.2.3. Representaciones en tensión

Se observan intervenciones en las que la representación pasa a ser una mixtura entre lo gremial y lo empresarial-asistencial. En estos casos, la dirigencia de la Federación proponía a los intereses empresariales en un estrecho vínculo con los gremiales-laborales. Como se mencionó anteriormente, los representantes de FEMI explicaban con frecuencia que el nuevo sistema debía garantizar la existencia de las instituciones privadas, porque estas eran una fuente de trabajo importante para las y los médicos del interior.

“no sostener la viabilidad institucional va a afectar; entre otras cosas, el salario de los trabajadores de las instituciones (...) con consecuencias laborales y sociales que todavía no estamos en condiciones de determinar”

(Dirigente FEMI, Parlamento del Uruguay, 2007a)

No obstante, y tal como se aprecia en la cita, resulta interesante destacar la preeminencia que muchas veces presentaron las empresas frente al trabajo en los discursos de la dirigencia, argumentando que eran las primeras las que beneficiaban al segundo, sin hacer mención a un posible beneficio mutuo. Y este pareciera haber sido uno de los marcos más utilizados por la dirigencia de la Federación a la hora de justificar sus propuestas o de posicionar sus reclamos en la discusión.

A lo largo del período de interés, la participación de la FEMI en el campo político revela un desplazamiento en la jerarquía de los capitales que estructuraron sus discursos y su accionar. En los primeros años, la Federación sustentó su participación principalmente con su capital social, cultural y simbólico, vinculados a la representación gremial de los médicos del interior, y a la legitimidad obtenida al movilizar paradigmas de equidad y universalidad en el acceso a la salud de la población uruguaya. Sin embargo, con el avance de la reforma y la consolidación del nuevo sistema, el capital económico de sus asistenciales cobró mayor importancia en la definición de su posición, desplazándose desde la defensa de la reforma hacia la sostenibilidad empresarial.

En su accionar, la FEMI transformó distintos tipos de recursos que obtenía tanto de la legitimidad de sus integrantes dentro y fuera del campo político, como de la propia experiencia de la Federación, desplazándose entre la agremiación y el empresariado. Además, buscó incorporar la representación social de amplios sectores de la población uruguaya, para utilizar el capital social

involucrado en dicha representación. De esta forma, construyeron un repertorio híbrido de representación, entre lo gremial y lo asistencial, entre la corporación y la población del interior. Esta capacidad de convertir y combinar capitales diversos es imprescindible para comprender el rol de la Federación en el proceso de reforma, así como el punto de partida para comprender las estrategias de incidencia que desplegó en el campo político, tema que se desarrollará más adelante.

6.3. La acción dentro del campo político

6.3.1. Apoyos y resistencias al cambio institucional

En los espacios formales de decisión dentro del campo político, el posicionamiento¹⁶ de la FEMI se presentó en forma favorable a la reforma en su globalidad. Este apoyo general también lo manifestaban en los documentos oficiales del período, afirmando que *“desde el comienzo de la Reforma, nuestra Federación ha tenido una actitud de apoyo responsable a la misma, con participación activa y con capacidad de propuestas”* (FEMI, 2009, p. 112).

Pero su respaldo no era absoluto, sino más bien crítico o selectivo, tendiendo a oponerse frente a propuestas concretas de implementación. El posicionamiento en contra de la FEMI se dio principalmente en torno a tres ejes: *i.* la presencia de artículos en los proyectos de ley que fueran en contra de las libertades de las empresas privadas; *ii.* la no inclusión, en el valor de la cápita, del riesgo de las personas no aseguradas a través del FONASA; *iii.* la no regulación de la competencia entre ASSE y las instituciones de asistencia médica privadas (Figura 2).

Por ejemplo, durante la sesión de una comisión parlamentaria, al referirse al proyecto de ley que creaba el SNIS, uno de los representantes de FEMI explicaba que la JUNASA, tal como se estaba creando, iba detentar demasiada injerencia sobre el sistema y las instituciones, y que incluso algunas de estas atribuciones se superponían con las capacidades y funciones del propio MSP. En la intervención del dirigente se reconoce el interés de la FEMI por preservar la autonomía de las asistenciales, trayendo desde el mundo empresarial la noción de la *libre gestión* como una oportunidad para la toma de decisiones y la creatividad administrativa de su grupo¹⁷.

En definitiva, lo que se observa es la traslación de una cultura propia del mundo empresarial a la política, con la intención específica de influir en la toma de decisiones sobre el sistema de salud nacional (Vommaro, 2017). Y esto lo hacían al mismo tiempo que proponían y entendían deseable

¹⁶ En este trabajo existe una diferencia sutil entre las *posiciones* de la FEMI en el campo político, que remiten al lugar relacional que la Federación ocupa, a partir de la distribución de los distintos capitales que logra movilizar en dicho campo, y su *posicionamiento* frente a la reforma, que refiere a las tomas de postura concretas, a partir de las que la FEMI intervino discursiva y estratégicamente para incidir en las decisiones durante el proceso de reforma.

¹⁷ Este tipo de posicionamientos guarda estrecha relación con el paradigma neoliberal reinante en los años noventa y, particularmente, con los programas de competencia o atención gerenciada de los sistemas de salud propuestos desde dicha concepción (Iriart, Emerson y Howard, 2000; Granados Toraño, 2003).

que el Estado sí interviniera en otras áreas de la salud. En ideas de Bourdieu (2001) y Joignant (2014), la FEMI movilizaba su capital cultural y su legitimidad profesional (Portillo, 1995; Mitjavila, 1998) para intervenir en la definición legítima de los límites del Estado en el sector de la salud.

Respecto a los posicionamientos por la afirmativa (Figura 3), en general, estos se dieron en torno a los siguientes tres ejes: *i.* el cambio en el modelo de financiamiento a partir de la extensión de la cobertura de la Seguridad Social (entendiendo que la cultura institucional del país¹⁸ representaba una sólida base de financiamiento del nuevo sistema nacional de salud); *ii.* la descentralización de ASSE (considerada como el primer paso hacia la reforma); *iii.* la coordinación e integración de los subsectores público y privado.

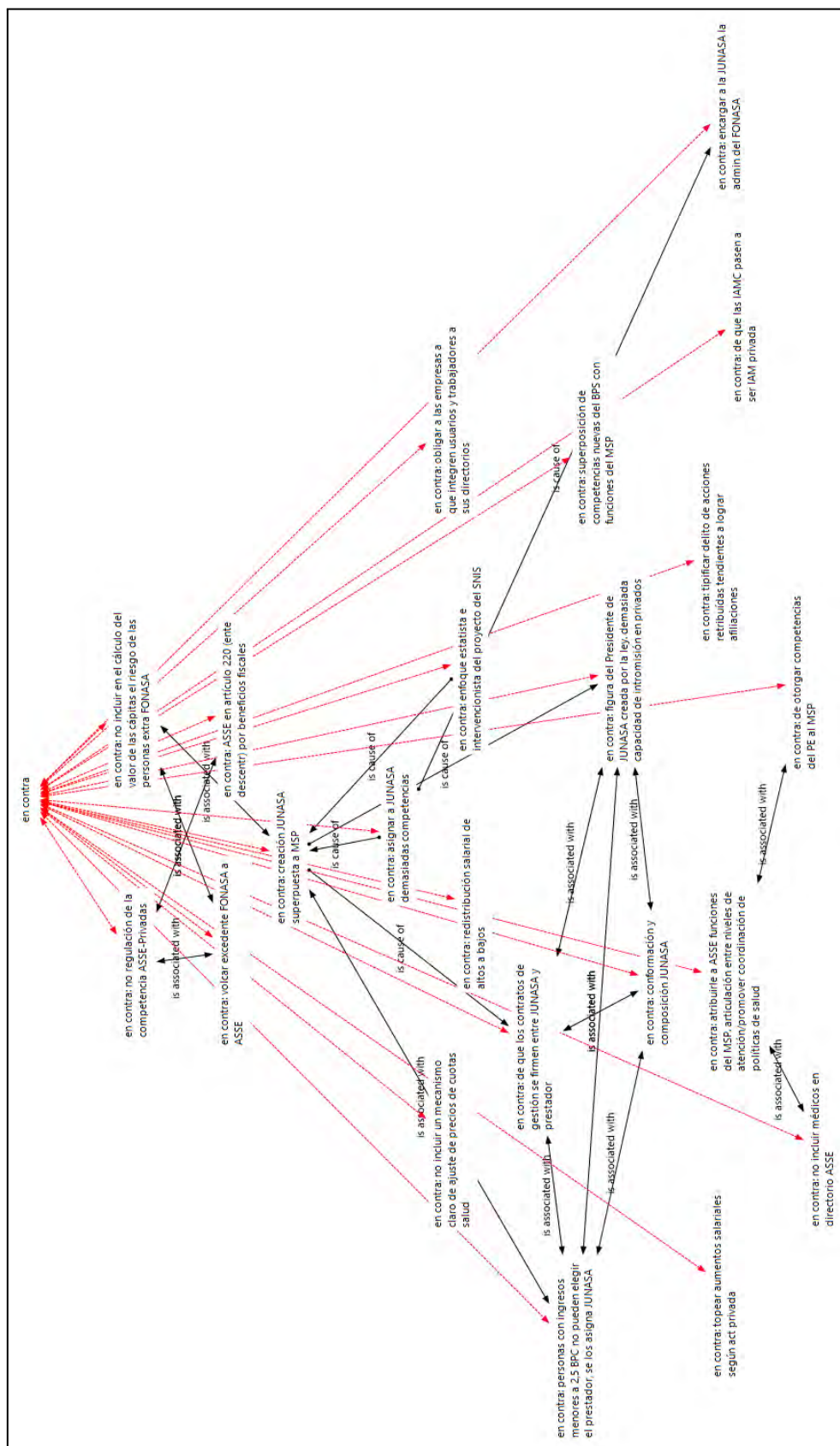
Del análisis anterior se puede constatar que, en ocasiones, la FEMI tendió a actuar como un *constituyente* o *actor de veto* (Campbell, 2004; Hallerberg, 2010). En primer lugar, porque hizo notar la importancia de su colaboración en la reforma; era un actor al que había que, como mínimo, convencer de las bondades de las propuestas de reforma¹⁹. En segundo lugar, porque -dadas las características de relevancia social y política- la dirigencia logró que sus demandas fueran consideradas valiosas por el resto de los actores dentro del campo político, siendo partícipe en los espacios formales de decisión, y también en los informales. En tercer lugar, porque en estos espacios no solo observó lo que se estaba discutiendo, sino que argumentó principalmente en contra de aspectos específicos de la reforma²⁰.

¹⁸ Entre otras cosas, por la experiencia del BPS en la gestión de la antigua Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE), antecesora del FONASA que funcionaba como un seguro para todos los trabajadores del sector privado.

¹⁹ Por ser el conglomerado de empresas y gremios que era, por el tamaño de su participación en la atención en salud, por su conocimiento sobre la salud del interior del país, y por ser médicos quienes estaban al frente de tales demandas (con el reconocimiento social que esto implica).

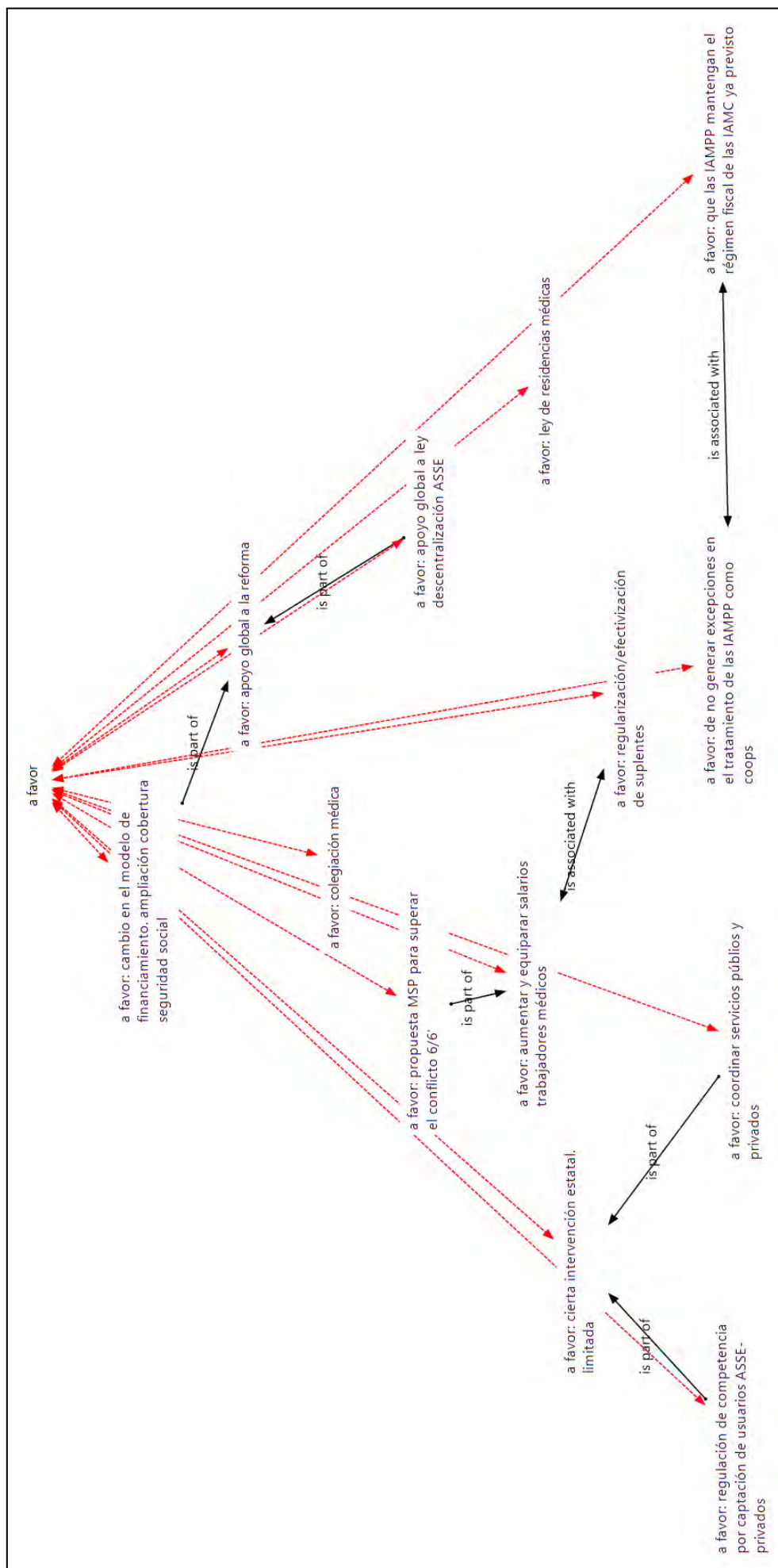
²⁰ Cabe mencionar aquí que categorizar a la FEMI como un actor de veto no implica necesariamente que la Federación haya bloqueado las propuestas de otros actores. Más bien se trata de entender al actor como un ineludible al que otros actores -especialmente aquellos en el gobierno- tuvieron que convencer de las bondades de las propuestas. Es decir, la cualidad importante aquí es la de haber sido un actor con potencial de veto, capaz de movilizar a sectores dotados de recursos sociales, culturales, económicos y políticos en favor de sus propios intereses. Por esta razón, y en este contexto, es más adecuado entender el rol de la Federación como el de un constituyente, por tratarse de una cuestión más bien simbólica y relacional.

Figura 2 - Posicionamientos de la FEMI en contra de las propuestas de otros actores



Fuente: Elaboración propia.

Figura 3 - Posicionamientos de la FEMI a favor de las propuestas de otros actores



Fuente: Elaboración propia.

6.3.2. Propuestas para el cambio institucional

La participación de la FEMI en la reforma no se contuvo en ser una voz pasiva a la que se debía convencer de la bondad de las propuestas que otros actores llevaban a la discusión. Incluso desde antes del período de reforma, la Federación ya había elaborado diagnósticos de la situación de la salud, a nivel nacional, pero fundamentalmente en el interior del país. Además, la FEMI también proponía soluciones a los problemas que sus diagnósticos indicaban. Por esta razón no es posible reducir la participación de la FEMI a su papel como constituyente: también se reconoce su actividad en la elaboración y difusión de paradigmas (que permitieran interpretar el estado del sistema de salud y pensar en un diseño deseable), de los cuales se desprendían programas (para resolver los problemas identificados), a la vez que se proponían marcos que los justificaran.

“construir un «modelo de transición» a partir de la actual estructura organizativa de los servicios de salud existente en el país es, a nuestro entender, la mejor forma de asegurarle viabilidad al cambio”

(FEMI, 2004, p. 8)

La FEMI (2004) publicó un documento en el que proponía la creación de un sistema de salud integral, universal y solidario, a la vez que indicaba la necesidad de diseñar un proceso de transición que asegurara la gradualidad y progresividad de los cambios, con el objetivo de brindar mayores certezas y estabilidad a la transformación institucional. Al año siguiente, la FEMI (2005) propuso enfocar el problema de la atención en salud desde el paradigma de la seguridad social, argumentando que la mejor solución para la cultura institucional uruguaya implicaba continuar profundizando y extendiendo el seguro por enfermedad del BPS. La FEMI destacó la preexistencia de instituciones que se encargaban del financiamiento y la atención de la salud de la población, por esto se oponía tanto a convertirlo en un sistema totalmente público (descartando a las instituciones privadas, junto a su historia y experiencia) como a financiarlo a partir de la creación de nuevos impuestos volcados a rentas generales (olvidando la ya existente administración de este tipo de fondos por el BPS).

En este tipo de actitudes se observa cómo interviene la dependencia de la trayectoria (Campbell, 2004) en el cambio institucional: son actores concretos -como la FEMI- quienes argumentan, a través de paradigmas, programas y marcos, que las mejores opciones no son las refundacionales, sino aquellas que, manteniendo lo que ya se sabe hacer, cambian algunos aspectos del contexto institucional para mejorarlo en donde existen falencias. Por esto la FEMI entendía que la experiencia de BPS en la administración de los seguros por enfermedad era valiosa, y que la existencia de instituciones como las suyas eran útiles para ejecutar los cambios en el sistema.

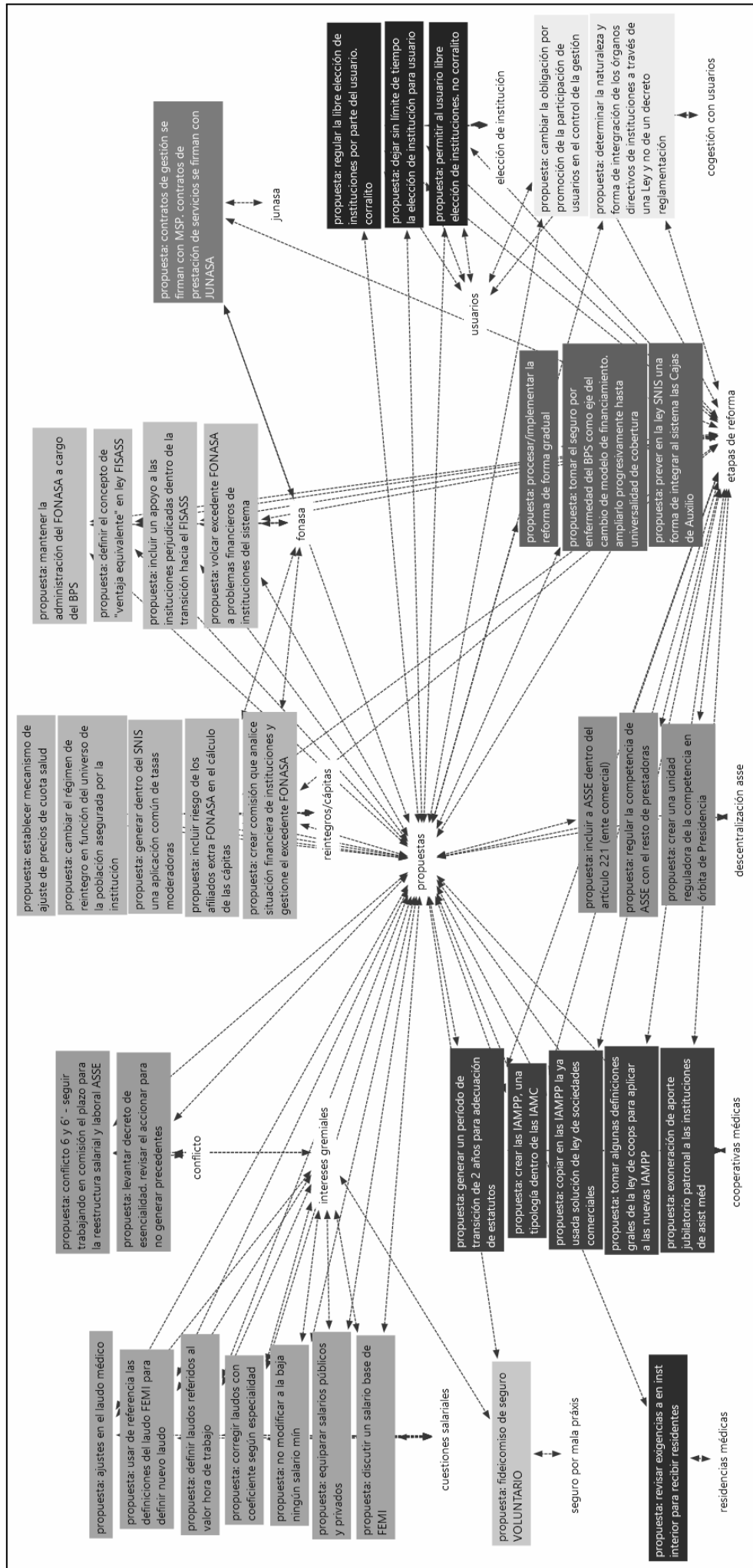
También se puede reconocer la capacidad de propuesta de la FEMI en su participación dentro de los espacios formales de discusión política. En ese sentido, en la Figura 4 se observan distintos

grupos de propuestas que la Federación fue incorporando en la discusión. Las propuestas más mencionadas fueron: *i.* regular la competencia de ASSE y el resto de las prestadoras; *ii.* regular la libre elección de instituciones de asistencia médica por parte de los usuarios; *iii.* establecer un mecanismo de ajuste de precios de la cuota social; *iv.* destinar el excedente de lo recaudado por concepto FONASA al financiamiento de las instituciones con estados financieros críticos.

En primer lugar, planteó regular la forma en que ASSE captaba a los usuarios para asegurar igualdad de condiciones en la firma de contratos con la JUNASA entre el prestador público y las privadas. Insistió en que los recursos del sistema se distribuyeran de manera equitativa entre ambos sectores, evitando concentraciones de fondos en el ámbito público que pusieran en peligro la sostenibilidad de las asistenciales médicas del interior. Por otra parte, la FEMI manifestó preocupación frente a la libertad de los usuarios de elegir la institución en la que atenderse, al considerar que esto podría implicar inestabilidad e incertidumbre económica para sus asistenciales. Por esto, la Federación solicitó establecer garantías institucionales que les permitieran planificar sus inversiones con un horizonte claro²¹. Finalmente, propuso mecanismos específicos de financiamiento: un sistema de ajuste periódico del valor de las cápitas (para evitar su desvalorización en el tiempo), y la creación de un fondo de apoyo dirigido a aquellas empresas que pudieran entrar en déficit tras la implementación del SNIS.

²¹ Interesa aquí destacar la forma en la que se implicó en su discurso la dualidad intrínseca de la Federación, siendo que por momentos criticaba a la reforma por desplegar al Estado e invadir los límites de la actividad privada de sus propias empresas, mientras que en otras ocasiones insistía en la necesidad de regulaciones, a la actividad del conjunto de prestadoras (públicas y privadas) y a las opciones disponibles para los usuarios a ser atendidos por el propio sistema.

Figura 4 - Resumen de las propuestas de la FEMI



Fuente: Elaboración propia.

6.4. Las estrategias desplegadas

A la hora de impulsar sus ideas y propuestas, la FEMI desplegó un conjunto de estrategias orientadas a fortalecer su posición en el campo político. En las entrevistas, la dirigencia enfatiza que el primer desafío para la Federación fue construir credibilidad y legitimidad frente al resto de los actores presentes en la discusión, especialmente frente al gobierno y la clase política. Este desafío, según explican, exigió una práctica sostenida de diálogo con actores estratégicos (ministros, legisladores, dirigentes de partido). Esto se puede leer como una forma de movilización de capital simbólico (Bourdieu, 2001), siendo que la FEMI buscaba ser reconocida como una voz autorizada en la definición de las políticas de salud pública. Además, la apelación al conocimiento del interior (especialmente de la salud en el territorio) fue utilizado por la FEMI como capital cultural.

“presentarnos como una organización que conoce el interior, sabemos lo que pasa, sabemos cómo se organiza la medicina en el interior (...) somos los referentes en esa materia”

(EO N°9 - Dirigente de FEMI)

A diferencia de otros gremios, la FEMI evitó recurrir a medidas de fuerza (como los paros), privilegiando estrategias discursivas y relacionales que preservaran su imagen pública. Esta cautela puede entenderse como una suerte de gestión de su capital social y simbólico: al mantener la confianza de las comunidades locales y cuidar el prestigio histórico de la profesión médica -como herencia colectiva de la *clase médica* (Portillo, 1995)-, la Federación protegía buena parte de su legitimidad. En contextos donde las relaciones médico-paciente son estrechas y cotidianas, el daño reputacional implicaba una pérdida importante de capital social, en definitiva simbólico, privando al actor de recursos que invertía con frecuencia en el campo político (Bourdieu, 1981; Joignant, 2012).

“el instrumento de paro fue muy cautamente utilizado, no sólo porque perdías laburo, sino porque perjudicabas a la gente mucho, y en el interior te ves todos los días con la gente (...) hiciste paro, estás en tu casa, y si vas a salir a comprar un bizcocho en la panadería, te cruzás con tus pacientes”

(EO N°9 - Dirigente de FEMI)

Internamente, la FEMI articuló mecanismos de deliberación (plenarios, talleres, encuentros nacionales) para lograr consensos entre los gremios y las asistenciales. Este trabajo de mediación y convergencia revela una estrategia de acumulación de capital político y cultural, orientada a proyectar hacia el exterior una voz coherente y unificada. La Federación presentaba una orientación más bien pragmática y técnica, más inclinada a la negociación y al consenso que a la confrontación abierta. Así, la FEMI se posicionó como un actor “razonable” dentro del campo político, siendo capaz de articular y compatibilizar sus intereses con los códigos técnicos, jurídicos y morales del campo político de la época.

6.4.1. Legitimación técnica

A la hora de analizar las estrategias que utilizó la FEMI para promover sus ideas en el campo político, uno de los recursos más visibles en los discursos de su dirigencia fue anclar sus demandas en la discusión técnica y jurídica de las políticas a implementar. Esto lo hizo comentando definiciones y alcances de las medidas, presentando estudios sobre las consecuencias de la reforma, aportando datos empíricos de la realidad del interior, y permitiendo que sus asesores legales y financieros argumentaran en su nombre.

“apostamos a que, durante la negociación propiamente técnica, (...) encontremos una solución”

(Dirigente de FEMI - Parlamento del Uruguay, 2005c)

Con esta estrategia, la FEMI conseguía invertir capital cultural (Bourdieu, 2001) para impulsar sus propuestas o, lo que es lo mismo, para convertirlo en capital político (Joignant, 2012). Poner el foco en las dimensiones técnicas de la reforma dotaba a la Federación de cierto *expertise* ampliamente deseado dentro del campo político: el conocimiento jurídico, el *know-how* en el diseño de las normas para controlar y asegurar la cohesión social (Serna & Bottinelli, 2020; Joignant, 2012; Ríos Petrarca, 2015; Serna et al., 2012).

Este capital cultural lo obtenían de al menos dos fuentes: del colectivo médico propiamente dicho (como conocimiento incorporado a partir de su experiencia en la provisión de servicios de atención en salud, e institucionalizado en sus títulos universitarios), y de sus asesores, abogados o contadores (también por su experiencia y conocimiento institucionalizado). Sobre esta última fuente, cabe mencionar que la FEMI invertía capital económico para la contratación de estos asesores, quienes ponían a disposición su propio capital cultural, en una suerte de transferencia de conocimiento y herramientas.

Un ejemplo de esta estrategia se observó durante una comisión parlamentaria en la que la FEMI denunció una aparente ilegalidad de un subsidio que se pretendía otorgar a ASSE financiado con excedentes de los aportes al FONASA. Al mismo tiempo que denunciaba la ilegalidad, propuso medidas orientadas a proteger los intereses económicos de sus instituciones asociadas, a las que consideraba perjudicadas por el nuevo esquema de reintegros del FONASA. En esta línea, un dirigente de la Federación presente en la comisión planteó dos líneas de acción: establecer un régimen de transición que amortiguara las pérdidas financieras, y crear un fondo especial con recursos estatales para asistir a las empresas más afectadas (los excedentes del FONASA).

Con estas intervenciones, la FEMI no solo defendió técnicamente sus intereses, sino que, en términos de Campbell (2004), elaboró un marco que legitimaba su programa. Al mismo tiempo que la FEMI proponía soluciones técnicas y legales que reforzaban su posicionamiento en la disputa por

mayores recursos, la voz de la población del interior del país aparecía legítima y necesariamente representada por la Federación, al ser esta última quien denunciaba el riesgo para dicha población implicado en la inestabilidad financiera de las asistenciales.

6.4.2. Difusión institucional

Una segunda estrategia de la FEMI para incidir en las decisiones políticas fue la elaboración y difusión sistemática de documentos oficiales, concebidos como instrumentos técnicos y simbólicos para legitimar su voz dentro del campo político. A través de los informes, diagnósticos y propuestas, la Federación buscó transferir el capital simbólico asociado al saber médico -que, como plantea Mitjavila (1998), constituye una fuente de poder social y político- hacia los espacios de formulación de políticas públicas, apostando a que la racionalidad técnica y la evidencia empírica reforzaran su credibilidad ante el gobierno y los partidos. En ideas de Bourdieu (1981; 2001) y Joignant (2012), la FEMI trató de convertir su capital cultural en capital político, ganando legitimidad y capacidad de intervención.

“se generaron una serie bastante importante de documentos (...) de propuestas sobre temas que importaban (...) toda la política de copagos (...) la complementación o la competencia”

(EO N°9 - Dirigente de FEMI)

El primer documento del período, *La salud que queremos para los uruguayos* (FEMI, 2004), sintetizó el diagnóstico que la Federación tenía para la medicina y la atención en salud en el interior del país. La Federación planteó la necesidad de una reforma del sistema de salud, a la vez que propuso los paradigmas que, bajo su criterio, debían orientar el cambio institucional, articulando las nociones de solidaridad, justicia y equidad como principios fundantes del nuevo sistema. Al hacerlo, la Federación se alineaba con los debates más amplios sucedidos desde los años ochenta en América Latina en torno a la universalización del acceso y la redistribución del gasto en salud (Vergara, 2000; Granados Toraño, 2003).

En términos de Campbell (2004), FEMI elaboró un programa acompañado de marcos que justificaban su pertinencia, es decir, logró un relato coherente en el que la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud aparecía como la respuesta necesaria ante una crisis del modelo anterior y a la desigualdad territorial entre Montevideo y el interior. La apelación a la equidad territorial (un paradigma que había ganado fuerza en la cultura política uruguaya) permitió que el interés empresarial de la FEMI se presentara como una causa social y pública, reforzando la legitimidad de las demandas de la Federación por una distribución más justa de los recursos.

“Construir un “modelo de transición” a partir de la (...) estructura organizativa de los servicios de salud existente en el país es (...) la mejor forma de asegurarle viabilidad al cambio”

(FEMI, 2004, p. 8)

Como se observa en la cita anterior, en el documento de diciembre de 2004 también indicaba la necesidad de diseñar la reforma como un proceso de transición gradual que evitara el colapso financiero de las instituciones médicas del interior, a la vez que se proponía el aprovechamiento de la institucionalidad preexistente para garantizar un cambio eficiente y, en definitiva, la propia viabilidad del sistema. En esta última propuesta se observa lo que Campbell (2004) denomina como bricolage: la FEMI concebía a la reforma como una combinación entre continuidad y cambio, como una nueva arquitectura sobre las bases de un sistema ya operativo. Entendía que era la opción más razonable porque permitía aprovechar el conocimiento acumulado tanto de los prestadores como del Estado en general, en la provisión de servicios y en la forma de financiamiento (a través de la seguridad social)²².

Con el correr de los años, los Encuentros Nacionales de FEMI y sus publicaciones asociadas se transformaron en espacios de sistematización y revisión de la reforma, evidenciando una sofisticación creciente en su discurso técnico y político. La colaboración con la Universidad de la República (particularmente con la Facultad de Ciencias Económicas y Administración) reforzó la legitimidad de sus planteos, al incorporar estudios empíricos sobre la distribución del gasto en salud (Trylesinski, 2006) que demostraban la inequidad en la asignación de recursos entre la capital y el interior del país y que permitían a la FEMI acceder a nuevas fuentes de capital cultural (e incluso social). Esta evidencia no solo respaldó la posición de la FEMI, sino que desplazó el foco de su defensa de las instituciones privadas hacia un diagnóstico estructural sobre el sesgo centralista del sistema de salud nacional (agudizado en el subsistema público).

“concurrimos con propuestas y estudios escritos porque teníamos (...) un muy buen cuerpo de asesores (...) [para] darnos el aval y la firmeza de nuestro posicionamiento después”

(EO N°3 - Dirigente de FEMI)

Los documentos posteriores (a partir del 2007) consolidaron a la FEMI como un actor con capacidad de análisis y propuesta. En ellos planteó, por un lado, la necesidad de adecuar la formación de los recursos humanos al nuevo modelo de APS; por otro, advirtió sobre los efectos no deseados de ciertas propuestas, como los cargos de alta dedicación o la competencia desregulada entre ASSE y las IAMC. En ambos casos, la FEMI combinó la defensa de sus intereses con la

²² El documento *La reforma de la salud y el cambio de modelo de financiamiento* (FEMI, 2005), profundizó este enfoque, subrayando la necesidad de conservar los fundamentos solidarios y universales de la seguridad social. Así, la Federación se posicionó a favor de un modelo de financiamiento con fuerte tutela estatal, pero que preservaba e incluso garantizaba (vía financiamiento público) la participación de los actores privados en la provisión de los servicios de atención en salud.

argumentación técnica: propuso flexibilidad normativa para atender las particularidades del interior, y reclamó mecanismos financieros que aseguraran la sostenibilidad del sistema ante el aumento de la demanda. De este modo, la producción de estos documentos funcionó como un mecanismo para articular su propia experiencia e intereses con el lenguaje técnico y los objetivos de los actores dominantes dentro del campo político de ese entonces.

En resumen, la estrategia de difusión institucional de FEMI refiere a la construcción de un corpus documental que articuló sentimientos públicos, paradigmas, programas y marcos (Campbell, 2004), y que le permitió a la FEMI alejarse de la posición de un actor corporativo-empresarial y acercarse a la de un interlocutor legítimo con preocupación social y política. A partir de la producción y circulación de conocimiento técnico, la Federación no solo buscó incidir en el contenido de la reforma, sino también redefinir las fronteras de su autoridad en la intersección entre el campo político y el de la salud, demostrando que la experiencia médica en el interior podía convertirse en una forma de capital político eficaz.

6.4.3. Amplificación discursiva

La tercera estrategia que llevó adelante la Federación a la hora de intervenir en la reforma fue la de enmarcar sus reclamos en otros más amplios, apelando a la dimensión social de la reforma. De esta forma, FEMI involucraba no solo al conjunto de los médicos del interior del país, sino que incluía a la población en general dentro de los beneficiarios de sus reclamos y propuestas. De esta forma, lograba aumentar su capital social para convertirlo en capital político, otorgándole mayores oportunidades para impulsar sus propuestas.

Esta traslación del capital social a la esfera política está fuertemente asociada a la construcción histórica de la clase médica, como muestra Portillo (1995) y a la que Mitjavila (1998) atribuye un alto poder en el control social a través de la normatización²³ (médica, en una primera instancia, pero que se fue expandiendo a otras dimensiones de la vida de las personas). La FEMI utilizaba el reconocimiento que poseía a nivel social (como capital simbólico) para posicionar su visión sobre el mundo dentro del campo político (Bourdieu, 1981; 2001; Joignant, 2012), es decir, para hacer valer sus intereses y propuestas.

Un ejemplo de esta estrategia se observa cuando la FEMI se encaminó a negociar aumentos salariales para los médicos de ASSE, una negociación en la que se generó un complejo conflicto en la salud. En ese sentido, la Federación buscó convencer de la necesidad de procesar un aumento de

²³ Esta normatización de la vida, además, la autora la asocia a intereses empresariales, siendo que, de acuerdo con Foucault (1976), “la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros” (p. 165). Por esta razón también se podría analizar aquí el uso y la protección que la Federación hacía de su propio capital económico en un contexto de reforma institucional que ponía en dudas algunas de las lógicas de lucro preexistentes.

salarios debido a que, en sus niveles actuales, se dificultaba el ejercicio de la profesión médica, privando a la población de servicios de atención en salud dignos y de calidad (Parlamento del Uruguay, 2007e). De esta forma, la FEMI ubicó su reclamo no solo en el marco de los derechos y las condiciones laborales dignas, sino que lo amplió a los efectos que este tipo de medidas (los aumentos salariales) pueden tener en la población en general.

Otro ejemplo del uso de esta estrategia se pudo observar en el momento en que FEMI trató de convencer a las dirigencias políticas sobre la necesidad de revisar y adecuar al SNIS la situación de las Cajas de Auxilio, sobre todo en lo que refería a los plazos en los que estas cajas se debían incorporar al nuevo sistema. En ese sentido, FEMI planteaba intereses simultáneamente particulares y generales a la hora de reivindicar la importancia de estos fondos de seguridad social complementarios (entre los que se encontraban los de los propios médicos de las instituciones de la FEMI) y la necesidad de su adecuación al nuevo ordenamiento jurídico.

“Queremos garantías, no para nuestro subsector sino para esa profunda reforma que se plantea”

(Dirigente de FEMI - Parlamento del Uruguay, 2007i)

Otros ejemplos de este tipo de argumentación se pueden observar cuando FEMI propuso destinar los excedentes del FONASA a las instituciones deficitarias en lugar de volcarlo a ASSE (como estaba inicialmente previsto en el proyecto de ley). La Federación enmarca nuevamente sus propuestas en una argumentación que destaca los beneficios sociales que implicarían por sobre los beneficios económicos que le reportaría a sus empresas:

“esta situación, no sólo pone en riesgo la calidad de la atención médica que brindamos, sino que también (...) va a afectar, entre otras cosas, el salario de los trabajadores de las instituciones (...) con consecuencias laborales y sociales”

(Dirigente de FEMI - Parlamento del Uruguay, 2007a)

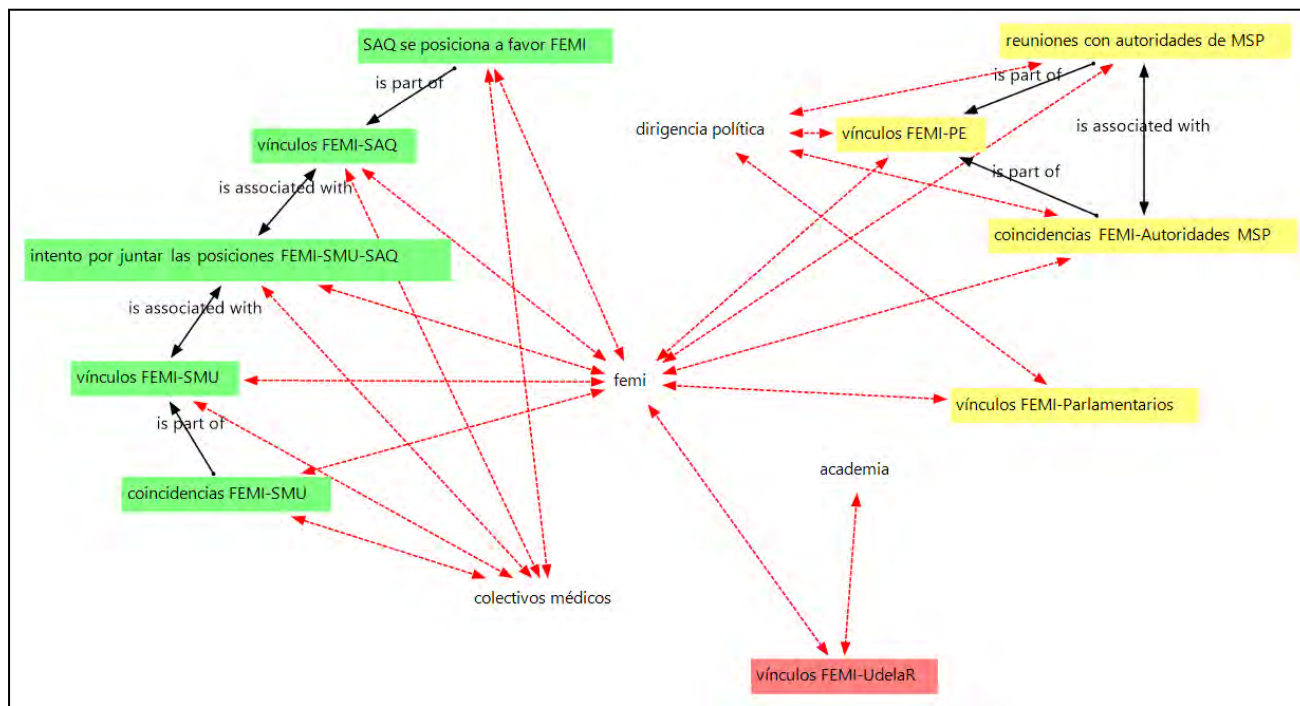
En suma, esta estrategia podría haber funcionado en dos sentidos: primero, porque corría el foco de los intereses corporativo-empresariales, un aspecto que podría ser criticado en una discusión que tiene como objetivo mejorar la atención en salud del total de la población. Segundo, porque el foco se redirigía hacia puntos clave de la reforma, como puede ser la generación de garantías en el acceso a los servicios de salud o la viabilidad financiera del nuevo sistema.

6.4.4. Construcción de redes y alianzas

Por otro lado, en el análisis de este tipo de fenómenos, en donde el objeto de estudio interviene en la realidad e interactúa con otros actores, resulta importante reconocer esas vinculaciones y el uso que se hace de las mismas para posicionarse en el campo donde se actúa; en definitiva, permite identificar las fuentes de capital social disponibles para los actores, y las formas en que se invierten

estos recursos dentro del campo (Joignant, 2012). En ese sentido, a partir de los discursos de la FEMI se pueden detectar ciertos acercamientos de la Federación a otros actores, pero también ciertas tensiones que la obligaron a ampliar el entramado de alianzas (ver Figura 5).

Figura 5 - Red de vínculos entre FEMI y otros actores reconocidos en comisiones parlamentarias



Fuente: Elaboración propia.

En el testimonio de las personas entrevistadas se reconocen al menos dos miradas dentro de la propia dirigencia: por un lado, está aquella que considera que FEMI no tuvo alianzas estratégicas con ningún otro actor (si hubo relaciones, fueron puntuales); estos testimonios explican que la alianza fue más bien a la interna de FEMI, entre las distintas asistenciales y los distintos gremios. Por otro lado, está la mirada de quienes afirman que sí hubo alianzas entre la FEMI y otros actores, como sindicatos e instituciones, o incluso la academia. Algunos destacan más la unidad del sector médico, como un bloque que acordaba en conjunto; otros se enfocaban más en la pluralidad de aliados, y en la necesidad que tenía la FEMI de dialogar abiertamente con todos los actores involucrados.

En el discurso de la dirigencia que cree que sí hubo alianzas con otros actores destacan las menciones al Sindicato Médico del Uruguay, pero también mencionan a las Sociedades de Anestésico-Quirúrgicos (SAQ) y otros sindicatos, o algunas mutualistas de Montevideo, e incluso la Facultad de Medicina. Particularmente en las comisiones parlamentarias, es destacada la cercanía que presenta la FEMI con el SMU y con las SAQ. En varias ocasiones al inicio del período los actores explicitaban sus vínculos, mostrando coincidencias en los diagnósticos y propuestas, e

incluso expresando la necesidad de permanecer unidos como *cuerpo médico* (con intereses y recursos específicos)²⁴.

“es necesario salir adelante los dos gremios unidos, porque no cabe dentro del cuerpo médico tener divisiones en este momento (...) tienen que negociar unidos”

(Dirigente de FEMI - Parlamento del Uruguay, 2005c)

Respecto a la relación entre la Federación y el gobierno del momento, la dirigencia de la FEMI planteó que, en general, fue buena y con apertura al diálogo. Además, en los testimonios de algunos dirigentes se reconoce que los vínculos se intensificaron una vez que se creó el SNIS y este se empezó a implementar. Esto último (explica la dirigencia) porque es cuando aparecieron los problemas más concretos del nuevo sistema, para los cuales era necesario generar y transmitir soluciones también concretas. De aquí se desprende que la participación de la FEMI se observó tanto en el diseño de la macropolítica como en la gestión de la micropolítica, en el diagnóstico de la implementación y la búsqueda de soluciones (aunque en este aspecto hubo menos acuerdos y mayor conflictividad).

“un punto de inflexión fue después [de] que empezó el Sistema Integrado de Salud (...) luego de que se implementó, aumentaron los vínculos (...) FEMI solicitaba y ahí te recibían y así se hacían las gestiones de diferentes temas puntuales”

(EA N°8 - Dirigente de FEMI)

También se reconocen en el discurso de la FEMI sus vinculaciones con la UdelaR, particularmente, con la Facultad de Ciencias Económicas y Administración. En ese sentido, los vínculos parecen concentrarse en el período cercano a la redacción de los proyectos de ley que crearon al FONASA y al SNIS. De esta forma, se observa cómo la FEMI utilizaba a actores reconocidos institucionalmente para dar mayor validez a sus planteos: el capital cultural, e incluso político, que tiene la UdelaR a la hora de difundir estudios sobre el impacto de las políticas públicas, o incluso diagnósticos sobre el estado del sistema de salud a nivel nacional.

En cuanto al relacionamiento con los partidos políticos, del testimonio de las personas entrevistadas se desprende que era plural y abierto. Es decir, las y los dirigentes dialogaban con todos los partidos, y nunca hubo inclinaciones hacia alguno en particular. De acuerdo con los testimonios, la FEMI era independiente de cualquier bandera política, y por más de que existieran relaciones entre

²⁴ Al manifestar esta unidad frente a otros actores, la dirigencia de la Federación prefería presentarse como una gremial médica, asemejando su representación a la del SMU. Una vez más, la FEMI utilizaba a su favor la dualidad de su representación, impulsando una u otra de acuerdo a la necesidad. El SMU tenía un perfil más definido hacia la defensa de los intereses de los trabajadores médicos del Uruguay -aunque parte de esta idea se la disputara FEMI- (Buffa, 2014). Entonces, al buscar aliarse, la FEMI decidió enfatizar la cualidad que más la acercaba al SMU, haciendo valer su representación como gremial médica antes que impulsar su perfil asistencial-empresarial.

sus dirigentes y los distintos partidos, mientras se estaba en representación de la FEMI, los intereses político-partidarios quedaban al margen de la discusión²⁵.

“nosotros presentábamos nuestros documentos y si podíamos teníamos entrevistas con los referentes políticos de todos los partidos”

(EO N°12 - Dirigente de FEMI)

6.5. Los sentidos y los mundos sociales

A partir del análisis de las entrevistas a la dirigencia de la FEMI es posible identificar los sentidos que el colectivo atribuyó a su participación en las negociaciones por el SNIS. Además, se pudo reconstruir las relaciones que hay entre estos sentidos y los mundos sociales reconocidos por la propia dirigencia. En este sentido, la cultura de la FEMI combinaba dimensiones tanto territoriales como institucionales y ético-políticas, logrando una articulación de identidades que dieron sentido a su accionar durante la reforma.

De acuerdo con el discurso de su dirigencia, la FEMI buscaba ser reconocida como un actor clave en el desarrollo de la medicina y la atención en salud en el interior del país, legitimando su voz en el contexto de la reforma. Aquí se reconoce el sentido de la representación. Por otro lado, su gestación como una red de cooperativas de médicos aportó sentido a su accionar en los ideales de cooperación y construcción colectiva de la política pública. Además, este origen cooperativo aportó un sentido de diferenciación respecto de Montevideo y su sistema mutual.

Al incorporar en esta red una articulación entre intereses empresariales y gremiales, en una especie de dualismo o hibridación, la Federación reforzaba este sentido de cooperación y unidad. Finalmente, se reconoce un sentido de libertad y autonomía profesional en su accionar asociado a las experiencias de sus dirigentes en el pasado reciente, durante la última dictadura cívico-militar en el país. Durante la reforma, este tipo de sentidos aparecía como una reacción a las modificaciones que se esperaban dentro del campo de la salud.

6.5.1. La Federación como voz del interior

“La FEMI es la que tiene la visión de la realidad del médico y de los usuarios en el interior... que es totalmente (...) opuesta a la que es la realidad en Montevideo”

(EA N°8 - Dirigente de FEMI)

Uno de los sentidos más reiterados por la dirigencia es la autopercepción de la FEMI como representante de la realidad de la salud del interior del país, muchas veces en contraposición a la

²⁵ Esto también es constatable a partir del hecho de que, si bien existían vínculos muy cercanos entre la política partidaria y la dirigencia de FEMI, estos se daban con diferentes partidos políticos. Por ejemplo, a partir de la reconstrucción de las trayectorias de la dirigencia, se observan casos de dirigentes de la Federación que, en algún momento de sus vidas, ocuparon cargos formales de representación tanto en el Partido Nacional como en el Frente Amplio.

mirada montevideana. La organización asume, de esta forma, una identidad basada en su contraste con la capital del país, enfatizando frecuentemente las diferencias tanto en el ejercicio de la medicina entre ambos territorios como en las condiciones de los servicios de atención en salud.

“trabajamos distinto... no es lo mismo cuando vos tenés que (...) trabajar en una emergencia... Yo soy pediatra (...) y trabajo sola... no tengo 40 como tienen en Montevideo”

(EA N°8 - Dirigente de FEMI)

El discurso y la acción de la FEMI dentro del campo político estaban atravesados por esta contraposición. Al participar en las negociaciones por el SNIS, la dirigencia buscaba garantizar que el nuevo sistema contemplara esta diversidad de realidades.

“el sistema único de salud tenía que ser pensado no solo para la realidad de Montevideo, sino que también para la del interior... y la FEMI era la voz que hablaba de la realidad de nosotros y de los habitantes del interior del país”

(EA N°8 - Dirigente de FEMI)

La construcción simbólica del interior como un lugar olvidado cuando se trataba de las decisiones centrales del país, un espacio al que los recursos no llegaban, y en el que la propia Federación se consideraba protagonista, dotaban de sentido a su acción dentro del campo político. Este mundo daba las bases morales y éticas para la intervención de la FEMI en las discusiones por el SNIS. Entonces, el interior se convirtió en un primer mundo social al que la FEMI no solo pertenecía, sino que había construido, por lo menos en cuanto a la atención en salud de su población.

Por otro lado, la dirigencia reconoce que esa *voz del interior* debió imponerse a una estructura centralista que tendía a ignorar sus demandas. La FEMI se percibe como un actor que irrumpe en un campo político dominado por otros, un espacio en el que la representación de los médicos naturalmente la tenía el Sindicato Médico del Uruguay, un sindicato que, para la dirigencia de la Federación, tenía una visión parcial del estado de la salud en el país. Según explican las personas entrevistadas, su intervención buscaba equilibrar el poder simbólico y territorial a la hora de definir la política pública en salud a nivel nacional

“el primero de los desafíos era ser reconocido como gremio médico, como la voz del interior (...) al que se llamaba siempre era al Sindicato Médico del Uruguay”

(EA N°8 - Dirigente de FEMI)

Finalmente, para la dirigencia esta participación adquiere un significado simbólico de conquista y visibilidad: lograron ser escuchados, participaron de reuniones con el gobierno, fueron a las comisiones parlamentarias, consiguieron acuerdos con otros actores. La Federación reconoce un logro en todo esto.

“logramos tener voz, que no era poca cosa”

(EA N°10 - Dirigente de FEMI)

6.5.2. De la colectivización médica al cooperativismo

Otra fuente de sentido remite a la forma en que la FEMI entiende su propia gestación; es su recorrido histórico -tal cual la FEMI lo reconstruye- lo que motivaba a sus dirigentes a salir de su campo médico y entrar en el juego político. En este sentido, la dirigencia identifica el surgimiento de las asociaciones médicas del interior con un proceso de colectivización de los profesionales del interior, transformando el ejercicio de la medicina y dando origen a un modelo organizativo distinto al que se estaba gestando en Montevideo.

“las asociaciones médicas (...) permitieron pasar paulatinamente de una medicina privada (...) muy separada de la mayoría de la población, a una medicina colectivizada, donde los médicos se unieron para brindar servicios de salud en forma conjunta”

(EO N°12 - Dirigente de FEMI)

En el discurso de la dirigencia, FEMI no solo representa intereses gremiales o empresariales, sino que también encarna un proyecto de desarrollo regional basado en la cooperación. La Federación es presentada por su dirigencia como una respuesta colectiva a una situación de desigualdad estructural reconocida en el país, brindando a su participación en las negociaciones del SNIS un sentido de defensa o reivindicación de un modelo alternativo para la gestión de la salud, destacándose la idea de una medicina anclada en lo local, cercana a las personas que atiende.

“Las organizaciones asistenciales que generaron los gremios médicos en el interior tuvieron otros intereses. Somos médicos, vivimos en este departamento, ¿por qué nosotros, que vivimos acá, no nos organizamos y hacemos algo?”

(EO N°9 - Dirigente de FEMI)

Haber nacido como cooperativas de médicos es interpretado por la dirigencia como una fortaleza y un argumento a favor de las propuestas de FEMI, en el entendido de que no eran intereses puramente económicos los que primaban en sus ideas, sino que se enmarcaban en un ambiente de cooperación entre médicos. Y este cooperativismo, según explican las personas entrevistadas, se proponía como una vía para el desarrollo de la medicina en el interior del país y un mecanismo para organizar al gremio médico en la defensa de sus condiciones laborales.

Además, la dirigencia destaca ampliamente la *red* que consideran que representa FEMI en el interior del país, y la comparan con un sistema capitalino fragmentado, muy competitivo, con debilidades reconocidas en varios momentos de la historia, especialmente luego de la crisis del 2002. Esta experiencia de *red* -o de trabajo colaborativo e integrado- es destacada por la FEMI como una fuente de valor propia, un valor que utilizó como recurso, poniéndolo en juego mientras se discutía el

SNIS. De esta forma, la Federación se posicionaba como un actor adelantado a su época: había logrado un nivel de integración y estabilidad de sus servicios que no se encontraba en otros actores.

Aun así, este cooperativismo no estuvo exento de tensiones. La dirigencia reconoce dificultades internas al igual que lo hacían cuando se referían a la dualidad gremial-empresarial. En este sentido, las personas entrevistadas explican que no todos los médicos del interior eran socios de las cooperativas, reconociendo desigualdades y barreras en la participación. Esta ambigüedad muestra que el cooperativismo, más que una práctica efectiva y homogénea, funcionaba como un ideal colectivo que daba sentido a su acción, a la vez que posicionaba su discurso en un lugar alternativo, logrando construir una voz propia dentro del campo político.

6.5.3. Los ideales políticos y las experiencias democráticas

El tercer mundo social del que la dirigencia de la FEMI rescata sentidos se vincula con las historias personales y políticas de sus dirigentes. Estas historias son frecuentemente vinculadas a sus trayectorias dirigentes, representando otra fuente de sentido para su participación en la reforma.

La idea de libertad aparece de manera reiterada en sus discursos, muchas veces ligada a las experiencias vividas durante la última dictadura cívico-militar del país (1973-1985)²⁶. En este sentido, se observa que la pérdida de libertad en sus juventudes es identificada como un ideal a perseguir y preservar más adelante, en algunos casos incluso expresándose más radicalmente en la idea de una libertad individualizada, más cercana al liberalismo.

“la libertad absoluta, soy un liberal (...) Creo en la democracia (...) Creo que mi libertad llega hasta donde empieza tu derecho”

(EO N°2 - Dirigente de FEMI)

Además, esta apelación a la libertad se complementa muchas veces con ideales de justicia social e igualdad, destacando la necesidad de encontrar equilibrios y prácticas sociales tendientes hacia el bienestar colectivo. De esta forma, se reconoce que el compromiso social y el asociativismo también fueron fuentes de sentido para la dirigencia a la hora de nutrir su acción y su discurso.

²⁶ Entre los integrantes de la FEMI se hallan personas que fueron perseguidas, detenidas y exiliadas durante la última dictadura en Uruguay. Además, en una publicación más reciente, la propia Federación (FEMI, 2016) reflexiona sobre las consecuencias de la interrupción democrática para sus instituciones y la organización en su conjunto, señalando que sus actividades se vieron sometidas a un control constante y severas restricciones derivadas de los límites impuestos al asociativismo, el ataque deliberado a la libertad de expresión, y la violencia física y política ejercida durante ese período. Además, la FEMI guarda un estrecho vínculo con el caso de la última víctima del terrorismo de Estado, Vladimir Roslik, un médico del sector público del interior del país, secuestrado, torturado y asesinado por oficiales del Ejército en abril 1984. El médico militar encargado del certificado de defunción, que actualmente enfrenta un juicio por haber ocultado las reales causas de la muerte de Vladimir (El Observador, 3 de noviembre de 2025), pertenecía a una asociación médica de la FEMI. Ya en octubre de 1984, la Federación impulsó un juicio ético en contra del médico militar, concluyendo en su expulsión. Como este, hubo otros dos casos similares de médicos juzgados y expulsados por la Federación debido a su falta de ética en la actuación profesional durante la dictadura (FEMI, 2016).

“mi ideal político fue la justicia social a todo nivel (...) luchar por el derecho de los médicos del interior y de la población del interior (...) justicia social para los menos favorecidos (...) todavía sigue siendo un ideal y sigo siendo un derrotado”

(EO N°15 - Dirigente de FEMI)

Estas vocaciones personales, lejos de ser anecdóticas, funcionaron como marcos de sentido que legitiman la participación de la dirigencia de la FEMI, en términos cívicos y morales. La dirigencia plantea a la reforma no sólo como un espacio técnico dado para la negociación, o como una oportunidad para mejorar las condiciones materiales de los de su grupo, sino como una oportunidad para reafirmar principios democráticos y de bienestar colectivo, asociando ideas de libertad, solidaridad y dignidad.

“Lo que he buscado toda mi vida, la justicia, la libertad, la solidaridad, el respeto a la dignidad de las personas, la defensa de los valores culturales... busqué siempre lo mismo”

(EO N°7 - Dirigente de FEMI)

En definitiva, la dirigencia de la FEMI se apropia de la narrativa de la reconstrucción democrática. En esta narrativa, además, incorpora la idea de autonomía profesional y de la voz del interior, adquiriendo una dimensión política más amplia y digna de ser representada dentro del campo político. Es esa voz la que buscaron asumir al participar de las discusiones por el SNIS. Y este tipo de interpretaciones coinciden con la visión (sobre la democratización social en el proceso de reforma) que tienen autores como Anzalone (2018; 2021), quien plantea que la apertura a la participación social durante la reforma colaboró, con varios límites, a la democratización de la sociedad uruguaya.

6.6. Las resonancias simbólicas

Tanto del proceso de reforma del SNIS como del rol de la FEMI en dicha reforma se desprende una serie de resonancias simbólicas como interpretaciones de su intervención. El análisis de estas resonancias implica interpretar no solo las ganancias o limitaciones de la FEMI a la hora de negociar, sino también comprender cómo su participación afectó la distribución de poder dentro del campo político, la configuración del sistema de salud o la dinámica interna de la propia Federación.

6.6.1. Incidencia en el diseño institucional

La FEMI logró incidir de manera significativa en el diseño institucional del SNIS, especialmente en la etapa de diseño de la macropolítica. En este sentido, su participación en el estudio y diagnóstico del estado de la salud a nivel nacional, así como en la elaboración y difusión de propuestas para solucionar los problemas reconocidos, permitió que el sistema mantuviera elementos de la

institucionalidad previa, como puede ser el financiamiento a partir de la Seguridad Social (gestionado por el BPS), a la vez que generó insumos para enmarcar otras decisiones, como la gradualidad en la implementación de los cambios.

“la FEMI puso sobre la mesa esta propuesta (...) era un poco distinta, pero el sentido de ampliar el DISSE hacia un seguro más universal estaba en la base. O sea que tuvo mucha importancia (...) nosotros ya teníamos esa idea (...) pero convergió mucho”

(EO N°23 - Informante calificado)

La insistencia de la FEMI en conservar el eje de la Seguridad Social y evitar cambios refundacionales fue reconocida en los documentos oficiales y en las intervenciones parlamentarias de la dirigencia, donde se argumentó la conveniencia de aprovechar la experiencia acumulada por las instituciones preexistentes. Así, la Federación contribuyó a que la reforma se orientara hacia un modelo mixto e integrado, con una transición gradual que diera ciertas garantías para los actores involucrados, a la vez que aseguraba (de alguna forma) la estabilidad de las asistenciales que sirvieron, y sirven, como brazo ejecutor del SNIS.

6.6.2. Ganancias y limitaciones

Entendiendo que las decisiones que se toman en el campo político son el resultado de una configuración específica de la distribución del poder dentro del mismo -y de las estrategias que los actores llevan adelante para posicionar sus demandas-, los éxitos de la FEMI deben ser entendidos más como el resultado de esta construcción colectiva de soluciones, y menos como victorias de la Federación en sí.

Con lo anterior lo que se quiere decir es lo siguiente: se puede afirmar que la FEMI tuvo éxito en la medida en que sus propuestas se encontraron dentro de aquellas que el conjunto de actores en el campo político priorizó. Y esto no necesariamente a causa de la acción de FEMI, sino debido al conjunto de argumentos puestos en juego a favor de dicha solución. Y la FEMI aportó justamente en esa construcción de argumentos o marcos necesarios para convencer al conjunto de actores sobre las bondades de los programas.

En este sentido, algunos de los éxitos observados de FEMI podrían ser: la definición del financiamiento del SNIS a partir de la extensión de la Seguridad Social; el diseño de una reforma institucional en etapas, que permitiera una implementación gradual de los cambios²⁷; y la adecuación

²⁷ La creación en etapas de las instituciones creadas, la incorporación de plazos medios y largos para la implementación de los cambios, o la inclusión dilatada en el tiempo de los distintos grupos poblacionales en el FONASA.

normativa de las IAMC al nuevo marco legal, creando las Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales (IAMPP)²⁸.

En cuanto a las limitaciones, tres fueron las principales: la no inclusión del lugar de residencia del afiliado entre las variables a incorporar en el cálculo del valor de las cápitas; la creación de los cargos de alta dedicación (que para la FEMI eran contraproducentes para su actividad); y no volcar el excedente de lo recaudado por FONASA a las instituciones financieramente inestables (según la dirigencia, a causa de la reforma del sistema de salud). Otra limitación mencionada por la dirigencia fue la complementación de servicios: según la propia dirigencia, no se logró un marco claro para promoverla, llevando a abusos en su uso, sobre todo por parte del subsistema público^{29 30}.

6.6.3. Reconocimiento y legitimidad

La participación de la FEMI en espacios formales de decisión, como las comisiones parlamentarias, la JUNASA o los Consejos de Salarios, consolidó su legitimidad como un actor relevante en el campo político y de la salud. Además, este reconocimiento institucional y simbólico fue fundamental para que sus propuestas fueran consideradas por otros actores políticos y sociales.

“siempre hubo una línea de diálogo... se logró a través del diálogo, se logró a través de las negociaciones”

(EO N°15 - Dirigente de FEMI)

A partir de lo presentado anteriormente en este trabajo, se destaca el hecho de que la FEMI logró ser escuchada y reconocida como *la voz del interior*, constituyendo esto un hito simbólico y político para la organización. La capacidad de la Federación para articular diagnósticos y propuestas técnicas, así como el discurso de representación de los intereses de los médicos y de los usuarios del interior, fueron fundamentales para la construcción de esta legitimidad.

²⁸ Sobre este último punto cabe destacar que, luego de la promulgación de la Ley de Cooperativas N° 18.407 (de 2008), la decisión política era que las antiguas IAMC se convirtieran en cooperativas de trabajo, pero esto implicaba que la cantidad de trabajadores dependientes no socios fuera menor al 20% del total socios de las cooperativas médicas. Al crearse las IAMPP (Decreto 230/013, de 2013), se mantuvieron algunas lógicas esenciales de las IAMC, y fundamentalmente, se evitó la exigencia de no superar el 20% de dependientes no socios. Este había sido un reclamo de la FEMI, y al lograr la adecuación de las normas que regulan las IAMPP, evitaron dificultades como la descrita (que implicaba, entre otras cosas, cambios en su estructura de poder interna).

²⁹ Como ejemplo, la dirigencia entrevistada consideraba que, dentro del marco de la complementación, y ante la exigencia de atender a usuarios provenientes del subsector público, encontraban déficits en el diagnóstico y tratamiento de patologías, implicando mayores esfuerzos y costos para las instituciones de la FEMI.

³⁰ Al respecto, Parada (2 de agosto 2019) realiza un análisis sobre las problemáticas de la complementación en el SNIS.

“la FEMI negoció desde los vínculos que tenía, los espacios formales, y los vínculos informales que tenía (...) los primeros directores de ASSE fueron personas que estaban vinculadas históricamente a la FEMI (...) fue un movimiento pensado (...) decir, bueno, esto no es contra la FEMI, es con la FEMI, el lograr que se articulara el sistema y que cambiaran y mejoraran las condiciones”

(EO N°22 - Informante calificado)

6.6.4. Transformaciones dentro de los campos

Al lograr legitimidad y al ser reconocida su participación, la FEMI contribuyó a redefinir las relaciones de poder dentro del campo político y dentro del de la salud, promoviendo una mayor articulación entre actores gremiales, empresariales y políticos. Por un lado, porque logró posicionar su voz dentro del campo político a la hora de definir los problemas y porque fue reconocida como un actor con propuestas claras y valiosas para la construcción de soluciones de política.

Por otro, porque pudo reservar su lugar como prestador de salud y colectivo médico del interior del país, presentando su propia perspectiva y negociando en favor de sus intereses. La FEMI logró posicionarse como un actor complejo, capaz de representar discursos propios, elaborando y trasladando diversos tipos de ideas hacia el resto de los actores en juego, tanto dentro del campo político como del campo de la salud. Es en este sentido que se puede afirmar que la Federación actuó más bien como un broker (Campbell, 2004) entre los distintos tipos de ideas y actores, facilitando el diálogo y la negociación en momentos clave del proceso de reforma.

6.6.5. Participación y democratización

Uno de los objetivos planteados para la reforma fue la promoción de una mayor participación social en la gestión y el control del sistema de salud nacional. En este sentido, FEMI contribuyó aportando diagnósticos, propuestas y marcos que enriquecieron el debate público. Además, al llevar insistentemente la realidad de los médicos, la población y las asistenciales del interior al campo político, la FEMI reforzaba el acceso a la representación de estas poblaciones que muchas veces eran subsumidas a la hegemonía de Montevideo como centro y fundamento de la toma de decisiones.

Aun así, tal como explica Anzalone (2021), esta democratización tuvo sus limitaciones. En particular, y para el caso de la FEMI, uno de los principales problemas fue la dificultad y el esfuerzo requerido para lograr entrar a la discusión dentro del campo político. Tanto la dirigencia como los informantes calificados coinciden en que esta fue una de las principales barreras que enfrentó la FEMI a la hora de participar: era más difícil llegar a los espacios formales de decisión viniendo de afuera de la capital, sobre todo si en esos espacios ya existía una representación médica, como es el caso del SMU.

6.6.6. Dualidad y tensiones internas

Finalmente, la experiencia de la FEMI durante la reforma evidenció la complejidad de su estructura dual en al menos dos versiones: entre lo gremial y lo asistencial, y entre lo cooperativo y lo gerencial. La combinación y armonización de este tipo de dimensiones o dualismos le permitió acceder a discursos más complejos y elaborados, funcionando como una suerte de síntesis de las discusiones internas que la propia Federación debía laudar ante los conflictos que se le presentaban. En definitiva, lograban un conocimiento profundo sobre temáticas complejas, referidas a la salud tanto a nivel nacional como (y especialmente) a nivel del interior del país, posicionándose en un lugar de destaque frente a otros actores de menor complejidad interna.

Si bien estas dualidades parecerían haber sido una fortaleza a la hora de posicionarse dentro del campo (por la capacidad que tenían de incluir múltiples intereses en un solo discurso que no aclaraba del todo su representación), también generaron tensiones internas y desafíos en la toma de decisiones. Los efectos de estas tensiones se vieron materializados más adelante en el tiempo cuando, ante la necesidad brindar claridad sobre los intereses representados, se definió la escisión de la propia Federación, creándose la FEPREMI (en 2016) para nuclear a las prestadoras de asistencia médica, reservando para la FEMI la representación del ala gremial desde ese entonces.

7. Conclusiones y consideraciones finales

Habiendo llegado al final de esta monografía, se torna necesaria una síntesis que incorpore los principales hallazgos de la investigación aquí presentada. A la vez, este cierre convoca a la reflexión de quien escribe, exigiendo la presentación de ciertas consideraciones finales sobre el proceso investigativo y la propuesta de nuevas oportunidades de conocimiento que se abren desde aquí.

7.1. Principales hallazgos

El trabajo aquí presentado permitió arrojar luz sobre el rol de la Federación Médica del Interior en el contexto de la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay, entre los años 2005 y 2010. En ese sentido, el trabajo aporta elementos para la comprensión de la articulación entre estructura, acción y cultura observada en la participación de la FEMI dentro del campo político durante la reforma. Además, permitió reconocer las resonancias simbólicas de su participación.

Una primera puntualización es el hecho de que se reconoció una participación activa y profusa de la FEMI en la reforma, incluso desde antes de que asumiera el primer gobierno del Frente Amplio. Aún así, su participación se debe entender en el contexto del giro a la izquierda en el país (durante la primera década de este siglo), trayendo impulsos progresistas que motivaron una amplia participación social en la discusión política.

Como se ha mencionado, la participación de la FEMI en las negociaciones por el SNIS ha sido posible gracias a la existencia de límites en la autonomía del campo político; límites respecto del resto del mundo social, y especialmente en este caso, respecto del campo de la salud. Es en la intersección entre ambos campos -el político y el de la salud- en donde se reconoció el rol de la Federación, observándose una suerte de campo híbrido de luchas simbólicas entre la profesión médica y la profesión política (ambas nutridas con recursos del resto del mundo social).

Entonces, respondiendo a la pregunta acerca del rol de la FEMI en la reforma del sistema de salud en Uruguay (2005-2010), este puede comprenderse como el de un actor híbrido que operó en la intersección entre el campo de la salud y el campo político. Desde esa posición la FEMI articuló una variedad de ideas e intereses de colectivos sociales, gremiales, empresariales y políticos, movilizandando capital en sus distintas formas (cultural, social, económico y simbólico), para adquirir legitimidad e incidir en las decisiones del proceso de reforma. Además, se observaron resonancias en varias dimensiones, tanto a nivel del campo político y de la salud, como a nivel institucional y social.

En cuanto a la pregunta sobre las posiciones que ocupó dentro del campo político y los recursos que invirtió en las negociaciones, la FEMI se presentó como representante de un entramado complejo de intereses. Buscó articular en esta representación tanto su dualismo gremial-asistencial, como su pertenencia al interior del país. Este posicionamiento fue sustentado con recursos de variada naturaleza -capital social, cultural, económico, político y simbólico-, que obtuvo de diversas fuentes y que puso en juego para impulsar sus demandas y ganar legitimidad.

Además, la Federación desplegó una gama de estrategias a través de las cuales pudo convertir sus capitales en una especie específica y útil para influir en las decisiones: capital político. Entre las estrategias reconocidas, tres son las principales: *i.* la legitimación técnica, *ii.* la difusión institucional, y *iii.* la amplificación discursiva. De esta forma, logró acumular el capital suficiente para posicionarse dentro del campo político con una voz propia frente a otros actores.

En el campo político la lucha es esencialmente discursiva: allí se discuten ideas sobre la visión e interpretación del mundo, de sus conflictos y las posibles soluciones. El análisis de las ideas propuestas por la FEMI en el contexto de la reforma dio cuenta de su amplio repertorio de recursos discursivos. La Federación logró articular diversos tipos de ideas en sus intervenciones (sentimientos públicos, paradigmas, programas y marcos), construyendo un discurso complejo y rico en argumentos, que promovió entre diversos actores, a quienes buscó convencer de las bondades de sus propuestas. Esto responde a la pregunta sobre el tipo de ideas que promovió.

Respecto al tipo de actor, se observó que la FEMI movilizó un conjunto amplio de ideas entre distintos tipos de actores, lo que permite categorizarla como un broker (Campbell, 2004). A la vez,

promovió procesos de bricolage y traducción, incorporando nuevas ideas de diseño institucional³¹ a las configuraciones institucionales ya existentes en el país. En esta línea, se pudo observar la relación que existe entre la estructura interna de la FEMI y su actuación en las negociaciones por el SNIS. La Federación ya tenía experiencia trasladando ideas de un tipo de actor a otro, por lo que pudo encontrar fácilmente una función que cumplir dentro del campo político, desde la cual pudo influir en el proceso de creación del SNIS.

Para responder a la pregunta sobre los mundos sociales de pertenencia que proveyeron de sentido los discursos y el accionar de la Federación, esta investigación logró identificar tres mundos principales: *i.* el interior del país, que le otorgaba, esencialmente, un sentido de diferenciación a su accionar respecto de Montevideo; *ii.* la colectivización y el cooperativismo médico, del que se derivaba su interés y promoción de la cooperación (no solo a su interna, sino también con el resto de los actores) para desarrollar la medicina y la atención en salud; y *iii.* los ideales políticos y las experiencias democráticas, fundamentalmente asociado a las vivencias de la dirigencia en el pasado reciente, durante la última dictadura cívico-militar uruguaya -y su contracara en la reconstrucción democrática-, de donde se recuperan los sentidos de libertad y de participación social y colectiva.

En cuanto a las resonancias del rol de la FEMI durante las negociaciones por el SNIS, de acuerdo al testimonio tanto de dirigentes como de informantes calificados -y evidenciado, también, en las comisiones parlamentarias- su discurso logró (por momentos) ser convincente para el resto de los actores, aunque también se reconocieron con algunas limitaciones (sobre todo por la falta de claridad en su representación de intereses). Una de las fortalezas demostradas durante el período de interés fue la unidad de la vertiente gremial y la asistencial bajo una misma posición frente a la reforma. Esta articulación le permitió a la FEMI acceder a discursos más complejos que los de otros actores, por haber integrado posturas muchas veces opuestas (funcionando como una suerte de síntesis entre posturas antagonistas), algo que le agregaba valor a sus propuestas y demandas.

En el contexto de la reforma, la Federación parece haber tenido llegada e incidencia entre la dirigencia política, influyendo en las decisiones que se tomaban respecto a los problemas de salud y sus soluciones. En este sentido, cabe mencionar que la FEMI logró consolidarse como representante legítima del interior del país, tanto de los médicos como de la población que allí reside. De esta forma, promovió la democratización de la reforma, insistiendo en la necesidad de incorporar esta mirada territorial específica (marcando diferencias con la realidad montevideana).

Son particularmente destacadas las resonancias de su rol al principio de la reforma, cuando se discutían las grandes definiciones que guiarían la creación e implementación del nuevo SNIS. En

³¹ En estos procesos de combinación de programas se observó la influencia de las discusiones regionales e internacionales en torno al diseño de los sistemas de salud nacionales (presentadas en el apartado de contextualización de este trabajo).

este sentido, se reconocieron las resonancias sobre todo a nivel de la macropolítica, particularmente en la creación de un sistema mixto e integrado (manteniendo el ámbito privado), la financiación a través de la ampliación de la Seguridad Social (administrada por el BPS), y el diseño gradualista de la reforma (promoviendo la dilatación en el tiempo de los cambios y adecuaciones institucionales, y la incorporación en etapas de los segmentos poblacionales dentro del FONASA).

En cuanto a la micropolítica, en la implementación de la reforma, tuvo menos influencia, destacándose en ese sentido el conflicto por la creación de los cargos de alta dedicación, así como la participación en la definición de las variables de ajuste de las cápitas sociales (en ninguno de los casos las propuestas de la FEMI fueron contempladas). Aún así, cabe destacar su influencia en la adecuación de la normativa sobre las IAMPP, permitiendo a las antiguas IAMC mantener sin cambios ciertas lógicas de funcionamiento.

En su conjunto, estos hallazgos permiten comprender la forma en que un actor como la FEMI -complejo, pero territorial y simbólicamente al margen del poder en cuanto a la toma de decisiones políticas sobre la salud nacional- participó en la reforma del sistema de salud uruguayo, combinando recursos económicos, simbólicos y discursivos que redefinieron su posición en el campo político. La FEMI logró participar en el proceso de reforma del SNIS no solo como una corporación médica, sino como un actor del interior del país, con legitimidad y voz propia, capaz de traducir intereses y demandas colectivas en actividad política y diseño de política pública.

7.2. Limitaciones del estudio

En cuanto a los límites de esta investigación, se reconoce, en primera instancia, el alcance temporal de la misma. Aunque la delimitación del estudio permitió profundidad en el análisis, también restringió la posibilidad de un análisis de mediano o largo plazo. El foco del trabajo fue el período comprendido entre 2005-2010, correspondiente a la etapa de diseño e implementación inicial del SNIS. Por esta razón, los efectos de la consolidación de la nueva institucionalidad y los conflictos que podrían haber surgido a partir de dicha consolidación institucional quedaron al margen de esta investigación.

Por otro lado, y como se mencionó al inicio de esta monografía, se reconocen limitaciones en el acceso a la población de estudio, debido a la dispersión geográfica de las personas en cuestión, y a dificultades con el manejo de servicios de videoconferencia. Esto pudo haber condicionado los resultados del análisis, sobre todo al limitar la variabilidad de los perfiles entrevistados y, con esto, la reconstrucción plural de ciertos episodios clave del proceso (fundamentalmente en lo que refiere a las tensiones internas entre las dos vertientes de la FEMI, o a las relaciones de género y el acceso a espacios de poder).

Finalmente, una tercera limitación se reconoce en la decisión de considerar solamente el discurso de la dirigencia de la Federación como una fuente primaria para el acceso a los discursos de la FEMI. De esta forma, se excluyó la visión de otros segmentos igual de relevantes, como las bases gremiales, los trabajadores no médicos de las asistenciales, los usuarios o incluso los políticos fuera del gobierno. Estas otras perspectivas podrían haber enriquecido el análisis, al habilitar mayor triangulación de fuentes, permitiendo contrastar el discurso institucionalizado de la FEMI (desde lugares de poder, como es el caso de la dirigencia) con percepciones externas a la institución, o internas pero no hegemónicas.

7.3. Aporte social y sociológico

En primer lugar, es necesario reflexionar en torno al aporte social de la investigación. En este sentido, el estudio contribuye a visibilizar un actor colectivo del interior del país, un territorio típicamente invisibilizado frente al centro de poder que representa Montevideo en el contexto nacional. En esta línea, vuelca conocimiento al debate sobre la descentralización y la justicia distributiva a nivel territorial, reconociendo desigualdades en el acceso a la salud y en el ejercicio de la profesión médica. Además, reconoce el valor de la participación social en este tipo de procesos, y aporta elementos para pensar cómo se democratizan los procesos de diseño, implementación y gestión de políticas públicas. Estos aportes también habilitan conocimiento para futuras reformas institucionales, especialmente en el ámbito de la salud.

En segundo lugar, esta investigación contribuye sociológicamente al proponer una articulación original y multidimensional (estructura, acción y cultura). En la conceptualización de la idea de rol, este trabajo logra sintetizar tres corrientes teóricas distintas, a la vez que construye una herramienta analítica útil para abordar procesos sociales complejos y abiertos a la participación social, pudiendo replicarse este estudio con otros actores sociales que intervengan en procesos similares. Por último, también se reconoce un aporte en la exploración de la doble identidad gremial-empresarial de un actor colectivo, ofreciendo una lectura sobre las tensiones implicadas en estas dualidades, y cómo los actores logran articularlas y aprovecharlas.

7.4. Nuevas líneas de investigación

Finalmente, es importante dejar escritas las reflexiones en torno a las preguntas aún no respondidas, especialmente aquellas que surgieron en el proceso investigativo. En primer lugar, sería útil comparar este caso con otros actores que hayan intervenido en la reforma, sobre todo dentro del campo de la salud. También se reconoce una oportunidad en los abordajes cuantitativos o mixtos, porque permitirían, como mínimo, analizar la correlación estadística entre el rol de la FEMI (u otros

actores) y sus efectos sobre el sistema de salud. Además, este tipo de abordajes permitiría la triangulación de datos y técnicas de análisis, robusteciendo los hallazgos, a la vez que habilita la comparación estadística.

Otra línea de de investigación novedosa implicaría abordar la matriz cooperativa de la Federación, permitiendo arrojar luz sobre las dinámicas internas entre cooperativistas y no cooperativistas, las implicancias de la cooperación en el desarrollo de la medicina en el interior del país, o las cooperativas médicas como espacios de resistencia en el pasado reciente, durante la última dictadura cívico-militar del país. También sería valioso un aporte específico sobre la dimensión cultural y moral del mundo social de la medicina y la profesión médica. Por último, nuevos aportes también podrían observarse en estudios sobre las relaciones entre la dirigencia política y la dirigencia médica, especialmente si se reconoce un espacio de “puerta giratoria” entre uno y otro campo.

Para dar cierre a esta monografía, se reconoce la necesidad de seguir explorando, desde las ciencias sociales, el rol de los actores en los procesos de cambio institucional. Al entender que las reformas representan ventanas de oportunidad para la inclusión social y la democratización de las sociedades, estudiar la experiencia de los actores (en cuanto a sus formas de participación y los límites que enfrentan) permite sistematizar aprendizajes socialmente útiles, especialmente para el diseño, la implementación y la gestión de políticas públicas, aportando, a su vez, ideas sobre el tipo de instituciones socialmente deseadas para cada momento histórico.

Bibliografía

- Anzalone, P. (2018). *Participación social dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay. Análisis de las formas de democratización de las políticas públicas en materia de salud durante los gobiernos progresistas en Uruguay*. Montevideo: Departamento de Sociología (DS), Facultad de Ciencias Sociales (FCS), UdelaR.
- Anzalone, P. (2021). *Uruguay: participación social en salud y democratización de la sociedad y el Estado*. Montevideo: DS, FCS, UdelaR.
- Bourdieu, Pierre (1981). La représentation politique, éléments pour une théorie du champ politique. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 36, 3-24.
- Bourdieu, P. (1999). Sobre el campo político/ Entrevistado por Philippe Fritsch. Presses Universitaires de Lyon.
- Bourdieu, P. (2001). *Poder, derecho y clases sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer S.A.
- Buffa, C. (2014). *Los actores sociales en la reforma de la salud. El caso del Sindicato Médica del Uruguay*. Montevideo: DS, FCS, UdelaR.
- Buglioli, M.; Grau, C.; Lazarov, L.; Mieres, G. (2000). Instituciones de asistencia médica colectiva en Uruguay: impacto de la regulación. *Gac Sanit*, 16 (1), 63-69.
- Campbell, J. L. (2004). *Institutional Change and Globalization*. Princeton: Princeton University Press.
- Chihu Amparán, A. (1998). La teoría de los campos en Pierre Bourdieu. *POLIS México*, 1 (2), 179-200.
- Codato, A. (2015). Metodologías para a identificação de elites: três exemplos clássicos em R. Perissinotto y A. Codato (Eds.), *Como estudar elites* (pp. 15-30). Curitiba: Universidade Federal do Paraná.
- De Armas, G. (2017). *Reformas sociales y gobiernos de izquierda en Uruguay (2005-2014). Tercer movimiento de la trayectoria de un estado de bienestar centenario*. Montevideo: Departamento de Ciencia Política (DCP), FCS, UdelaR.
- Decreto N° 230/013 de 2013. Por el cual se crean las Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales. 7 de agosto de 2013. D.O. No. 28776.
- Dibarboure, H. (2003). La salud en estado de mal: análisis crítico – propositivo del sistema de atención de la salud en Uruguay. *Revista de la Maestría en Salud Pública de la UBA*, 1 (1).

- El Observador (3 de noviembre de 2025). Comenzó el juicio por el "caso Roslik": Fiscalía buscará condenar a prisión a nueve militares. *El Observador*. <https://www.elobservador.com.uy/nacional/este-lunes-comienza-el-juicio-el-caso-roslik-fiscalia-buscara-condenar-prision-nueve-militares-n6023200>
- Federación Médica del Interior [FEMI] (2004). *La salud que queremos para los uruguayos*. Montevideo: FEMI
- FEMI (2005). *La reforma de la Salud y el Cambio de Modelo de Financiamiento. Propuesta de FEMI para la transición*. Montevideo: FEMI
- FEMI (2016). *50 años a la salud del interior*. Montevideo: FEMI
- Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación Médica y Salud* 10 (2), 152-169.
- Fuentes, G. (2010). El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del frente amplio y las condiciones que la hicieron posible. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 19 (1), 119-142.
- Fuentes, G. (2013). *La creación del sistema nacional integrado de salud en Uruguay (2005-2012): Impulso reformista con freno desde los puntos y actores de veto*. Madrid: Facultad De Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Complutense de Madrid.
- Granados Toraño, R. (2002). La reforma de los sistemas de salud: tendencias mundiales y efectos en Latinoamérica y el Caribe. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 1 (3), 16-46.
- Grau, C. y Lasarov, L. (2000). *El sistema de salud en el Uruguay: una visión integrada*. Montevideo: Centro de Investigaciones Económicas (CINVE).
- Hallerberg, M. (2011). Empirical applications of veto player analysis and institutional effectiveness en T. König, M. Debus y G. Tsebelis (Eds.), *Reform processes and policy change: veto players and decision-making in modern democracies* (1ra ed., vol. 16, pp. 21-42). Nueva York: Springer Publishing.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill, Interamericana Editores S.A. de C.V.
- Iriart, C.; Emerson, E. M. y Howard, W. (2000). La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cadernos de Saúde Pública*, Río de Janeiro, 16 (1), 95-105.
- Joignant, A. (2012). Habitus, campo y capital. Elementos para una teoría general del capital político. *Revista Mexicana de Sociología*, 74 (4), 587-618.
- Labadie, G. J.; Ramos, A.; Sánchez, D. (1994). *Instituciones de asistencia médica colectiva en el Uruguay: regulación y desempeño*. Santiago de Chile: CEPAL, ONU.

- Ley N° 18.211 de 2007. Por la cual se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud. 5 de diciembre de 2007. D.O. No. 27384.
- Ley N° 18.407 de 2008. Por la cual se regula, constituye y organiza el movimiento cooperativo. 24 de octubre de 2008. D.O. No. 27612.
- Ley N° 18.473 de 2009. Por la cual se regula la voluntad anticipada en tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen la vida en casos terminales. 3 de abril de 2009. D.O. No. 27714.
- Ley N° 18.591 de 2009. Por la cual se crea el Colegio Médico del Uruguay. 18 de setiembre de 2009. D.O. No. 27837.
- López Schwedt, M. (2014). *Las políticas de salud sexual y reproductiva en el Uruguay, desde una perspectiva de equidad de género*. Montevideo: DS, FCS, UdelaR.
- Martinic, S. (2000). Grupos de interés e interacciones comunicativas en las reformas sociales en América Latina en S. Martinic; P. González y R. Opertti (2000). *¿Hacia dónde va el gasto público en educación? Logros y desafíos. Volumen II. Reformas sectoriales y grupos de interés*. Santiago de Chile: ECLAC, CEPAL, ONU.
- Merlinsky, G. (2013). *Cartografías del conflicto ambiental en Argentina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación CICCUS.
- Mitjavila, M. (1998). *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Montevideo: DS, FCS, UdelaR.
- Ortega-Bastidas, J. (2020). ¿Cómo saturamos los datos? Una propuesta analítica “desde” y “para” la investigación cualitativa. *Interciencia*, 45 (6), 293-299.
- Parlamento del Uruguay (2005c). *Versión Taquigráfica N°262. Situación de Conflicto: MSP, FEMI, SMU*. Montevideo: Parlamento del Uruguay.
- Parlamento del Uruguay (2006a). *Versión Taquigráfica N°515. Derechos del paciente terminal. Testamento Vital. Incorporación al ordenamiento jurídico y establecimiento de su alcance*. Montevideo: Parlamento del Uruguay.
- Parlamento del Uruguay (2007a). *Versión Taquigráfica N°940. Fondo Nacional de Salud. Creación*. Montevideo: Parlamento del Uruguay.
- Parlamento del Uruguay (2007e). *Versión Taquigráfica N°1184. Conflicto en el Sector de la Salud. Mediación*. Montevideo: Parlamento del Uruguay.
- Parlamento del Uruguay (2007i). *Versión Taquigráfica N°1321. Sistema Nacional Integrado de Salud. Creación. Delegaciones*. Montevideo: Parlamento del Uruguay.
- PAHO (1978). *Declaración de Alma-Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria en salud*. Alma-Ata: PAHO.

- PAHO (1982). *Salud para todos en el año 2000. Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales*. Washington D.C.: PAHO.
- Parada, D. (2 de agosto de 2019). Complementación en el Sistema Nacional de Salud. *la diaria*. <https://ladiaria.com.uy/opinion/articulo/2019/8/complementacion-en-el-sistema-nacional-de-salud/>
- Peña, T. y Pirela, J. (2007). La complejidad del análisis documental. *Información, cultura y sociedad*, 16 (1), 55-81.
- Portillo, J. (1995). Historia de la medicina estatal en Uruguay (1724-1930). *Revista Médica del Uruguay*, 11, 5-18.
- Rios Petrarca, F. (2015). Pesquisando grupos profissionais: dilemas clássicos e contribuições recentes en Perissinotto, R. y Codato, A. (Ed.), *Como estudar elites* (pp. 151-184). Curitiba: Editora UFPR.
- Rodríguez Araujo, M. y Toledo, A. (2010). La construcción del pilar normativo del SNIS: su proceso político en M. J. Borges (Ed.), *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud* (pp. 140-165). Montevideo: Ministerio de Salud Pública (Uruguay).
- Schelotto Varela, S. (2017). *Atención: Modelo en obra. Implementación del modelo de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud. Una aproximación desde la perspectiva de médicos pediatras del primer nivel*. Montevideo: DS, FCS, UdelaR.
- Setaro, M. (2014). Transformaciones en la gobernanza de un estado social centenario: estructura y funcionamiento del sistema nacional integrado de salud de Uruguay. *Revista Uruguay de Ciencia Política*, 23 (1).
- Serna, M., Bottinelli, E., Maneiro, C. y Pérez, L. (2012) *Giro a la izquierda y nuevas elites en Uruguay ¿Renovación o reconversión?* Montevideo: UdelaR.
- Serna, M. y Bottinelli, E. (2020). Los empresarios en la política en Uruguay en tiempos de cambio: reconversión y renovación de las élites políticas (2000-2015). *Revista Española de Sociología*, 29 (3), 655-673.
- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. California: SAGE.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Trylesinski, F. (2006). *Gasto Público y Privado en Salud. Distribución territorial*. Montevideo: Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, UdelaR, FEMI.
- Vallés, J. M. (2006). *Ciencia política. Una introducción*. Barcelona: L'Hospitalet.
- Van Dijk, T. A. (1999). El análisis crítico del discurso. *Anthropos (Barcelona)*, 186, 23-36.

- Van Dijk, T. A. (2001). Discurso y racismo en D. Goldberg y J. Solomos (Eds.), *The Blackwell Companion to Racial and Ethnic Studies*. Oxford: Blackwell.
- Van Dijk, T. A. (2016). Análisis crítico del discurso. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 30, 203-222.
- Verd, J. M. y Lozares, C. (2016). *Introducción a la investigación cualitativa. Fases, métodos y técnicas*. Madrid: Editorial Síntesis
- Vergara, C. (2000). El contexto de las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8 (1/2), 7-12.
- Vommaro, G. (2017). Los partidos y sus mundos sociales de pertenencia: repertorios de acción, moralidad y jerarquías culturales en la vida política en G. Vommaro y M. Gené (Eds.), *La vida social en el mundo político. Investigaciones recientes en sociología política* (pp. 35-62). Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento (UNGS).

Anexos

Anexo 1. Composición de la FEMI en el período de reforma

COMPOSICIÓN SOCIETARIA DE LA FEDERACIÓN MÉDICA DEL INTERIOR (2005-2010)							
		Acrónimo 2006	Nombre 2006	Departamento	Fundación	Integra Hoy	
NORTE	Gremial	1	SMDA	Sindicato Médico Departamental de Artigas	Artigas	12/9/1966	FEMI
		2	AMP	Asociación Médica de Paysandú	Paysandú	30/4/1946	FEMI
		3	SMR	Sindicato Médico de Rivera	Rivera	12/6/1932	FEMI
		4	SMQS	Sociedad Médico Quirúrgica de Salto	Salto	-	No
		5	SMS	Sindicato Médico de Salto	Salto	12/11/1986	FEMI
		6	SMT	Sindicato Médico de Tacuarembó	Tacuarembó	7/10/1966	FEMI
Asistencial	7	GREMEDA	Gremial Médica Artiguense	Artigas	4/5/1978	FEPREMI	
	8	COMEPA	Corporación Médica de Paysandú	Paysandú	23/9/1967	FEPREMI	
	9	CASMER	Cooperativa Asistencial Médica de Rivera	Rivera	14/5/1976	FEPREMI	
	10	SMQS-CAM	Sociedad Médico Quirúrgica de Salto - Centro de Asistencia Médica	Salto	1/7/1956	FEPREMI	
	11	COMTA	Cooperativa Médica de Tacuarembó	Tacuarembó	15/10/1967	FEPREMI	
OESTE	Gremial	12	AMC	Asociación Médica de Colonia	Colonia	1/5/1962	FEMI
		13	AMOC	Asociación Médica del Oeste de Colonia	Colonia	03/1972	FEMI
		14	AMEC	Asociación Médica del Este de Colonia	Colonia	28/10/1961	FEMI
		15	SMRN	Sindicato Médico de Río Negro	Río Negro	14/12/1984	FEMI
	Asistencial	16	GMS	Gremial Médica de Soriano	Soriano	8/7/1989	FEMI
		17	ORAMECO	Organización de Asistencia Médica Cooperativa Colonia	Colonia	18/9/1973	-
		18	CAMEC	Cooperativa Asistencial Médica del Este de Colonia	Colonia	24/8/1970	FEPREMI
		19	CAMOC	Cooperativa Asistencial Médica del Oeste de Colonia	Colonia	05/1972	FEPREMI
		20	AMEDRIN	Asistencial Médica de Río Negro Cooperativa	Río Negro	13/7/1967	FEPREMI
		21	CAMY	Cooperativa de Asistencia Médica de Young	Río Negro	11/1977	FEPREMI
CENTRO -SUR	Gremial	22	CAMS	Cooperativa de Asistencia Médica de Soriano	Soriano	May-68	FEPREMI
		23	AMR-LPLPPS	Asociación Médica Regional La Paz, Las Piedras, Progreso y Sauce	Canelones	05/1953	FEMI
		24	GMC	Gremial Médica de Canelones	Canelones	5/3/1964	FEMI
		25	AMPFS	Asociación Médica de Pando Dr. Fco. Soca	Canelones	12/11/1959	FEMI
	Asistencial	26	SMD	Sindicato Médico de Durazno	Durazno	16/12/1966	FEMI
		27	AMF	Asociación Médica de Flores	Flores	14/10/1966	FEMI
		28	SMF	Sindicato Médico de Florida	Florida	2/7/1962	FEMI
		29	GMSJ	Gremio Médico de San José	San José	3/12/2001	FEMI
		30	CRAMI	Cooperativa Regional de Asistencia Médica Integral	Canelones	18/10/1958	FEPREMI
		31	CAAMEPA	Cooperativa de Asistencia Agrupación Médica de Pando	Canelones	1/10/1982	FEPREMI
ESTE	Gremial	32	COMECA	Cooperativa Médica de Canelones	Canelones	5/5/1978	FEPREMI
		33	CAMEDUR	Cooperativa de Asistencia Médica de Durazno	Durazno	21/8/1967	FEPREMI
		34	COMEFLO	Cooperativa Médica de Flores	Flores	12/9/1966	FEPREMI
		35	COMEF	Cooperativa Médica de Florida	Florida	1/10/1984	FEPREMI
	Asistencial	36	AMSJ	Asociación Médica de San José Cooperativa	San José	30/8/1963	FEPREMI
		37	GMCL	Gremial Médica de Cerro Largo	Cerro Largo	19/4/1988	FEMI
		38	UML	Unión Médica de Lavalleja	Lavalleja	27/5/1964	FEMI
		39	UMM	Unión Médica de Maldonado	Maldonado	16/12/1966	FEMI
		40	AMR	Asociación Médica de Rocha	Rocha	30/12/1957	FEMI
		41	AMTT	Agremiación Médica de Treinta y Tres	Treinta y Tres	10/1967	FEMI
MVD	Asistencial	42	CAMCEL	Cooperativa Asistencial Médica de Cerro Largo	Cerro Largo	22/4/1963	FEPREMI
		43	CAMDEL	Cooperativa Asistencial Médica de Lavalleja	Lavalleja	15/6/1966	FEPREMI
		44	AMDM	Asistencial Médica Cooperativa de Maldonado	Maldonado	6/5/1961	FEPREMI
		45	COMERO	Cooperativa Médica de Rocha	Rocha	21/11/1962	FEPREMI
	46	IAC	Instituto Asistencial Colectivo	Treinta y Tres	17/11/1970	FEPREMI	
	Asist.	47	AMERICANO	Sanatorio Americano S.A.	Montevideo	28/9/1945	FEPREMI

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 2. Libro de códigos

Diccionario de códigos (1/3)		
Dimensión	Código	Definición
Identificación de locutor	entrevistado/a	selecciona el párrafo que corresponde a la respuesta de la o el entrevistado
	entrevistador	selecciona el párrafo que corresponde a la respuesta del entrevistador
Identificación de preguntas	preg. algo más agregar	identifica la pregunta de la pauta de entrevista
	preg. antecedentes laborales	
	preg. barreras desafíos	
	preg. caract. dirigentes FEMI	
	preg. divergencias asoci. FEMI	
	preg. edad	
	preg. efectos resultados SNIS	
	preg. estrategia FEMI	
	preg. experiencia otras asoci.	
	preg. formación conocimiento	
	preg. ideales políticos	
	preg. inicio particip. dirigente en FEMI	
	preg. logros FEMI reconocidos por dirigentes	
	preg. lugar resi.	
	preg. momento razones empieza negociar FEMI	
	preg. motivaciones	
	preg. otros/as dirigentes	
	preg. papel grat. FEMI	
	preg. particip. asociadas FEMI	
	preg. particip. FEMI negociaciones	
Caracterización	preg. redes alianzas	edad de la persona entrevistada
	preg. rel. dirigentes FEMI dirigentes PARTIDOS	
	preg. rel. FEMI gob.	
	preg. rel. FEMI partidos	
	edad	
	residencia 2005-2010	
	residencia fuera de 2005-2010	
Capitales	institución de base	institución médica/gremio médico a través del cual nace la relación entre la persona entrevistada y la FEMI
	especialidad médica	posgrado de especialización que alcanzó entrevistado/a
	cargos 2005-2010	cargos (electivos o no) que haya ocupado en el período el o la dirigente
	cargos fuera de 2005-2010	cargos (electivos o no) que haya ocupado fuera del período el o la dirigente
	capital social	da cuenta de posesión de capital social a través de sus redes y vínculos sociales
	capital cultural	da cuenta de su capital cultural a través de su nivel de formación, los grados/posgrados
	capital económico	da cuenta de su capital económico, mencionando actividades empresariales que realiza, o la pertenencia a un grupo empresarial, o ser cooperativista (socio de cooperativa médica/IAMPP)
	capital simbólico	da cuenta del capital simbólico que posee a partir de la idoneidad que plantea entre su perfil y el perfil requerido para ocupar los lugares de dirigencia en FEMI
	capital político	da cuenta del capital político; relaciones con dirigentes políticos, militancia partidaria, relaciones con partidos políticos, experiencia en política
	r. capital social	reconocimiento de capital social por otros actores
	r. capital cultural	reconocimiento de capital cultural por otros actores
	r. capital económico	reconocimiento de capital económico por otros actores
	r. capital simbólico	reconocimiento de capital simbólico por otros actores
	r. capital político	reconocimiento de capital político por otros actores
Mundos sociales de pertenencia	grupos médicos-sanitarios	integra alguno de estos colectivos
	grupos de activismo social	
	movimiento estudiantil	
	partidos políticos	
	clubes deportivos	
	clubes sociales	
	grupos culturales	---
	otros gremios/sindicatos	
	influencia los mundos sociales sobre la dirigencia	
	conocimiento médico	
	conocimiento del estado del sistema de salud	
	conocimiento de la realidad del interior	
Ideas	integración social y socialización	---
	interés en devolver lo que la sociedad le dio	---
	paradigmas	ideas que definen y delimitan la forma en la que se interpreta la realidad del sistema de salud
	sentimientos públicos	ideas que delimitan el tipo de soluciones legítimas a ser consideradas en temas de salud
FEMI a nivel histórico	programas	ideas que se proponen como soluciones a los problemas del sistema de salud en Uy
	marcos	ideas que legitiman los programas/soluciones de política propuestas
	rol FEMI en organización de salud del Uy	explica cuál es el rol en general de la FEMI en la organización del sistema nacional de salud, a nivel global e histórico
características de FEMI	logros históricos de FEMI	mención a alguna conquista que haya tenido la FEMI que trascienda el marco de la reforma del SNIS
	dualidad FEMI	da cuenta de la doble representación de FEMI: gremial y asistencial
	intereses gremiales	FEMI representando los intereses del grupo de trabajadores/as médicos/as del interior
	intereses asistenciales	FEMI representando los intereses de las empresas de asistencia médica
	territorialidad	da cuenta de la especificidad de cada territorio y como esto le impone heterogeneidad a la FEMI

Diccionario de códigos (2/3)		
Dimensión	Código	Definición
sobre el dirigente	<i>inicia actividad en FEMI desde el gremio</i>	Menciona que su actividad en FEMI inicia principalmente desde el área gremial
	<i>participó como dirigente en negociaciones SNIS</i>	da cuenta de su participación en las negociaciones en diferentes ámbitos
	<i>motivaciones personales de su participación en FEMI</i>	indica fragmentos en los que se habla de motivaciones subjetivadas
	<i>interés por incidir en temas de salud</i>	incidir, cambiar, mejorar el sistema de salud y la calidad en general de la salud en el país
	<i>motivaciones externas de su participación en FEMI</i>	indica fragmentos en los que se habla de motivaciones objetivadas
	<i>experiencia laboral</i>	---
	<i>experiencia en actividad gremial</i>	da cuenta de su actividad en ámbitos gremiales, participación en defensa de las condiciones laborales, representando a los y las trabajadoras de la salud
	<i>experiencia en actividad asistencial</i>	da cuenta de su actividad como médico/a haciendo trabajo clínico, o de gestión, representando los intereses de las asistenciales como empresas
	<i>experiencia de dictadura</i>	menciona el Golpe de Estado, la dictadura cívico-militar, asocia esa experiencia a cuestiones personales y de la FEMI
	<i>otros/as dirigentes</i>	nombra a otros/as dirigentes de la FEMI
participación en la reforma	<i>ideales políticos buscados entre 2005 y 2010</i>	---
	<i>participación FEMI reforma SNIS</i>	refiere a la participación, en general, de la FEMI en la reforma del SNIS
	<i>participación en los consejos de salarios</i>	refiere a la participación de la FEMI en los consejos de salarios
	<i>participación en el Parlamento</i>	refiere a la participación de la FEMI (o sus dirigentes) en comisiones en el parlamento
	<i>participación en los medios de comunicación</i>	refiere a la participación de la FEMI (o sus dirigentes) en medios de comunicación/prensa
	<i>participación en consejo consultivo</i>	refiere a la participación de la FEMI (o sus dirigentes) en el Consejo Consultivo para la Implementación del SNIS, decretado en 2005 por el gobierno
	<i>participación en convenciones médicas</i>	refiere a la participación de la FEMI (o sus dirigentes) en las convenciones médicas anuales
	<i>participación en reuniones bilaterales FEMI-gobierno</i>	refiere a la participación de la FEMI (o sus dirigentes) en reuniones más bien informales con autoridades del gobierno
	<i>participación en ámbitos informales con el gobierno u otros actores</i>	refiere a la participación de la FEMI (o sus dirigentes) en espacios informales, privados y voluntarios de reunión con distintos actores del sistema de salud
	<i>participación en la reforma a la interna de la FEMI</i>	refiere a la participación de gremios y asistenciales (o sus dirigentes) en la discusión interna sobre la reforma
	<i>participación interna en asambleas/plenarios</i>	refiere específicamente a la participación interna de dirigentes en asambleas/plenarios como forma de tomar decisiones
	<i>rol de dirigentes de FEMI</i>	refiere al rol que tuvieron los dirigentes de la FEMI en la negociación por el SNIS
	<i>dirigentes FEMI en el gobierno</i>	refiere a dirigentes de FEMI que ocuparon entre 2005 y 2010 algún cargo dentro del gobierno (nacional/departamental)
razones detrás de su participación	<i>razones participación de FEMI en reforma</i>	indica motivos por los que la FEMI se involucró en la discusión de la reforma del SNIS
	<i>dar voz al interior (*)</i>	da cuenta de una lucha por la hegemonía del discurso, discute la univocidad de Montevideo
	<i>defensa del trabajo y condiciones laborales del interior</i>	necesidad específica de representar derechos laborales de la medicina en el interior
	<i>razones para exigir que se escuche a FEMI</i>	reivindicaciones que se esgrimen para validar la opinión y posicionar los intereses de la FEMI en el marco de la reforma
	<i>FEMI exige su representación del interior en ámbitos de decisión</i>	argumentos que ratifican la capacidad de representación que tiene la FEMI de la especificidad del interior
posicionamiento FEMI	<i>apoyo crítico a la reforma</i>	posicionamiento de FEMI es de apoyo global pero con puntos en desacuerdo; acompaña la reforma, pero plantea sus conflictos y propone soluciones
	<i>posicionamiento único, discutido y negociado a la interna</i>	da cuenta del proceso por el que se define el posicionamiento de la FEMI
desafíos y estrategias	<i>barreras para impulsar propuestas FEMI</i>	barreras/desafíos (internos/externos) a los que se enfrenta la FEMI a la hora de participar del diálogo y las negociaciones
	<i>heterogeneidad de posturas al interior de FEMI</i>	posturas divergentes al interior de la FEMI como dificultades a las que se debe hacer frente para lograr tomar postura e incidir en reforma
	<i>conflicto de intereses</i>	da cuenta de intereses contradictorios entre la dirigencia de la FEMI; sobre todo intereses económicos y de la posesión de medios de producción
	<i>desconfianza en la FEMI</i>	plantea cierta desconfianza que tenían algunos actores hacia la FEMI
	<i>conflicto entre cooperativistas/no cooperativistas</i>	refiere a conflictos de interés entre cooperativistas y no cooperativistas de FEMI a la hora de discutir cuestiones sobre la reforma
	<i>estrategia de la FEMI para incidir en la reforma</i>	presenta a grandes rasgos las estrategias que llevó adelante la FEMI para impulsar sus propuestas en la reforma
	<i>diagnóstico de la realidad del interior</i>	estrategias particulares que llevó adelante
	<i>diálogo como estrategia</i>	
situación pre reforma	<i>no tener prejuicios y discutir abiertamente</i>	
	<i>situación previa del sistema de salud</i>	refiere al estado de la salud previo a la reforma en Uruguay
	<i>inequidades en el sistema de salud pre reforma</i>	características específicas pre-reforma
	<i>inequidades en salud se profundizaban en el interior</i>	
logros en la reforma	<i>logros FEMI reforma</i>	presenta de forma global los logros alcanzados por la FEMI en el contexto de la reforma del SNIS
	<i>FEMI fue escuchada</i>	logros específicos
	<i>reconocimiento de FEMI representante interior</i>	
	<i>respeto hacia la FEMI de parte de actores salud</i>	

Diccionario de códigos (3/3)		
Dimensión	Código	Definición
redes	relación: FEMI-SMU	relación entre FEMI y SMU
	relación: FEMI-gremio de la salud todo	relación entre FEMI y el resto del gremio de la salud (sin especificar)
	relación: FEMI-gobierno	relación entre FEMI y gobierno
	relación: FEMI-FUS	relación entre FEMI y la Federación Uruguaya de la Salud
	relación: FEMI-IAMC/IAMPP	relación entre FEMI y el resto de instituciones asistenciales
	relación: FEMI-sistema político	relación entre FEMI y partidos políticos/dirigentes políticos
	relación: FEMI-FA	relación entre FEMI y el Frente Amplio
cualidades buscadas en la dirigencia de FEMI	relación: FEMI-resto de partidos	relación entre FEMI y PC, PN, etc.
	características valoradas en una persona dirigente	---
	valoración de la coherencia	---
	libertad como horizonte	---
	ser fiel a los intereses de las personas que representa	---
Alianzas / Vínculos FEMI	capacidad para la articulación y diálogo	---
	coincidencias FEMI-SMU	---
	vínculos FEMI-SMU	---
	vínculos FEMI-PE	---
	coincidencias FEMI-Parlamentarios	---
	vínculos FEMI-Parlamentarios	---
	coincidencias FEMI-Autoridades MSP	---
	diferenciación FEMI-SMU	---
	vínculos FEMI-SAQ	---
	imposibilidad de llegar a posición común (FEMI-SMU-SAQ)	---
	SAQ devuelve el favor a FEMI. apoya propuesta de FEMI sobre esencialidad	---
	vínculos FEMI-UdelaR	---
Conflictos FEMI	conflicto 1: FEMI-SMU contra MSP (salarios)	---
	conflicto 2: no representación de FEMI en Consejo de Salarios de 2005	---
	conflicto 3 (1°): salarización comisiones de apoyo. FEMI - MSP	---
	conflicto 4: relacionamiento gremiales-autoridades deptales de salud pública	---
	conflicto 5: relacionamiento gremio Pays-Poder Ejecutivo (denuncias mala praxis)	---
	conflicto 6: decreto esencialidad. falta de diálogo. no cumplimiento convenio salarial. FEMI/SMU/SAQ-ASSE/MSP/PE	---
	conflicto 6: especificidad FEMI-ASSE/MSP/PE. no cumplimiento convenio salarial	---
Posicionamientos FEMI	A favor	agrupamiento de codificación abierta de posicionamientos concretos
	En contra	
	Neutro	
Estrategias FEMI	estrategia 1: elaborar documentos sobre la reforma	agrupamiento de codificación abierta de estrategias concretas
	estrategia 2: apelar a la discusión técnica	
	estrategia 3: enmarcar reclamo de FEMI en uno más general, apelando la dimensión social de la reforma	
	estrategia 4: apelar al diálogo/ llamar a negociar	
Propuestas FEMI	estrategia 5: otros	propuestas concretas que haya hecho la FEMI durante las negociaciones
	propuestas	
Temas abordados	temas	tematización del documento analizado
Representación	representantes FEMI	Colectivo/ institución representada
	representantes asociadas de FEMI	
	representantes FUS	
	representantes FFSP	
	representantes SMU	
	representantes asoc de usuarios	
	representantes labs nacionales	
	representantes Plenario IAMC	
	representantes Academia Nac de Medicina	
	senadores/as	
	diputados/as	
	representantes del Estado	
	representantes UdelaR	
	técnicos/asesores independientes	
	representantes empresas	
	representantes SAQ	
	representantes Hospital Público	
	representantes CASMU	
	representantes otras org/instituciones	

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3. Operacionalización

SÍNTESIS		OPERACIONALIZACIÓN DE LOS PRINCIPALES CONCEPTOS			
		CONCEPTO	DIMENSIÓN	VARIABLE	INDICADOR
EL ROL DE LA FEDERACIÓN	ESTRUCTURA	CAMPO POLÍTICO	Capitales	Posesión de capitales	Da cuenta de posesión de capital político Da cuenta de posesión de capital social Da cuenta de posesión de capital económico Da cuenta de posesión de capital cultural Da cuenta de posesión de capital simbólico
				Conversión de capitales	Utilización de recursos/reconocimientos propios o del colectivo al que representa para conseguir reconocimiento dentro del campo político
			Habitus	Interiorización de un habitus	Reconoce habilidades/ experiencia política Reconoce habilidades/ experiencia médica Reconoce habilidades/ experiencia gremial Reconoce habilidades/ experiencia en acción social
					Representación gremial Representación empresarial
					Posicionamiento a favor frente a propuestas ajenas Posicionamiento neutral frente propuestas ajenas Posicionamiento en contra frente a propuestas ajenas
			Representaciones	Tipo de representación	Da cuenta de propuestas concretas que fueron transmitidas en el campo político durante la reforma Apelar a la unión gremial Apelar a la discusión técnica y experta Apelar a la generalización de los intereses propios Apelar a otro tipo de estrategias
			Posicionamientos	Tipo de posicionamiento	Se reconoce alianza con el SMU Se reconoce alianza con la SAQ Se reconoce alianza con UdelaR Se reconoce alianza con el gobierno Se reconoce alianza con otros actores
			Propuestas	Proposición de soluciones de política	Discursos que definen y delimitan la forma en la que se interpreta la realidad del sistema de salud Discursos que limitan el tipo de soluciones legítimas a ser consideradas Discursos que se proponen como soluciones a los problemas del sistema de salud Discursos que legitiman las soluciones propuestas
			Estrategias	Estrategias utilizadas	Las ideas que propone son mayoritariamente paradigmas Las ideas que propone son mayoritariamente sentimientos públicos Las ideas que propone son mayoritariamente programas Las ideas que propone son mayoritariamente marcos
			Alianzas	Construcción de redes y alianzas con otros actores	Es mediador entre los distintos tipos de actores
	ACCIÓN	MUNDO DE LAS IDEAS	Ideas	Manifestación de paradigmas	Sentidos que atribuye la FEMI a su participación en la reforma Razones subyacentes: tipos de razones Razones subyacentes: tipos de razones Razones subyacentes: tipos de razones
				Manifestación de sentimientos públicos	Político profesional Profesional político Empresario/ cuentapropista Profesional liberal Profesional dependiente Asalariado público Asalariado privado Desempleado
				Manifestación de programas	Tipos de trabajos en los que se empleó el o la dirigente a lo largo de su vida
				Manifestación de marcos	Tipo de especialidad médica
			Actores	Teórico	Perfil deseado del dirigente de FEMI
				Constituyente	Lugar de residencia durante la reforma
				Decisor	Lugar de residencia antes de la reforma
				Enmarcador	Participación en grupos asociativos/deportivos
				Broker	Participación en gremios/sindicatos
					Participación en grupos comerciales
	CULTURA	MUNDOS SOCIALES	Sentidos	Sentidos que atribuyen otros actores a la participación de FEMI en la reforma	Participación en cooperativas médicas Miliciancia en partidos políticos
			Trabajo	Ocupación principal durante la reforma	La intervención/ propuesta fue incorporada a la solución implicada La intervención/ propuesta fue discutida por otros actores La intervención/ propuesta es reconocida positivamente por otros actores La intervención/ propuesta es reconocida negativamente por otros actores La intervención/ propuesta no es reconocida por otros actores
				Experiencia laboral	La dirigencia reconoce aspectos o cambios concretos que fueron incorporados en la reforma luego de que FEMI los propusiera
					Un actor ajeno a la FEMI reconoce aspectos o cambios concretos que fueron incorporados en la reforma luego de que la Federación los propusiera
			Medicina	Especialidad médica	
				Perfil deseado del dirigente de FEMI	
			Residencia	Lugar de residencia durante la reforma	
				Lugar de residencia antes de la reforma	
			Colectivos	Participación en grupos asociativos/deportivos	
				Participación en gremios/sindicatos	
				Participación en grupos comerciales	
				Participación en cooperativas médicas	
				Miliciancia en partidos políticos	
RESONANCIAS	RESONANCIAS SIMBÓLICAS	Interpretaciones de las resonancias simbólicas	Capacidad para posicionar sus propuestas		
			Autopercepción de incidencia en la reforma		
			Percepción externa de incidencia en la reforma		

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 4. Composición de la muestra de dirigentes de la FEMI

Entrevistas a dirigentes de la Federación Médica del Interior				
N°	Regional	Departamento	Edad actual	Sexo
1	Centro-Sur	Durazno	72	V
2	Norte	Salto	77	V
3	Este	Treinta y Tres	70	V
4	Centro-Sur	Canelones	73	V
5	Este	Rocha	63	V
6	Centro-Sur	Canelones	66	M
7	Centro-Sur	San José	72	V
8	Oeste	Río Negro	52	M
9	Centro-Sur	Florida	55	V
10	Oeste	Colonia	73	M
11	Norte	Paysandú	69	M
12	Norte	Salto	57	V
13	Oeste	Río Negro	66	V
14	Centro-Sur	Canelones	-	V
15	Este	Maldonado	72	V
16	Centro-Sur	Canelones	62	M
17	Centro-Sur	San José	71	V

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 5. Composición de las entrevistas a informantes calificados

Entrevistas a Informantes Calificados		
N°	Sexo	Lugar de la opinión experta
18	V	Academia
19	M	Academia
20	V	Parlamento
21	V	Academia + Actor en la reforma
22	V	Gobierno
23	V	Academia
24	V	Gobierno
25	V	Academia

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 6. Composición de la muestra de documentos oficiales

Documentos Oficiales publicados por la Federación Médica del Interior		
ID	Año	Título
1	2004	La salud que queremos para los uruguayos
2	2005a	La reforma de la salud y el cambio de modelo. Propuesta FEMI
3	2005b	II Encuentro Nacional de FEMI
4	2006a	Cuarenta Años de Siembra
5	2006b	Gasto Público y Privado en Salud
6	2006c	III Encuentro Nacional de FEMI
7	2007	IV Encuentro Nacional de FEMI
8	2008	V Encuentro Nacional de FEMI
9	2009	VI Encuentro Nacional de FEMI
10	2010	VII Encuentro Nacional de FEMI

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 7. Composición de la muestra de versiones taquigráficas

	Fecha	Cámara	N°	Año cita	Comisión	Título	Temas
1	31/08/05	Diputados	245	2005a	Comisión de Constitución, Códigos, Legislación General y Administración	Fideicomiso destinado a la reparación civil del daño provocado por la mala praxis médica. Creación	Se invita a dar opinión a autoridades de MSP, representantes de la Cátedra de Derecho Civil (Udelar) y representantes de FEMI y del SMU.
2	07/09/05	Diputados	263	2005b	Comisión de Salud Pública y Asistencia Social	Situación de Conflicto: MSP, FEMI, SMU	Conflicto entre MSP y FEMI-SMU por aumentos de salarios en ASSE. FEMI-SMU piden reunión urgente por conflicto. Solicitan que comisión medie en el conflicto.
3	08/09/05	Diputados	262	2005c	Comisión de Salud Pública y Asistencia Social	Situación de Conflicto: MSP, FEMI, SMU	Conflicto entre MSP y FEMI-SMU por aumentos de salarios en ASSE. Primera mediación de comisión. Participan representantes del MSP, ASSE, MTSS, OPP, representantes de FEMI y SMU.
4	14/09/05	Diputados	273	2005d	Comisión de Salud Pública y Asistencia Social	Secretariado Gremial de la Federación Médica del Interior. Asociación Médica de Rocha (AMR)	Participan representantes de FEMI y AMR. Presentan ante legisladores situación de malos relacionamientos entre las gremiales departamentales y las autoridades departamentales de Salud Pública.
5	21/09/05	Diputados	283	2005e	Comisión de Salud Pública y Asistencia Social	Hospital de Rocha. Asociación Médica de Paysandú	Participan autoridades de ASSE, MSP y Hospital de Rocha, presentando su visión sobre el conflicto con la Asociación Médica de Rocha. Participan representantes de Asoc. Méd. de Paysandú, presentan situación de conflicto entre AMP y Poder Ejecutivo (MSP, Presidencia). Sobre dimensionamiento y mediatización de las denuncias de mala praxis.
6	09/05/06	Diputados	515	2006a	Comisión de Salud Pública y Asistencia Social	Derechos del paciente terminal. Testamento Vital. Incorporación al ordenamiento jurídico y establecimiento de su alcance	Participan representantes de FEMI (Comisión de Ética). Se los invita a exponer su visión sobre el proyecto del testamento vital y los derechos del paciente terminal.
7	03/10/06	Diputados	778	2006b	Comisión de Salud Pública y Asistencia Social	Comisiones de Tabaquismo del Sindicato Médico del Uruguay, Federación Médica del Interior (FEMI) y Red Uruguay Libre de Tabaco (RULTA). Compañía Industrial de Tabacos Montepaz S.A.	Participan representantes de FEMI, SMU, RULTA, Montepaz S.A. Son invitados a dar su visión sobre las políticas antitabaquismo.
8	21/11/06	Senadores	1359	2006c	Comisión de Salud Pública	Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Federación Médica del Interior (FEMI). Audiencia	Participan representantes de FEMI. Se invita a que den su opinión sobre proyecto de descentralización de ASSE. FEMI da su opinión, está de acuerdo con descentralización, y plantea preocupaciones sobre garantías en nueva competencia ASSE-Privadas. Comentarios varios.
9	14/12/06	Senadores	1436	2006d	Comisión de Hacienda	Fondo Integrado de Salud de la Seguridad Social (FISASS). Creación. Delegación de la Federación Médica del Interior (FEMI)	Participan representantes de FEMI. Se invita a que den su opinión sobre la creación del FISASS. Se posiciona a favor de cambio en modelo de financiamiento de la salud a través de la ampliación de la seguridad social. Preocupación por competencia ASSE-Privadas. Discute mecanismo de fijación del valor de las cápitas y las tasas moderadoras. Discute tipificación del delito de intermediación lucrativa. Excedente FONASA.
10	27/03/07	Diputados	940	2007a	Comisión de Hacienda integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social	Fondo Nacional de Salud. Creación	Participan representantes de FEMI, CASMU, COFE. Se invita a las delegaciones a dar su opinión sobre el proyecto de creación del FONASA. FEMI presenta sus comentarios, y da cuenta de los efectos que puede llegar a tener la ley en sus IAMC en caso de no modificar ciertos artículos: pérdida de presupuesto, déficit en ciertas instituciones, complejidades de sistema dual (se mantienen dos tipo de socios, FONASA y particulares).
11	26/04/07	Senadores	1611	2007b	Comisión de Salud Pública integrada con Hacienda	Sistema Nacional Integrado de Salud. Creación. Audiencia	Participan representantes de FEMI, Unión de la Mutualidad, Cámara Nacional de Emergencias y Asistencia Extrahospitalaria, Plenario de IAMC. Se invita a delegaciones dar a conocer sus opiniones sobre el proyecto de ley que crea el SNIS. FEMI se posiciona a favor. Agrega ciertos comentarios. Competencia ASSE-Privadas. JUNASA demasiado poderosa. Integración de JUNASA. Propone que la administración de FONASA quede en manos de BPS. Situación de las Cajas de auxilio; adaptación e incorporación al SNIS.
12	08/05/07	Diputados	1020	2007c	Comisión de Salud Pública y Asistencia Social	Administración de los Servicios de Salud del Estado. Creación como servicio descentralizado. Federación Médica del Interior	Participan representantes de la FEMI para dar su visión sobre el proyecto de ley de descentralización de ASSE.

	Fecha	Cámara	N°	Año cita	Comisión	Título	Temas
13	05/06/07	Diputados	1063	2007d	Comisión de Salud Pública y Asistencia Social	Federación Médica del Interior (FEMI)	Participan representantes de FEMI para comentar dos proyectos de ley: "Residencias Médicas. Régimen" y "Profesión Médica. Colegiación".
14	15/08/07	Diputados	1184	2007e	Comisión de Salud Pública y Asistencia Social	Conflicto en el Sector de la Salud. Mediación	Participan representantes de las SAQ, FEMI, SMU, Sociedad de Anestesiología, Hospital Pereira Rossell, Sociedad de Cirugía del Uruguay, Plenario de Sociedades Científicas. FEMI-SMU-SAQ presentan conflicto: decreto de esencialidad de los servicios de salud, falta de diálogo con Poder Ejecutivo, no cumplimiento de convenio salarial FEMI/SMU/SAQ - ASSE/MSP/Poder Ejecutivo. Solicitan mediación a la comisión.
15	17/08/07	Diputados	1185	2007f	Comisión de Salud Pública y Asistencia Social	Conflicto en el Sector de la Salud. Mediación	Participan autoridades de MSP, ASSE, representantes de SMU, FEMI, SAQ. Primera mediación de la comisión. Se presentan cuestiones presupuestales, se habla sobre el decreto de esencialidad y sobre posibilidades/costos aumento de salarios en ASSE. Se discute hacia quiénes debería estar dirigido ese aumento salarial, y si es necesario redistribuir los ingresos entre médicos de ASSE (de los mayores ingresos a los menores ingresos). Además, se habla sobre regularización de contratos a suplentes en ASSE.
16	31/08/07	Diputados	1205	2007g	Comisión de Salud Pública y Asistencia Social	Conflicto en el Sector de la Salud. Mediación	Participan autoridades de ASSE, MSP, representantes de SMU, FEMI, SAQ. Segunda mediación de la comisión. Autoridades de Salud Pública Presentan Solución al conflicto. FEMI apoya pero no logra bloque con SMU-SAQ. Se acuerda seguir trabajando en una última comisión para mejorar la solución.
17	05/09/07	Diputados	1208	2007h	Comisión de Salud Pública y Asistencia Social	Conflicto en el Sector de la Salud. Mediación	Participan autoridades de ASSE, MSP, representantes de SMU, FEMI, SAQ. Tercera mediación de comisión. Se levanta el intermedio solicitado por parlamentarios. Se presenta la propuesta final para solucionar el conflicto. FEMI apoya propuesta. Pide que se revise el accionar del Ejecutivo al decretar esencialidad, para no dejar un mal antecedente.
18	31/10/07	Diputados	1321	2007i	Comisión de Hacienda integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social	Sistema Nacional Integrado de Salud. Creación. Delegaciones	Participan representantes de FEMI, SMU, SAQ, Academia Nacional de Medicina, FFSP, Asociación de Usuarios de Servicio de Salud (ADUSS), Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay (ONAJPU), Asociación de Laboratorios Nacionales, Plenario de IAMC, Asociación de Funcionarios de la Cámara de Representantes (AFUCAR). Se invita a las delegaciones a comentar el proyecto de ley de creación del SNIS. FEMI da su visión.
19	11/12/08	Diputados	1911	2008-	Comisión de Hacienda	Fondo de Garantía para la Reestructuración de Pasivos en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Creación. Cooperativas de Profesionales de la Salud. Adecuación a la normativa vigente para las Cooperativas de Trabajo	Participan representantes del SMU, FEMI, Núcleo de Base de Médicos de 1727 Emergencias. Se invita a las delegaciones a dar su visión sobre los proyectos de Creación del Fondo de Garantía y de Adecuación de las Cooperativas de Profesionales. FEMI plantea su visión. Propone mantener espíritu y normativa cooperativa, creando las instituciones de asistencia médica privada de profesionales (IAMPP) dentro de las IAMC que incluye el proyecto. Se plantean ciertos puntos, se pide que se verifique si se mantiene o no una exoneración de los aportes jubilatorios patronales a las IAMC y a las IAMPP.
20	30/06/09	Diputados	2074	2009a	Comisión de Salud Pública y Asistencia Social	Profesión Médica. Colegiación. Sindicato Médico del Uruguay, Federación Médica del Interior	Participan representantes de SMU y FEMI. Se invita a delegaciones a dar su opinión sobre el proyecto de creación del Colegio Médico. FEMI está de acuerdo con constitucionalidad del proyecto. Propone que la ley conceda mayores garantías a través de un procedimiento detallado del accionar debido del Tribunal de Ética Médica (TEM). Propone que se planifique cierta agilidad en la introducción de modificaciones conceptuales y legales. Plantea la definición de una graduación de las penas según el tipo de infracción.
21	01/09/09	Senadores	3402	2009b	Comisión de Salud Pública	Colegio Médico del Uruguay. Creación. Comisión de Colegiación Médica de la Academia Nacional de Medicina	Participan integrantes de la Comisión de Colegiación Médica: representantes de SMU, FEMI y Academia (UdelaR). Se propone que delegación plantee su visión al respecto de la creación del Colegio Médico del Uruguay.

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 8. Presentación completa del corpus

CORPUS DE ENTREVISTAS Y DOCUMENTOS			
ID	Fuente	Tipo de fuente	Descripción
1	Entrevista	Primaria	DF - Entrevista a dirigente de FEMI N° 1 (V72 - DEP. Durazno - REG. Centro-Sur)
2	Entrevista	Primaria	DF - Entrevista a dirigente de FEMI N° 2 (V77 - DEP. Salto - REG. Norte)
3	Entrevista	Primaria	DF - Entrevista a dirigente de FEMI N° 3 (V70 - DEP. Treinta y Tres - REG. Este)
4	Entrevista	Primaria	DF - Entrevista a dirigente de FEMI N° 4 (V73 - DEP. Canelones - REG. Centro-Sur)
5	Entrevista	Primaria	DF - Entrevista a dirigente de FEMI N° 5 (V63 - DEP. Rocha - REG. Este)
6	Entrevista	Primaria	DF - Entrevista a dirigente de FEMI N° 6 (M66 - DEP. Canelones - REG. Centro-Sur)
7	Entrevista	Primaria	DF - Entrevista a dirigente de FEMI N° 7 (V72 - DEP. San José - REG. Centro-Sur)
8	Entrevista	Primaria	DF - Entrevista a dirigente de FEMI N° 8 (M52 - DEP. Río Negro - REG. Oeste)
9	Entrevista	Primaria	DF - Entrevista a dirigente de FEMI N° 9 (V55 - DEP. Florida - REG. Centro-Sur)
10	Entrevista	Primaria	DF - Entrevista a dirigente de FEMI N° 10 (M73 - DEP. Colonia - REG. Oeste)
11	Entrevista	Primaria	DF - Entrevista a dirigente de FEMI N° 11 (M69 - DEP. Paysandú - REG. Norte)
12	Entrevista	Primaria	DF - Entrevista a dirigente de FEMI N° 12 (V57 - DEP. Salto - REG. Norte)
13	Entrevista	Primaria	DF - Entrevista a dirigente de FEMI N° 13 (V66 - DEP. Río Negro - REG. Oeste)
14	Entrevista	Primaria	DF - Entrevista a dirigente de FEMI N° 14 (V - DEP. Canelones - REG. Centro-Sur)
15	Entrevista	Primaria	DF - Entrevista a dirigente de FEMI N° 15 (V72 - DEP. Maldonado - REG. Este)
16	Entrevista	Primaria	DF - Entrevista a dirigente de FEMI N° 16 (M62 - DEP. Canelones - REG. Centro-Sur)
17	Entrevista	Primaria	DF - Entrevista a dirigente de FEMI N° 17 (V71 - DEP. San José - REG. Centro-Sur)
18	Entrevista	Primaria	IC - Entrevista a Informante calificado N° 18 (V - Academia)
19	Entrevista	Primaria	IC - Entrevista a Informante calificado N° 19 (M - Academia)
20	Entrevista	Primaria	IC - Entrevista a Informante calificado N° 20 (V - Parlamento)
21	Entrevista	Primaria	IC - Entrevista a Informante calificado N° 21 (V - Academia + Actor en la reforma)
22	Entrevista	Primaria	IC - Entrevista a Informante calificado N° 22 (V - Gobierno)
23	Entrevista	Primaria	IC - Entrevista a Informante calificado N° 23 (V - Academia)
24	Entrevista	Primaria	IC - Entrevista a Informante calificado N° 24 (V - Gobierno)
25	Entrevista	Primaria	IC - Entrevista a Informante calificado N° 25 (V - Academia)
26	Documento oficial	Secundaria	DO - La salud que queremos para los uruguayos (2004)
27	Documento oficial	Secundaria	DO - La reforma de la salud y el cambio de modelo. Propuesta FEMI (2005a)
28	Documento oficial	Secundaria	DO - II Encuentro Nacional de FEMI (2005b)
29	Documento oficial	Secundaria	DO - Cuarenta Años de Siembra (2006a)
30	Documento oficial	Secundaria	DO - Gasto Público y Privado en Salud (2006b)
31	Documento oficial	Secundaria	DO - III Encuentro Nacional de FEMI (2006c)
32	Documento oficial	Secundaria	DO - IV Encuentro Nacional de FEMI (2007)
33	Documento oficial	Secundaria	DO - V Encuentro Nacional de FEMI (2008)
34	Documento oficial	Secundaria	DO - VI Encuentro Nacional de FEMI (2009)
35	Documento oficial	Secundaria	DO - VII Encuentro Nacional de FEMI (2010)
36	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Constitución, Códigos, Legislación General y Administración del 31/08/05 (2005a)
37	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Salud Pública y Asistencia Social del 07/09/05 (2005b)
38	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Salud Pública y Asistencia Social del 08/09/05 (2005c)
39	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Salud Pública y Asistencia Social del 14/09/05 (2005d)
40	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Salud Pública y Asistencia Social del 21/09/05 (2005e)
41	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Salud Pública y Asistencia Social del 09/05/06 (2006a)
42	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Salud Pública y Asistencia Social del 03/10/06 (2006b)
43	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Salud Pública del 21/11/06 (2006c)
44	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Hacienda del 14/12/06 (2006d)
45	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Hacienda integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social del 27/03/07 (2007a)
46	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Salud Pública integrada con Hacienda del 26/04/07 (2007b)
47	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Salud Pública y Asistencia Social del 08/05/07 (2007c)
48	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Salud Pública y Asistencia Social del 05/06/07 (2007d)
49	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Salud Pública y Asistencia Social del 15/08/07 (2007e)
50	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Salud Pública y Asistencia Social del 17/08/07 (2007f)
51	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Salud Pública y Asistencia Social del 31/08/07 (2007g)
52	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Salud Pública y Asistencia Social del 05/09/07 (2007h)
53	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Hacienda integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social del 31/10/07 (2007i)
54	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Hacienda del 11/12/08 (2008)
55	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Salud Pública y Asistencia Social del 30/06/09 (2009a)
56	Versión taquigráfica	Secundaria	VT - Comisión de Salud Pública del 01/09/09 (2009b)

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 9. Pauta de entrevista a dirigentes de la FEMI

Caracterización inicial de la persona entrevistada.

- ¿Puede decirme su edad?
- Entre los años 2005 y 2010, ¿en qué parte del país residía usted?
 - ¿Vivió siempre en el mismo departamento?

Módulo I: Introducción

1. ¿Puede contarme cómo inicia y cuál ha sido su participación en la FEMI?
 - a. ¿En qué colectivos médicos inició su actividad como dirigente?
 - b. ¿Qué tipo de actividades realizó en esos colectivos? ¿Y en la Federación?
2. ¿Cuáles fueron las motivaciones para postularse por primera vez a un cargo electivo en la Federación? ¿Y en la asociación de base?
3. A nivel general, ¿cuál cree que ha sido el papel de la FEMI en la organización del Sistema de Salud del país?
 - a. ¿Reconoce cambios a lo largo del tiempo? ¿Cuáles?

Módulo II: Actuación de la FEMI

4. Durante la creación e implementación del SNIS, ¿cómo fue la participación de la FEMI en las negociaciones?
 - a. ¿En qué momento y por qué razones empieza a negociar la FEMI?
 - b. ¿Qué estrategias utilizó para que sus propuestas fueran tomadas en cuenta?
 - c. ¿Qué logros reconoce?
5. ¿Qué barreras o desafíos cree que tuvo la FEMI a la hora de impulsar sus propuestas en la negociación por el SNIS?
 - a. ¿Qué estrategias utilizó para superarlas?
6. En las negociaciones por el SNIS, ¿qué tipo de redes o alianzas estableció la FEMI con otros actores políticos, económicos y sociales relevantes para impulsar sus propuestas?
 - a. ¿Reconoce alguna alianza clave? ¿Por qué?
7. Entre 2005 y 2010, ¿cómo era la relación entre la FEMI y el gobierno?
 - a. ¿Reconoce algún punto de inflexión en el relacionamiento?
 - b. ¿Qué tan cercanos eran los vínculos?
8. ¿Qué relacionamiento había entre la Federación y los partidos políticos?
 - a. ¿En qué medida cree que los objetivos de los partidos se relacionaban con los objetivos de la FEMI?
9. ¿Cómo fue la participación de las instituciones socias de FEMI en la toma de decisiones de la Federación durante la reforma del Sistema de Salud?

- a. ¿Hubo algún punto conflictivo?
- 10. Entre 2005 y 2010, ¿reconocía en su asociación de base la existencia de divergencias en las opiniones sobre la reforma?
 - a. De ser así, ¿puede nombrarme quiénes eran referentes de las distintas posturas?

Módulo III: Caracterización de la dirigencia. Capitales y Mundos Sociales

- 11. En lo que respecta a su trayectoria profesional, ¿puede contarme en qué tipo de trabajos se desempeñó antes de asumir su primer cargo electivo en la FEMI o su asociación de base?
 - a. ¿Qué tipo de cargos ocupó?
 - b. ¿Cómo cree que esa experiencia laboral influyó en su actividad como dirigente de la FEMI/asociación de base?
- 12. A lo largo de su vida, ¿ha tenido experiencias en otras asociaciones u organizaciones?
 - a. ¿Qué tipo de asociaciones?
 - b. ¿Cuáles eran sus cometidos?
 - c. ¿Qué aprendizajes ha obtenido de ellas?
- 13. ¿En qué medida considera que su formación y conocimiento fueron útiles para su trabajo en la FEMI/asociación de base durante el proceso de reforma de la salud?
 - a. ¿Usted se ha especializado en algún área de la medicina?
 - b. ¿Se ha formado en otras disciplinas?
- 14. ¿Qué características cree que son valoradas positivamente por los y las profesionales de la salud en una persona que quiere ser dirigente de la FEMI?
 - a. ¿Reconoce un perfil compartido por la dirigencia de la FEMI? ¿Qué características tiene?
- 15. Entre los años 2005 y 2010, ¿qué ideales políticos buscaba usted en los partidos?
 - a. ¿Se reconocía afín a algún partido político con representación parlamentaria? ¿Cuál?
 - b. ¿Cree que fue importante en las negociaciones por el SNIS entablar relaciones con dirigentes de partidos políticos?
- 16. ¿Puede nombrarme dirigentes de la FEMI o de alguna institución asociada a la Federación que hayan tenido un papel importante en las negociaciones por el SNIS?
 - a. ¿Qué aportes y qué estrategias destacaría de cada una de estas personas en el proceso de negociación?

Módulo IV: Reflexiones finales

- 17. ¿Cuál es su visión sobre los efectos y resultados del SNIS en la actualidad?
- 18. ¿Hay algo más que le gustaría agregar o que considere importante destacar en relación con su experiencia como dirigente en asociación de base/FEMI y su participación en el proceso de reforma?

Anexo 10. Pauta de entrevista a informantes calificados

Módulo I: Introducción

1. Por su experiencia en el campo de la salud (citar ejemplos de esta experiencia), ¿podría hablarme sobre las razones y motivaciones detrás de su primer involucramiento con la creación de un sistema como el SNIS?
2. En general, ¿qué papel cree usted que ha tenido la FEMI en la organización del Sistema de Salud en Uruguay?
 - a. ¿Reconoce cambios en el papel a lo largo del tiempo?

Módulo II: Actuación de la FEMI en las negociaciones

3. ¿Cómo fue la participación de la FEMI en la negociación por el SNIS?
 - a. ¿Qué propuestas o ideas destacaría que hayan sido aportadas por la Federación?
 - b. ¿Qué logros cree que tuvo la Federación en la negociación?
4. ¿Cree que la Federación tuvo algún tipo de influencia en la inclusión de ciertas políticas o elementos en el diseño del SNIS?
 - a. ¿En cuáles y por qué?
5. ¿Cuáles fueron los principales desafíos que enfrentó la FEMI durante el proceso de reforma del sistema de salud?
 - a. ¿Qué estrategias utilizó para superarlos?
6. ¿Cuál fue la posición de la FEMI en relación a las decisiones que se tomaron en la creación e implementación del SNIS?
 - a. ¿Cree que la Federación estuvo involucrada en la discusión de los aspectos más importantes del diseño y la implementación?

Módulo III: Relaciones y alianzas

7. ¿Qué tipo de alianzas o redes estableció la FEMI con otros actores políticos, económicos y sociales relevantes durante el proceso de diseño e implementación del SNIS?
 - a. ¿Reconoce alguna alianza clave? ¿Por qué?
8. ¿Cuál fue la relación entre la FEMI y el gobierno durante el proceso de diseño e implementación del SNIS?
 - a. ¿Qué aspectos positivos y negativos destaca de esa relación?
9. ¿Cómo fue la relación entre la FEMI y los partidos políticos en el contexto de la reforma de la salud?
 - a. ¿Qué tan cercanos eran los vínculos entre quienes dirigían la FEMI y quienes dirigían los partidos políticos?

10. ¿Podría nombrarme dirigentes de la FEMI y sus gremios asociados que hayan tenido relevancia durante el proceso de reforma?

a. ¿Cómo participaron y qué estrategias utilizaron para influir en las negociaciones?

Módulo IV: Evaluación del SNIS

11. ¿Cómo evalúa el funcionamiento del SNIS en la actualidad?

a. ¿Cree usted que ha logrado cumplir con los objetivos que se plantearon en su diseño?

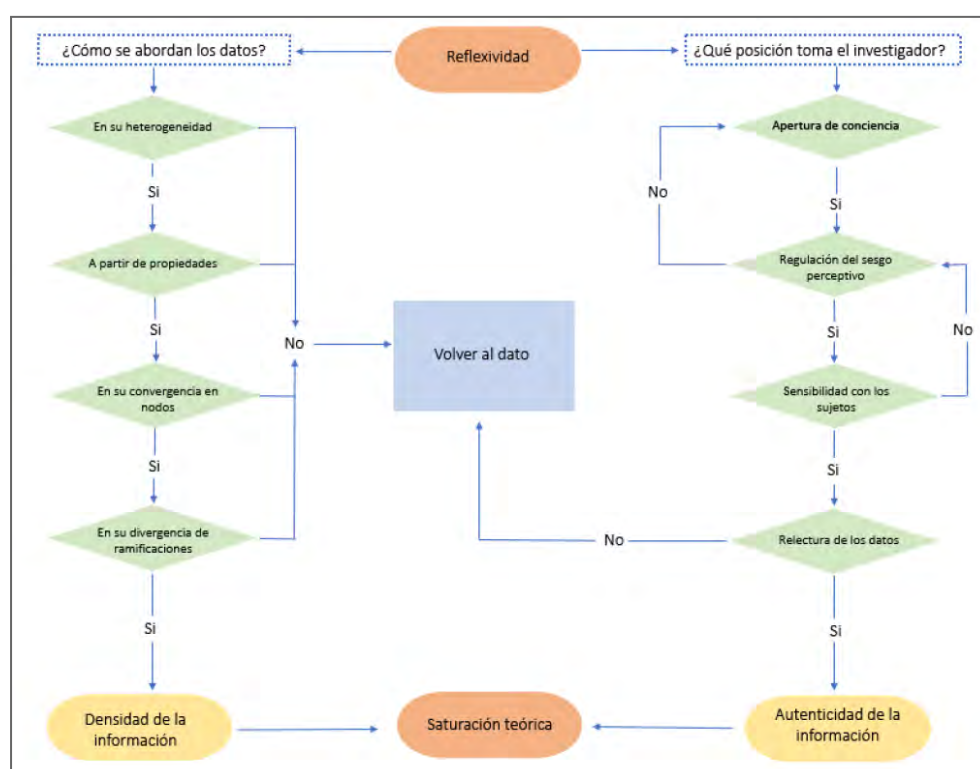
12. La participación de la FEMI en el proceso de diseño e implementación del SNIS, ¿qué consecuencias tuvo sobre el funcionamiento del sistema de salud?

Módulo V: Reflexiones finales

13. ¿Cree que la experiencia de la FEMI en el proceso de reforma del sistema de salud puede ser útil para otros procesos de reforma en el país o en la región? ¿Por qué?

14. ¿Hay algo más que le gustaría agregar o que considere importante destacar en relación a la participación de la FEMI en el proceso de reforma del sistema de salud en Uruguay?

Anexo 11. Esquema del proceso de saturación teórica



Fuente: De ¿Cómo saturamos los datos? Una propuesta analítica “desde” y “para” la investigación cualitativa. *Interciencia*, 45 (6), p. 295, por J. Ortega-Bastidas (2020).

Anexo 12. Resumen metodológico

Aquí se presenta un esquema del proceso metodológico y analítico seguido en esta investigación:

1. Diseño y operacionalización metodológica

- a. En base a la literatura, se elaboró una primera operacionalización de las principales dimensiones de la investigación
 - i. Se crearon posibles variables e indicadores a ser codificados más adelante en el análisis del material recabado

2. Primera recopilación de datos

- a. Búsqueda online de documentos oficiales de FEMI en el período 2005-2010
 - i. Se accedió a la página web oficial de la Federación
 - ii. Del apartado Biblioteca/Publicaciones se seleccionaron y descargaron aquellas publicaciones que estuvieran comprendidas dentro del período analizado
- b. Búsqueda online de versiones taquigráficas del Parlamento del Uruguay
 - i. Se accedió a la página web oficial del Parlamento del Uruguay
 - ii. Dentro de las comisiones de la Cámara de Senadores y de la Cámara de Diputados se procedió a filtrar por fecha (del 1º de febrero de 2005 al 1º de febrero del 2010) y por las palabras claves “FEMI” y “Federación Médica del Interior” con el objetivo de encontrar las versiones taquigráficas en las que al menos una vez es mencionada la Federación
 - iii. De todas las versiones taquigráficas encontradas, se seleccionaron y descargaron aquellas en las que haya participado al menos una persona en representación de la FEMI
- c. Búsqueda de información online sobre la composición de la dirigencia de la Federación en los años investigados
 - i. A través de buscadores, se accedió a portales de noticias digitales, páginas web de FEMI y FEPREMI, y perfiles en redes sociales (Facebook, X, LinkedIn, Blogspot, y otras) de particulares y de gremios/instituciones asociadas a FEMI.
- d. Sistematización de la información recabada
 - i. Se indexaron y sistematizaron los documentos oficiales, procesándolos para poder cargarlos al software Atlas.ti
 - ii. Se indexaron y sistematizaron las versiones taquigráficas, procesándolas para poder cargarlas al software Atlas.ti
 - iii. De la búsqueda online se sistematizaron los nombres y apellidos que eran asociados a la FEMI en ese entonces y cualquier información que ayudara a su identificación

3. Segunda recopilación de datos

- a. Realización de entrevistas a Informantes Calificados
 - i. Se realizaron 8 entrevistas semiestructuradas a personas idóneas (por su experiencia académica o su participación en la reforma) para obtener los primeros datos acerca de la dirigencia de la FEMI
 - ii. Se les presentó la primera sistematización de nombres de dirigentes, a partir de la que los informantes indicaban quiénes les eran familiares
 - iii. Se sistematizaron nombres y datos clave que los informantes hayan proporcionado

4. Lectura y análisis de las notas de campo

- a. Se realizó un informe preliminar del avance que había tenido el campo hasta ese momento
- b. Se destacaron los principales hallazgos hasta ese momento, así como las dificultades reconocidas

5. Establecimiento de contacto con las asistenciales y gremios asociados a la FEMI
 - a. Se enviaron mails solicitando información y contactos a las 47 instituciones/gremios
 - b. Se llamó por teléfono a aquellas instituciones/gremios de las que se tenía contacto para hacer (o reiterar) solicitud de información
 - c. Se mantuvo contacto con las actuales secretarías de FEMI y FEPREMI, desde donde también se proporcionaron datos
 - d. La información de las personas y sus contactos fue sistematizada en una planilla de Excel
6. Establecimiento de contacto con la población objeto de la investigación
 - a. Se enviaron mensajes de texto vía WhatsApp y mails a las personas de la lista sistematizada, explicando el motivo del contacto y el interés en tener una entrevista
 - b. Se coordinaron las entrevistas
7. Tercera recopilación de datos
 - a. Realización de entrevistas a Dirigentes de la FEMI
 - i. Se realizaron 17 entrevistas en profundidad semiestructuradas a dirigentes de la FEMI
 1. Del total de entrevistas, 12 se realizaron a través de Zoom u otras plataformas de videoconferencia y 5 de forma presencial
8. Transcripción de entrevistas
 - a. Se transcribieron las 25 entrevistas para poder procesarlas en el software Atlas.ti
9. Codificación del corpus logrado
 - a. Utilizando Atlas.ti se codificaron, las versiones taquigráficas, los documentos oficiales, las entrevistas a informantes calificados y las entrevistas a dirigentes utilizando la operacionalización previamente elaborada y la codificación abierta para captar los emergentes
 - b. Se refinó la codificación, unificando los códigos que fueran similares
 - c. Se vinculó la codificación a las notas de campo
10. Análisis de la información sistematizada y codificada
 - a. Para las fuentes documentales
 - i. Se procedió a hacer un análisis de coocurrencias de códigos para cada tipo de documento
 - ii. Se realizó un análisis de frecuencias de los códigos por documento
 - iii. Se procedió a hacer una lectura de las citas para los códigos más relevantes de la investigación
 - iv. Se elaboraron redes con las principales variables/códigos para lograr una mejor visualización de las relaciones halladas
 - b. Para las entrevistas
 - i. Se hallaron las áreas temáticas más relevantes
 - ii. Se realizaron conteos de palabras en citas agrupadas según las temáticas más relevantes
 - iii. Se realizó un análisis de frecuencias de los códigos para determinar la importancia de cada uno
 - iv. Se observó la coocurrencia de los códigos más relevantes
11. Redacción de la monografía
 - a. Se trabajó en la redacción de esta monografía, incluyendo la presentación del tema y problema de investigación, la contextualización, los antecedentes, la estrategia metodológica, el análisis de la información, una selección de citas y las conclusiones.