

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Reforma del Sistema Nacional de Salud.
Los fundamentos de la participación comunitaria en salud.

Marcela Estéves

Tutor: Pablo Bentura

2011

LISTA DE SIGLAS

ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
APS	Atención Primaria de Salud
BPS	Banco de Previsión Social
FA	Frente Amplio
FEMI	Federación Médica del Interior
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RSNS	Reforma del Sistema Nacional de Salud
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SMU	Sindicato Médico del Uruguay.
TDE	Transformación Democrática del Estado

INDICE

INTRODUCCION.....	4
PRESENTACIÓN.....	5
CAPITULO I	
1.1 El problema objeto de investigación.....	8
1.2 Pertinencia para trabajo social.....	9
CAPITULO II MARCO CONCEPTUAL	
2.01 Hacia una conceptualización de participación.....	11
2.02 Diferentes tipos de participación.....	12
2.03 Participación y Ciudadanía.....	14
2.04 Participación Comunitaria.....	15
2.05 Hacia una definición de participación comunitaria.....	16
2.10 LA SALUD UN PILAR ESTATAL	17
2.11 Estructuración del Sistema Nacional de Salud.....	18
2.12 Definiendo un Sistema de Salud.....	20
2.13 Definiendo Modelo de Atención de Salud.....	20
2.20 ATENCIÓN DE SALUD EN EL URUGUAY	21
2.21 Incidencias en la Salud de la Descentralización y la Participación.....	22
2.22 El proceso de la Reforma del Sistema Nacional de Salud en el Uruguay	23
2.23 El por que de la Reforma.....	24
2.24 Articulación de lo Público y lo Privado.....	26
2.30 PARTICIPACION EN LA RSNS EN EL GOBIERNO DEL FRENTE AMPLIO	28
2.31 La Estrategia de la Reforma.....	29
CAPITULO III METODOLOGIA DE INVESTIGACIÓN	
3.01 ANALISIS de DISCURSO.....	32
3.02 Hacia una concepción de discurso.....	33
3.03 Fragmentos de discursos de políticos del oficialismo.....	35
(2005-2010)	
3.20 ANALISIS Hacia un tipo ideal de participación.....	37
3.21 Construcción del tipo ideal de participación.....	37
3.22 La Participación, una continua construcción.....	38
3.23 La importancia de la participación en el Gobierno de Izquierda en Uruguay.....	39
3.24 Hacia una participación comunitaria.....	41
3.25 Un posible devenir de la participación comunitaria en la RSNS.....	42
BIBLIOGRAFIA.....	44
ANEXOS.....	51

INTRODUCCION

El presente trabajo constituye la Monografía Final de la Licenciatura de Trabajo Social, correspondiente a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Como así lo anuncia el título, el tema abordado consistirá en valorar la existencia de los **Fundamentos de la participación comunitaria en la Salud**. Nos proponemos como principal objetivo valorar las fortalezas y debilidades de este tipo de participación en la salud en el marco de la reforma del Sistema Nacional de Salud.

En este marco también buscamos develar y comprender a qué responden las nuevas configuraciones de las políticas de salud y aportar al Trabajo Social una reflexión que sirva de herramienta para problematizar las prácticas del colectivo profesional.

La elección del tema surge del interés personal por comprender la Reforma del Sistema de Salud que se implementa en el Uruguay, que tiene como estrategia medular la participación activa de los ciudadanos. Lograr entender a que se refieren los políticos del oficialismo cuando hablan de participación en salud. Se presenta a continuación grandes bloques temáticos que apuntan a dar respuesta al objeto de investigación utilizando categorías analíticas como lo son Participación y Salud en el marco de la Reforma.

En capítulo I Trataremos el problema y el objeto de investigación que abordaremos en el transcurso de este trabajo, así como también todas las interrogantes que se plantearon a la hora de elegir el problema. Además de manera escueta se explicita la pertinencia de este tema para el Trabajo Social.

En capítulo II Se explicita el marco conceptual utilizado para poder abordar el objeto, partiendo de generalidades de la Participación, para luego proyectarnos a un tipo de participación, la Comunitaria, como posible estrategia viable a los objetivos de la Reforma. Además abordaremos la participación en la reforma del Sistema de Salud en el gobierno del Frente Amplio.

En capítulo III Se abocará a la metodología de investigación, ésta de tipo cualitativa, por medio de análisis de discursos institucionales (actores políticos, documentos de presidencia) referentes a la participación en salud en el marco de la reforma del Sistema de Salud. Finalizando se sintetizará.

PRESENTACIÓN

El presente trabajo intentará abordar los Fundamentos de la Participación Comunitaria en Salud con respecto a la Reforma del Sistema Nacional de Salud (RSNS) que se esta instrumentando en nuestro país. En tal sentido esta monografía tiene como objeto: **Los fundamentos de la Participación Comunitaria en Salud**. El **por que** de este tema es entender a que se refieren los políticos del oficialismo cuando hablan de participación en salud, es vista como estrategia de inclusión, de equidad? **¿Para que participar?**, ¿somos concientes que debemos participar?, ¿fuimos consultados a la hora de planificar la reforma de salud? En fin son varias las interrogantes que llevaron a de construir este objeto de intervención.

Es importante destacar que esta reforma se enmarca en un contexto único-histórico, debido a que dos veces consecutivas la izquierda llego al Gobierno Nacional y con mayoría parlamentaria.

Actualmente, con este escenario asistimos a profundos cambios sociales vinculados a diversos procesos históricos, sociales, económicos y culturales.”*La incorporación de nuevos actores, se vuelve así, un punto estratégico para la democratización social y la reconstrucción de vínculos para una ciudadanía activa*” (Nelson Villarreal 2000:04)

Por su parte, la reducción de la actividad del Estado ha desprotegido a una amplia esfera de la actividad productiva nacional, sumergiéndonos cada vez más en la pobreza, limitando el acceso a los servicios básicos como lo son la salud, educación por su alto costo económico, por su creciente mercantilización. El capitalismo como estructura económica predominante produce cada vez más para la producción misma que para el consumo. “*La causa última de todas las crisis reales , sigue siendo la pobreza y el consumo restringido de las masas, en contraste con la tendencia de la producción capitalista a desarrollar las fuerzas productivas de tal manera que su único límite sería la capacidad absoluta de consumo de la sociedad toda.*” (C. Marx, 1973)

“*En el sistema capitalista, tanto en el centro como en la periferia, el sector salud no es una prioridad para el modo de utilización del excedente y por lo tanto su tamaño va ser francamente menor que el destinado a otros sectores de la economía.* (H. San Martín 1991:70) “*La salud de la población es inseparable*

del sistema económico, político y social de una determina realidad histórico-social, el sistema de salud esta condicionado por su estructura, por las mismas fuerzas sociales que condicionan la estructura económica.”(H. San Martín 1991:72)

Es natural, que el nivel de vida y la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas de un obrero de un país industrializado no van a ser las mismas que las de un obrero de un país empobrecido. Aun peor es la situación de toda aquella población excluida del mercado laboral. Vivimos en esa continua contradicción entre el capital / trabajo (Netto, 1997), donde los capitalistas se hacen mas ricos y los pobres cada vez mas alejados del capital.

Los niveles de vida expresados en cantidad y calidad de recursos provistos por la sociedad y calidad de relaciones sociales, dependen de desarrollo de las fuerzas productivas. Tanto es así que las posibilidades de enfermar y de morir van a ser distintas de acuerdo a diferencias individuales biológicas, pero fundamentalmente van a ser distintas de acuerdo con las posibilidades que cada uno tenga según el lugar que ocupe en el aparato productivo de acceder a bienes y servicios.

Sin embargo, también es cierto que existen ventajas económicas de la salud para el sistema. *“A mayor salud colectiva, mayor productividad y menor inversión en programas de salud.”(H. San Martín 1991:72)*

“Los servicios universales tales como la salud, la educación y la seguridad social llevan a gastos desproporcionados difíciles de financiar. Son introducidos al mercado, permitiendo la incorporación de la competencia privada y por tanto una mercantilización de la política social.” (Lo Vuolo 1995:133).

Remitiéndonos al Sistema de Salud del Uruguay podríamos mencionar que no sufrió modificaciones importantes dentro de los períodos democráticos anteriores, existieron varios intentos de modificar el sistema pero quedaron truncados. La historia ha demostrado que los cambios en las políticas de salud se han dado principalmente en períodos dictatoriales, el Ministerio de Salud Pública fue creado en la dictadura de Terra en el año 1934.^[1]

^[1] El 5 de septiembre de 1933 el presidente de facto Gabriel Terra, crea la figura de **Ministro de Salud Pública**. La ley 9.202 de creación del Ministerio o "*Ley Orgánica de Salud Pública*" se promulgo el 12 de enero del año 1934 y fusiono las dos instituciones públicas existentes hasta ese momento las cuales eran,

Los diferentes gobiernos vieron frustradas sus intenciones de reformular el sector, debido a los sucesivos bloqueos políticos y corporativos planteados a la reforma propuesta. Fue en este marco que se produjo una reestructuración del sector que fue calificada de pasiva (Moreira y Setaro 2002). No obstante esta situación, en las últimas décadas se advierte un fuerte incremento en el gasto en salud (PNUD 2005:80), pero dicho aumento no pareció traducirse en un mejor funcionamiento del sector. Por el contrario, los distintos diagnósticos señalan una creciente inequidad y la pérdida de la calidad global del sistema (Pereira 2005). El cambio de paradigma del Estado hacia nuevas dimensiones de ciudadanía social, participación social supone cambios sustantivos en las formas de relacionamiento del Estado y la Sociedad.

por un lado el "Consejo Nacional de Higiene" que tenía funciones fundamentalmente normativas y a la "Asistencia Pública Nacional", cuyas funciones eran predominantemente asistenciales. El primer titular de la cartera fue el destacado médico y político Eduardo Blanco Acevedo.

CAPITULO I

1.1 EL PROBLEMA Y EL OBJETO DE INVESTIGACIÓN.

El ejercicio investigativo dentro de la profesión de Trabajo Social es de gran importancia debido a que permite comprender y explicar las manifestaciones de la “cuestión social”.

Con este trabajo intentaremos abordar la Participación Comunitaria en la salud, precisamente en la Reforma del Sistema Nacional de Salud que tiene como producto la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, considerando un período de tiempo que va de 2005-2010.

La presente investigación buscó dar respuesta al siguiente **problema**:

¿Cuales son los fundamentos de la participación comunitaria en la salud en el marco de la Reforma del Sistema Nacional de Salud implementado en el Uruguay en un periodo de tiempo comprendido entre los años 2005-2010?

EL OBJETO DE INVESTIGACION

Con base a dar respuesta al problema de investigación y a las interrogantes que giran entorno al mismo, se selecciono una serie de discursos con la particularidad de ser políticos referentes a la participación en salud en el marco de la RSNS.

INTERROGANTES PRIMARIOS

- ¿Para que participar en salud?,
- ¿Como participar en salud?
- ¿Es importante participar?

INTERROGANTES SECUNDARIOS

- ¿Qué factores inciden en el desarrollo de la participación , en el marco de la Reforma?
- ¿Cuál ha sido la relación existente entre la participación y la salud y el gobierno?
- ¿Cuáles son las oportunidades y limitantes de la participación comunitaria en salud?

El Objeto de investigación que se intentará dar respuesta es:

“Los Fundamentos de la Participación Comunitaria en Salud.”

1.2 PERTINENCIA PARA TRABAJO SOCIAL

La participación en el espacio de intersección entre Estado y Sociedad-espacio privilegiado de la intervención de nuestra profesión.

Resulta apta para movilizar y capacitar en procesos que precisamente hacen a la constitución del ciudadano, que no es un hecho a priori, sino un trabajo en construcción.

Las modificaciones en las formas de concebir los sistemas de protección social, genera cambios en actores que de una manera u otra logran vincularse a los mismos. Todos estos cambios que ha aportado la Reforma del Sistema Nacional de Salud, la creación del SNIS, que posee como uno de sus pilares a la participación, viene modificando el actuar de los sujetos de acción del Trabajo Social, dado que su práctica mayoritariamente se lleva a cabo en la vida cotidiana de ellos. *“Resulta necesario un proceso permanente de formación e investigación de manera de ir dando cuenta de los cambios señalados, generando nuevos interrogantes y buscando nuevas respuestas, partiendo de que uno de los elementos de ampliación de la capacidad de intervención esta en la ampliación del conocimiento y en la crítica de la realidad”*. (Quiroga, 1993:28).

La creciente mercantilización que ha sufrido el sector salud ha conllevado a un gran número de actores a quedar excluidos de la atención de Salud, Trabajo Social como disciplina, debe intervenir, fomentando la participación activa de la comunidad en salud, construyendo una participación comunitaria a partir de la concepción de sujeto de derecho. Resulta relevante para el Trabajo Social develar, en las actuales condiciones, de qué manera se produce simultáneamente, la expansión de la participación en salud en el contexto de la reforma.

Por tal motivo, la participación comunitaria constituye una categoría de análisis central para la profesión, puesto que en la medida que sea ejercida activamente, permitirá conocer los recursos con que cuenta determinada área geográfica para su desarrollo, sus formas de organización, sus ideas, su

proceso histórico, con el fin de incentivar instancias de lucha y resistencia contra los proyectos hegemónicos, principalmente neoliberales que inciden en la afirmación de la brecha social existente y no permiten una verdadera erradicación de la pobreza, ni propician el desarrollo social.

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.01 HACIA UNA CONCEPTUALIZACIÓN DE PARTICIPACION

A modo de inicio, se intentará en base a revisión bibliográfica definir participación, tanto desde su conceptualización, como desde los tipos existentes. Entendiendo que la participación, es un verbo en acción, y su noción, un modo estratégico social.

Primariamente explicitaremos algunas denominaciones de participación y usos que se le asigna al término. Participación es un vocablo común, pues se lo observa tanto en los discursos políticos, en el comunitario, como en otros de igual índole. Stringer (1972) interpreta tres versiones sobre participación con base en la teoría de los constructos^{2[2]}: “**tener parte de**” algo que pertenece a un grupo, “**tomar parte en**” algo con otros y “**ser parte de**” algo, es decir, involucrarse en lo esencial de esto, con lo cual se tiene y se toma parte.

La participación podemos entenderla configurada por su cualidad de “proceso”, de “intervención”, de “organización”, a su vez, se entiende como un accionar “conciente”, y es continua.

Es decir, la participación (como proceso) “*implica varios momentos coherentes relacionados, (...) un desarrollo en tiempo y espacio y es dinámico en cuanto que tiene que ver con la sociedad en que se da*”. Influye en el desarrollo de un cometido (como intervención), por ende, afectan el cotidiano de las personas. Conlleva en su accionar una variedad de estrategias operativas (como organizada), como configuración que presenta una sola identidad para sus fines, en un accionar apoyado en la realidad (como acción conciente), “*los sujetos se transforman en protagonistas de su propio desarrollo*”, en una modalidad constante (como continua). (Montaño L.; 2005)

^{2[2]} Siguiendo la Teoría de los constructos de de G. Nelly, “Un constructo, es una categoría descriptiva que se utiliza para categorizar acontecimientos y que representa nuestra especial manera de construir el mundo.”

2.02 DIFERENTES TIPOS DE PARTICIPACION

Dentro de la noción de participación, distintas corrientes teóricas y autores, han planteado diversas nociones, siempre entendiendo la participación contextualizada a la estrategia, al objetivo de su escenario.

A modo de inicio se explicitará las diversas formas de la participación según Navajo ,1995.

-Participación activa: sería la participación de aquellas personas que estando afiliadas a una organización colaboran activamente con su acción personal en su desarrollo, sostenimiento y actividades. En este caso, en realidad, nos estamos refiriendo a los voluntarios, su objetivo al estar en una organización es hacer cosas, donan a la organización su tiempo.

-Participación pasiva: podríamos definirla como la forma de colaboración de aquellas personas que estando afiliadas a una organización, de un modo constante colaboran económicamente para el desarrollo, sostenimiento y realización de actividades. En este punto nos estamos refiriendo a los socios o colaboradores económicos (Su denominación varía dependiendo de la asociación u organización y pueden existir otras denominaciones diferentes). Su misión es sostener económicamente a la organización, donan a la organización su dinero. Puede resultar contradictorio hablar de participación pasiva, pero en realidad "*participan en la organización pasivamente*" ya que no desarrollan actividades. En otros ámbitos es denominada *solidaridad a distancia* (Orizo, 1995)^[15]

-Participación activa encubierta: es una categoría que comienza a darse con cierta magnitud en determinados ámbitos asociativos. Sería la forma de participación de todas aquellas personas que colaboran activamente en las organizaciones y asociaciones, pero que no son formalmente miembros de ellas ya que se resisten a estar afiliados por los más variados y diversos motivos. Pertenecen a esta categoría lo que algunos denominan colaboradores o simpatizantes. Dependiendo de cómo se realice el estudio para calcular el nivel de participación esta última categoría puede no aparecer.

Por ejemplo, si se pregunta ¿Pertenece usted a alguna asociación u organización?

-Participación pasiva encubierta: sería la forma de participación de todas aquellas personas que sin estar afiliadas a la organización ocasionalmente apoyan económicamente para el sostenimiento, desarrollo y realización de actividades. Son las personas que ocasionalmente realizan donativos en campañas específicas, llamamientos generales de colaboración, sorteos, rifas, etc. En los últimos tiempos es una de las formas de participación que más han crecido

En base a otra clasificación la participación se describe en dos ámbitos el **Público y el Privado.**

El **ámbito público** encontramos la **participación ciudadana y política**, mientras que en el **ámbito privado** encontramos la **participación social y la comunitaria**^{3[3]}.

En lo referido a **la participación ciudadana**, se plantea que *“se entiende como la intervención de los ciudadanos en la esfera pública, en función de intereses sociales de carácter particular”*.

La participación Política *“Es la intervención de los ciudadanos a través de ciertos instrumentos (el sufragio) para lograr la materialización de los intereses de una comunidad política. En contraste con la participación ciudadana, la acción individual o colectiva se inspira en intereses compartidos y no en particulares. Pero al igual que ella, el contexto es el de las relaciones entre sociedad civil y el Estado Además del voto se consideran como mecanismos de participación directa”*

La participación Social *“implica la agrupación de los individuos en organizaciones de la sociedad civil para la defensa y representación de sus respectivos intereses, por ejemplo grupos de jóvenes mujeres, discapacitados, etc que buscan el mejoramiento de las condiciones de vida o defensa de*

intereses. El desarrollo de este tipo de participación articula el tejido social organizacional que puede tener presencia importante en el desarrollo de nuevas formas de participación, sobretudo en la esfera de lo público.”

Y por último **la participación Comunitaria** que es “*el conjunto de acciones que despliegan diversos sectores comunitarios, en la búsqueda de soluciones a sus necesidades específicas... está ligada al desarrollo comunitario de un sector o un grupo comunitario y tiene como eje el mejoramiento de las condiciones de vida en la comunidad.*”

2.03 PARTICIPACIÓN Y CIUDADANIA

Siguiendo el pensamiento de Stringer (1974) quien destaca el auge de la participación en años 70, llama la atención sobre el aumento de involucramiento ciudadano, el cual fue creciendo en la medida que los administradores tienen mas capacidad de decisión, además se valora el aumento de conciencia de los ciudadanos como sujetos.

Actualmente estamos frente a un nuevo escenario de “institucionalidad política de izquierda”, con una sociedad civil que ha cambiado, presentándose de manera heterogénea, asimétrica, que busca ser voz, participar pero no sabe como reposicionarse al no ser parte del gobierno, pero si del objetivo macro. En la medida que el tema de la participación este incorporado, se toma como uno de los grandes ejes del programa de gobierno: la democratización de la sociedad y del Estado. No significando solamente la desconcentración del Estado, sino que implica “un proceso efectivo de democratización de la sociedad”, enfocado desde la integralidad.

La jerarquización de la participación como forma estratégica, es uno de los ejes principales del programa a cumplir por la fuerza política y por los actores sociales, promulgado en su programa de gobierno. (Programa del FA período 2010-2015)

2.04 PARTICIPACION COMUNITARIA

La multiplicidad de definiciones existentes en las diversas disciplinas de las ciencias sociales pone de manifiesto que nos encontramos ante un concepto ambiguo, relativo y con fuertes connotaciones ideológicas. Es por esto que primariamente intentaremos abordar vagamente el concepto de comunidad, para luego llegar a una aproximación del tema participación comunitaria en salud.

¿Que entendemos por Comunidad?

Etimológicamente el término comunidad proviene del latín **comunitas** y expresa la **calidad de común**, de lo que no siendo privativo de uno solo, pertenece o se extiende a varios. En base a revisión bibliográfica se explicitarán diferentes concepciones de comunidad.

“Condición de común .Propiedad (algo) en común colectividad, conjunto de personas unidas por un interés o unas circunstancias comunes” (M.Seca, Andrés, diccionario del Español actual ,1999)

“Comunidad es lo antiguo y sociedad lo nuevo, como cosa y nombre (...) comunidad es la vida común (Zusammenleben) duradera y auténtica, sociedad es solo una vida en común pasajera y aparente .Con ello coincide el que la comunidad deba ser entendida a modo de organismo vivo, y la sociedad como agregado y artefacto mecánico”. (Tönnies ,1979)

Haciendo mención a comunidad en el ámbito de la salud la OMS en el manual de educación sanitaria en APS define una comunidad como” *Las personas que comparten intereses comunes y que se sienten unidas. En una comunidad la gente suele compartir valores comunes, una historia y unos antecedentes comunes(...)* Una comunidad no es lo mismo que una zona geográfica .*La comunidad esta formada por gente ,no por tierra ,aunque sus miembros suelen saber donde se encuentran los limites de las tierra que pertenecen a la comunidad” (OMS 1989:172)*

2.05 Hacia una definición de participación comunitaria:

“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar, individual y colectivamente, en la planificación de la protección de la salud y en la aplicación de sus atenciones en salud “(OMS –Alma Ata, 1978).

La Participación comunitaria: del latín *“participare”* la raíz *pars* (parte) y del derivado *capere* (tomar) significa tomar parte. *“La participación comunitaria es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto su salud y bienestar propios, y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario”. (Rifkin 1988)*

“Un proceso social, donde grupos específicos con necesidades compartidas, que viven en un área geográfica definida, identifican activamente sus necesidades, toman decisiones y establecen mecanismos para solucionar esas necesidades”. (Rifkin ,1988)

La comunidad a nivel local debe conocer y asumir cierta responsabilidad en la identificación , valoración y solución de los problemas comunales de Salud Pública, por qué es ella y a cada uno de los grupos que la componen, a quien más les interesa solucionar esos problemas y satisfacer sus necesidades en salud .

Desde los años 60 el concepto de participación comunitaria ha evolucionado desde el paternalismo inicial de los organismos internacionales como la OMS.

“Actualmente es un proceso esencialmente social de cambio planificado (...). Que se llevará a cabo si existe voluntad para la participación en el nivel político, y que esta voluntad se traduzca en una verdadera política de participación que incluya a todos los sectores de la comunidad”. (H.San Martín 1991:313)

Participar es **tomar parte**, es **interactuar** en este proceso dinámico de consulta, de conflicto y no por que de decisión.

La participación de la comunidad según H .San Martín debe ser:

Ser activa, si la comunidad interviene efectivamente en sus diferentes áreas.

Conciente, si la comunidad logra conciencia de los problemas existentes los transforma en necesidades a solucionar.

Responsable, si la comunidad se compromete y decide de acuerdo con sus derechos y responsabilidades

Deliberada, si las intervenciones son decididas voluntariamente y en forma planificada.

Organizada, cuando las actividades se integran y organizan con objetivos comunes hacia el desarrollo comunal

Sostenida, cuando el proceso se mantiene de forma permanente.

2.10 LA SALUD UN PILAR ESTATAL

Una aproximación al concepto.

Existen y han existido múltiples conceptos de Salud, tanto como contextos socioeconómicos y culturales de diferentes momentos históricos. *“La salud es conceptualmente un proceso complejo y multidimensional que se construye social y biológicamente”* (Chiarotti Boero 2001).

“Lo que significa que la salud del individuo, de los grupos que integra y de la comunidad es el producto de la interacción con el medio. Por lo tanto hablamos de salud cuando existe un equilibrio del individuo con el medio.”(Obdulia Ebole, 1986:76)

Esa interacción con el medio surge como un proceso permanente de intercambio entre aspectos físicos, biológicos, psicológicos y sociales. Con esta definición no estamos pensando a la salud como un “ideal de bienestar”, la mayor parte de las veces algo utópico, sino como una realidad concreta que permita vivir desarrollando al máximo las potencialidades productivas del individuo.

“La salud del individuo es una categoría fundamentalmente social. Su estudio y comprensión no puede ser hecho al margen de la sociedad y su proceso de desarrollo, sino que debe ser hecho a partir del conocimiento concreto de una sociedad determinada, en determinado momento histórico.”(San Martín 1991:5)

2.11 Estructuración del Sistema Nacional de Salud.

En lo que refiere a la estructura estatal, el sistema de salud, presenta dos componentes organizativos básicos, el sub. Sistema público y el sub sistema privado, la información que se explicitará a continuación, fue extraída de la planificación de la red asistencial de ASSE del año 2002.

EL SUB SISTEMA PÚBLICO

El Ministerio de Salud Pública es la Institución rectora de la Salud del país. De acuerdo a su Ley Orgánica le cabe las funciones de Planificación, Supervisión, Coordinación y Control de todo el sector Salud.

El Subsistema Público esta constituido por:

- Ø **El Ministerio de Salud Pública** a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), organismo desconcentrado, brinda servicios a la población indigente y carente de recursos suficientes. Se financia fundamentalmente a través de Rentas Generales.
- Ø **El Hospital de Clínicas** dependiente de la Universidad de la República que brinda servicio de alta complejidad a la población cubierta mayoritariamente por el MSP-ASSE. Se financia también a través de Rentas Generales.
- Ø **El Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas** dependiente del Ministerio de Defensa Nacional que brinda cobertura de salud a los militares en actividad, retiro y familiares.
- Ø **El Servicio de Sanidad Policial** dependiente del Ministerio del Interior y que brinda cobertura de salud a policías en actividad, retirado y familiares.
- Ø **Los Servicios Médicos de las Intendencias Municipales** que brindan servicio de atención ambulatoria de diferente magnitud dependiendo de los departamentos, en particular a la población carente de recursos.

- Ø El **Banco de Previsión Social** que brinda atención materno-infantil a los asegurados.
- Ø La **Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado** que cubre Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales de los empleados de la actividad privada.
- Ø Los **Servicios Médico de Ente Autónomos y Servicios Descentralizados** que cubren a sus funcionarios y familiares en general con servicios propio de tipo ambulatorio y el resto de los servicios mediante contrataciones de servicios privado.

EL SUB SISTEMA PRIVADO

Este subsistema esta constituido por:

- Ø Las **Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)** brindan Atención Médica Integral mediante la modalidad de pre-pago. Se caracteriza por ser instituciones sin fines de lucro. Se encuentran reguladas en cuanto a funcionamiento y prestaciones a realizar, por la Ley 15.181. Recientemente, en el marco de esta ley, se ha definido el estatuto tipo que deben tener dichas instituciones. La regulación del estado abarca la fijación del monto de las cuotas a cobrar.
- Ø Los **Seguros Parciales** que son seguros de prepago que brindan atención frente a diferentes necesidades (Emergencias, Cirugía, etc.). Brindan gran diversidad de prestaciones. Surgen en la década del 80 (Decreto 578/80) y se encuentran en rápida expansión. A diferencia de las IAMC se encuentran escasamente reguladas por el Estado.
- Ø Las **Instituciones de Asistencia Particular Privada**, (Sanatorios, Clínicas, etc.) brindan prestaciones mediante el pago directo de las mismas.

Ø **Los Institutos de Medicina Altamente Especializadas (IMAE)**, creados por Ley 14897/79 realizan procedimientos de alta complejidad y costo. Los IMAE pueden ser privados o públicos, predominando los primero.

Estos sub sistemas están enmarcados en componentes estratégicos estatales, como son el Sistema de salud y el Modelo de atención de Salud.

2.12 Definiendo un Sistema de Salud:

Desde este trabajo, entendemos el Sistema de Salud como un conjunto de todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad sanitaria. (OMS ,2000) *“El Sistema de Salud es el instrumento idóneo para llevar a cabo una profunda transformación en la situación de Salud en nuestro país.”*(Hugo Villar. Marzo 2003).

Por actividad sanitaria se entiende todo esfuerzo desplegado en el ámbito de los servicios de salud personales o de los servicios de salud pública, o bien en el desempeño de una actividad intersectorial, con el propósito principal de mejorar la salud humana.

2.13 Definiendo Modelo de Atención de Salud:

Es *“una construcción teórica que oficia como un Sistema organizado de prácticas en el sector salud, capaz de ser replicado y que cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación.* (Área Salud, UDELAR, 2007)

2.20 ATENCION DE SALUD EN EL URUGUAY

Generalidades

Podríamos plantear que a lo largo de la historia, en lo que refiere a la atención de salud, lo que fue relevante era que el individuo este exento de enfermedades, lo que ha primado en nuestro País es la atención curativa. Siguiendo el pensamiento de San Martín y Portillo, actualmente reparar la salud es el problema de mayor magnitud y por supuesto el que insume casi la totalidad de los recursos destinados a la salud de los uruguayos. Actualmente, se entendería que se ha modificado esta política, con una valoración focalizada más a las acciones tendientes a promocionar la salud y prevenir enfermedades, a diferencia de la anterior. Como consecuencia a este cambio, la atención debería ser realizada de forma integral desde su estrategia, considerando a la familia, la comunidad y no un individuo aislado, ya que el mismo esta inserto en un contexto determinado y en un determinado periodo histórico, como producto y productor de su historicidad. La Salud es una responsabilidad del individuo, familia, comunidad y del gobierno. El individuo tiene derecho a la salud y la responsabilidad de mantenerla, y los gobiernos “él *deber*” de poner al alcance de estos todos los recursos necesarios para que ese equilibrio se mantenga en la forma mas positiva. El derecho a la salud debe ser mantenido y sustentado por el Estado. Pues el individuo con servicios personales solamente no alcanza el equilibrio necesario, se deben programar acciones colectivas. (San Martín H; 1991)

2.21 INCIDENCIAS EN LA SALUD DE LA DESCENTRALIZACIÓN Y LA PARTICIPACION

El objetivo general del Programa de Gobierno del FA es la creación de una nueva institucionalidad que profundice la democracia sobre la base de una ciudadanía activa⁴, el fortalecimiento del entramado social y la transferencia de poder hacia las grandes mayorías nacionales.

Descentralización y Participación Ciudadana.

En un país con un contexto histórico como el uruguayo, unificado políticamente y tradicionalmente centralizado, la descentralización llegó con retraso. Sólo en las elecciones de 1989 se convierte en un tema importante para la política nacional.

Todos los partidos políticos lo incluyen entre sus objetivos, y las fuerzas progresistas (FA) consiguen llevar el tema al primer plano del debate. En el marco de la reforma estatal y con el fin de dar respuesta a los problemas de los ciudadanos, se da prioridad a la descentralización, que aparece como una respuesta innovadora y muy apropiada para alcanzar las nuevas formas de gestión pública y las modalidades alternativas en la acción estatal.

Cuando el Frente Amplio (FA) fue elegido para gobernar en Montevideo, se puso en marcha un proceso de descentralización. El objetivo del proceso de descentralización⁵ llevado a cabo es la democratización de la sociedad y la participación de la pluralidad de actores en el diseño, construcción y control de las políticas públicas. La idea es transformar la relación que existe entre el Estado y la sociedad, creando un nuevo espacio público, donde se debatan los

⁴ Ciudadanía activa: no es una cuestión únicamente de derechos, sino también de responsabilidades. Las responsabilidades tienen que ver con los aspectos de identidad y pertenencia de los individuos a una sociedad es decir, con la participación. El individuo en la medida que se considera ciudadano de una democracia tiene la obligación de participar de lo contrario la democracia no funciona ni prospera

⁵ Gabino Fraga: define la descentralización en los términos siguientes: "consiste en confiar la realización de algunas actividades administrativas a órganos que guardan con la administración central una relación que no es la de jerarquía" y concluye: "el único carácter que se puede señalar como fundamental del régimen de descentralización es el de que los funcionarios y empleados que lo integran gozan de una autonomía orgánica y no están sujetos a los poderes jerárquicos".

temas de crucial importancia para la calidad de vida, como lo es la salud por ejemplo.

La descentralización, entendida como vía para alcanzar la democratización, promueve la participación como forma de representación directa en relación con los temas o problemas que requieren decisiones a nivel vecinal.

Con la RSNS la participación de representantes de los usuarios en la dirección de ASSE y de la Junta Nacional de Salud, las Mesas de convivencia y seguridad ciudadana, los procesos descentralizadores viabilizan la integración de la ciudadanía y dan cuenta de compromiso político asumido de abrir la gestión estatal a la participación y control de la ciudadanía. A pesar de que la descentralización no es un objetivo en sí misma, y ya que lo que se busca es la democratización de la sociedad, cualquier intento debe procesarse en los tres niveles (social, político y administrativo) basándose en la regionalización del territorio y con la participación de los ciudadanos, trabajadores municipales y gobierno.

2.22 El proceso de la Reforma del Sistema Nacional de Salud en el Uruguay

La política de salud en el Uruguay, mas allá de formar parte de “un sistema de bienestar agotado”, no formó parte del proceso inicial de reforma del Estado que se dio en los años noventa. Es recién empezado el siglo XXI y con **un gobierno de izquierda al frente, que promueve una reforma con otra orientación universalista** basada en la ampliación del seguro nacional de salud, que se concreta la implementación de una reforma estructural en el sector.(Sánchez M, 2009)

A partir de marzo del 2005, nuestra sociedad comenzó a vivir la experiencia de una serie de transformaciones. En este plano ubicamos a la Reforma de Sistema de Salud. Es relevante destacar que las administraciones de gobiernos precedentes, realizaron el intento de reforma, pero éstos fueron frustrados convirtiendo al Ministerio de Salud Pública en un centro de tensiones y

conflictos, como podríamos ver manifestado tanto en los anuncios de medio de prensa, como en los discursos políticos. (Sánchez, M 2009)

Durante varios años en nuestro país, el Sistema de Salud se caracterizó por una compleja articulación de instituciones públicas y privadas. La característica más relevante del Sistema de Salud antes de la reforma era su fragmentación y segmentación.

La atención brindada por los prestadores públicos se focalizaba en la población de menores recursos, ya que para acceder a la atención gratuita primariamente se estaba condicionado a la acreditación de “ser pobre”, para acceder al “carné de asistencia⁶”, además debían permanecer en esa misma situación o quedarían excluidos del beneficio.” *Las políticas sociales deben focalizarse sobre la pobreza y los grupos socialmente mas vulnerables” (quienes deben comprobar que lo son) (...)* (Lo Vuolo 1995:123)

En lo que concierne, a la atención brindada por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) éstas orientaban la atención a sectores con recursos medio –alto quienes podían pagar el costo de la cuota mutual. Además las IAMC brindaban atención a trabajadores públicos y privados del sector formal a través del Sistema de Seguridad Social.

La crisis económica vivida en nuestro país a comienzos de la década pasada provocó un gran incremento de población sin cobertura de salud a través del Sistema de Seguridad Social, y además se vio deliberadamente incrementado un descenso de los ingresos de la población que podía hacer frente a los costos de la cuota mutual.

2.23 El por que de la Reforma.

La protección de la salud es un derecho humano fundamental que está vulnerado por motivos culturales, de género, familiares, políticos y socioeconómicos, como lo plantean diversos autores.

Anteriormente en el Uruguay, contábamos con un modelo de atención de salud que por sus características ^{7[5]}no se planteaba como integral, no aseguraba

6

En la actualidad tienen derecho al carné de asistencia totalmente gratuito en el MSP quienes perciban ingresos inferiores a 2,5 salarios mínimos (\$ 7.678,5). El mínimo no imponible en el actual proyecto de ley se establece en 2,5 bases de prestaciones contributivas mensuales (\$ 3,705).

continuidad, de baja resolutivead, de calidad irregular, con costos elevados, a su vez, su política, no se focalizaba a la universalidad ni a la equidad.

Modelo de atención de Salud:

No fue integral por que no se cumplían de forma armónica las actividades de promoción de la salud, protección del riesgo, recuperación del daño y rehabilitación de secuelas en personas, familias, como los grupos sociales.

No era universal, aunque tenía alta cobertura formal, por presentarse en baja equidad en los sectores más necesitados, disponen de una menor oferta de servicios. A modo de ejemplo el 40% de la población dispone solo del 20% del gasto en salud del país.

No aseguro continuidad por que predomino la desconexión, no existió un sistema de referencia y de contrarreferencia, superposición de actividades, registros clínicos heterogéneos.

De baja resolutivead determinando una alta concentración de actos por eventos de salud, falta de metas, no había precisión en la identificación de los niveles de salud.

De calidad irregular con poco desarrollo de la auditoria, “malas” estadísticas de morbilidad, bajo nivel de relaciones humanas.

A su vez, costo elevado, desfinanciamiento como resultado de la inadecuada política de salud de las últimas décadas, deformaciones del modelo de atención, del servicio de las propias demandas de consumo de servicios de la población, la que determina la baja eficiencia de los recursos públicos, de origen social e individual.

De acuerdo a estas características, podemos decir que este modelo ha traído **una gran carga de desigualdades** para la vida de nuestra población. “El sector salud”, ha permanecido atado a una política neoliberal, y podríamos plantear a la “deriva” de un mercado que progresivamente acrecienta su costo, no solo a nivel del Uruguay, sino del mundo, como muestran cifras de otros países.

EL HOY

2.24 ARTICULACION DE LO PÚBLICO Y LO PRIVADO

El Sistema Nacional Integrado de Salud promueve un *nuevo modelo de atención*, como una de sus estrategias de cambio. Basando sus principios en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), y en los componentes de un modelo de Atención Integral a la Salud. Buscando con ello, consolidar un Primer Nivel de atención continente y resolutivo.

La realidad indica que en Uruguay la cobertura de salud tiene dos componentes fundamentales:

La Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), cuyas unidades asistenciales, atienden a aproximadamente la mitad de la población del país. La situación de los hospitales y policlínicas dependientes del Ministerio de Salud Pública es de gran insuficiencia presupuestal y deterioro por más de 20 años de “gobiernos neoliberales”.

Las instituciones de asistencia médica privada y colectiva, a la que esta afiliada aproximadamente la otra mitad de la población del país, constituyen un sub sistema que presenta una profunda crisis, cuyas causas van desde la errática política de salud que ha predominado por 20 años.

Haciendo mención a esta crisis, no solo afecta a los usuarios (que han visto severamente restringido su acceso a servicios esenciales por el alto costo de ticket y ordenes) y a los trabajadores que han sufrido desempleo, congelación salarial, atraso en el cobro de sus salarios por ejemplo, sino que también cuestiona la viabilidad misma del sistema.

Un Sistema Nacional Integrado^{8[6]} de Salud implica la articulación de los componentes públicos y privados.

^{8[6]} La reforma de la salud implementada por el Gobierno de izquierda pasó de ser un sistema curativo hacia un Sistema Integral de Salud, apostando a la equidad social y a la transparencia económica. El presupuesto asignado para la salud aumentó de US\$ 200: a US\$ 550 millones en los últimos cuatro años;

En el plano asistencial, dicha articulación ha de basarse en un proceso de complementación entre las fortalezas de ambos subsistemas, como también en el primer nivel de atención (APS)^{9[7]}.

El MSP ^{10[8]} como autoridad rectora, asegurará que el Sistema Nacional Integrado de Salud (desde ahora SNIS) se rija por políticas, directivas, normas y Programas Nacionales. Aquí será fundamental el cambio del concepto de salud centrada en la enfermedad, descuidando o no considerando la prevención, la rehabilitación y cuidados paliativos.

Las nuevas leyes abarcan los conceptos de interdisciplinariedad, centralización normativa, como a su vez, descentralización ejecutiva con eficiencia social y económica. Así mismo, promocionando el humanismo, la gestión democrática, la participación social y el derecho de los usuarios.

En los objetivos del SNIS, se contemplan cambios en tres niveles:

1- Modelo de atención a la salud con base en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

el salario médico se incrementó en 400% y el no médico en 35%. Además, se disminuyó en más del 40% el valor de los tiques de medicamentos. La reforma de Salud implementada, se realizó simultáneamente con una reforma del Ministerio, en el cual, a comienzos del 2005 existían dos subsistemas: público y privado, que funcionaban paralelamente con importantes inequidades en sus prestaciones. El modelo de atención era curativo, no integral, mientras que el modelo de funcionamiento era desigual, con crisis permanentes y fuertes inequidades. **También se observó que la participación social era nula y los usuarios no ejercían sus derechos**, según expresó el jerarca

La Reforma Sanitaria aplicada apuntó a dos objetivos básicos: creación de un sistema de salud y de un seguro que, a su vez, pretendía conformar un escenario de complementación para minimizar el despilfarro económico, apostar a una fuerte transformación de las instituciones y a una mejor gestión clínica con mayor profesionalización. Asimismo, el seguro financiaría el sistema en un escenario de competencia por las "cápitales", apostando, junto a la creación del FONASA (ex Disse), a un desarrollo progresivo de la equidad en el pago de la salud, administración transparente y la consolidación del seguro de por vida, ligado a la seguridad social. (Extraído del discurso del director general de secretaría del MSP Dr. Jorge Basso)

^{9[7]} APS La conferencia de la OMS –UNICEF-Alma-Ata definió la APS como "la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías, y prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas las etapas de su desarrollo, con el espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación(...) La APS es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud del que constituye la función central y el núcleo principal como del desarrollo social y económico global de la comunidad .OMS –APS Conferencia Internacional de Alma Ata ,1978.

^{10[8]} Artículo 2º.- Compete al Ministerio de Salud Pública la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud que articulará a prestadores públicos y privados de atención integral a la salud determinados en el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

2-Modelo de gestión, asegurando la coordinación y complementación de servicios públicos y privados en todos los niveles, **con activa participación de trabajadores y usuarios.**

3-Sistema de financiamiento del sector, con mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad a través de un fondo único administrado centralmente. Este nuevo modelo de atención, a su vez, persigue el reconocimiento y el ejercicio efectivo del “Derecho a la Salud”^{11[9]}.

La garantía de su progreso radica en la efectiva “**participación social**”, que es a la vez, parte intrínseca del modelo, ya que permite identificar en forma continua y efectiva las necesidades sociales, y adecuar las acciones sanitarias a las mismas.

2.30 PARTICIPACION EN LA RSN EN EL GOBIERNO DEL FRENTE AMPLIO

A continuación explicitaremos de manera somera las reformas estructurales (a largo plazo) que fueron diseñadas como estrategias del proceso de Transformación Democrática del Estado (TDE). En donde se busca la construcción de un Estado funcional a un programa de crecimiento, distribución de la riqueza, modernización, democratización, y de inclusión social.

“La TDE se encara en dos grandes capítulos: la descentralización y participación ciudadana y la modernización de la gestión del Estado. El primer capítulo ha tenido como objetivo general la creación de una nueva institucionalidad que profundice la democracia sobre la base de una ciudadanía, el fortalecimiento del entramado social y la transferencia de poder hacia las grandes mayorías nacionales” (Programa de FA periodo 2010-2015)

“El objetivo central para el próximo período de gobierno será completar y profundizar la instalación del Sistema Nacional Integrado de Salud avanzando en los cambios en el modelo de financiación, de gestión y de atención a la salud, garantizando el acceso universal a la cobertura de salud”.

^{11[9]}“La salud es un derecho (Art.25 de la declaración Universal de los Derechos Humanos) como tal , garantizar su vigencia y efectividad es una responsabilidad colectiva del conjunto de la sociedad y del Estado . El cuidado y la atención a la salud de las personas , individual y colectivamente , así como la preservación y promoción de la calidad del ambiente no puede quedar librado a la oferta y la demanda como mercancía superflua” .

La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) tiene como objetivo primordial asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud, orientados por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad según normas, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, centralización normativa y descentralización en la ejecución, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social y derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación (Programa de gobierno FA período 2010-2015). Se basa en priorizar el primer nivel de atención de la salud, aprovechando todos los recursos humanos y materiales disponibles, regulando y controlando los medicamentos, insumos y tecnologías, apuntando a un servicio sin fines de lucro.

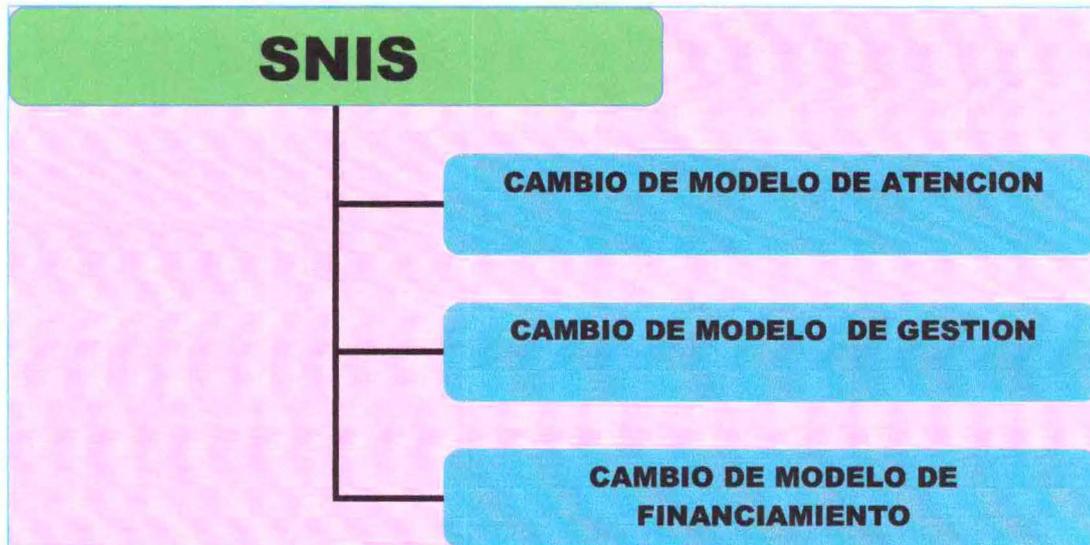
Esta reforma sustituyó el antiguo régimen de atención y supuso un incremento de la cobertura sin precedentes alcanzando en abril de 2008 a más de 1.240.000 personas, de las cuales 380 mil son menores de 18 años.

(Programa del FA período 2010-2015)

2.31 La Estrategia de la Reforma

- El objetivo medular de la Reforma, es la **Universalización** de la atención en salud a toda la población en niveles de accesibilidad y calidad homogéneas y con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano.
- Ello pone como eje de la reforma al cambio en el modelo de atención, con énfasis en la estrategia de APS y un Sistema integral de atención.
- Al mismo tiempo exige cambios en los modelos de gestión, incluyendo la participación de trabajadores y usuarios en la conducción institucional.

Esquema explicativo de la estrategia de la reforma



FUENTE FEDERICO TOBAR (2000)

Ello pone como eje de la reforma el cambio en el Modelo de atención, con énfasis en la estrategia de APS y un Sistema Integral de Atención.

Modelo de gestión:

La problemática de este modelo consiste en la definición de prioridades del Sistema, en cuales son las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción. En el análisis de los sistemas de salud a nivel nacional se pueden distinguir dos categorías centrales:

- 1- los valores que guían el sistema, como por ejemplo, cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros
- 2- las funciones del Estado en el Sistema, debido a que cada sistema de salud involucra determinadas formas de participación del Estado en la resolución de problemas de salud. (Tobar, F, 2000)

Así se plantea que “El primer y el segundo gobierno de izquierda han optado por un modelo de gestión participativa, en el cual los distintos actores tienen varios ámbitos de expresión. Se han integrado representantes del Sindicato Médico del Uruguay (SMU), la Federación Médica del Interior (FEMI), las instituciones de asistencia médica colectiva y trabajadores de la salud. Esta

estrategia es un avance democrático del Sistema de Salud Uruguayo”(OPS 2004-2011: 31)

A su vez se especifica que *“Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán el derecho a participar en los órganos a que refiere el artículo 12 de la presente ley, en los términos que determine su reglamentación.”(Ley N 18.211 Art. 53)*

Modelo de Financiación

Este modelo involucra un conjunto de interrogantes según Tobar.F (2000), tales como:

- ¿Cuánto debe gastar un país en salud?
- ¿De donde deben provenir los recursos?
- ¿Cómo asignar esos recursos?

Los cambios en la economía y en especial en las bases tributarias, llevan a la redefinición permanente de las fuentes de recursos para financiar las acciones en salud. *“La creación del Seguro Nacional de Salud es uno de los componentes más visibles de las transformaciones propuestas.*

Los principios básicos de los que parte son: integralidad de la atención, equidad en la contribución económica... pagos del seguro a los efectores públicos y privados, mediante un sistema de capacitación ajustado por riesgo”. (OPS 2004-2011:30)

Modelo de atención

A diferencia de los anteriores, la problemática aquí se plantearía como estrictamente medico-sanitaria. Las autoridades de MSP en el período del primer gobierno de izquierda, han señalado que la salud es un derecho fundamental, no obstante, reconocen que el sistema de servicios de salud se caracteriza por su inequidad, y su gestión ineficaz.

Las nuevas autoridades plantean basar su estrategia en la APS, fortaleciendo la atención en el primer nivel. Asimismo son concientes de la necesidad de fortalecer el segundo y tercer nivel de atención.

Si bien la Administración de Servicios del Estado (ASSE) y el Banco de Previsión Social (BPS) han tenido históricamente una estructura fuertemente descentralizada, donde la APS era fácilmente aplicada, la situación no es la misma en el subsector privado donde esta centralizada(OPS 2004-2011:29)

CAPITULO III **METODOLOGIA DE INVESTIGACIÓN**

Para este presente trabajo se utilizamos para abordar nuestro objeto:

- **Revisión bibliográfica**, como herramienta para comprender la Reforma del Sistema Salud, y la Participación en sus diversos tipos priorizando la Participación Comunitaria en Salud.

En base a la revisión bibliográfica se intentará construir un tipo ideal de participación comunitaria, y se valorará su presencia en el contenido de los discursos institucionales utilizados.

- **Análisis de discursos políticos** del oficialismo referidos a la

Participación en Salud en el marco de la Reforma del Sistema de Salud.

Este análisis se realizará en base al principio de saturación. Cabe destacar que los discursos fueron extraídos:

De prensa escrita, documentos de Presidencia, entre otros, comprenden un período histórico comprendido entre 2005-2010.

3.01 ANALISIS de DISCURSO

La herramienta para abordar nuestro objeto es el “Análisis de discursos”, en base al principio de saturación. Cabe destacar que estos discursos tienen la particularidad de ser políticos, extraídos a partir de medios gráficos uruguayos. De esta forma, analizaremos solamente aquellos que hagan referencia a la participación en la salud en el marco de la Reforma implementada. En un período de tiempo comprendido entre el año 2005 al 2010.

Dentro del contexto de nuestra sociedad mediatizada, la prensa escrita representa un dominio en la búsqueda de un campo para prueba de hipótesis teóricas, ya que valora las transformaciones socioculturales de los grupos sociales. A partir de los diferentes discursos, evaluaremos los posicionamientos referentes a la participación en salud, como forma de abordar nuestro objeto: los **fundamentos de la participación comunitaria en**

salud. Respecto a esta temática la prensa escrita jugó y juega un papel preponderante en lo que refiere a la Reforma del Sistema de Salud, considerándola como la primera fuente de insumo (en lo que respecta televisión, radio e Internet).

Intentar comprender al sector salud frente al problema de la participación, debe servir para proponerle una posición viable frente a la misma, con el fin de contribuir a orientar sus actividades. Al no definirse una posición clara en este sentido, la evaluación de la participación tiende a limitarse a presentar tipologías sobre acciones con participación en grados que van de la pasividad a la actividad”^{12[10]}.

3.02 Hacia una concepción de discurso

“El discurso, lo que se puede o no decir en una época configura nuestra realidad social. Discurso establece el orden social. Los discursos científicos, las gramáticas de una época, la lógica de los diccionarios, nos permiten entender las condiciones de las distintas formaciones discursivas”^{13[11]}. (Foucault, M: 1970)

Un discurso “suponía un grupo de declaraciones, las cuales proveen un lenguaje para expresarlas, un tema particular en un momento histórico en particular”^{14[12]}

El discurso según Angenot es un “producto social” que previo a conformarse expone problemáticas provocando así en el receptor “ecos”.

“El Estado es la base de la hegemonía discursiva, es decir existe una relación entre la hegemonía discursiva y las instituciones del Estado que en este caso nos permite hablar del discurso periodístico para la elaboración de noticias y también del discurso burocrático característico de las instituciones gubernamentales” (Entrada O. ;2011)

Para este autor “todo discurso es producido en un determinado contexto social que ejerce un determinado poder (produce en otras palabras un determinado efecto). Si un discurso manifiesta un cierto poder, es porque ese poder le viene

dado por el poder instituido de la dominación” (Entrada O.; 2011).

En base al pensamiento de Michel Foucault tomaremos las relaciones de poder para producir discursos de verdad. “Estamos sometidos a la producción de la verdad desde el poder y no podemos ejercitar el poder más que a través de la producción de la verdad” (M.Foucault)

En este sentido, el autor hace hincapié en la indagación del poder, que a la vez institucionaliza la pesquisa de la verdad, la profesionaliza, la recompensa. “En el fondo, tenemos que producir verdad igual que tenemos que producir riquezas” (Entrada O.; 2011).

Desde esta perspectiva, podemos asimilarlo con el rol de los medios gráficos, que aunque si bien cada uno se rige con su propia ideología y marco coyuntural, todo lo que se vuelca “al público” a través de los diarios, se va legitimando en la sociedad con cierto grado de “verdad”.

En base a la bibliografía utilizada construimos un tipo ideal de participación comunitaria, usando como referencia la definición de tipo ideal de Max Weber.

3.03 Fragmentos de discursos de políticos del oficialismo

(2005-2010)

A modo de inicio explicitaremos fragmentos de discursos de los políticos del Frente Amplio (FA) referentes a la Participación en Salud en la implementación del nuevo modelo de atención.

Para luego realizar una tipología de estos y posterior análisis

Tablas

Síntesis de discursos extraídos de prensa escrita sobre participación en la RSNS

Tabare Vázquez Presidente de la R. O Uruguay (periodo 2004 2009)	Maria Julia Muñoz Ministra de Salud (2005 2009)	Daniel Olesker actual Ministro de Salud	José Mújica Actual Presidente de la R. O Uruguay
abrir caminos para la participación ciudadana";	Somos conscientes de que se ha concebido la participación social como la participación de los pobres cuando reclaman atención que no tienen. No hemos logrado incorporar la participación del usuario en la vida cotidiana de los pueblos y de los ciudadanos para decir cuál es el modelo de atención que necesitan para mantenerse sanos y para cuando están enfermos.	existen seis ejes de la Reforma de Salud en su segundo periodo de vida: universalización del FONASA; cambio del modelo de atención enfocado a la niñez, adolescencia y juventud, salud sexual y reproductiva, salud mental y salud rural; descentralización hacia el interior del país; divulgación masiva de derechos; consolidación de la participación social y fortalecimiento de los Recursos Humanos.	Abrir mayores formas de participación ciudadana en las políticas públicas. Un actor fundamental es la propia población usuaria, que ha recibido históricamente servicios inversamente proporcionales a sus necesidades, sin tener posibilidades de hacer oír su voz, de participar en las definiciones y en la implementación de las políticas públicas.
se promoverá una "participación ciudadana activa y responsable en la propuesta, decisión y control de los cambios a implementar	la participación de todos los actores "es ineludible". *	la participación de la ciudadanía, desde el punto de vista legal y social, que se expresen y exijan sus derechos de salud.	La participación social es diversa y su riqueza consiste en abrir cauces distintos que vayan construyendo ciudadanía activa. Los actores son plurales, y ello, lejos de ser un obstáculo es una fortaleza en términos democráticos
participación ciudadana, control social de la gestión pública, participación de los trabajadores en las empresas públicas, cambios en el sistema de compras y sistema electrónico de gobierno.	la participación ciudadana en todos los ámbitos es lo que va a dar lugar a que el modelo de atención cambie siendo más humanizado	El ministro hizo hincapié en que se amplíe la participación de los usuarios en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)	La apuesta exclusiva a formas representativas de participación termina generando micro poderes que restringen estos procesos. Por eso es importante combinarlas con formas de democracia directa, de autogestión y de cogestión entre la comunidad y el Estado.

	logro traducido en mejor estructura, sino que se trata, fundamentalmente, de una expresión de participación ciudadana,	La idea de Olesker es crear en el Interior "mini juntas de salud" que reproducirán la estructura de la Junasa. Estarán integradas por usuarios, trabajadores, empresarios y el director de Salud de cada departamento.	Las experiencias de Presupuesto Participativo iniciadas en Montevideo son una escuela de ciudadanía. Significan una exigencia al aparato estatal y a sus funcionarios, que compromete obras y servicios en plazos y calidades controladas por los vecinos.
		Todos los prestadores de servicios tendrán obligación de incorporar el control social, es decir la participación de usuarios y trabajadores"	2) Participación de los trabajadores públicos en el fortalecimiento del Estado .El compromiso de los trabajadores públicos con una nueva forma de gestión del Estado requiere su participación activa. Para ello una herramienta útil es la planificación participativa
		El gobierno nacional que integramos tiene un objetivo central, que es avanzar en la igualdad y en la redistribución de la riqueza en un marco de consolidación de derechos ciudadanos y activa participación social.	La elaboración de planes de trabajo incorporando el saber de los trabajadores, enriquece los contenidos, clarifica las líneas de trabajo y las metas definidas. Transforma dichos planes en compromisos colectivos.
		que se puede desarrollar la participación popular, desde una base claramente territorial, preocupándose activamente por la gestión de la salud, y ello contribuirá a la organización social y a la activa participación de la sociedad en la gestión de gobierno.	Dentro de los lineamientos políticos aprobados por la ciudadanía y definidos por el gobierno, se trata de reconocer el saber del trabajador y abrir espacios para que pueda volcarse institucionalmente. Esta estrategia debe incluir formas de participación del conjunto de los trabajadores.
		jugará un rol importante el desarrollo de los movimientos de usuarios del Sistema de Salud	"El mercado no resolverá los problemas de la salud"
		En este renovado sistema de salud se busca la participación de la comunidad organizada, no sólo para ser parte de la administración sino también para incentivar la educación sobre estos temas	

3.20 ANALISIS

Hacia un tipo ideal de participación

“El tipo ideal está vinculado con la idea de comprensión, pues todo tipo ideal es una organización de relaciones inteligibles, propias de un conjunto histórico o de una realización de acontecimientos”
(Weber, M 1949:90).

Dentro del cometido de este trabajo, encontramos como los diferentes tipos de participación y sus distintos ámbitos, enfocan un modo de accionar, dentro de una modalidad estratégica de políticas estatales. Para comenzar este análisis, creemos pertinente entender un tipo “ideal” de participación, que organice la matriz conceptual política.

Los tipos ideales son conceptos construidos lógicamente. Debido a que ciertos factores de los hechos bajo consideración son lógicamente compatibles y otros no, estas relaciones determinan la estructura de los conceptos. “Un tipo ideal está formado por la acentuación unilateral de uno o más puntos de vista, y por la síntesis de un gran número de fenómenos individuales mayormente difusos, discretos, más o menos presentes y ocasionalmente ausentes, que están ordenados de acuerdo con aquellos puntos de vista enfatizados unilateralmente en una construcción analítica unificada” (Weber, M, 1949:90) .

3.21 Construcción del tipo ideal de participación.

La participación no es, “algo” de carácter universal, sino una construcción social, múltiple, sujeta a valores y circunstancias contextuales que surgen en un determinado momento.”^{15[16]} Es el proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y a las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el del grupo contribuyendo conscientemente constructivamente al proceso de desarrollo.

3.22 La Participación. una continua construcción...

Desde su concepción, la participación no es un estado estable, sino un proceso constituido en varios momentos, durante los cuales los sujetos involucrados se forman, y forman a otros en el manejo de conocimientos y destrezas que dependen de la naturaleza de la experiencia participativa. También se está de acuerdo en que la participación tiene fines que la orientan, esto es, el logro de metas sobre las cuales la comunidad, establece acuerdos sobre la base de la importancia que tienen para satisfacer intereses vitales; intereses que por su importancia movilizan a sus miembros a la realización de acciones que requieren permanencia en el tiempo y diversidad en su contenido. Además, dada la tensión existente entre las necesidades y valores de los Ciudadanos, y el control de los recursos para su satisfacción por parte del Estado, que aplica su propia valoración para resolver aquéllas, por medio de la participación los ciudadanos, aspiran influir en la toma de decisiones. La participación, y esto es un elemento que señala sólo los participantes, es un acto voluntario, lo cual posiblemente expresa la toma de conciencia de los sujetos acerca del valor de las acciones participativa, por tanto de la necesidad de solidarizarse con sus pares. No obstante, se aspira que tal discernimiento se generalice de modo que todos los miembros del grupo se involucren. En este sentido, la participación es, adicionalmente, un proceso inclusivo. Afirmar que la participación no es una entidad estable, sino un proceso, implica reconocer su variabilidad en función de los componentes que caracterizan el contexto y momento en que ocurre. Dicho de otro modo, el proceso de participación se construye en función de la interacción que se establece entre las características del grupo que participa (su experiencia en participación, su nivel y forma de organización, su liderazgo, los recursos con que cuenta para enfrentar la solución del problema que lo moviliza), la naturaleza del proyecto en que se involucra (modificación de un sistema de representación en organismo deliberantes del Estado, injerencia en la formulación de una política de seguridad social, gestión de servicios de salud o de educación, etc.), el

acceso a/y control de los recursos necesarios y las condiciones políticas del ambiente hacia la participación.

“En esta relación son los propios participantes quienes, en interacción permanente entre sí y con las otras partes constituyentes del proceso, van construyendo lo que es la participación. El significado de participación que se desarrolla y que está en concordancia con las acciones que se realizan, estará marcado, en consecuencia, por la calidad de la experiencia participativa y por ende será diferente de una experiencia a otra. (Sánchez E.; 2000)

3.23 La importancia de la participación en el Gobierno de Izquierda en Uruguay.

Cuando se analiza el contenido de los discursos seleccionados de “los políticos de izquierda, del Uruguay” con los autores que hemos manejado en lo referente a participación, encontramos similitudes y diferencias.

Los discursos de los principales jerarcas gubernamentales del nuevo gobierno, que tiene su origen en el año 2004 con la presidencia asumida por el Dr. Tabaré Vázquez, y la Ministra de Salud asignada Dra. María Julia Muñoz, encontramos concordancias en la definición del tipo de participación que promulgan. Desde los discursos extraídos de la prensa escrita, es que podemos entrever como el tipo central es la “**participación ciudadana activa**”, donde en todos los ámbitos es lo que va a dar lugar a que el modelo de atención cambie siendo más humanizado^{16[17]} (M. J. Muñoz)

Ya en el segundo período del gobierno de izquierda, comenzando en año 2010 encontramos como esa noción de participación ciudadana, se organiza, y se configura, construyéndose desde una **participación social**, y ejerciéndose activamente, donde se plantea que “Las experiencias de Presupuesto Participativo iniciadas en Montevideo, son una escuela de ciudadanía”^{17[18]}. El Presidente Sr. José Mujica, plantea que con ello “se trata de reconocer el saber del trabajador y abrir espacios para que pueda volcarse institucionalmente”^{18[19]}, para ser parte activa dentro de la gestión estatal; no solo en cuanto a su

ejecución, sino, desde la "elaboración de planes de trabajo incorporando el saber de los trabajadores, enriquece los contenidos, clarifica las líneas de trabajo y las metas definidas", comprometiendo, responsabilizando y actuando las personas. Donde aclara el ministro de Salud Cr. Daniel Olesker "El gobierno nacional que integramos, tiene un objetivo central, que es avanzar en la igualdad y en la redistribución de la riqueza en un marco de consolidación de derechos ciudadanos y activa participación social"^{19[20]}.

Noción de Participación en la concepción del Gobierno de Izquierda	En Base al principio de Saturación	Participación en el ámbito Público	Participación en el ámbito privado	Dinámica participativa
Documentos institucionales				
Programa del FA	participación ciudadana	Ciudadana		Activa
RSNS	participación social		Social	Activa
Actores políticos				
Tabare Vásquez Presidente de la R.O.U (periodo 2004 2009)	Participación Ciudadana	Ciudadana		Activa
Maria Julia Muñoz Ministra de Salud (2005 2009)	Participación Ciudadana	Ciudadana		Activa
Daniel Olesker actual Ministro de Salud	Participación Social		Social	Activa
Sr. José Mujica, Actual Presidente de la R.O.U	Participación ciudadana, construida desde lo social, ejecutada de forma activa	Ciudadana	Social	Activa
Tipo Ideal de participación				
Construcción Bibliográfica				
Participación Comunitaria				
Proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades adquiriendo sentido de responsabilidad, contribuyendo concientemente y constructivamente en el proceso de desarrollo.	Comunitaria	Ciudadana	Comunitaria	Activa

3.24 Hacia una participación comunitaria...

Luego de lo expuesto en base a los fundamentos y objetivos de la participación dentro del programa de gobierno y de los discursos políticos de los dos períodos de gobierno de izquierda, encontramos transformaciones en su proceso desde una participación con su auge en la ciudadana activa, hacia una participación que contiene una conducción, una importancia en la participación social. Con ello nos referimos a que la misma concepción de participación ciudadana presenta una transformación, evolución, en cuanto a su cometido. La participación social, permite que grupos sectoriales, encuentren su escenario de acción, sus responsabilidades, su interés en cuanto a la elaboración como ejecución de sus objetivos, como integrantes activos del estado.

La ideología que conlleva un gobierno tal, desde un "progresismo", con acentuación en la equidad, y en generar políticas de inserción social, es que entendemos que no basta con una estrategia de participación social como generadora de una participación ciudadana. Planteamos una evolución, donde no sean los sectores sociales el escalafón del estratagema político sino una participación comunitaria.

Una participación que se exprese, y sea emergente de las comunidades, como centros nucleares del cotidiano del pueblo. Solo cuando los valores sociales están inmersos en la elaboración y ejecución, desde las organizaciones participativas comunitarias, es que se puede emplear un devenir real sobre la equidad, sobre políticas públicas demarcadas en el común social.

Para que esto sea efectivo primariamente, debe haber una transferencia de poder desarrollando una estrategia, que no solo focalice, sino que se integre con políticas universales.

Haciendo mención a la Salud que es clave para la creación de esta estrategia, siendo importante la relación que se abre con el Gobierno y el movimiento social, relación ésta, que esta signada por conflictos, pero el Gobierno deberá intentar que esta sea constructiva, ya que de esto depende que sea sustentable.

A demás es importante destacar que se debe generar una nueva cultura que vincule al Estado y la Sociedad a la democracia participativa. Para acceder a ello se deben de cambiar estilos de convivencia, y perspectiva de la gente, algo clave aquí es la comunicación social para posibilitar una cultura distinta.

3.25 Un posible devenir de la participación comunitaria en la RSNS

“El concepto de participación comunitaria en los asuntos que afectan a la supervivencia de la comunidad es tan antiguo como la historia humana y como una expresión del movimiento continuo que es parte de la vida comunitaria cotidiana, es a su vez una parte esencial de todas las sociedades humanas” (...)(Figuroa .D)

El servicio de salud es un servicio a brindar y a garantizar en las comunidades para satisfacer el desarrollo social de la población, pero por lo general estos han sido implantados por personas o instituciones que no conocen y/o no forman parte de la comunidad, lo que conlleva a que esos servicios no tengan aceptación. Debido a que los miembros de la comunidad al no intervenir le restan efectividad a los esfuerzos que se hagan por garantizar la salud. Por esto la comunidad debe jugar un rol activo de autogestión, participación, responsabilidad e iniciativa en la solución de sus problemas de salud y el alcance de los objetivos, el desarrollo de la comunidad y con ello el desarrollo social.

Con relación a esto la OMS plantea "La insistencia en que la gente debe hacerse responsable de su propia salud es un aspecto importante del desarrollo individual y colectivo. Con alta frecuencia se considera que un sistema eficaz de atención primaria es un servicio más eficiente, humano y útil; facilita un producto, la salud, que en realidad la gente debería alcanzar por sí misma. En lo posible la salud nunca debe "darse" o "facilitarse" a la población. Por el contrario, se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud".

En el análisis de los discursos de los actores institucionales, aparece la participación como incidencia en la toma de decisiones; distribución del poder; y control Ciudadano. En cambio, la comunidad valoriza como participación el

acceso al Sistema de salud, que se resuelvan problemas concretos y que no se discrimine. La persistencia del denominado "Modelo Médico Hegemónico", dificulto pensar valorizar a la participación en términos que superen las meras formas asistenciales. Para lograr lo anteriormente expuesto, es decir, para que la comunidad pueda desempeñar un papel verdaderamente activo y consciente con relación a su salud es necesario conocer profundamente estos procesos, sus particularidades y determinantes y los elementos que en él intervienen. Los servicios que se brinden deben ser eficaces, culturalmente aceptables para ello será preciso planificar y gestionar cuidadosamente programas que guarden relación directa con los problemas locales.

Las comunidades deben de participar en el desarrollo de los servicios para fomentar la auto responsabilidad y reducir la dependencia (paternalismo). El propiciar la participación de la comunidad y del propio núcleo familiar, realizar una planificación adecuada de las necesidades de la población y enfatizar las acciones de salud en los aspectos preventivos promocionales son acciones que merece un trabajo integral. Se hace necesario el conocimiento de los aspectos fundamentales que están vinculados con la participación comunitaria para permitir que esta sea efectiva y cumpla sus objetivos. Estudiar y concientizar la salud desde la integralidad de las personas permite comprender los elementos que en ella intervienen, el papel que la comunidad puede desempeñar en esta y dar explicaciones al fenómeno de la participación comunitaria. "El reforzamiento de la acción comunitaria que pretende la participación efectiva y concreta de la comunidad en la determinación de prioridades en el área de la salud, en la toma de decisiones y en la elaboración y puesta en marcha de un plan de acción. La participación tiene que ser comunitaria, intersectorial y multidisciplinaria que permita la descentralización de recursos, se debe potenciar la acción de grupos sociales y el cambio en las condiciones sociales de la salud mediante la movilización colectiva". (Figuroa,

D)

BIBLIOGRAFIA

- ❖ **Barrán J.** “La medicalización de la sociedad”, ED. Banda Oriental .Montevideo – Uruguay,1992
- ❖ **Barrán, J.:** “Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. La Ortopedia de los pobres.” ED Banda Oriental Montevideo –Uruguay 1995.
- ❖ **Bentura, C.** “Trabajo social en el Campo de la salud. Un desafío académico”. Tesis de Maestría en Trabajo Social; DTS-FCS-UDELAR, Montevideo 2007
- ❖ **Blanco, R.; Portillo, J.; San Martín H.** “Teoría social de la salud.” ED UDELAR.Montevideo-Uruguay.1991
- ❖ **Castel, R.:** “Las metamorfosis de la cuestión social: Una crónica del salariado.” ED. Paidos.Buenos Aires-Argentina.1997.
- ❖ **Dibarboure, H.; Macedo, J** “Introducción a la Medicina Familiar” ED UDELAR. Montevideo-Uruguay 1998.
- ❖ **Ebole, O** “Hacia un Servicio Nacional de Salud” en cuadernos del Claeh N° 37Montevideo-Uruguay.1986.
- ❖ **Fraga, Gabino**” Derecho Administrativo” 13 Edición, México, Porrúa ,1969.
- ❖ **Organización Mundial de la Salud- Atención Primaria de Salud** “Conferencia internacional de Alma Ata” ,1978
- ❖ **Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de Salud,** “Planificación local participativa” Washington 1999
- ❖ **Organización Mundial de la Salud** “Mejorar el desempeño de los sistemas de salud en el mundo 2000”

- ❖ **Quiroga, A.** "Produção científica e formação Profissional –os paradigmas do conhecimento e seu reatimimento no cotidiano do ensino ,da pesquisa e do ejercicio Profissional"en cadernos ABBESS N° 6 Ed. Cortez. São Paulo-Brasil.1993
- ❖ **Tobar,F** "Herramientas para el análisis del sector salud" en Medicina y Sociedad Vol. 23 ,Buenos Aires, 2000
- ❖ **Tönnies, F** "Comunidad y Asociación " Barcelona, Ed. Península ,1979.
- ❖ **Lo Vuolo, R.**"Contra la exclusión: Propuesta del ingreso ciudadano" CIEPP/Miño y Dávila .Buenos Aires ,1995
- ❖ **Marx, C.,**" El Capital. Crítica de la economía política", Tomos I, Editorial FCE, México, 1973. 8a. edición, traducción de Roces, W.
- ❖ **Mitjavila ,M.** " Salud y Participación Popular" en cuadernos del Claeh n 37 Montevideo –Uruguay .1986
- ❖ **Netto, J.P.**"Capitalismo Monopolista y Servicio Social" ED Cortez , San Pablo-Brasil .1997
- ❖ **Villar, H.** "Bases para la organización de los sistemas locales de salud". En los Sistemas locales de salud. Washignton:OPS-OMS 1990.
- ❖ **Villar, H** "La Salud una política de Estado, hacia un Sistema Nacional de Salud. Marco Conceptual el Contexto, situación Actual y propuestas de cambio. "Montevideo ,marzo 2003,
- ❖ **Vuskovic, P.** "Pobres y Desigualdad en América Latina" Centro de investigaciones interdisciplinarias en ciencias y humanidades Méjico.1996
- ❖ **Weber, M** "La ética protestante y el espíritu del capitalismo", Madrid, Alianza. 2001

PAGINAS WEB

- ❖ **Midaglia, C.** "La larga marcha hacia la igualdad social, análisis y propuestas" año 2004ⁱ[10/10/2010]. [en línea] Disponible en:
<<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/uruguay/04488.pdf>> [Consulta: 10/06/2010; 20:00hs]
- ❖ **Moreira. , Setaro** "La izquierda en el gobierno ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?" En Revista Uruguaya de ciencia política N° 16.año 2007[10/10/2010], [en línea] Disponible en:
<http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0797-97892007000100008&script=sci_arttext>[Consulta: 10/06/2010; 21:00hs]
- ❖ **Navajo ,1995** "Iniciativa Social y Estado de Bienestar""**LA participación Ciudadana.**" [en línea]Disponible en:
<http://www.iniciativasocial.net/participacion.htm#_ftn14>[Consulta: 15/06/2010; 22:00hs]
- ❖ **Villarreal, N.** "Actores, participación, política y control ciudadano de las políticas sociales".2000. [en línea] Disponible en:
<<http://www.neticoop.org.uy/IMG/pdf/dc0382.pdf>>[Consulta:01/07/2010; 20:00hs]
- ❖ Siguiendo la **Teoría de los constructos de de G. Nelly**, "Un constructo, es una categoría descriptiva que se utiliza para categorizar acontecimientos y que representa nuestra especial manera de construir el mundo." [en línea] Disponible en:<<http://html.rincondelvago.com/teoria-de-los-constructos-de-kelly.html>>[Consulta: 03/08/2010; 20:00hs]
- ❖ **Montaño ,L** (2005) Liderazgo ,Participación Comunitaria y cuidan proyecto "Fortalecimiento de las organizaciones pertenecientes a la asociación de proyectos comunitarios " APC [en línea] Disponible en:<http://www.asoproyectos.org/doc/Modulo_1_Liderazgo.pdf>[Consulta: 06/06/2010; 20:00hs]

- ❖ **Uruguay democrático aprobado por el V congreso extraordinario Cro.Zelmar Michelini**, 13-14 de diciembre de 2008 [en línea] Disponible en:<http://www.actualidaduruguaya.com/archivos/voto2009/frente_amplio/Uruguay%20Democratico.pdf>[Consulta: 09/06/2010; 22:00hs]

- ❖ *Discurso 12 de agosto 1999 Vásquez T.* en el marco de Salud para todos en el Año 2000.

- ❖ (10) **(Figuroa, D; “Participación Comunitaria y Salud”** [en línea] Disponible en:<http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html> [Consulta: 22/06/2010; 22:00hs]

- ❖ (11) **Metodología Cualitativa – Técnicas de Investigación en las Ciencias Sociales** –Cátedra Lago Martínez –Análisis del Discurso Por: Ricky Esteves [en línea] Disponible en:<<http://www.scribd.com/doc/15840631/Analisis-del-Discurso-Metodologia-Cualitativa>>[Consulta:05/07/2010; 22:00hs]

- ❖ (12) **1[1] Capítulo IV: Metodología del análisis del discurso en las Canciones de Salsa;** [en línea] Disponible en:<http://caterina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lco/cervantes_m_a/capitulo4.pdf>[Consulta: 10/07/2010; 20:00hs]

- ❖ Estrada ,O (2011) **El Estado del Arte en la investigación**[en línea] Disponible en:<http://www.perio.unlp.edu.ar/seminario/nivel2/nivel3/ponencias/mesa5/ESTRADA_SALAS_MESONERO.htm>[Consulta: 05/08/2010; 20:00hs]

- ❖ Cortes ,L (2010) **“La verdad y el poder en Foucault** [en línea] Disponible en:<<http://luiscortesbrinol.wordpress.com/2010/02/05/la-verdad-y-el-poder-en-foucault-2/>>[Consulta: 07/07/2010; 00:00hs]

- ❖ **“El cambio del modelo de atención y el derecho a la salud”** [en línea] Disponible en:<<http://www.gineb.fmed.edu.uy/Documentos/Interes/CongresoDelPueblo.pdf>> [Consulta: 16/06/2010; 04:00hs]

- ❖ **Sanchell ,E** (2000) “Todos con la “Esperanza” Continuidad de la participación comunitaria” – **II La definición de participación** [en línea] Disponible en:<<http://www.region11.edu.ar/publico/portal/doc/biblioteca/participacion.pdf>> [Consulta: 22/06/2010; 23:00hs]

- ❖ **Perez ,M** (2009)“La Reforma del Sistema de Salud en el primer gobierno de izquierda en la historia del Uruguay : Los desafío del Cambio” [en línea] Disponible en: <<http://www.laondadigital.com/laonda/laonda/461/A1.pdf>>[Consulta: 09/06/2010; 23:00hs]

ARTICULOS DE PRENSA ESCRITA, PORTAL WEB

- ❖ **La República Jueves, 28 de julio, 2005-Año** [en línea] Disponible en <<http://www.larepublica.com.uy/comunidad/183531-maria-julia-munoz-anuncio-que-sugestion-apuntara-a-que-el-derecho-de-saludsea-un-bien-social>> [Consulta: 25/06/2010; 22:00hs]

- ❖ **La República; Lunes, 29 de mayo, 2006 - AÑO** [en línea] Disponible en <<http://www.larepublica.com.uy/comunidad/212155-inauguracion-de-polimiclinicas-en-el-hospital-de-carmelo>> [Consulta: 25/06/2010; 22:00hs]

- ❖ **(17) La República; Viernes, 22 de septiembre, 2006 - AÑO**; [en línea] Disponible en: <<http://www.larepublica.com.uy/comunidad/224118-firmaron-convenios-entre-instituciones-publicas-y-privadas-de-la-localidad>>[Consulta: 25/06/2010; 22:00hs]

- ❖ **La República ,Martes ,26 marzo, 2007 AÑO** [en línea] Disponible en ,<<http://www.larepublica.com.uy/politica/250887-la-politica-y-la-descentralizacion-ejes-de-la-reforma-del-estado>>[Consulta: 25/06/2010; 22:00hs]

- ❖ **La República; Martes Lunes, 09 de abril, 2007 - AÑO** [en línea] Disponible en <<http://www.larepublica.com.uy/politica/252926-olesker-desde-enero-de-2008-el-tps-pagara-1300000-cuotas-de-atencion-de-la-salud>> [Consulta: 25/06/2010; 22:00hs]

- ❖ **La República; Martes 17 de abril, 2007-Año** [en línea] Disponible en <<http://www.larepublica.com.uy/larepublica/2007/04/17/politica/254194/vazquez-aspira-a-llevar-la-descentralizacion-y-participacion-ciudadana-a-cada-rincon-del-pais>> [Consulta: 25/06/2010; 22:00hs]
- ❖ **La República; Jueves, 24 de mayo, 2007 - AÑO** [en línea] Disponible en <<http://www.larepublica.com.uy/larepublica/2007/05/24/comunidad/259264/el-90-de-los-errores-medicos-se-debe-al-sistema-de-salud/>> [Consulta: 25/06/2010; 22:00hs]
- ❖ **La República; Jueves, 19 de julio, 2007** [en línea] Disponible en <<http://www.larepublica.com.uy/comunidad/266215-olesker-no-hay-ninguna-razon-para-que-alguien-sea-perjudicado-por-la-reforma>> [Consulta: 25/06/2010; 22:00hs]
- ❖ **La República; Lunes, 13 de agosto, 2007 -Año** [en línea] Disponible en <<http://www.larepublica.com.uy/politica/270620-gobierno-presenta-la-desconcentracion>> [Consulta: 25/06/2010; 22:00hs]
- ❖ **(20) La República; Domingo, 21 de marzo, 2010 - AÑO** [en línea] Disponible en <<http://www.larepublica.com.uy/mujeres/404992-los-diez-compromisos-del-msp>> [Consulta: 25/06/2010; 22:00hs]
- ❖ **La República; Miércoles, 20 de mayo, 2009 - AÑO** [en línea] Disponible en <<http://www.larepublica.com.uy/editorial/365462-pepe-mujica-y-la-transformacion-democratizadora-del-estado>> [Consulta: 25/06/2010; 22:00hs]
- ❖ **La República; Miércoles, 17 de junio, 2009 - AÑO** [en línea] Disponible en <<http://www.larepublica.com.uy/politica/369066-el-mercado-no-resolvera-los-problemas-de-la-salud>> [Consulta: 25/06/2010; 22:00hs]
- ❖ **El País; Sábado 22 de diciembre, 2009 -Año** [en línea] Disponible en <<http://www.elpais.com.uy/091222/ultmo-461483/ultimomomento/pit-se-comprometio-con-olesker-a-profundizar-snis>> [Consulta: 25/06/2010; 22:00hs]
- ❖ **La Republica; Viernes, 18 de junio, 2010 – AÑO** [en línea] Disponible en <<http://www.larepublica.com.uy/comunidad/414168-msp-estandarizara-tiques-y-descentralizara-servicios>> [Consulta: 25/06/2010; 22:00hs]

- ❖ **La Republica; Domingo, 12 de septiembre, 2010 - AÑO** [en línea] Disponible en <<http://www.larepublica.com.uy/comunidad/423566-el-ministro-daniel-olesker-anuncio-las-cinco-medidas-del-gobierno>> [Consulta: 25/06/2010; 22:00hs]
- ❖ **Diario el Pueblo; Martes, 28 de septiembre, 2010-Año** [en línea] Disponible en <<http://www.diarioelpueblo.com.uy/generales/ministro-daniel-olesker-el-29-de-octubre-se-lanzara-el-programa-de-salud-rural.html>> [Consulta: 25/06/2010; 22:00hs]