

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
Tesis Licenciatura en Sociología

Participación social y sistema de salud :
el lugar de los usuarios

Alvaro de Paula
Tutor: Enrique Mazzei

2010

Índice

Introducción.....	3
1. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.1 El problema.....	4
1.2 Justificación/Pertinencia.....	5
1.3 Objetivo general y objetivos específicos.....	6
1.3.1 Objetivo general.....	6
1.3.2 Objetivos específicos.....	6
1.4 Antecedentes de Investigación.....	6
1.4.1 Antecedentes de Investigación Latinoamerica.....	7
1.4.2 Antecedentes de Investigación Uruguay.....	11
1.5 Marco Teórico.....	12
1.5.1 La reformas del sistemas de salud como proceso global: Re-conceptualización de la “Salud”.....	12
1.5.2 La reformas del sistema de salud y la participacion social como proceso Latinoamericano.....	14
1.5.3 Participación como “Intervención”	17
1.5.4 Delimitación de el significado de “Participación social en Salud”	18
1.5.5 Tipología para caracterizar las concepciones sobre participación social en salud	20
1.5.6 Relaciones de poder y Participación social	21
1.5.7 “Revolución Pasiva”	22
2. Metodología.....	23
2.1 Diseño del estudio.....	23
2.2 Selección de los espacios institucionales	24
2.3 Selección de los actores.....	24
2.4 Revisión de datos secundarios.....	24
2.5 Problema de validez y alcance de los datos.....	25
3. Caracterización de los espacios y organizaciones de usuarios en estudio	25
3.1 Espacios institucionales en estudio.....	25
3.2 Organizaciones de Usuarios en estudio.....	28
3.2.1 Movimiento de Usuarios de Salud Pública y Privada (MUSPP).....	28

3.2.2 Asociación de Usuarios del Sistema de Salud (AdUSS).....	29
4. Ideas, sentidos construidos y significados del concepto de participación social en salud de todos los actores involucrados en el proceso.....	29
4.1 Movimiento de Usuarios de Salud Pública y Privada (MUSPP).....	29
4.2 Asociación de usuarios del Sistema de Salud (AdUSS).....	31
4.3 Poder Ejecutivo/ Ministerio de Salud Pública (MSP).....	31
4.4 Trabajadores.....	32
4.5 Prestadores Privados.....	33
4.6 Cuadro resumen.....	33
5. Obstáculos identificados por los principales actores.....	34
5.1 Factores Atribuidos a los Usuarios o la población en general.....	34
5.1.1 Falta de cultura participativa.....	34
5.1.2 Crisis de representatividad.....	36
5.1.3 Escaso nivel de información.....	37
5.1.4 Soporte institucional débil.....	38
5.2 Factores Atribuidos a las Instituciones.....	39
5.2.1 Marco Legal.....	39
5.2.2 Falta de capacitación desde lo institucional.....	42
5.2.3 Predominancia de la argumentación técnico científica.....	43
5.2.4 Síntesis.....	44
6. Reflexiones finales y conclusiones.....	45
Bibliografía.....	46
Anexo.....	57

“Nosotros sentimos que somos el último que llega a una fiesta que ya esta empezada que cuando entran los usuarios, hace dos años, tenemos organizaciones como los trabajadores que tienen cien años, tenemos a los prestadores que tienen historia, y entonces qué pasa, los usuarios somos peligrosos, porque ellos saben que si nos organizamos tenemos poder, que no nos pueden controlar, que no respondemos políticamente a ninguna línea que ellos puedan de alguna manera dominar; y estamos como dando examen, damos un paso y como que nos miran con mucha lupa, porque no saben por dónde le podemos salir, somos “peligrosos” para ellos somos “peligrosos”, saben que nos tiene que dar un lugar y es el único país que se animo porque hay algunos actores que están convencidos de que nosotros somos un pilar de esta reforma...”

(Fragmento entrevista a Lilian Rodríguez; Integrante de MUSPP;
Representante actual de los Usuarios JUNASA; 25-05-2010)

Introducción.

La participación social de los trabajadores y los usuarios, según lo establece el inciso I, artículo tres de la ley 18.211, es uno de los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

A partir de la puesta en marcha del SNIS se generan una serie de espacios institucionales donde se incorpora por primera vez la participación de los usuarios en colectivos integrados por representantes de los trabajadores, prestadores privados y el poder ejecutivo.

En esta monografía nos proponemos estudiar los desafíos relacionados a la participación de los usuarios en base a dos grandes dimensiones: a) como conciben la participación social los usuarios y los demás actores involucrados; b) cuales son los obstáculos que identifican los actores participantes de los colectivos respecto a la participación de los usuarios.

De acuerdo al objetivo general y los objetivos específicos de este trabajo nos proponemos realizar un estudio no experimental, exploratorio, de tipo transeccional-descriptivo y de carácter cualitativo.

El presente trabajo se estructura en seis capítulos. El primer capítulo intenta delimitar el problema de investigación a través de la definición de los objetivos generales y específicos, el desarrollo los antecedentes de investigación y el desarrollo del marco teórico. En el segundo capítulo se establece la estrategia metodológica, dejando en claro el diseño de estudio, las técnicas, criterios utilizados para la recolección de la información y el alcance y la validez de los datos. El tercer capítulo refiere a la caracterización de los espacios en estudio y la caracterización de las organizaciones de usuarios. En el capítulo cuatro y cinco se desarrollan las dimensiones de análisis consideradas. Por último en el capítulo seis se establecen las reflexiones finales y las principales conclusiones.

1. Delimitación del Problema de Investigación

1.1 El problema

Desde el año 2005 el sistema de salud del Uruguay está inmerso en un proceso de reforma, su objetivo general es: “...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” (Villar Hugo y Capote, Roberto, Documento: Exposición de Motivos, Sistema Nacional integrado de salud; Parlamento Nacional. S/F. Disponible en: www.parlamento.gub.uy).)

Para avanzar en dirección a este objetivo esta reforma se propone cambios en tres niveles distintos, en su modelo de atención, en su modelo de financiamiento y en su modelo de gestión. Para el primero, se destacan las políticas que privilegian la “Atención Primaria de Salud”, es decir la promoción y prevención de la salud, intentando sustituir de esta manera el modelo anterior caracterizado por un impulso débil y con escasa coordinación en este nivel. Para el segundo, se propone la creación de un Seguro Nacional de Salud administrado centralmente, constituido por el aporte del Estado, las empresas privadas, los trabajadores, los pasivos, los rentistas, además de las partidas presupuestales y extra presupuestales asignadas, en contra posición con un sistema de financiamiento no solidario y sin “equidad”, en lo referente a la justicia redistributiva y en las posibilidades de acceso de los individuos mas pobres a una mejor calidad de salud. Por último, en lo referente al cambio de modelo gestión, esta reforma se propone, asegurar la coordinación y complementariedad de los servicios públicos con los servicios privados e **incorporar la participación de los trabajadores y los usuarios de la salud.** (Hugo Villar y Roberto Capote, extraído de la Exposición de Motivos, Parlamento Nacional).

Es precisamente en este último punto que radica el tema central de esta investigación. La **participación social en salud en los espacios institucionales colectivos generados a partir de la reforma de la reforma del sistema de salud**, es decir desde las “puertas de entradas” propuestas por las instituciones para tal fin:

*“Es importante destacar que las políticas de participación en salud, en general, son iniciativas promovidas por las propias instituciones y no necesariamente la respuesta a una demanda popular. Por ello, para que la población pueda incorporar su opinión y actividad a los servicios de salud, cualquiera que sea el sistema, éste ha de proporcionar una serie de facilidades para que los ciudadanos, de manera individual o colectiva, puedan interactuar. En primer lugar, deben existir **puertas de entradas** a los sistemas de salud, es decir, que se creen **mecanismos por los que el ciudadano de manera individual o colectiva pueda implicarse con los servicios**”* (Vazquez ML. Vázquez; Siqueira; Kruze; Da Silva; 2002: 33)

Esta investigación intentará contribuir a la discusión en el marco de la implementación del nuevo Sistema Nacional integrado de Salud (SNIS) y más específicamente en el desafío que implica la incorporación de la **“participación de los usuarios” en los espacios institucionales**, desafío que queda claro incluso desde la perspectiva de quienes la proponen:

“Tanto del lado de los usuarios como de las instituciones hay cambios que deben provocarse. Pero los cambios culturales son lentos y al igual que el cambio en el modelo de atención con énfasis en la atención primaria de calidad es un cambio de cultura de médicos y de ciudadanos. Todo ello también parte de esta Reforma”. (SNIS; 2009:8)

En esta investigación **se revisaran las opiniones de los principales actores** involucrados en el proceso **respecto a tres de los espacios institucionales colectivos** que incorporan la participación del usuario, nos referimos específicamente a la **Junta Nacional de Salud (JUNASA)** el **directorio de ASSE** y los **Consejos Consultivo y Asesores** del sector privado (CCA).

La participación social parece a primera vista ser aceptada y promulgada por la gama de actores que componen actualmente el “universo” de la salud, tanto prestadores privados y públicos de los servicios de salud, las organizaciones de usuarios, los trabajadores y los representantes del ejecutivo parecen apoyar esta idea. Ahora bien, ¿todos se están refiriendo a lo mismo?; ¿Como conciben cada actor la participación social en salud?; ¿Cuáles son los obstáculos que identifica cada actor respecto a la participación de los usuarios? En suma, estas son algunas de las preguntas que intentaremos responder en este trabajo y que configuran en parte nuestro problema de investigación.

1.2 Pertinencia/Justificación.

Además del interés particular por la temática, que justifica el abordaje del tema, debemos notar que las investigaciones sociológicas realizadas en nuestro país en materia de “participación social en salud” son en general escasas y mucho más aún si nos referimos a investigaciones posteriores a la reforma de la salud.¹

En este sentido, creemos que esta investigación contribuirá, independientemente de sus resultados, a generar insumos teóricos y/o conceptuales para abordar la temática de la “participación social en salud” anclada a la reforma de la salud en el Uruguay desde una perspectiva sociológica.

Se intentará abordar desde una dimensión intersubjetiva la producción social de la salud generada en la interacción de los diferentes actores involucrados en los espacios institucionales de participación, a partir los diferentes universos simbólicos que conforman las percepciones en lo relativo a las opiniones sobre la participación social en salud y la identificación de obstáculos y oportunidades en el SNIS. (Delgado; 2005)

¹ No sucede lo mismo si realizamos una búsqueda de investigaciones sociológicas a nivel latinoamericano donde el resultado es notoriamente superior.

¿Por qué es importante conocer la perspectiva de los actores sobre la participación social en salud?; ¿Por qué es importante conocer cuáles son los obstáculos que se identifican en los espacios?

Para responder estas preguntas tomaremos tres premisas teóricas provenientes del “interaccionismo simbólico”²:

1- *“Los seres humanos actúan hacia las cosas sobre la base de los significados que éstas tienen para ellos”.* (Schwartz; Jacobs; 1984: 47)

2- *“El significado de tales cosas se deriva, o surge, de la interacción social, que uno tiene con los demás”.* (Schwartz; Jacobs; 1984: 47)

3- *Estos significados se manejan y modifican por medio de un proceso de interpretación que utilizan las personas al tratar con las cosas que encuentran.* (Schwartz; Jacobs; 1984: 47)

En este sentido, en esta investigación nos proponemos:

1.3 Objetivo General/Objetivos específicos

1.3.1 Objetivo general: Conocer las perspectivas de los actores de la salud sobre la participación de los usuarios en los espacios institucionales colectivos de participación social generados a partir de la reforma de salud.

1.3.2 Objetivos específicos:

- Conocer las ideas, sentidos construidos y significados del concepto de participación social en salud de todos los actores involucrados en el proceso.³
- Conocer cuáles son los obstáculos que identifican los actores involucrados en el proceso respecto a la participación de los usuarios en los espacios colectivos generados a partir de la reforma de la salud.

1.4 Antecedentes de Investigación.

La presente sección tuvo como objetivo abordar investigaciones sociales que tuvieran como temática central la “participación social en salud” y que fueran realizadas en nuestro país y/o en el

² Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. NJ: Englewood Cliffs; Prentice-Hall Inc; 1969.

³ (Delgado et al;2005)

contexto latinoamericano. Particularmente se intentaron seleccionar aquellas investigaciones que estuvieran relacionadas con el objetivo general y los objetivos específicos de este trabajo.

En primer lugar se realizó a modo de introducción de la temática una breve reseña de algunas de las investigaciones en el contexto latinoamericano. En segundo lugar se realizó una breve presentación de una investigación realizada en el contexto uruguayo con posterioridad a la reforma del sistema de salud.

Vale destacar que cada una de las investigaciones presentadas en este capítulo, junto al marco teórico a presentar en el próximo capítulo, contribuirán a la construcción del problema de investigación y a la orientación teórica de la temática en estudio.

1.4.1 Antecedentes de Investigación Latinoamérica

La primera investigación a la que haremos referencia, fue realizada por María Delgado Gallego⁴ y Luisa Vázquez Navarrete⁵, lleva como título *“Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales”* (Rev. salud pública. 8 (2): 128-140, 2006).

En esta investigación los autores se proponen analizar, como su título lo sugiere, los obstáculos y oportunidades percibidos por los principales actores involucrados en la política de participación social en salud en Colombia.

Para contextualizar dicha investigación debemos tomar en cuenta se trata de una investigación realizada con posterioridad a la reforma del sistema de salud de Colombia, el trabajo de campo se realizó entre los años 2001 y 2002 y la reforma comenzó en la década del ochenta y culminó en el año 1991 con la ley que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) donde se incorpora la participación social y se establecen diferentes tipos de participación (Individual o ciudadana; colectiva; comunitaria e institucional) (Delgado; Vázquez; 2006:129-130).

Vale destacar que: *“Esta participación fue concebida a la luz de la nueva racionalidad política, que organizaba la provisión de la atención en salud siguiendo el modelo de mercado y promovía el control de la calidad de los servicios por los usuarios”* (Delgado; Vázquez; 2006:129-130).

Este marco legal sitúa a la participación social como un derecho y un deber del individuo y propone mecanismos institucionales de participación social en el SGSSS. En este sentido, se proponen mecanismos de uso individual (Buzón de quejas; Oficina de atención al usuario; línea telefónica) y de uso colectivo (Comité de Ética Hospitalaria; Comité de Veeduría, representantes de las Asociaciones de Usuarios en las Juntas directivas de instituciones prestadoras de servicio y de las entidades promotoras de la salud) (Delgado; 2005: 698).

Entre las categorías de análisis que formulan los investigadores para ordenar los resultados y analizar los obstáculos y oportunidades percibidos por los informantes, se encuentran: 1) “factores

⁴ Psicóloga, M. Sc. Psicología Social. Instituto de Psicología, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

⁵ Médica, Ph D., M. Sc. Health Policy, Planning and Financing. Servei d'Estudis del Consorci Hospitalari de Catalunya, Barcelona, España.

atribuidos a los usuarios o población en general”; 2) “factores atribuidos a las instituciones”. (Delgado; Vázquez; 2006:132).

Entre los obstáculos atribuidos a los usuarios y/o a la población, se destacan, por parte de los usuarios y el personal de salud: falta de conocimiento en cuanto al funcionamiento de los espacios; escaso grado de organización, falta de cultura participativa, falta de líderes en la comunidad que orienten a las organizaciones; en estratos socio-económicamente bajos se destaca el temor a represalias de parte de las instituciones de salud; en población en edad económicamente activa se enfatiza la falta de tiempo para participar. En el caso de los formuladores de políticas, estos atribuyen las causas a las propias instituciones más que a los obstáculos provenientes del propio usuario. (Delgado; Vázquez; 2006:132-133).

Entre los obstáculos atribuidos a las instituciones percibidos por parte de los usuarios, líderes y personal de salud, los autores destacan: falta de respuestas satisfactorias frente al reclamo de los usuarios; actitudes del personal médico y administrativo que terminan desalentando a la participación; falta de espacios para la participación; desigualdad de poder en la interacción individuo-institución; Falta de voluntad y cultura para promover la participación de los usuarios desde la institución y dificultad en el proceso de implementación de la ley por su complejidad. Por su parte, los formuladores de políticas perciben como principales obstáculos la limitada capacitación e información proporcionada por los usuarios, falta de voluntad política en relación a la apertura de espacios de participación para el usuario a nivel de la toma de decisiones. (Delgado; Vázquez; 2006:134).

En lo relativo a los factores facilitadores los autores destacan de los discursos de los informantes “escenarios posibles y deseados” (Delgado; Vázquez; 2006: 135) que van en contraposición de los obstáculos percibidos. En este sentido, destacan, entre otros puntos, mayor conocimiento del institucional, mayor difusión por parte de esta de las políticas de participación; capacitación desde lo institucional; desarrollo de las organizaciones de usuarios y la existencia de una legislación y mecanismos para la participación. (Delgado; Vázquez; 2006: 135)

Finalmente, los autores alertan de una posible contradicción entre lo que se propone la ley y la percepción de alguno de los actores con respecto a la participación social: *“Cobra especial relevancia observar que usuarios y formuladores de políticas, atribuyen numerosos obstáculos para la participación a las instituciones de salud. Esto evidentemente iría en contravía de la política de participación que busca la apertura del sistema de salud y una descentralización de poderes.”* (Delgado; Vázquez; 2006: 138).

Otros de los antecedentes de investigación a mencionar en este capítulo es un estudio realizado en Brasil en el año 2005 por un grupo de investigadores (María Luisa Vázquez; María Rejane Ferreira da Silva; Eliane Siquera Campos Gonzalez; Alcides da Silva Diniz; Ana Paula Campos Pereira; Ida Cristina Leite Veras; Ilma Kruze Grande de Arruda) con el objetivo de medir el nivel de información y de utilización de los mecanismos institucionales de participación social en salud en dos municipios del nordeste de Brasil. (Vázquez et al, 2005)

Debemos notar que la reforma de la salud en Brasil, al igual que Uruguay, propone mecanismos institucionales de participación que apuntan al control social y a la profundización de la democracia dentro del sistema de salud. En este estudio, de carácter descriptivo transversal, los autores se proponen medir el nivel de información y utilización de la población de los mecanismos institucionales de participación social del sistema de salud en dos municipios del nordeste de Brasil.

Entre los mecanismos institucionales propuestos por el Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil, encontramos mecanismos de participación directa, dentro de esta encontramos los de tipo colectivos: “Conselhos Municipais de Saúde (CMS), Conferências de Saúde” y los de tipo individual “Disque-Saúde e Ouvidoria de Saúde”. ; e um indireto, a Superintendência de Proteção e Defesa do Consumidor (Procon).” (Vázquez et al; 2005).⁶

Como principales resultados esta investigación arroja que, el mecanismo más conocido por los encuestados es el “Disque-Saúde” siendo este superior respecto a la medición de los demás mecanismos de participación directa, seguido por los CMS. Con respecto al mecanismo de participación indirecta (Procon) este parece ser ampliamente reconocido por la población (80%) (Vázquez et al; 2005:141). Los mecanismos menos conocidos resultaron ser las “Conferências de Saúde” y la “Ouvidoria de Saúde”. Por otra parte, existe un gran desconocimiento respecto a la finalidad de cada uno de los espacios. Por parte Con respecto a la utilización de los mecanismos institucionales no supera el 5%, para ninguno de los mecanismos, del total de la población en estudio.

La conclusión a la que arriban los autores es similar a la anterior investigación en lo relativo a la insuficiencia de la ley para asegurar la participación y en el énfasis que se debería realizar en la difusión de la información respecto a la existencia de estos mecanismos y de sus objetivos. Haciendo alusión a las políticas de participación social en el Brasil como resultado de la lucha por la democratización del Estado, los autores concluyen: “*Estas políticas levaram a mudanças organizacionais com a criação de diversificadas portas de entrada individuais e coletivas para a participação da população no sistema de saúde . Os resultados deste estudo evidenciam , por é m ,que o desafio con tinua sendo melhorar a forma de pôr em prática as con quistas estabelecidas no plano legal*” (Bosi & Affonso, 1998)” . En: (Vázquez et al; 2005:153).

Por último, otras de la investigaciones que corresponde hacer mención es “*Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde (Lube; Pinheiro; 2006)*.”

⁶ “ Os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, constituídos em todas as esferas de governo. comparticipação paritária dos usuários , cujas finalidades são formular estratégias para operacionalização das políticas setoriais e controlar a execução das políticas e ações de saúde , inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros...as Conferências de saúde se constituem em fóruns de representação dos vários segmentos sociais , para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis de governo correspondentes...com a participação paritária do usuário em relação ao conjunto dos demais segmentos . O disque – saúde se constitui em uma linha telefônica para prestar informações e receber denúncias relativas à saúde . As ouvidorias de saúde têm como finalidade receber as reclamações de qualquer cidadão, as denúncias de quais quer violações de direitos individuais ou coletivos relativos à saúde ”(Vázquez et al; 2005:142).

En esta investigación los autores se plantean como objetivo general analizar la experiencia de un movimiento popular en su participación en uno de los consejos de salud, estos forman uno de los espacios institucionales de participación del sistema de salud brasileiro. En este sentido, se busca discutir el funcionamiento de estos espacios institucionales desde la hipótesis de qué, la presencia cuantitativa de la participación de los usuarios en el sistema de Salud brasileiro, asegurada mediante la ley, no necesariamente se corresponde con la capacidad en la intervención en estos espacios.

Los autores sostienen que el funcionamiento de estos espacios esta relacionado en parte con los aspectos relativos a la “cultura política” del país, entendida como “*a construção social particular em dada sociedade do que conta como ‘político’*” (Lube Pinheiro; 2006: 798). En este sentido, en referencia al caso Brasileiro: “*Construção que, no caso brasileiro, é marcada pela demarcação simbólica de uma hierarquia social fundada numa extrema polarização, que se tece na permanência de padrões sociais autoritários. Falamos, portanto, não exatamente de governos autoritários, mas de relações sociais autoritárias. Em tal contexto, as leis tornam-se instrumentos privados, incapazes de forjar uma arena pública, marcada pela afirmação igualitária, mesmo que apenas em sua apropriação formal.*” (Lube; Pinheiro; 2006: 798)

Entre los resultados de esta investigación se destacan, en lo relativo a los desafío político-institucionales que implica la inserción del movimiento popular en dichos espacios; 1) desconocimiento de la mayoría de los usuarios de la estructura de los consejos de salud, de su modo de funcionamiento y de los aspectos institucionales del SUS, alegaban no sentirse preparados para representar a los usuarios en estos espacios. 2) diferencia en el manejo de información técnica y en el soporte institucional, entendido este último punto en el sentido de que: “*A desigualdade das distintas inserções não se limita apenas ao saber formal, marcando, por exemplo, as condições materiais do exercício político incumbido. Diferentemente dos conselheiros do poder executivo, os representantes dos usuários não dispõem da infra-estrutura relativa a transporte, disponibilidade de tempo e assessoria institucional,*” (Lube; Pinheiro; 2006: 804.) 3) Crisis de representatividad, es decir, falta de articulación entre los representantes de los usuarios y sus propios movimientos.

En suma, los autores observan en el funcionamiento de estos espacios, relaciones de poder asimétricas entre los actores que lo componen y alertan por tanto la limitación de este espacio a lo “informativo” y a lo “burocrático” perdiendo con esto el cumplimiento de su objetivo inicial : “*Como vimos, nos conselhos pesquisados a legitimidade da argumentação técnico-científica tende a impor o silêncio às experiências populares e a desautorizar o posicionamento de seus representantes, ao colocar-se como requisito ao diálogo. Relação assimétrica de poder, em que o espaço de deliberação política se faz inacessível, podendo ter como efeito a burocratização dos conselhos e sua restrição a uma função informativa, o que torna improvável a elaboração comum de políticas públicas*” (Lube; Pinheiro; 2006: 804)

1.4.2 Antecedentes de Investigación Uruguay

Como lo mencionáramos anteriormente las investigaciones sobre “participación social en salud” realizadas con posterioridad al proceso de reforma de la salud en nuestro país son muy escasas. En este sentido, en referencia a la temática central, no se encontraron investigaciones realizadas con desde una perspectiva sociología, por lo que en esta sección tomaremos una investigación, que contribuirán de forma indirecta a la construcción del problema de investigación, realizada desde la perspectiva de la Ciencia Política.

Esta investigación realizada por Pérez (2009) ⁷ tiene como objetivo General *“caracterizar la reforma de la salud, ubicando los apoyos y los vetos tanto actuales como potenciales a futuro”* (Pérez, M. 2009). Particularmente nos detendremos en uno de sus objetivos específicos que intenta analizar las: *“posiciones de los distintos actores del sector en el proceso de Reforma del Sistema de Salud”* (Pérez, M. 2009).

En este sentido, Pérez, ubica a tres de los cuatro movimientos de Usuarios de la salud (“MUSAS”, “MUSPP” y “Movimiento de Participación”) con un grado de apoyo bastante alto a la Reforma del Sistema de Salud (RSS), siendo más alto aún para el caso de MUSAS y MUSPP. En el caso de “ADUSS” el grado de apoyo baja considerablemente situándose en la posición de “desacuerdo” a la RSS. (Pérez, M 2009).

Los Trabajadores de la salud, representados a través de la FUS y FFSP, al igual que los usuarios se sitúan en niveles de apoyos altos a la RSS.

En el caso de las gremiales médicas (SMU; FEMI, SAQ), prestadores integrales (Unión Mutual, PLEMU, Mutualistas sin agrupación) y prestadores parciales (Clínicas, Cámara de Emergencias, Móviles) el nivel de apoyo a la RSS el nivel de apoyo si sitúa entre “poco” y en “descuerdo”.

Por último para el caso de los partidos políticos, el Frente amplio, claramente tiene un nivel de apoyo alto, el partido nacional aparece con un bajo nivel de apoyo (“poco”) y el partido colorado esta en “desacuerdo”.

En lo relativo a la participación social Pérez sostiene que: *La incorporación de los derechos de los usuarios, su participación activa es un gran avance en construcción de ciudadanía, pero además un gran aporte en la organización de servicios apropiados y en el asesoramiento y control de todas las Instituciones que conforman el sistema. Sin embargo, esto remite a cambios formales y en el corto plazo, lo que debemos preguntarnos por detrás como cambiamos las relaciones de poder que tienen que ver con la transformación cultural en clave emancipadora”* (Pérez, M; Presentación curso APAS; Facultad de Psicología, 2009).

⁷ Pérez, M. (2009). La reforma del sistema de salud en el primer gobierno de izquierda en la historia del Uruguay. Los desafíos del cambio. Documento de defensa de Tesis de Licenciatura. Udelar-FCS-ICP.

1.5 Marco Teórico

A continuación se presentan las principales categorías conceptuales y referencias teóricas que entendemos se encuentran asociadas a nuestro problema de investigación. En este sentido, presentaremos en primer lugar el proceso de “re conceptualización de la salud” y su vínculo con los sistemas de salud, definiendo previamente que entendemos por salud y que entendemos por sistema de salud. En segundo término aludiremos al contexto en el cual se inscribe la reforma del sistema de salud y dentro de esta la participación social. En tercer lugar delimitaremos nuestra concepción sobre “participación” y sobre “participación social en salud”. En cuarto lugar propondremos una tipología para caracterizar las distintas concepciones sobre participación social en salud. En último aludiremos al vínculo entre las relaciones de poder y la participación social, para eventualmente proponer una interpretación teórica macro-social de esta relación.

1.5.1 La reforma del sistema de salud como proceso global: Re-conceptualización de la “Salud”.

Desde el año 2005 el sistema de salud del Uruguay esta inmerso en un proceso de reforma a raíz del impulso generado por la llegada del primer gobierno de izquierda a nuestro país. Sin embargo, esta reforma no se produce de forma aislada, como ocurrencia exclusiva de este gobierno, ni de éste país, sino que más bien responde al movimiento de procesos globales en el área de la salud. En este sentido, nos detendremos específicamente en la relación entre la conceptualización de la “salud” y su impacto a nivel de los sistemas de salud.

La “salud” ya no es considerada únicamente como: *“... un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”*, como fue definida por la OMS en su Carta Fundacional del 7 de abril de 1946 sino que se considera que *“La salud es un tema social, económico y político, pero sobre todo, un derecho fundamental. La desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia se encuentran en el origen de la falta de salud y la mortalidad de los grupos vulnerables. Los enfoques para mejorar la salud deberán abordar de una manera integrada sus múltiples determinantes”* (Grupo de trabajo de OPS sobre la APS 2005) (2).

Si bien la definición de “salud” que aparece en la Carta fundacional de la OMS resulta revolucionaria para la época, incorporando no solo el aspecto “normativo” sino el aspecto “subjetivo” del individuo, en nuestros días se suma a esta idea otros factores que implican un nuevo desafío, los determinantes sociales de la salud. La discusión toma en cuenta, entonces, además del aspecto “subjetivo”, los determinantes sociales de la salud, la interacción del individuo con el medio, es decir, la manera de cómo el contexto determina la salud del individuo.

Este proceso encabezado por la Organización Mundial de la Salud de “reconceptualización de la salud”, hace tambalear a los sistemas de salud del mundo en el entendido de que: *“Al mejorar nuestra*

concepción de la salud, ha aumentado también nuestra percepción de la insuficiencia de servicios tradicionales para afrontar todas las necesidades de salud de la población. (Grupo de trabajo OPS/OMS; 2005: 6)

Veamos, como un ejemplo de lo anterior, la definición de salud propuesta para nuestro sistema de salud a partir de la reforma:

“La salud es una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social.” (Villar Hugo y Capote, Roberto, Documento: Exposición de Motivos, Sistema Nacional integrado de salud; Parlamento Nacional. S/F. Disponible en: www.parlamento.gub.uy).)

Claramente se trata de una definición de salud que reconoce en ella además de una categoría biológica una categoría social, que esta determinada por la interrelación del individuo con su medio, por el modo de producción y por el momento histórico del desarrollo de las sociedades. Por tanto, se trata de una definición de la “salud” que implica nuevos desafíos para afrontarla. Entre estos desafíos es que aparece la participación social como uno de los principio rectores del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (Artículo 3º. inciso 1, ley 18.211); en este sentido en Vázquez (2005) se sostiene: *“As políticas que promovem a participação social em saúde evoluíram a o longo do tempo de acordo com as próprias evoluções experimentadas nas concepções da saúde, os seus determinantes e o sistema de saúde”* (Vázquez et al; 2005:142).

La “reconceptualización de salud”, si bien puede responder de alguna manera a los avances propios de las ciencia , en sus objetos de estudios, en la comprensión del mismo, qué al dar cuenta de una mayor complejidad hace necesario la incorporación de otros elementos que posibiliten indicarla, es decir la “necesidad” de una nueva definición, también responde a factores “ajenos” al mundo de las ciencia biológicas, a saber, “al modo de producción y al momento histórico del desarrollo de la sociedad”, que determinan al individuo, en su, entorno físico económico y social (agua/saneamiento, vivienda, educación, ingresos, etc) , en sus condiciones culturales y conductuales (uso de alcohol, drogas, tabaco, actividad física, alimentación, etc), en sus condiciones socio-culturales (tensión nerviosa, control sobre el trabajo, etc) en su contexto político y de políticas (políticas ambientales, sociales, etc) en su sistema de valores (equidad, derechos humanos, democracia, etc) y en sus características individuales (educación, ingreso, herencia, género, etc), y que por tanto afectan directa o indirectamente a la salud del individuo y hacen que cuestionemos que es lo que entendemos por salud. (*Documento borrador: Grupo de trabajo de OPS sobre la APS; 2005*)

En suma, lo que queremos destacar aquí es que, además de los aspectos políticos e históricos, que hacen a la “necesidad” de implantar una reforma de salud en nuestro país como pueden ser, la crisis del sistema mutual, la sobrecarga de los servicios de salud pública, la incapacidad del Ministerio de Salud

Pública de ejercer su rol de prestador y de rector del sistema al mismo tiempo, debemos notar que la misma responde no únicamente a procesos internos, sino también a procesos globales que impulsan y “obligan” a la concreción de la misma.

Debemos, entonces, comprender que cualquier plan para mejorar la salud de la población deberá tomar en cuenta tanto el contexto político, social y económico, global, regional y nacional y deberá trabajar con la diversidad de actores que componen el universo de la salud. En este marco es que se produce la reforma de salud en nuestro país y se decide incorporar la participación social como uno de sus pilares fundamentales.

Veamos ahora como se inscribe esta reforma en el contexto regional.

1.5.2 Las reformas del sistema de salud y la participación social como proceso Latinoamericano

En la década del 80 muchos de los países de América Latina y el Caribe fueron partícipes de la reforma en sus sistemas de salud como consecuencia de cambios epidemiológicos, demográficos, sociopolíticos y en parte por recomendaciones de organismos internacionales quienes sugerían una posible salida a través de determinadas estrategias. En los años 90 los sistemas de salud se caracterizaron por promover la “equidad”, la descentralización de sus servicios y la participación social, como los principios rectores de sus reformas. (Méndez CA, Vanegas López JJ. 2010; 27(2):144).

Urbanización, industrialización, procesos dictatoriales, restauraciones democráticas, movimientos sociales, depresión económica, políticas neoliberales, reforma del estado, son en nuestra consideración, algunos de los puntos que deberíamos mencionar si alguien nos pidiera que le contáramos hechos históricos que hayan determinado o determinen el curso de los sistemas de salud en nuestro continente.

Lo que nos interesa discutir en esta sección es como la historia en “común” de los países latinoamericanos de alguna manera determina también en parte el devenir de las reformas en los sistemas de salud.

Para ejemplificar brevemente la idea anterior, es decir el vínculo entre el contexto y los sistemas de salud, se podrían asociar los procesos de urbanización e industrialización en la década del 50' y 60 con el crecimiento acelerado de infraestructura en salud y con el predominio del modelo de atención basado en el segundo nivel, aquí la participación social incorporada como forma de lograr la extensión en la cobertura de los servicios (participación social era un medio para un fin).

Por otra parte, el protagonismo de los movimientos sociales en la década del 70' y 80', en un escenario político de alta conflictividad social marcado por los gobiernos dictatoriales y la restauración democrática, se podría relacionar con la necesidad de búsqueda de rutas alternativas de desarrollo social, entre las cuales aparece claramente en el ámbito de la salud, la necesidad de conceptualizar la atención primaria de salud como escape a la notoria crisis de los modelos de atención basado en el segundo nivel. En este periodo los sistemas de salud comienzan los procesos de transición de sus modelos de atención

desde el segundo nivel hacia el primer nivel. Es en este contexto que tiene lugar la declaración del alma ata: *“El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.”* (Declaración Alma Ata; 1978: cap III). En este documento también se reubica a la participación social, ya no desde un medio para un fin, sino como una responsabilidad del ciudadano: *“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”* (Declaración Alma Ata; 1978: cap IV).

Por último, la implementación de las políticas neoliberales y la reforma del estado transforman claramente las relaciones entre el estado y la sociedad civil. La búsqueda de estrategias de mercado, reducir el gasto en el sector salud y contribuir al buscado “achicamiento del estado”, son algunas de las premisas de la época. (Vázquez et al: 2002). Esta última postura es lo que autores como María del Pilar Guzmán categorizan como visión “tecnocrática” (Guzmán 2009:85). En este contexto la participación social desde una lógica de mercado parece ser ubicarse en la ecuación “costo-beneficio” como un medio para un fin.

Algunos autores que comparten la idea de las reformas de salud como proceso latinoamericano (Infante et al: 2000), prefieren detenerse en la reforma del estado como “madre” de todas las reformas y desde este punto analizar las reformas de la salud. En un estudio realizado por Infante, Mata y Acuña⁸ donde se analizan 20 perfiles de sistemas⁹ de salud, concluyen que: *“...en la mayor parte de los países las reformas del sector de la salud responden a reformas generales del Estado (Perú desde 1995) o de la Constitución (Argentina, Colombia y Ecuador) y forman parte del proceso de modernización del Estado (Argentina y Chile desde 1994 , El Salvador, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Trinidad y Tabago y Uruguay.”* (Infante: 14...). Si bien los autores vinculan fuertemente la “génesis”¹⁰ de las reformas en el sector de la salud con la reforma del estado, mencionan casos en donde esta lógica no es la predominante, como sucede con el sistema de salud de Brasil donde su “génesis” responde más a un cuestionamiento interno del propio sistema que a el proceso de modernización del estado o los casos de Guayana, Honduras, Ecuador y Guatemala en donde la reforma del sector de la salud se produce aisladamente, como partes, por ejemplo, de un plan nacional de salud, respondiendo, entonces, a una lógica distinta a la que ellos consideran predominante. (Infante et al; 2000: 14).

⁹ Los “perfiles” fueron presentados por cada país en el marco de un documento elaborado por la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS denominado “Lineamientos metodológicos para la preparación de los perfiles de los sistemas de servicios de salud” de los países de la Región. los autores analizan la situación de los perfiles concluidos entre agosto de 1998 y octubre de 1999. (infante...)

¹⁰ (Infante et al;2000:14)

Otro grupo de investigadores (Celia Almeida: 2002; Homedes, Uglades 2005; Ugalde Homedes 2005; Macera 2007; Giraldo et al 2006; Guzmán Urrea 2009), prefieren hablar de “las reformas de la salud neoliberales en America latina” destacando en el análisis de la temática a las políticas neoliberales como las responsables de determinar, en gran medida, tanto el desarrollo como el resultado de las reformas. Autores como Homedes y Uglades¹¹ se muestran sumamente críticos con el papel de los organismos internacionales como el Banco Mundial alegando que algunas de las estrategias o instrumentos¹² que estos sugieren, no contemplan las particularidades histórico-políticas, económicas y sociales de cada país y que además estos organismos responden a intereses que no necesariamente tiene como fin “mejorar la salud” de los ciudadanos de cada país sino que priorizan intereses macro-económicos que por momentos parecen ir a contramano de este fin.

Ahora bien, ¿cuál es el estado actual de los sistemas de salud latinoamericanos? Transcurridos más de 31 años de la declaración del Alma Mata, donde se convocara a 134 países y 67 organizaciones internacionales que reconocieron en el desarrollo de la “atención primaria de salud” una estrategia para alcanzar la meta de *Salud para Todos para el año 2000* y donde la participación social como la descentralización aparecen como puntos claves para alcanzar el cumplimiento de esta meta, los resultados parecen estar lejos de lo esperado.

Si bien hoy existe un consenso generalizado sobre la importancia de la APS como “... *piedra angular de las estrategias nacionales y regionales para alcanzar la equidad en salud y el desarrollo humano*” =Alma= Ata 25 años=, claramente se está lejos de cumplir con la meta de salud propuesta por aquel entonces. Premisas tales como las acordadas en el artículo X parecen tomar incluso un rumbo contrario: “*Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.*” (Artículo X; Alma Ata 25 años).

La OPS elaboró un documento pasado 25 años de la declaración del Alma Ata en donde se realiza un diagnóstico de las principales problemáticas sociales que aquejan a nuestro continente y en función de ellas se proponen nuevos objetivos para afrontarlas. Algunas de las problemáticas que se destacan allí son, *pobreza generalizada, creciente desigualdad, exclusión social, inestabilidad política, deterioro del medio ambiente, cambios demográficos y epidemiológicos* =Alma= Ata 25 años. Se propone entonces que las reformas de salud en América Latina y el Caribe contemplen tres objetivos: “1) *Hacer más eficiente el financiamiento de la atención a la salud;* 2) *Descentralizar la autoridad para la planificación y la implementación de los servicios de salud a nivel local;* 3) *Mejorar la calidad de la atención y la equidad.* (Alma Ata 25 años).

La forma por la cual se instrumenta cada uno de estos objetivos claramente depende de las características particulares de cada país. En nuestro país, podríamos decir que, el objetivo número uno

¹¹ Homedes y Uglades 2005

¹² Banco Mundial, 1993, Informe sobre el desarrollo Mundial 1993, Invertir en Salud, The World Bank.

corresponde a la ley Ley 18131 – del 18/05/2007 por la cual se crea el Fondo Nacional de Salud; el objetivo numero dos corresponde a la Ley 18161 del 29/07/2007 que corresponde a la descentralización de ASSE y el objetivo numero tres, si bien implica el cumplimiento de los dos objetivos anteriores, corresponde a la Ley 18211 del 21/11/2007 mediante la cual se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

1.5.3 Participación como “Intervención”

Para delimitar que es lo que entendemos por participación social en salud previamente debemos dejar en claro que entendemos por “participación”.

Desde la segunda posguerra hasta la década del 70 el concepto de participación aparece asociado a las teorías de la modernización y la marginalidad. La participación es concebida como un “antídoto” contra la marginalidad (que aqueja sobre todos a los países subdesarrollados) y como la forma en la cual se integra a los “excluidos” en la construcción de la modernidad. Según Velázquez los agentes externos (el Estado, las ONG, la Iglesia, o los voluntariados) son los encargados de capacitar y guiar al “marginal” por la senda de la modernidad. Aquí la participación aparece teñida por relaciones verticales y asimétricas entre los agentes externos, caracterizados por una actitud “activa”, y los “marginales”, caracterizados por una actitud “pasiva”. La participación es, en este contexto, “...un poderoso instrumento de integración social.” (Velázquez, 2003: 58).

Esta concepción de la “participación como integración” es fuertemente criticada a partir de la década del 70 y durante la década del 80 por la Teoría marxista de clase y por la teoría de los movimientos sociales quienes advierten en esta “integración pasiva” la reproducción de las estructuras de poder de la clase dominante. Para estos movimientos la participación no puede ser concebida en el marco de una sociedad que funciona un organismo integrado y armónico, con instituciones que “integran” y reinsertan al “marginal” sino que la participación debe ser considerada como: “...**un escenario de confrontación de fuerzas (clases, actores, grupos), con distintos grados de cohesión, intereses diferenciados, recursos desiguales y apuestas divergentes sobre problemas compartidos.**” (Velázquez, 2003: 58).

Desde este enfoque la participación no se concibe como “integración” sino que debe ser “intervención”: “Es, en suma, un proceso en el que distintas fuerzas sociales, en función de sus respectivos intereses (de clase, de género, de generación), **intervienen** directamente o por medio de sus representantes en la marcha de la vida colectiva con el fin de mantener, reformar o transformar los sistemas vigentes de organización social y política” (Velázquez, 2003: 59).

La participación como entendida desde este lugar parte de dos premisas centrales, la primera es que se trata de “...un proceso autónomo en el que cada uno de los participantes opera sobre la base de decisiones propias fundadas en su lectura de la realidad y en sus propios intereses y posibilidades. (Velázquez, 2003: 59). Y en segundo lugar que “... las asimetrías que operan en el proceso son de

carácter horizontal. No todos los participantes están dotados de los mismos recursos (materiales, de información o de poder, por ejemplo)” (Velázquez, 2003: 59).

A los efectos de esta investigación se tomara ésta última definición de “participación”, al decir de Velázquez será entendida más como **“intervención”** que como **“integración”**.

Existen distintas niveles y modalidades de participación. Los niveles de participación pueden ir desde la utilización de un servicio hasta la toma de decisiones. Las modalidades de participación, también son variadas. Velázquez citando a Cunill distingue entre participación comunitaria, participación política, participación ciudadana, participación social. En este sentido, los autores definen a la participación comunitaria como el esfuerzo de una comunidad territorial para mejorar sus condiciones de vida, la participación política tiene que ver con la intervención de individuos, en la esfera pública de acuerdo a intereses globales, la participación ciudadana se ubica en la misma esfera, generando formas específicas de relaciones con el Estado, con al diferencia de que actúa de acuerdo a intereses particulares y por último, la participación social se concibe como el agrupamiento de personas y grupos con intereses similares que actúan en la esfera privada con el objetivo de defenderlos y reivindicarlos. (Velázquez, 2003: 60).

A los efectos de este trabajo la participación social será entendida como participación ciudadana. Consideramos que *“La participación social se refiere a los diversos mecanismos e instancias que posee la sociedad para incidir en las estructuras estatales y las políticas públicas. Por lo tanto el estudio de la participación social es el de las mediaciones entre el estado y la sociedad civil” (Restrepo; 2001: 2).* Entre las formas tradicionales de esta mediación se encuentran la democracia representativa (modelo hegemónico) y la corporativa. Actualmente el debate se centra en la democracia participativa (modelo contra hegemónico) como otra forma de mediación entre la sociedad civil y el Estado. La democracia participativa esta directamente relacionada con la participación social y puede ser entendida como *“el conjunto de mecanismos e instancias que poseen los ciudadanos y las comunidades para incidir en las estructuras estatales y las políticas públicas sin requerir necesariamente de la representación partidista, gremial, clientelista o de las vías de hecho cívicas o armadas.” (Restrepo; 2001: 3).*

1.5.4 Delimitación del significado de “Participación social en salud”

Las distintas concepciones de la participación social en salud han evolucionado paralelamente de acuerdo a las transformaciones en las políticas de salud y los sistemas de salud (Vázquez, et al, 2002). Claramente no podemos hablar de una única definición sino de múltiples definiciones que dependen tanto del momento histórico-político en cual se esté como de las características sociales y culturales específicas de cada lugar..

La Organización Panamericana de la salud concibe a la participación social en salud como *“...la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo*

de la salud. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada...” (“Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud. Washington D.C: OPS;OMS; 1994” en Sanabria Ramos; 2004).

En Sanabria Ramos (2004) se define la “participación social en salud” desde un enfoque sistémico, es decir que se concibe a la misma antes como “participación” que como “participación social en salud”. El enfoque sistémico intenta explicar la “participación social en salud” como parte de un problema mayor, el sistema de salud es considerado un sub-sistema más entre los tantos que componen el sistema social (como podría ser el subsistema de educación, el subsistema de cultura, etc,) en este sentido estaría atravesado de forma transversal por la “participación” y esta respondería a factores propios del sistema y no del sub-sistema de la salud. (Sanabria Ramos, 2004).

A los efectos de esta tesis tomaremos, a manera de síntesis de la heterogeneidad de sentidos que se le atribuye la “participación social en salud”, la delimitación del concepto que construyen teóricamente (Méndez CA, Vanegas López JJ. 2010; 27(2)); (Bronfman; Glazier.1994). (Vázquez et al 2003) (Delgado et al, 2005).

Estos autores, engloban la multiplicidad de concepciones en una matriz teórica constituida por dos grandes dimensiones de análisis. Una que puede ser denominada como “utilitarista” o como “un medio para un fin”, es decir, la participación como forma de utilización de los recursos de la comunidad para abaratar costos y/o mejorar la eficiencia de los programas y políticas en salud. La otra, que podría ser llamada “Fin en Sí Mismo”, prioriza las consecuencia políticas y sociales de la participación en el proceso democratizador que pueda tener sobre la sociedad independientemente del resultado o de la eficiencia y eficacia obtenida. (Méndez CA, Vanegas López JJ. 2010; 27(2):144); (Bronfman; Glazier.1994:112). (Vázquez et al 2003: 580) (Delgado et al, 2005). En este sentido Delgado et al¹³ sostienen que: *“El concepto de participación social es interpretado y definido de múltiples maneras y por lo tanto no está libre de contradicciones, incoherencias, ambigüedades, polémicas e imprecisiones de carácter teórico. La participación es un proceso dinámico, oscilante que se puede definir de acuerdo a las características del contexto social y político, así como del momento en que se realiza, y adquiere diferentes sentidos si se la considera como fin en si misma, o como medio para lograr ciertas metas”* (Delgado et al, 2005).

A partir de esta concepción presentamos a continuación una tipología para caracterizar las distintas concepciones sobre participación social en salud.

¹³ Delgado Gallego, M, E; Vázquez Navarrete, M, L; Zapata Bermúdez, Y; García M, H.2005. “Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa” *Rev Esp Salud Pública* (79): 697-70

1.5.5 Tipología para caracterizar las distintas concepciones de Participación en salud.

Para la construcción de esta tipología utilizaremos como referencia teórica la propuesta de Brofman y Glazier (1994)¹⁴. Si bien esta tipología fue construida para caracterizar a la participación comunitaria tomaremos de ella los aspectos más generales a modo de readaptarla para nuestro fin que es caracterizar las concepciones sobre “participación social en salud”, en este sentido, tomaremos de ésta tipología aquellas apreciaciones teóricas de carácter más general a modo de construir categorías que sean más inclusivas de la diversidad en referencia a las distintas concepciones que puedan existir.

¹⁵En Bronfman y Glazier (1994) se plantea una tipología que se ordena en, quienes “apoyan” la inclusión de la participación de la comunidad y quienes la “rechazan”. Estas se ordenan en base a dos grandes criterios, las consecuencias políticas y sociales, y las consecuencias en las políticas de salud.

En este sentido, dentro de quienes “apoyan” la participación social en salud encontramos tres posiciones: 1) *“La que privilegia en su argumentación los aspectos políticos y sociales de la participación, concibiéndola como una actividad necesaria por sus efectos democratizadores sobre la sociedad”* (Bronfman; Glazier.1994:112). Bajo esta concepción la participación aparece como siempre deseable independientemente de su impacto en las políticas y programas de salud, le llamaremos **“Fin en sí misma”**. La segunda posición sería: 2) *“La que privilegia en su argumentación las consecuencias para la salud de población, concibiendo a la participación como una estrategia que brinda mayores posibilidades de éxito a los programas”* (Bronfman; Glazier.1994:112). Esta concepción desde el punto de vista de sus consecuencias políticas y sociales aparece como políticamente “neutra”¹⁶, tiene como objetivo primordial mejorar la eficiencia y eficacia de los programas de salud, la participación social, sería entonces desde esta perspectiva un **“Medio para un Fin”**. La tercera posición sería: 3) *“La que bajo una argumentación de apoyo a la participación por sus efectos en el nivel de la salud esconde una intención de manipulación en el nivel de lo social y lo político”* (Bronfman; Glazier.1994:112). Al igual que la segunda posición la participación comunitaria es concebida aquí como un medio para un fin la diferencia radica en que el fin es para fortalecer intereses ajenos a la salud, por ejemplo fortalecer a quien la promueve, por tanto le llamaremos **“Fin Para Si”**.

Por otra parte, dentro de la posición que “rechaza” la participación se encuentran también distintas posturas de acuerdo a las configuraciones de los dos criterios antes mencionados (consecuencias políticas y sociales y consecuencias para la salud). En este sentido, los autores nos proponen tres posturas. La primera, está asociada al Fin Para Si, pero toma una forma más radical, es decir “rechaza” cualquier tipo de participación por considerarla un *“... instrumento para legitimar al poder, ejercer*

¹⁴ Bronfman, M; Gleizer, M.1994. “Participación Comunitaria: Necesidad, Excusa o Estrategia? O de qué Hablamos Cuando Hablamos de Participación Comunitaria”. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (1): 111-122.

¹⁶ *“La participación nunca es absolutamente neutra, ni puede ser abstraída del contexto en el que tiene lugar; siempre tiene algún efecto sobre la estructura social de la comunidad, su organización y su capacidad de acción.”* (Bronfman, M; Glazier, M; 1994: 113)

control político y beneficiar intereses ajenos a los de la población” (Bronfman; Glazier.1994:114). En segundo y tercer lugar, encontramos, asociado a la postura de un Medio para un fin, las concepciones que rechazan la inclusión de la participación por considerar que las consecuencias para la salud no resultan eficientes y concluyen siendo servicios de mala calidad, dado la escaso nivel de capacitación de la comunidad, escaso manejo de información y mal funcionamiento. Llamaremos a esta postura “**Medio no adecuado para el fin**”.

A continuación se presenta un cuadro resumen de lo tratado hasta aquí:

Cuadro: 2

Cuadro 2	Condición	Tipo	Características
Tipología: Concepciones de Participación en salud	"Apoyo"	Fin en si Mismo	Efectos democratizadores sobre la sociedad
		Medio para un Fin	Posibilidad de éxito
		Fin Para Si	Esconde intención de manipulación en el nivel político en función de intereses propios
	"Rechazo"	Fin Para Si	Instrumento para legitimar el poder
		Medio no adecuado para el Fin	Escasa capacitación, escaso manejo de información, mal funcionamiento

Fuente: elaboración propia. basado en: Mario Bronfman; Marcela Gleizer.1994. "Participación Comunitaria: Necesidad, Excusa o Estrategia? O de qué Hablamos Cuando Hablamos de Participación Comunitaria". Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (1): 111-122.

1.5.6 Relaciones de poder y Participación social

La definición de “participación” propuesta por Velázquez, y que decidimos asumir en este trabajo es: “...un escenario de confrontación de fuerzas (clases, actores, grupos), con distintos grados de cohesión, intereses diferenciados, recursos desiguales y apuestas divergentes sobre problemas compartidos.” (Velázquez, 2003: 58), nos sitúa directamente en el terreno de las “relaciones de poder”. En este sentido, en esta sección, intentaremos explicitar que es lo que entendemos por “relaciones de poder”.

El “poder” puede ser definido de distintas formas y se encuentra asociado a distintas escuelas teóricas. Según Flores, Ruano, Funchal (2009), si concebimos al “poder” como la capacidad para provocar cambios en la sociedad debemos separar entre, el logro de los cambios mediante el “conflicto”, y el logro mediante el “consenso”. (Flores, Ruano, Funchal; 2009:38).

Desde la perspectiva del “conflicto”: “...el poder es una fuerza determinista que un actor ‘posee’ y que puede ser arrebatado por otro a través de luchas.... Los actores pueden legitimar su poder y dominación a través de las estructuras sociales que reproducen sus intereses y que crean relaciones dinámicas de autonomía y dependencia. Así, el conflicto es inherente al poder y el poder es inherente a las relaciones sociales”. (Flores, Ruano, Funchal; 2009:38-39).

Desde la perspectiva del consenso, el poder se construye mediante el entendimiento de los actores. Flores, Ruano y Funchal (2009) citando a Arent¹⁷ definen al poder desde esta perspectiva como “...la capacidad humana de actuar en conjunto. Así, el poder no es propiedad de un actor sino de un grupo social se genera a través de la creación de agencia.” (Flores, Ruano, Funchal; 2009:38-39).

Si bien ambas posturas están presentes en la dinámica social de forma no excluyente, una u otra perspectiva puede resultar de mayor utilidad a los efectos analíticos. Para el caso latinoamericano, consideraremos que la primera postura se ajusta más a nuestra historia. Nuevamente conviene aclarar que no significa esto que una única postura sea la que prime sino que, como sostienen Flores, Ruano y Funchal (2009): “la creación de agencia y consenso coexiste con relaciones conflictivas de poder y dominación. Esto ocurre porque los intereses propios de los actores, de los objetivos del proceso de participación y las reglas del espacio social inciden en limitar y formar tanto el poder como consenso y el poder como el conflicto.” (Flores, Ruano, Funchal; 2009:)

En esta investigación tomaremos la perspectiva del “conflicto”. En este sentido, Antonio Gramsci nos propone una interpretación teórica del funcionamiento del orden social donde vincula la extensión del poder de la clase dominante, es decir de la “sociedad política”, a la incorporación de los reclamos de la “sociedad civil”. Veámoslo más detenidamente.

1.6.7 “Revolución pasiva”

Para Antonio Gramsci la sociedad se organiza de acuerdo a dos grandes categorías conceptuales, la “sociedad política” y la “sociedad civil”¹⁸: “...se pueden fijar dos grandes planos supra-estructurales, el que se puede llamar “sociedad civil”, que está formado por el conjunto de organismos vulgarmente llamados “privados”, y el de la “Sociedad política o Estado”, y que corresponde a la función de “hegemónica” que el grupo dominante ejerce en toda la sociedad y a la de “dominio directo” o de comando que se expresa en el Estado y en el gobierno “jurídico”” (Gramsci, A; 1975:16).

Para Gramsci el Estado es “hegemónico”, permite la extensión de la dominación política y cultural de las clases dominantes frente a la sociedad civil. Vale aclarar aquí que no se trata únicamente de la dominación mediante el control de los aparatos de coerción directa, como puede ser el ejército, sino

¹⁷ H. Arendt, *On violence* (Harcourt, 1969-1970).

¹⁸ Vale destacar que estas dimensiones conceptuales constituyen pilares fundamentales de su teoría en el sentido de la importancia que tiene para éste la superestructura, debemos recordar que uno de los puntos que alejan a esta teoría del marxismo es su explicación por carriles distintos al “determinismo económico”. En este sentido Gramsci prefiere situar su análisis en la hegemonía que ejercen las clases dominantes en las esferas de lo político y lo cultural.

también de la dominación “cultural” que se ejerce a través del control del sistema educativo, las instituciones religiosas, los medios de comunicación, etc.

La sociedad política o Estado, por tanto, tienden a generar tecnologías propias, mecanismos de defensa frente al avance “contra-hegemónico” proveniente de los organismos “privados” de la sociedad civil. Para aplacar este avance el Estado incorpora los reclamos de todas aquellas fuerzas que puedan presentar un peligro para la estabilidad del sistema, con el fin de neutralizarla, incitándolas a participar en espacios donde las reglas de juego son controladas unidireccionalmente por la “sociedad política” y por tanto admiten la extensión de su dominio.

A estas formas que tiene el sistema de incorporar a los movimientos “contra-hegemónicos” Gramsci le denomina “Revolución pasiva”.

Como se vincula esto con nuestro tema en estudio lo veremos más adelante en el capítulo donde se desarrollan las reflexiones finales.

2 Metodología

2.1 Diseño del estudio.

De acuerdo al objetivo general y los objetivos específicos de esta investigación consideramos pertinente realizar un estudio no experimental, cualitativo, y exploratorio.

Dado que esta investigación no se propone generar una situación artificial mediante la cual manipular variables intencionalmente por parte del investigador, sino estudiar el fenómeno en su contexto “natural” y analizarlo a partir las manifestaciones propias de la realidad en la cual están insertas, realizaremos un estudio de tipo no experimental.

El carácter “exploratorio” responde, como lo mencionáramos anteriormente, a la escasez de estudios realizados desde una perspectiva sociológica en el área de la “participación social en salud” en el Uruguay, lo que dificulta el manejo de categorías teóricas “previas” que permitan trabajar el tema con mayor profundidad. Por tanto, en este trabajo se intentará captar la perspectiva general del problema y esbozar relaciones potenciales entre variables a modo exploratorio.

El carácter cualitativo responde a qué lo consideramos como el más adecuado a razón de captar lo que nos proponemos tanto en el objetivo general del trabajo como en los objetivos específicos, a saber, las diferentes concepciones existentes sobre la “participación social en salud” y los obstáculos identificados en las “puertas de entradas” propuestas desde las instituciones.

Por último, en lo relativo al marco temporal de la investigación, y teniendo en cuenta que se trata de un estudio no experimental, será de tipo transeccional-descriptivo, es decir que describirá relaciones potenciales entre variables en un momento dado (Cambel; Stanley; 1967).

La técnica de estudio utilizada para la recolección de información fue la entrevista semi-estructurada a informantes calificados y la revisión de datos secundarios.

2.2 Selección de los espacios institucionales.

La selección de los espacios se realizó de manera intencional. Dentro de los espacios institucionales colectivos donde se incorpora la participación social (a partir de la reforma de la salud), se buscó seleccionar en primer lugar aquellos que contaran con la reglamentación pertinente para su funcionamiento. En segundo lugar se seleccionaron aquellos espacios que fueran de carácter vinculante (es decir aquellos espacios donde el usuario por ley tuviera el poder de decisión), a saber la Junta Nacional de Salud (JUNASA) y dirección de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y se seleccionó un espacio que fuera de carácter no vinculante (es decir que el usuario no tiene respaldo jurídico para la toma de decisiones), en este sentido se tomó en cuenta a los Consejos Consultivos y Asesores (CCA) de las instituciones prestadoras de servicios de salud privada.

2.3 Selección de los actores

Los criterios utilizados para la selección fueron los siguientes.

Respecto a los movimientos de usuarios se buscó una organización que tuviera actualmente representación como mínimo en dos de los tres espacios considerados para esta investigación y otra que no hubiera participado hasta el momento de ninguno de los espacios. Se buscó con esta selección poseer dos visiones opuestas dentro de los “usuarios” de la salud para de esta manera enriquecer y problematizar los puntos de vista de los actores.

Respecto a los demás entrevistados, se decidió realizar entrevistas a los representantes de los trabajadores, a los representantes del ejecutivo y a los representantes de los prestadores privados. De esta manera se completa la gama de actores que componen las “puertas de entradas” en estudio.

2.4 Revisión de datos Secundarios

Se realizó una búsqueda a nivel de la Web, en los diarios “la República”, “El País”; “la Diaria”; y en los sitios web disponibles de cada uno de las organizaciones, a saber, Sindicato Médico del Uruguay, Movimiento de Usuarios de Salud Pública Y Privada (MUSPP); Asociación de Usuarios del Sistema de salud (ADUSS); Federación Uruguaya de la Salud (FUS); Ministerio de Salud Pública (MSP).

Por otra parte se trabajó con información proporcionada por los propios entrevistados, actas de fundación, materiales de presentación en foros, etc.

Los criterios utilizados para la selección de la información fueron: a) Contenido que permita delimitar como conciben a la participación social en salud; b) Contenido que estuviere relacionado a la opinión sobre la incorporación de los usuarios en las “puertas de entradas”. c) Poseer fecha posterior al año 2004.

2.5 Problema de validez y alcance de los datos

Dado que el presente trabajo es de carácter exploratorio y que por esta razón su metodología por definición es más flexible que otro tipo de estudios, la validez y alcance de las conclusiones es limitada, de esta manera se encuentran sujetas a su posterior revisión por quienes deseen continuar en la profundización de la temática en estudio.

Por otra parte, debemos notar que la Reforma del Sistema de Salud se encuentra en el proceso de ejecución, por lo que se debe considerar que los espacios colectivos en estudio comienzan a dar sus primeros pasos, por lo que claramente la variable “tiempo” repercute en la validez y alcance de los datos que se producirán en esta investigación.

3. Caracterización de los espacios y organizaciones de Usuarios

3.1 Espacios institucionales en estudio.

Como mencionáramos al comienzo de este trabajo la participación social aparece como uno de los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (ley 18.211/artículo 3/ literal I).

Según un documento de “Monitoreo y evaluación de los procesos de cambio y reforma en el Sistema de salud del Uruguay” (2009) la participación social presenta tres hitos importantes:

“La formación en mayo del 2005 de un consejo consultivo para la implementación del SNIS. Este fue el primer movimiento por parte del ejecutivo para alentar la participación de los usuarios. Luego hay dos transformaciones de importancia. La aprobación de la descentralización de ASSE impone la participación de los usuarios en el Directorio de la empresa pública, también en los Concejos Asesores departamentales. Por último, la ley de creación del SNIS y el SNS, que hace obligatoria la participación de usuarios en la JUNASA y en las direcciones de los prestadores privados del SNIS.” (Perfil del Sistema de Salud R.O.U; OPS/OMS Octubre 2009).

Debemos tomar en cuenta que previo al año 2005 la participación social en espacios de decisión política era prácticamente nula. Si bien existían grupos de usuarios, comisiones de salud, consejos vecinales, etc, que participaban en el ámbito de la salud, esta se daba de forma desarticulada y sin representación en espacios institucionales, por tanto el “poder” de influencia en la toma de decisiones era notoriamente débil.

En mayo del año 2005 se convoca a desde el poder ejecutivo a las distintas partes del área de la salud para la conformación de un primer consejo consultivo con carácter asesor para el diseño y la implementación del SNIS. De este consejo participaron representantes del MSP; IAMC; UDELAR; Consejos de Intendentes; FEMI; Asociaciones de Trabajadores Médicos; asociaciones de Odontólogos; Trabajadores y Usuarios.



El segundo paso hito al que hace mención el informe antes mencionado tiene que ver con la promulgación de la ley 18.161 el 29/07/2007. Esta ley insta a ASSE como servicio descentralizado, encargado de la administración, gestión y coordinación de los servicios brindados por los prestadores del MSP. En su artículo dos se establece que este organismo tendrá un directorio conformado por 5 miembros, tres nombrados por el poder ejecutivo, uno para los trabajadores y otro para los usuarios.

Por otra parte, en el capítulo IV artículo 10 y 11 de la misma ley se establece la conformación de un Consejo Asesores Honorario Nacional y de Consejos departamentales o locales. Estos Consejos Honorarios no tienen carácter vinculante por lo que sus actividades se remiten al asesoramiento, la proposición y evaluación, sin generar “obligación” en las decisiones del directorio de ASSE. Vale destacar que al día de hoy, ninguno de estos dos espacios cuenta con la reglamentación correspondiente.

Por último en la órbita de ASSE aparecen los CCA de los prestadores públicos. Según lo establece el artículo 12 de la ley 18.211: *“Para integrar el sistema nacional integrado de salud es perceptivo de las entidades públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios”* (Artículo 12, Ley 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud. CM/364. Poder Legislativo. 21/11/2007).

En el decreto del Poder Ejecutivo N° 269/008, Publicado 10/06/2008 se dispone la reglamentación del espacio antes mencionado. Allí se establece los CCA estarán integrados por un total de seis miembros integrado por dos representantes de los prestadores, dos representantes trabajadores y dos representantes de los usuarios. Estos órganos tendrán un funcionamiento autónomo de la entidad, la participación será honoraria honorarios y tendrán un carácter no vinculante. El artículo dos de este decreto establece que será competencia de estos organismos, el asesoramiento, la evaluación del desarrollo de los programas de atención integran, el control de la gestión en la formulación de propuestas sobre estrategias, planes, políticas que hagan a la gestión del prestador, en lo respectivo a la calidad de los servicios brindados, en el análisis y evaluación de los reclamos de los usuarios, entre otras.

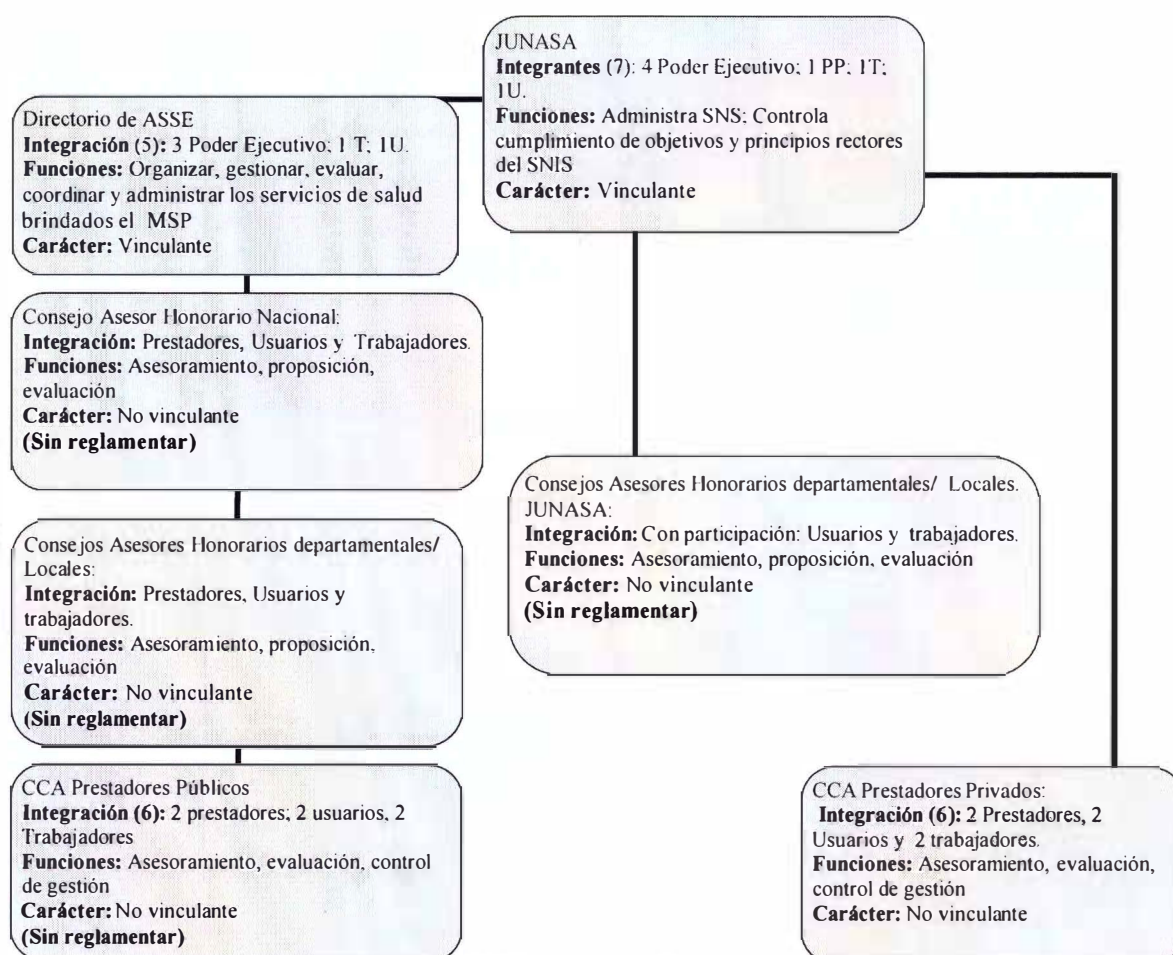
Como punto interesante vale destacar que para la integración del primer consejo consultivo y asesor, los representantes no serán elegidos por voto secreto (tal como lo establece el artículo 7 del mismo decreto) sino que: *“Para la integración del primer Consejo Consultivo y Asesor, los representantes de los trabajadores y de los usuarios podrán ser designados por sus respectivas organizaciones representativas y durarán un año en sus funciones”* (Decreto Poder Ejecutivo N° 269/008 – SNIS. Publicado 10/06/2008).

Cabe aclarar que al día de hoy, casi dos años después de instaurados los CCA no se ha realizado el acto eleccionario dado que algunos de los participantes creen que no están dadas las condiciones. En este sentido, se pospusieron para el año 2011 por lo que a su vez se decidió prorrogar el mandato de los representantes actuales en los CCA (Decreto CM/80 ref. 2010-12-1-01507; Poder Ejecutivo. 24/05/2010).

Otro de los espacios institucionales de participación colectiva lo constituye La JUNASA. Mediante el artículo 23, capítulo III de la ley 18.211 se crea este organismo integrado por siete

miembros, cuatro representantes del poder ejecutivo (entre los que están presentes dos por el MSP uno por BPS y otro por el MEF), un representante de los prestadoras privados, un representante de los trabajadores y uno de los usuarios. Entre sus principales cometidos se destacan funciones de control, planificación, organización del SNIS, autorización del pago de cuotas a los prestadores integrantes del SNIS y administración del Seguro Nacional de Salud.

A continuación presentamos un organigrama que intenta dar cuenta de los espacios institucionales colectivos del SNIS que incluyen la participación de los usuarios:



Cuadro 2: Organigrama espacios colectivos con participación de los Usuarios

Fuente: Elaboración Propia

3. 2 Organizaciones de usuarios en estudio

3.2.1 Movimiento de Usuarios de la Salud Pública y Privada (MUSPP).

El MUSPP tiene su base fundacional en una comisión de consejo de salud vecinal de los Centros Comunes Zonales de Montevideo que en abril del año 2005 decide realizar una asamblea con el fin de fortalecer el rol del usuario a través de la creación de un movimiento de usuarios con representación zonal, departamental y nacional.

Como parte del proceso de reforma de la salud el gobierno realiza una convocatoria a nivel nacional anunciando la creación espacios institucionales de participación colectiva y la necesidad de contar con organizaciones de usuarios que los integraran. La creación del MUSPP está relacionada estrechamente con la apertura de espacios.

Este movimiento actualmente tiene alrededor de 5000 usuarios en todo el país y representación en 74 puntos del territorio según datos del 22 de marzo del año 2009.¹⁹

Se define así mismo como un movimiento social, en construcción, en crecimiento, autónomo, apartidario, laico, horizontal y democrático.

Los objetivos que se propone este Movimiento son:

- Reivindicar la Salud como un derecho humano esencial.
- Lograr un sistema equitativo de prestaciones.
- **Participar en las decisiones sobre las políticas de salud** planteando las necesidades y demandas de cada zona.
- Trabajar desde la salud, promoviendo conductas preventivas.²⁰

Actualmente tiene representantes actuando en: la Junta Nacional de Salud, Consejo Consultivo nacional; 14 zonales de Montevideo, 12 Consejo Consultivo departamentales; 19 Consejos Consultivos de hospitales de ASSE y 24 Consejos Consultivos de Mutualistas Privadas.

3.2.2 Asociación de Usuarios del Sistema de Salud (AdUSS)

La Asociación de Usuario del Sistema de Salud (AdUSS) se formó en el año 1994 bajo la presidencia de la Sra. Eloísa Barreda.²¹

Según el artículo dos del capítulo uno de su estatuto, donde se establece su objeto social y los fines por los cuales fue creada, se instituye como cometidos: A) lograr u obtener en forma constructiva, propuestas concretas, que colaboren en la solución de los problemas que afectan a los usuarios del sistema de salud. B) aunar esfuerzos para lograr un mejoramiento en el trato, atención, respeto y consideración de los usuarios por parte de los prestadores de los servicios de salud. C) En general defender los derechos de los usuarios de dichas instituciones, consagrados en la constitución y en las leyes, y enumerados, en forma enunciativa, en el decreto del Poder Ejecutivo del 10 de junio de 1992; protegiendo sus ejercicios y reconocimiento por parte de cualquiera de sus asociados. (Estatutos ADUSS 25/05/1994)

¹⁹ Presentación Congreso de Chile 22-03-2009

²⁰ Presentación Congreso de Chile 22-03-2009

²¹ El motivo de la formación de esta organización se produjo a raíz de una iniciativa tomada por la Sra. Eloísa Barreda a raíz de la muerte por mala praxis de una persona allegada a su círculo social: *"Y ahí descubrí también que las mutualistas eran 4, que los demás eran todas empresas médicas. yo tenía bien claro que me iba a meter como fuera porque si yo creía que el sistema nuestro era realmente un modelo para el mundo, ¿qué era lo que había pasado que no lo era para nosotros por lo menos?"* (Fragmento Entrevista Eloísa Barreda; 28/062010).

Los servicios que ofrece como asociación de usuario se enmarcan en la tarea de “mediación” entre los usuarios y los prestadores de los servicios de la salud. Actualmente esta organización no participa de ninguno de los espacios institucionales colectivos generados a partir de la reforma de salud en donde se incorpora la participación social.

4. Ideas, sentidos contruidos y significados del concepto de participación social de todos los actores involucrados en el proceso.

En este capítulo intentaremos dejar en claro como conciben cada uno de los actores a la “participación social en salud” desde el entendido de que su accionar en las “puertas de entradas” estará determinado en parte por esta idea. Para esto utilizaremos la tipología propuesta en el marco teórico. Vale aclarar que la adecuación a cada una de las categorías propuestas en la tipología está hecha con fines analíticos, por tanto no significa que en el accionar concreto, el actor se identifique exclusivamente con una única postura, sino que su universo se compone de la multiplicidad de ellas. Aclarado este punto procederemos a la delimitación de cada una de las concepciones.

4.1 Movimiento de Usuarios de la Salud Pública y Privada (MUSPP).

Para este actor la “participación social en salud” parece ubicarse en los niveles más altos, en el sentido de qué, para este actor participar es ser parte de la “toma de decisiones”. Al respecto la representante de los usuarios en la JUNASA sostiene: *“Podes ser consultado podes impulsar un programa, podes realizar una tarea solidaria, social, comunitaria, pero no es participar. Participar es ser parte de la toma de decisiones, si vos no estas en la toma de decisiones no participas, eso es lo que entendemos en el movimiento de usuarios y desde ahí es que damos la lucha para estar en los espacios.”* (Entrevista Lilian Rodríguez, 25-05-2010; Integrante de MUSPP; Representante actual de los Usuarios JUNASA;)

Los espacios generados a partir de la reforma del sistema de salud son para este actor: “escasos pero de calidad”, esta consideración está hecha en base a su propia concepción de “participación”, es decir si “participar” es estar en la toma de decisiones entonces los espacios institucionales se reducen a aquellos que se encuentren reglamentados y que tiene poder resolutivo. En este sentido la JUNASA y ASSE serían los espacios institucionales de participación. Con respecto a los Consejos Consultivos Asesores, existen algunas salvedades en referencia a su marco legal y su funcionamiento que hacen que sea reconocido por este actor pero que no sea considerado como un espacio pleno de “participación”. En este sentido Lilian Rodríguez sostiene: *“...en America latina, Uruguay es el único país que la participación social tiene un marco legal y es real. Pero habemos dos que estamos en la toma de decisiones, el que esta en el directorio de ASSE y el que esta en la JUNASA, los demás no están en la*

toma, por que los consejos consultivos y asesores, no son vinculantes...” (Entrevista Lilian Rodríguez, 25-05-2010; Integrante de MUSPP; Representante actual de los Usuarios JUNASA;)

La participación entonces en los espacios institucionales desde este actor parece situarse en la condición de “apoyo” y ser un **“fin en si mismo”**, es decir, que prioriza las consecuencias políticas y sociales que tiene la “participación” para la sociedad, sienten que necesariamente deben “ser parte” de este proceso independientemente de sus resultados inmediatos, priorizando entonces los efectos democratizadores: *“No es posible avanzar en la construcción de políticas de salud garantes del derecho, sin la real participación de la ciudadanía organizada”* (PPT “Presentación Foro de Salud” 28- 11- 2008) .

Esta posición parece estar vinculada a uno de los objetivos fundacionales de este movimiento: *“participar en las decisiones sobre las políticas de salud”* y por otra parte su concepción sobre el rol del usuario en el área de la salud: a) *“Definir entre todos que salud queremos y como lograrla”*. b) *“Ser protagonistas y controladores de las políticas de salud”*. c) *“Dejar de ser actores pasivos para ser usuarios activos”*. (PPT “Presentación Congreso Chile” 22-03-2009.)

Por otra parte debemos notar que este movimiento surge como tal en el año 2005 motivado por la reforma del sistema de salud y los nuevos espacios de participación social: *“La ministra habilitó estos espacios de participación que trae aparejados la reforma y convocó a todas las comisiones vecinales, zonales y de fomento de Montevideo que trabajan en salud para empezar a armar un movimiento de usuarios”*, (Diario “El País”; “Polémica por representación de usuarios en el sistema de salud”; Entrevista a Lilian Rodríguez, 14.10-2007). En este sentido, lo que nos interesa marcar en este punto es la potencial que pueda existir entre el nacimiento de este movimiento, asociado a una iniciativa del ejecutivo, y su posterior accionar en base a su concepción sobre la participación en salud. Queremos decir con esto que, la idea de “participación social en salud” en este movimiento de usuarios nace asociada a la creación de espacios institucionales, hasta el momento inexistentes, la construcción de sentido en base a la “participación” parece ubicarla entonces en los niveles mas altos, “la toma de decisiones” y como una formula ineludible para la construcción de las políticas de salud.

4.2 Asociación de Usuarios del Sistema de Salud (AdUSS).

La idea de participación que maneja esta organización es opuesta a la desarrollada anteriormente en el sentido de que si para el MUSPP la participación es “ser parte” de los espacios institucionales para esta organización es “no ser parte” de estos espacios. La “participación” sostiene, debe darse por otros canales que no vayan de la mano de los espacios que se proponen²², ya que estos, según este actor, están contaminados fuertemente por la lógica política partidaria que determina el comportamiento de los

²² Vale aclarar que esta organización de usuarios estuvo vinculada al MSP en periodos de gobiernos anteriores por lo que esta afirmación puede tener carácter temporal sujeta a la orientación política del gobierno.

representantes. En este sentido, Eloisa Barreda consultada sobre la posibilidad de una eventual participación de AdUSS en los nuevos espacios responde: *“...no, mira nosotros hacemos un camino por muchas cosas, porque está muy, como te voy a decir pegoteado lo político por qué no, para nada más aún ahora en septiembre aparentemente me dijo vení que van haber elecciones, ¿ustedes se van a presentar? Y no, no nos vamos a presentar por qué, como te voy a decir? No voy a hacer una pelea política, si eso va ser así, si ya sabemos que el Frente hace pim pim pim pum..., no nos vamos a presentar ya lo tenemos resuelto, no para nada! En absoluto!”* (Fragmento Entrevista Eloisa Barreda; 28/062010).

La participación entonces en los espacios institucionales desde este actor parece situarse en la condición de “rechazo” y ser un **“fin para si”** en el sentido de que para este actor constituyen un: *“... instrumento para legitimar al poder, ejercer control político...”* (Bronfman; Glazier.1994:114).

4.3 Poder Ejecutivo/ Ministerio de Salud Pública (MSP)

Desde el poder ejecutivo la participación es concebida claramente como un “fin en si mismo”, es decir: *“La que privilegia en su argumentación los aspectos políticos y sociales de la participación, concibiéndola como una actividad necesaria por sus efectos democratiza-dores sobre la sociedad”* (Bronfman; Glazier.1994:112). Para este actor la “participación” debe ser analizada desde un enfoque sistémico (Sanabria Ramos; 2004), es decir que debe ser considerado como consecuencia de un problema del sistema social y no de uno de sus sub-sistema (como en este caso es el “sistema de la salud”): *“...es una discusión más amplia que tiene que ver con la participación en los consejos vecinales o las mesas institucionales del Mides o de seguridad ciudadana...”*. (Fragmento entrevista Elena Clavel; Representante titular MSP en la JUANSA, 29/06/2010).

Elena Clavel (representante del MSP en la JUNASA) sostiene que esta posición responde a un planteo político histórico de la izquierda: *“Nosotros históricamente, es un poco el planteo la izquierda, en realidad sobre la participación y el control social, la participación de los sujetos de las políticas en el diseño de las mismas y en el contralor y la evaluación de las mismas.”* (Fragmento entrevista Elena Clavel; Representante titular MSP en la JUANSA, 29/06/2010).

Por otra parte, si bien la “participación” puede ser analizada desde este actor como un “fin en si mismo” también puede ser entendida como un “medio para un fin” en el sentido de que reconoce que la incorporación del usuario en los espacios institucionales de participación es medular a la hora de controlar y perfeccionar el funcionamiento del sistema. En este sentido, Elena Clavel sostiene: *“Entonces la participación de la sociedad organizada ahí tiene que ver con esto, con ejercer el control que el estado en sí mismo y a solas desde un ministerio es difícil que lleve adelante. Podemos tener los mejores cuerpos fiscalizadores, podemos tener los mejores cuadros de fiscalización y de auditorías pero si no hay desde la sociedad, desde quien recibe esos servicios una apropiación de eso y un control de eso y los lugares y los canales que sean nuestras responsabilidades desde donde poder dirigirse y poder*

cambiar cosas que no funcionan y poder controlar y poder reclamar, este es muy difícil que lo haga el estado centralmente. (Fragmento Entrevista Elena Clavel; 29/06/2010).

A los efectos de nuestro análisis tomaremos la concepción que tiene este actor de la “participación como fin en si mismo” en el entendido de que consideramos es la que tiene más peso a la hora de evaluar la participación del usuarios en los espacios considerados.

4.4 Trabajadores

La “participación en salud” aparece como un nueva modalidad de participación para los trabajadores, en el sentido de que ésta ha estado asociada históricamente a los espacios reivindicativos de las condiciones salariales y laborales que si bien podían contener en sus plataformas aspectos generales que contemplaran a la participación en salud como un derecho del trabajador no se encontraba como un punto específico en su agenda reivindicativa.

En este sentido Fernando Amorena, ex representantes de los trabajadores en la JUNASA sostiene que: *“...si bien el movimiento sindical uruguayo tiene una larga experiencia de desarrollar programas en lo que hace a propuestas a análisis y formular plataformas que van más haya de los reivindicativo inmediato, de todas maneras, cuando se abre un espacio que aterriza a grandes definiciones programáticas comienza a visualizarse una nueva experiencia, una nueva realidad, donde hay que desarrollar una nueva etapa en ese proceso, una nueva experiencia una nueva realidad”.* (Fragmento entrevista Francisco Amorena, ex representante de los trabajadores en la JUANSA, 30/06/2010).

Los trabajadores reconocen en su discurso los desafíos que implica la participación en los nuevos espacios generados para la participación apartir de la reforma del sistema de salud. Elementos como la capacitación de los trabajadores desde la central sindical para una efectiva participación en los espacios institucionales o el logro de acuerdos con otros sectores para impulsar el funcionamiento de estos espacios de acuerdo a los objetivos propuestos en la ley implican desafíos que quedan claros en su discurso: *“En este sentido, estamos a dos años de aprobadas y puesta en práctica la ley se empiezan a notar esas dificultades y se comienza a su vez a avanzar en poder enriquecer las definiciones sobre participación social en base a la propia experiencia de haber podido conocer esos ámbitos y haber tenido que enfrentar, no ya en el plano discursivo y programático y general, sino concreto en cada uno de los temas que plantea la reforma, como elementos que son desafíos y que plantean bueno, “salimos del camino de pedir que esto existiera, eran los espacios de participación, y ahora estamos en una etapa de construcción de ir creciendo e ir desarrollándonos para cumplir adecuadamente con esos objetivos.”*(Fragmento entrevista Francisco Amorena, ex representante de los trabajadores en la JUANSA, 30/06/2010).

Los trabajadores parecen situarse en una concepción de la participación como “fin en si mismo” en el sentido de que la consideran positiva por las consecuencias políticas y sociales que esta tiene, esta

postura está asociada, al igual que la del poder ejecutivo, a un reclamo histórico de la participación social en los espacios de decisión.

4.5 Prestadores Privados

Desde los prestadores privados la “participación social en salud” se relaciona a la postura de “apoyo” y es concebida como “medio para un fin”, es decir “...la que *privilegia en su argumentación las consecuencias para la salud de población, concibiendo a la participación como una estrategia que brinda mayores posibilidades de éxito a los programas*” (Bronfman; Glazier.1994:112).

Según Brofman & Glazier (1994) esta postura puede estar asociada a tres supuestos a) garantiza mayor efectividad a los programas debido a que la comunidad lo “siente como algo propio”, b) cuando los recursos no son suficientes y la única forma es recurrir al apoyo de la comunidad c) cuando las “acciones exclusivamente biológicas no resuelven el problema” (Bronfman; Glazier.1994:112).

Desde el discurso de los prestadores privados parece relacionarse con los supuestos “a” y “c” más que con el “b”. En este sentido, el ex representante de los prestadores privados en la JUNASA sostiene en alusión a la participación de los usuarios: “Yo creo que es un medio. El objetivo del sistema es la salud de cada persona. Es el mejoramiento y mantenimiento de la salud física y mental de cada persona es decir es garantizar el derecho a la salud, y creo que el sistema nacional de salud es un medio para garantizar ese derecho y dentro de los elementos, dentro los segundos medios del sistema, la participación es uno de esos medios. La participación no creo que se esté encarando como fin en sí mismo, se estarían encarando muy mal si fuera así, para mí es un medio para la garantía del derecho a la salud.” (Fragmento entrevista a Julio Martínez, ex representante de los prestadores privados JUNASA: 14/09/2010).

A continuación se presenta un cuadro resumen que identifica las distintas posturas según la tipología desarrollada en el marco teórico:

4.6 Cuadro resumen

Cuadro: 3	Actor	Condición	Tipo	Características
Tipología: Concepciones de Participación en salud	MUSPP	"Apoyo"	Fin en sí Mismo	Privilegia aspectos a nivel político y social
	ADUSS	"Redazo"	Fin Parasí	Esconde intención de manipulación en el nivel político. Instrumento para legitimar el poder
	Trabajadores	"Apoyo"	Fin en sí Mismo	Efectos democratizadores sobre la sociedad
	MSP	"Apoyo"	Fin en sí Mismo	Efectos democratizadores sobre la sociedad
	Prestadores Privados	"Apoyo"	Medio para un Fin	Posibilidad de éxito

Fuente: Elaboración Propia

5. Obstáculos identificados por los principales actores.

Continuando con este capítulo presentaremos brevemente los obstáculos identificados, por los actores entrevistados, en relación a la participación de los usuarios, utilizando para ello dimensiones de análisis que surgen de las pautas de entrevistas, los antecedentes de investigación, el marco teórico y las que emergen de las repuestas de los propios entrevistados.

Para ordenar la presentación de la información utilizaremos dos grandes dimensiones de análisis, por un lado los *“factores atribuidos a los usuarios o población en general”* y por otro los *“factores atribuidos a las instituciones”* (Delgado; Vázquez; 2006) (Vázquez et al, 2002).

5.1 Factores atribuidos a los usuarios o población en general

5.1.1 Falta de Cultura participativa

En primer término los entrevistados destacan que la problemática de la participación de los usuarios no se remite únicamente al universo de la salud sino que se trata de un problema de participación a nivel macro-social. En este sentido, los actores comparten el enfoque sistémico sobre la problemática de la participación social en salud. Debemos recordar que desde el enfoque sistémico se sostiene que: *“... la participación social puede considerarse un insumo tanto para los sistemas más pequeños como para los supra-sistemas, este enfoque le proporciona un espacio a la participación social en salud como parte de la dinámica a que está sujeta la participación social en general”* (Sanabria Ramos; 2004).

Conforme a la consideración anterior la mayoría de los entrevistados coinciden que el cambio en la “cultura del ser usuario”, es un cambio de “transito lento” que debe de enfrentar no solo los obstáculos impuestos desde el área de la salud sino los obstáculos asociados a la participación en sí.

En este sentido, los trabajador reconocen en su discurso el desafío que enfrentan los movimientos de usuarios a la hora de incentivar a la participación y sitúan el problema de la participación como un problema que escapa a la participación en el área de la salud, compartiendo el enfoque de tipo sistémico : *“...el movimiento de usuarios está desarrollándose tiene muchas dificultades, es muy difícil a cualquiera que le digan “vamos a la comisión de usuarios de tal institución de la cual estoy afiliado a discutir tal tema” “la gente es difícil que lo haga”. Digo difícil porque el tema de la participación como fenómeno es dificultoso y no es fácil además por que el tema salud la cultura que tenemos es que la salud no es “mi problema” sino que es un problema de la estructura. Y tenemos que cambiar esa cabeza porque la salud es “mi problema” y yo contribuyo mucho con mis hábitos*

saludables”(Fragmento entrevista Francisco Amorena, ex representante de los trabajadores en la JUANSA, 30/06/2010).

En relación al cambio de la “cultura de ser usuario” Lilian Rodríguez representante de la JUNASA y líder del MUSPP cree que es necesario que los “usuarios” se reconozcan a sí mismo como sujeto de derecho y obligaciones y que se vuelvan conscientes de la importancia que implica la “organización”. Sostiene que el usuario debe transitar desde su rol “pasivo” a un rol “activo”. En este sentido, la Sra. Rodríguez sostiene: *“...los usuarios también cambiamos la cabeza. Primero reconozcamos nuestros derechos, pero no solamente tener el derecho a la salud, porque nosotros no queremos usuarios metidos adentro de las instituciones de salud: queremos usuarios con esa palabra que a mí no me gusta, “empoderados”...que reconozcamos que la sociedad organizada tiene poder...y que los logros se pueden lograr a través de una movilización, pero una movilización organizada no al grito del balde, no mi problema, sino reclamar por la sociedad toda, este hoy tiene un marco legal, pero eso va a llevar mucho tiempo, primero que el ciudadano reconozca”* (Fragmento entrevista Lilian Rodríguez; Representante de los usuarios JUNASA 25-05-2010).

En segundo término esta “falta de cultura participativa”, aparece asociada, según algunos de los entrevistados, al tipo de relaciones que se producen al interior del sistema de salud. En este sentido, algunos de los actores consideran que el modelo predominante históricamente en el área de la salud, asociado a un modelo de tipo médico hegemónico, que se intenta modificar a través de la implementación de esta reforma, desestimula la participación del usuario. Elena Clavel, representante del MSP sostiene al respecto: *“Lo que yo destacaría de manera principal es la intención de generar un cambio, un tránsito desde la figura histórica del paciente hasta la figura del ciudadano. Camino que llevará mucho tiempo recorrer y que tiene que ver con los cambios en la relación dentro del modelo, de las relaciones de poder dentro del modelo vigente y del modelo de que pretendemos llegar. (Fragmento entrevista Elena Clavel, MSP; 29/06/2010).*

5.1.2 Crisis de Representatividad.

La representatividad parece ser uno de los problemas centrales al cual los entrevistados aluden la hora de la identificación de obstáculos para la participación. Con esta idea se intentó sintetizar la problemática de la “legitimidad” que revisten quienes ocupan los espacios en las “puertas de entradas”.

En primer término, la mayoría de los actores a acepción del poder ejecutivo, destacan que los representantes de los usuarios no revisten legitimidad.

Esta falta de legitimidad parece estar asociada a dos factores, por un lado, a las características de estas primeras elecciones y por otro al escaso desarrollo de las organizaciones de usuarios. El primer argumento lo sostienen sobre todo las organizaciones de usuarios y el segundo los prestadores privados.

En este sentido, asociado al primer argumento, el MSUPP sostiene que el hecho de qué no hayan existido elecciones democráticas reguladas por la ley para la integración de los Consejos Consultivos y Asesores, produjo que muchos de CCA sobre todo del ámbito privado los integren usuarios “funcionales al sistema” en el sentido de que además de no representar al colectivo de los usuarios fueron elegidos por los propios prestadores, lo que termina claramente desdibujando el propósito inicial para el que fue creado este espacio: *"En algunas instituciones importantes quisiéramos ver las actas para ver quien los eligió y dónde", afirmó. "Hemos pedido que se hagan elecciones democráticamente y que los cargos no sean a dedo...Si sos un representante social, jamás podés negarte a hablar con el colectivo al cual representás. Desde el lugar que me corresponde lo vamos a denunciar. Hay muchos casos, sobre todo en el sector privado. En los hospitales no pasa lo mismo y también hay centros privados que son ejemplares"*(La República, Entrevista a Lilian Rodríguez, 23/03/2009).

En este mismo sentido, Los trabajadores consideran que en algunas instituciones los CCA no están funcionando como deberían dado que los representantes de los usuarios como de los trabajadores no son representativos dado que fueron designados por la propia institución y no por el colectivo a quienes debería representar.; *"los patrones cooptaron las representaciones tanto de usuarios como de trabajadores..."* (Fragmento entrevista Francisco Amorena, ex representante de los trabajadores en la JUANSA, 30/06/2010).

Por otra parte, asociada al segundo de los argumentos, Julio Martínez ex representantes de los prestadores privados en la JUNASA sostiene *"...yo creo que el principal punto es la legitimidad de los representantes de los usuarios, si al representantes de los usuarios lo eligieron 20.000 personas tienen peso y legitimidad y obviamente la empresa los va a escuchar, si lo eligen 100 no los va a escuchar nadie. Es decir acá no solo se logra el tema porque se consigue el decreto por el cual se establece que tiene que existir los consejos consultivos, sino que la legitimidad va dada por el respaldo que tienen atrás los representantes de los usuarios si es una organización que representante de un porcentaje importante de la masa social van a abrir los ganchos y los van a atender ahora si no los voto nadie no los va a escuchar nadie por más que la ley establezca eso porque no tienen legitimidad por que el tema clave es conseguir, no legitimidad legal, sino legitimidad en base a representatividad.* (Fragmento entrevista a Julio Martínez, ex representante de los prestadores privados JUNASA; 14/09/2010).

En tercer término esta “legitimidad” parece estar relacionada a la forma en cómo se concibe la participación en estos espacios, queremos decir con esto que quienes “rechazan” la participación por concebirla como un “fin para sí”, claramente se muestran críticos con la “legitimidad” que revisten los representantes en estos espacios. En este sentido, AdUSS consecuente con su visión acerca de la participación en estos espacios, considera quienes están representando actualmente a los usuarios no son representativos del resto sino que utilizan estos espacios para la legitimación de sus propios intereses.

5.1.3 Escaso nivel de Información

La mayoría de los actores entrevistados creen que la escasa información con la que cuentan usuarios y trabajadores es uno de los mayores obstáculos a la hora de actuar en los espacios institucionales. Desde las propias organizaciones de usuarios y trabajadores, así como también desde el Poder Ejecutivo, se reconoce que muchos de los participantes los CCA no tienen claro cuáles son los objetivos de estos espacios, ¿para qué fueron creados?; ¿Cuál es su cometido central y de qué manera cada organización debe ejercer su papel? , por lo que se termina claramente desdibujando su propósito inicial.

Al respecto la representante del MUSPP sostiene: *“El consejo consultivo tiene dos trabajador, dos usuarios y dos del los prestadores, entonces ahí es donde se dirime los conflictos muchas veces de gestión, pero los usuarios tienen que llevar siempre propuestas de trabajar en la comunidad, que muchas veces no la tienen clara pa que son esos espacios, los trabajadores tampoco la tiene clara y llevan ahí los reclamos salariales* (Fragmento entrevista Lilian Rodríguez; 25-05-2010).

Haciendo también referencia al funcionamiento de los CCA, Elena Clavel sostiene: *“De hecho ése es un espacio que apenas está instalado, que apenas lleva un año de instalado, se instalaron en octubre de, no perdón dos años en octubre de 2008, van a cumplir dos años. Y bueno, apenas está comenzando a encontrarse cual es exactamente su rol. Uno podría creer que los trabajadores tenían ya un aprendizaje para participar de esos lugares y sin embargo los trabajadores, acá mismo sus representantes, se hacen la autocrítica de que no saben utilizar este espacio como un espacio diferente a lo que es una bipartita, una negociación salarial o de condiciones de trabajo.* (Fragmento entrevista Elena Clavel)

En el caso de los trabajadores al igual que los usuarios y el Poder Ejecutivo se reconoce esta dificultad: *“... se ha notado mucho en los CCA en la medida de que el colectivo de usuario y de trabajadores recién empieza a ver de que ahí “no es para pedir un aumento salarial o mejorar las condiciones de trabajo ” , ahí es para analizar el proceso institucional desde el punto de vista de lo económico-financiero, desde el punto de vista de la inversiones, desde el punto de vista de los planes estratégicos que tienen, desde el punto de vista de la aplicación de lo que dice la ley de reforma del sistema y bueno en esos temas se notan debilidades y dificultades”* (Fragmento entrevista Francisco Amorena 30/06/2010).

Por último, los Prestadores Privados parecen coincidir en la evaluación de que todavía no está claro, desde el punto de vista de los distintos participantes, aspectos del funcionamiento de acuerdo a los objetivos para los cuales fueron creados, sin embargo destaca que se trata de un “aprendizaje mutuo” al cual se debe atender para dar cauce a estos espacios. En este sentido, el ex-representante de los prestadores privados sostiene: *“...en el caso de los trabajadores pueda pasar que lleven los reclamos salariales a esos espacios, es evidente. Las organizaciones deben fortalecerse, los usuarios recién están*

naciendo, esto va a llevar tiempo, es tanto el aprendizaje necesario que quien no conoce los objetivos y para que están estos espacios es porque no leyeron ni la ley ni el decreto reglamentario, si leen la ley 18.211 y el decreto reglamentario hay esta bien claro cuáles son los objetivos, es bien claro para que están los consejos consultivos, hay están todas las facultades en forma determinada, entonces es un tema de formación mutua. (Fragmento entrevista Julio Martínez, ex representante de los prestadores privados en la JUNASA).

5.1.4 Soporte Institucional débil

La mayoría de los entrevistados entienden que los usuarios son quienes se ven más perjudicados en materia de asesoramiento, infraestructura y disponibilidad de tiempo, entre otros. En este sentido, Elena Clavel, representante del poder ejecutivo, sostiene en referencia a los usuarios: *"...es el que viene como ciudadano, viene con menos organización atrás entonces, no tiene soportes, muchas veces no tiene anclaje en la base, porque está en el lugar más alto, pero faltan los lugares del medio. Entonces al mismo tiempo que se sentó acá, hizo un esfuerzo enorme en estos dos años por tratar de generar algunas puntas en el territorio, algunas bases en el territorio.* (Fragmento entrevista Elena Clavel, MSP; 29/06/2010). En el mismo sentido la representante del MUSPP sostiene: *Nosotros sentimos que somos el último que llega a una fiesta que ya esta empezada que cuando entran los usuarios, hace dos años, tenemos organizaciones como los trabajadores que tienen cien años, tenemos a los prestadores que esto tiene historia...estamos como dando examen, damos un paso y como que nos miran con mucha lupa"* (Fragmento Entrevista Lilian Rodríguez; 25-05-2010).

La mayoría de los entrevistados coinciden en que estas diferencias en lo relativo al "respaldo institucional" generan relaciones de poder asimétricas dentro de los espacios. A continuación citamos un fragmento de la entrevista con Lilian Rodríguez (representante de los usuarios en la JUNASA) que resume en parte lo antes dicho: *"Creo que existe una lógica, mira en este mes perdimos una muy grande, nosotros queríamos elecciones en los consejos consultivos y asesores y los trabajadores dijeron que no y que se retiraban, entonces nosotros salimos perjudicados y del Ministerio salio un decreto de que había postergación por un año, dentro del Movimiento causo una bronca muy grande, pero si vos te pones en el lugar del ministro vos decís ¿con quién me enfrento?; ¿Con los trabajadores o los usuarios?; ¿Quiénes son los que hoy tiene más poder?"* (Fragmento Entrevista Lilian Rodríguez; 25-05-2010).

Por otra parte, desde el punto de vista de los trabajadores, la rapidez con la que se produjeron los cambios en el sistema de salud y específicamente la incorporación de los trabajadores en los espacios institucionales colectivos de participación impidió que la organización estuviera preparada para enfrentar los desafíos propuestos, dejando en evidencia las relaciones desiguales de poder: *"... aparece un tema que es que lo formal, de alguna manera va más rápido que lo real y entonces sucede que hay dificultades para que tanto trabajadores como usuarios puedan enfrentar, en el buen sentido de la palabra, a los representantes institucionales en la iniciativa de cómo funcionar que cosas proponer y*

como resolverlas, de alguna manera quienes manejan las instituciones tienen una historia una capacitación, digo están en eso, por lo tanto tienen una ventaja” (Fragmento entrevista Francisco Amorena 30/06/2010).

5.2 Factores atribuidos a las instituciones

5.2.1 Marco legal

Con esta categoría nos referimos a los obstáculos identificados por los entrevistados en todo lo relativo al marco regulatorio de los espacios considerados.

El principal argumento de los nuevos participantes (trabajadores, Usuarios y prestadores privados) en cuanto a el marco regulatorio es qué el control del estado es absoluto en el sistema, lo que opaca claramente la capacidad de influencia de los actores en la toma de decisiones. Este argumento toma peso sobre todo a la hora de la consideración de la participación en el directorio de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y sobre todo en la Junta nacional de Salud (JUNASA). Debemos recordar que la integración de este órgano se conforma por cuatro miembros del Poder Ejecutivo; dos a propuesta del MSP (uno presidirá); uno a propuesta del MEF y otro a propuesta del BPS; un representante de los prestadores de servicios de salud que integren el SNIS, un representante de los trabajadores y un representante de los usuarios. Por tanto el espacio se conforma por 7 miembros, 4 del Poder ejecutivo y 3 “nuevos” participantes. En el caso de ASSE su directorio está integrado por cinco miembros, tres representantes del ejecutivo y dos representantes sociales por lo que el control del estado también. En el caso de los Consejos Consultivos y Asesores de los prestadores privados su integración es de seis miembros, dos representantes de el prestador, dos de los trabajadores y dos de los usuarios. Si bien para este caso los representantes sociales son numéricamente superiores en este espacio no cuentan con poder de decisión, estos espacios no tienen carácter vinculante por lo que queda desdibujada la fuerza potencial de este actor medida por la cantidad de bancas a ocupar.

Tanto MUSPP como AdUSS consideran que el marco regulatorio en lo relativo a la integración de los espacios, deja en posición “minoritaria” al usuario. Esta consideración parece estar hecha en base a que 1) el Marco legal no establece la igualdad numérica para integración de algunos espacios. 2) la dificultad de establecer alianzas con sectores afines.

Para AdUSS la participación del usuario, desde el punto de vista de lo que establece la ley, en los espacios propuestos por la reforma del sistema de salud es “nominal” en cuanto a que integran al usuario desde un lugar que lo vuelve incapaz de disputar su visión con la del poder ejecutivo, por tanto para este actor, se termina cooptando la capacidad de influencia sobre la toma de decisiones: *“los usuarios tiene apenas un voto en la Junta Nacional de Salud mientras que el Estado tiene 4 y los trabajadores y las mutualistas uno cada uno (art.24). Los usuarios son mayoría y deben tener más participación. La*

presencia del Estado en todo este sistema es predominante” (Documento-borrador “exposición de Motivos AdUSS sobre ley SNIS”; 24/04/07).

Por su parte el MUSPP comparte la idea de que el marco regulatorio de los espacios de participación dejan al usuario en “minoría” aunque le adiciona un elemento más a tener en cuenta. Sostienen qué la hipótesis de una posible alianza con sectores afines a sus intereses, por ejemplo con los trabajadores, que tenderían a fortalecer su capacidad de influencia en los espacios, hasta ahora no ha sido posible de concretar, lo que en consecuencia desde la óptica de este actor “desmejora” la situación : *“los trabajadores, ya te aclaro, no son nuestros aliados” Más allá que los trabajadores, ya te aclaro, no son nuestros aliados, por que ellos no van a ir nunca contra el patrón, si puede afectar sus intereses salariales mientras que nosotros pa empezar somos todos honorarios, tamos convencidos de que este país necesitaba una profunda reforma de la salud, no miramos a nuestros compañeros y les preguntamos si son blancos, colorados o frenteamplistas sino que consideramos que el derecho en salud es para toda la población”*. (Fragmento Entrevista Lilian Rodríguez; 25/05/2010). Los trabajadores sin embargo se muestran abiertos a generar alianzas con las organizaciones de usuarios desde el entendido de que presentan una doble condición, la de “trabajadores” y la de “usuarios”, el MUSPP a su vez parece discrepar con que el “usuario” al que se refiere los “trabajadores” sea el mismo “usuario” al que ellos se refieren en el sentido de que el “trabajador” antes que usuario es precisamente “trabajador” y responde a la lógica de la organización que representa. En este sentido el Sr. Amorena Sostiene: *“En el caso de los usuarios de salud como en los CCA participan trabajadores de la empresa y usuarios de esa empresa es muy claro de que hay un trayecto común en el sentido de que son organizaciones sociales que tiene un espacio en común para actuar y que deben desarrollar políticas donde, y fundamentalmente los trabajadores pueden transmitir les pueden ayudar a que los usuarios se organicen*. (Fragmento entrevista Francisco Amorena 30/06/2010).

Por su parte los prestadores privados sostienen que no son solos los usuarios quienes están en situación de “minoría” sino que éste es también el caso de los prestadores privados, coinciden con AdUSS que el control del estado en los espacios como la JUNASA y ASSE es absoluto. En un documento elaborado por la Federación Médica del Interior (FEMI)²³ en el cual se realiza una consideración genera respecto de la ley 18.211 se señala como una de sus conclusiones que: *“La fuerte concentración y centralización de funciones y poder en un organismo como la Junta Nacional de Salud, persona de derecho público, en cuyo órgano de dirección el control estatal es absoluto.”* (Consideraciones FEMI ley 18.211; 26/04/2007; documento disponible en: <http://www.femi.com.uy/gen/sistemaSalud/sistemaSalud181A.htm>).

²³ CONSIDERACIONES de FEMI acerca del PROYECTO de LEY SISTEMA NACIONAL INTEGRADO de SALUD. REALIZADAS en la COMISION DE HACIENDA INTEGRADA con SALUD PUBLICA del SENADO, el día 26 de ABRIL de 2007. EN: <http://www.femi.com.uy/gen/sistemaSalud/sistemaSalud181A.htm>

Por otra parte los prestadores privados consideran que la participación que se establece en el artículo 11 de la ley 18.211 (Disposición que alude a la creación de los CCA) afecta los derechos de estas organizaciones: *“La cogestión con funcionarios y usuarios de forma preceptiva, entendemos que lesiona los derechos de estas empresas que optaron por organizarse de conformidad con las disposiciones actualmente vigentes, asumiendo sus propios riesgos, sus órganos de control internos y externos sin otro fiscalizador que sus propios dueños y el propio estado para ciertos puntos especialmente previstos en la ley.”* (Consideraciones FEMI ley 18.211; 26/04/2007; documento en: <http://www.femi.com.uy/gen/sistemaSalud/sistemaSalud181A.htm>).

Por otra parte, AdUSS destaca como punto negativo el hecho de que no se lo considero para participar en el primer consejo consultivo convocado para la instancia de discusión de la ley en el periodo previo a la reforma: *“Nunca me invitaron para la discusión de la ley nueva, porque yo le pregunté a Lescano que es el presidente del programa del frente que me diera el proyecto de ley de salud. Me dijo nunca se escribió, nunca se pensó en eso, Bimba no hay nada y a la vez no...”* (Fragmento Entrevista Eloisa Barreda; 28/06/2010). En el mismo sentido, la Sra. Barreda en una entrevista para el diario “El País”, declara que: *“Esta nueva administración nos quitó el apoyo. No nos invitó a participar, cuando creo que nosotros tenemos ya credenciales suficientes... Nos sacaron el 0800 de consulta de los usuarios y no nos invitaron al Consejo Consultivo. Y luego pusieron a trabajar a gente de los centros comunales designada a dedo, que está vinculada políticamente al gobierno”* (Diario “El País”; “Polémica por representación de usuarios en el sistema de salud”; Entrevista a Eloisa Barreda; 14/10/2007). Por su parte el poder ejecutivo señala contrariamente a lo que sostiene AdUSS que el intento de integrar las experiencias preexistente a la hora de “pensar” la ley, fue realizado, aunque reconoce que AdUSS no participo de esas instancias : *“...tenemos en nuestro país una rica experiencia en usuarios por organizados para proveerse de servicios o para participar en las políticas de prevención... Mucha tradición en lo que son usuarios organizados por ejemplo a través de asociaciones de enfermedades, de los familiares de los enfermos de salud mentales, de los diabéticos, yo que se hay una larga gama de organizaciones... Todos esos son elementos de participación que nosotros intentamos recoger en el sentido de potenciar sus mejores elementos y no desconocerlos...”* (Fragmento entrevista Elena Clavel, MSP; 29/06/2010).

A diferencia de AdUSS que realiza una crítica más global en cuanto al funcionamiento del sistema, el MSUPP lo hace de manera más focalizada aludiendo al funcionamiento específico de uno de los espacios, los “Consejos Consultivos y Asesores”.

En este sentido, el MUSPP destaca dos problemáticas relacionadas con el marco regulatorio de este espacio a) Para los consejos consultivos de los prestadores privados, el hecho de que se establezca que estos espacios sean de carácter no vinculante genera una desafectación del usuario en la toma de decisiones, es decir quien decidirá en última instancia será únicamente el prestador; lo que lleva a considerar este espacio como un espacio meramente informativo sin “participación” b) No están

obligados a tener consejos consultivos los que tienen usuarios en la dirección de la institución, lo que genera, según este actor, un problema de “representatividad” y legitimidad del representante del colectivo de los usuarios.

Al igual que el MUSPP los trabajadores identifican la mayor debilidad en el marco legal, en lo relativo al funcionamiento de los CCA. El hecho de que estos espacios no tengan carácter “vinculante” es decir que no obliguen al prestador a acatar lo que se decida en estos espacios, genera, según este actor, un desinterés por parte de los participantes desestimulando a mediano plazo la participación: *“Hay otro elemento que de alguna manera muestra una debilidad es que en esos ámbitos no se resuelve o sea son ámbitos de consulta y de sugerencia no obligan a los trabajadores o a los usuarios o al trabajador a plantear tal o cual cosa y si la institución entiende que no tiene por qué hacer lugar. Ese es un elemento negativo por que en definitiva quien participa en esos ámbitos, quienes dan la discusión analizan los temas hacen propuestas y si del punto de vista institucional no hay interés de avanzar por ese lado por más fundamentación que haya muere encajonada. Lo cual genera en el actor social una desmotivación y en muchos casos un decir “bueno da lo mismo déjala pasar” y dedicarse a otras cosas que no son las que realmente se debería desarrollar”*. (Fragmento entrevista Francisco Amorena 30/06/2010).

5.2.2 Falta de Capacitación desde lo institucional

Con esta categoría nos referimos a la falta de capacitación desde lo institucional para atender a las nuevas formas de participación. La mayoría de los actores considera que la “capacitación” tanto del “usuario” como del “trabajador” es fundamental para poder tener una participación plena en los espacios institucionales.

El debate aquí parece centrarse en la relación entre el Estado y la sociedad civil, es decir, ¿Quién debería de ser el capacitador? ¿De qué forma se debería realizar la capacitación? ¿Debería el estado intervenir? ¿Deberían ser las propias organizaciones que de manera autónoma encuentren sus propias formas de desarrollo? ¿Asegura esta autonomía una participación más activa y eficaz?

En este sentido, la representante del Poder Ejecutivo en la JUNASA, Elena Clavel, sostiene: *“Nosotros ahora estamos discutiendo cuál debiera ser el rol del Estado en el, cuál es la diferencia entre financiamiento y promoción de la participación. Porque ahí hay todo un debate incluso con las propias organizaciones, que tiene que ver con ver al Estado como el que me financia, me sustentada y me paga para que yo, me paga los pasajes, el transporte, el papel para la fotocopia”* (Fragmento entrevista Elena Clavel, MSP; 29/06/2010).

Por su parte los trabajadores consideran que se trata de una primera etapa con la cual hay que cumplir para que los actores se visualicen el uno al otro y puedan generar estrategias de entendimiento para una eventual negociación, además paralelamente consideran que se deberían ir desarrollando líneas de trabajo para capacitar y fortalecer a los actores participantes: *“... el hecho de que existan esos*

espacios, de que haya experiencias y se este participando, aún con dificultades, es como una acumulación que permite ir sedimentando y posibilitando esta discusión de revisión a los efectos de que desde el Ministerio de Salud Pública como órgano regulador y desde la Junta de salud se puedan definir algunas líneas de trabajo que fortalezcan las capacidades de los actores para actuar en esos ámbitos. (Fragmento entrevista Francisco Amorena 30/06/2010). Consultado sobre el papel que deberían tener los trabajadores, como organización ya consolidada en la sociedad, sobre la capacitación o la transmisión de conocimiento a las organizaciones de usuarios el Sr. Amorena responde: *“Hay viene un lugar que hay que buscar el equilibrio a los efectos de que los trabajadores no coopten la organización de los usuarios por que en realidad los usuarios Tiene un papel y tiene una realidad frente a la institución en el sentido de que el trabajador es parte del poder de la organización”*.

Por último, la representante del MUSPP cree que la capacitación del usuario puede llegar a ser una de las posibles rutas de salidas aunque reconoce los desafíos que ello implica: *“...cuando existe capacitación en el usuario cuando va en serio, cuando va con capacitación, cuando va con propuestas sufre un desgaste de violencia del otro lado también, no te creas que el prestador se sienta muy contento y dice y “bueno y ustedes que es lo que precisan” sino ahora los tengo que “bancar acá dentro y ¿les voy a tener que mostrar el balance?”*.” (Fragmento entrevista Lilian Rodríguez; 25/05/2010).

5.2.3 Predominancia de la argumentación técnico científica

Este argumento esta presente sobre todo en el discurso de las organizaciones de usuarios quienes reconocen las dificultades asociadas a la ruptura del modelo “médico hegemónico” típico de los sistemas anteriores de salud. En este sentido, Lilian Rodríguez sostiene: *“...mientras siga existiendo la cabeza médica hegemónica y yo mando y yo soy el que tengo el saber, así vote la izquierda, así me raje las vestiduras por la izquierda, “mi concepción” de que yo soy el médico, no me voy a sentar con un ama de casa... nosotros, la sociedad...yo te voy a poner en el lugar del dios y en que va resolver mi vida, bajarte de ahí, como queremos nosotros ahora, pero no bajarte para pisarte sino para tener una relación más horizontal, no va a ser fácil...”*.” (Fragmento entrevista Lilian Rodríguez; 25/05/2010).

5.2.4 Síntesis

Los obstáculos identificados por los actores se presentaron en base a dos grandes dimensiones, los “factores atribuidos a los usuarios y/o población en general” y “factores atribuidos a las instituciones”

Dentro de los “factores atribuidos a los usuarios y/o población en general” se destacan como los más mencionados el “Escaso nivel de información” de los usuarios con respecto al funcionamiento de los espacios; la “falta de cultura participativa” en la población en general; el “bajo grado de organización” con el que cuentan los usuarios; la diferencia en el “soporte institucional” de cada uno de los actores; por último aparece la crisis de representatividad producto del desarrollo reciente de algunas organizaciones de usuarios.

Dentro de los “factores atribuidos a las instituciones” se encuentran la “falta de definición en el marco legal” en lo relativo a aspectos que profundicen el proceso de participación social en las “puertas de entradas”; la “falta de capacitación desde lo institucional” para atender a las nuevas formas de participación; la “predominancia de la argumentación técnico científica” y por último aparece la problemática de la “representatividad” asociada al proceso eleccionario llevado a cabo en las instituciones.

Por último, la totalidad de los actores entrevistados coinciden, en mayor o menor grado, que existen relaciones asimétricas de poder entre los actores participantes dentro de los espacios institucionales considerados (JUNASA; ASSE; CCA).

A continuación presentamos un cuadro que sintetiza lo explicitado hasta aquí.

Obstáculos identificados en la participación de los Usuarios

Puertas de Entradas	Relaciones asimétricas de poder	Factores atribuidos a los usuarios	Falta de cultura participativa	Diferencia entre la participación asegurada por ley y la "real". ¿Espacios informativos burocratizados?
			Escaso nivel de información	
			Soporte institucional débil	
			Representatividad	
		Factores atribuidos a las instituciones	Falta de capacitación desde lo institucional para atender a las nuevas formas de participación	
			Falta de definición en el marco legal	
			Predominancia de la argumentación técnico científica	
			Representatividad	

Fuente: Elaboración Propia, basado en: (Lube; Pinheiro; 2006:) (Vázquez et al; 2005) (Delgado; Vázquez; 2006). (Astrid Arévalo; 2004) (Méndez CA, Vanegas López JJ; 2010) (Escobedo; 2009) (Vázquez et al, 2002).

6. Reflexiones finales y Conclusiones

Debemos recordar que en este trabajo concebimos a la participación como “intervención” más que como “integración”, en el entendido de que, como lo mencionáramos en nuestro marco teórico, la participación entendida conceptualmente como “integración” tiende a relacionarse con una actitud “pasiva” de quien se está precisamente “integrándose” a algo. La “integración pasiva” (Velázquez; 2003) desde la crítica realizada desde la teoría marxista y de los movimientos sociales, reproduce las estructuras de poder de las clases dominantes.

La participación como “intervención” implica una actitud “activa” de quienes participan, implica reconocer en el otro un interés distinto edificado en una visión propia de la realidad e implica la construcción de relaciones de poder de tipo horizontal donde tanto el “conflicto” como el “consenso” se produzcan en un plano de igualdad, desde el entendido de qué, ninguno de los actores posee la “verdad” y es quien debe mostrar el camino a recorrer sino que debe tratarse de una construcción, donde el interés del colectivo, que en este caso es la salud de la población, sea el que prime. En este sentido Dastri Arévalo sostiene: *“De allí que la posibilidad de establecer relaciones virtuosas entre el Estado y la sociedad depende de que en el proceso de institucionalización de la participación estén presentes los principios de igualdad y libertad para todos. Así, la conformación de organizaciones comprometidas con el fortalecimiento de la democracia, incluso en su interior, es una condición del desarrollo de la institucionalidad de representación social; por ello se debe propender por organizaciones que se basen en relaciones horizontales de reciprocidad, cooperación voluntaria y no reforzar las asimetrías de poder (16).”* (Arévalo, D, A. 2004: 133).

Consideramos que los obstáculos identificados por los actores constituyen ejes de trabajo sobre los cuales se deberá profundizar en su problematización para que la participación sea “intervención” más que “integración”.

Vale repasar brevemente algunos de los argumentos identificados por los propios actores para entender de qué estamos hablando.

Si bien los usuarios reconocen el avance en la participación a través de creación de los espacios institucionales, consideran que todavía es insuficiente dado que son únicamente dos los espacios que tiene poder resolutivo. Por otra parte el control del estado en esos espacios es bastante alto, en ambos, el poder ejecutivo cuenta con más representantes que los demás actores. Vale aclarar que las decisiones en estos espacios se toman, según lo establece la ley, por mayoría simple.

Por otra parte, la capacidad de influencia de cada uno de los actores que se relaciona a el soporte institucional, el manejo de información y la experiencia organizacional deja a los Usuarios en una posición desventajosa lo que denota calramente en el funcionamiento de los espacios relaciones asimétricas de poder entre los actores.



La existencia de relaciones asimétricas de poder identificada en las “puertas de entradas” no debería de sorprendernos dado que la “participación” es en sí “...un escenario de confrontación de fuerzas (clases, actores, grupos), con distintos grados de cohesión, intereses diferenciados, recursos desiguales y apuestas divergentes sobre problemas compartidos.” (Velázquez, 2003:58).

Ahora bien, ¿Cómo interpretar estas asimetrías de poder? Consideramos que estas pueden ser vistas desde dos ópticas²⁴.

La primera surge de la visión de los propios actores. Maneja como principal argumento qué las asimetrías de poder entre los actores están relacionadas al tiempo de implementación de la reforma. Desde punto de vista se sostiene que con el avance de la reforma y el desarrollo de cada una de las organizaciones sociales las asimetrías de poder tenderán a disminuir con el transcurso del tiempo. Este argumento es el que sostiene la mayoría de los actores entrevistados en este trabajo.

El desafío, en este sentido, aparece asociado a la capacidad del sistema en continuar generando cambios para modificar lo que no está funcionando como debería, y por otro lado a la capacidad de las propias organizaciones sociales en generar estrategias para desarrollarse, en el caso de los usuarios, y capacitarse, en el caso de los trabajadores y usuarios, para que la participación en los espacios sea más efectiva.

Tanto el desarrollo de las organizaciones de usuarios, en lo relativo a la capacitación, el soporte institucional, la cultura participativa y el avance en el marco regulatorio serían factores a corregir con el transcurso del tiempo.

Es decir qué, para los actores, básicamente se trata de un proceso que debe ir en dirección del fortalecimiento de las organizaciones a las cuales representan y del reconocimiento mutuo entre los actores participantes. Los actores consideran, por tanto que, el hecho de que los usuarios como los trabajadores fortalezcan sus organizaciones en la dirección de la capacitación de sus representantes para el accionar en los espacios institucionales y el hecho de que se construyan estrategias a partir del conocimiento y reconocimiento de los demás actores, son fundamentales para avanzar en dirección contraria a las asimetrías de poder.

El tiempo de implementación de la reforma entonces, desde esta óptica, resulta central. Este parece ser el argumento principal que sostienen los actores participantes de los espacios.

Ahora bien, también podríamos pensar que estas asimetrías no responden únicamente a factores particulares sino que también son producto de factores macro-sociales. Desde esta postura no basta únicamente con dejar pasó al tiempo para que las distancias entre las asimetrías tiendan a disminuir sino que es necesario modificar de fondo las estructuras que las reproducen. Debemos considerar que, como

²⁴ Vale aclarar que se incurriría en un error si se considerase que las relaciones asimétricas de poder responden únicamente a las posturas aquí expuestas, simplemente nos interesa reflexionar a través de la exposición de posibles escenarios, que además pueden perfectamente no ser posibles, sin embargo, nos resultan útil a los efectos de este trabajo de carácter exploratorio.

lo mencionáramos anteriormente, *“Los actores pueden legitimar su poder y dominación a través de las estructuras sociales que reproducen sus intereses y que crean relaciones dinámicas de autonomía y dependencia. Así, el conflicto es inherente al poder y el poder es inherente a las relaciones sociales”*. (Flores, Ruano, Funchal; 2009:38-39).

Desde un enfoque Gramsciano estas relaciones asimétricas de poder podrían ser vistas como el diagnóstico típico de las relaciones que se producen al interior de la estructura del estado.

Debemos recordar que para Gramsci el Estado es hegemónico, la sociedad política es la encargada de ir modelando mediante la hegemonía cultural y política esa estructura. La manera por la cual la “sociedad política” se “asegura” esa continuidad es precisamente incorporando los reclamos de la “sociedad civil”, de esta manera se lleva a cabo una “revolución pasiva” que, en palabras de Gramsci, no modifica sustancialmente el “bloque” hegemónico, pero logra incorporar la demanda bajo sus reglas de juego y por tanto extender su dominación. ¿Qué queremos decir con esto?

Que el hecho de incorporar a la “sociedad civil” (en nuestro caso a los “usuarios de la salud”), a espacios institucionales podría ser visto como una de las formas de la “revolución pasiva”, es decir que se pretende generar un cambio pero respetando la estructura hegemónica edificada por la “sociedad política”.

Debemos considerar que el consenso para Gramsci puede ser visto como una forma de extensión de la “hegemonía” en el sentido de que la “sociedad política” es quien pone los límites del acuerdo y no la “sociedad civil”.

Ahora bien, si consideramos esta idea de la “revolución pasiva”, algunas de las preguntas que nos surgen son ¿Cómo podemos evitar que la participación social que se da en las instituciones no termine siendo funcional a la reproducción de un modelo anterior que tiende a ser hegemónico?; ¿Se corre el riesgo de silenciar las organizaciones de usuarios mediante la incorporación a los espacios de decisión en la estructura estatal?

En relación a la primer pregunta, Dastrid Arévalo (2004), aludiendo a la relación entre el estado y la sociedad civil, nos alerta sobre algunos caminos que puede tomar la “institucionalización” de la participación: *“Entre las potencialidades de la participación ciudadana en la esfera de lo público-estatal se encuentra la posibilidad de incrementar la representación social en la conducción de los asuntos públicos. Sin embargo, la manera como se implemente la participación podrá dar lugar a fenómenos adversos como la corporativización del aparato estatal o una mayor despolitización social, situaciones que redundarían en el fortalecimiento de las asimetrías en la representación política y social (16)”* (Arévalo, D, A. 2004: 133).

En relación a la segunda pregunta, Arévalo²⁵, alude a dos puntos de vistas, uno que concibe a la participación como expresión de la democracia política y que se encuentra directamente vinculado al proceso de desarrollo y al cambio social y por tanto considera que: *“...los gobiernos pueden intervenir*

²⁵ Arévalo, D, A. 2004. “Participación Comunitaria y Control Social en el Sistema de Salud”. *Rev. Salud Pública*. 6 (2): 107-139.

en el desenvolvimiento socioeconómico integrando a la población en los procesos de planificación y en la ejecución de programas.”(Arévalo, D, A. 2004: 109), y otro que sostiene que ambos procesos se dan de forma independiente, es decir que las practicas-participativas tiene origen el formas de organización autónomas que son distintas a las promovidas por los gobiernos, en este sentido sostiene que: ... *“la participación que nace de la misma comunidad resulta más activa y por tanto más eficaz...”* (Arévalo, D, A. 2004: 109).

Claramente la respuestas a estas preguntas exceden largamente el cometido del presente trabajo, quedan a futuro, las consideraciones que puedan realizarse por quienes decidan continuar en el estudio de la participación social en salud en el marco de esta reforma del sistema de salud.

Vale aclara que no consideramos, con esta idea de “revolución pasiva”, se esté frente a un diagnostico determinista de la realidad sino que lo consideramos uno más de los factores a tener en cuenta a la hora del análisis. Tampoco consideramos aquí que la salida a esta “revolución pasiva” se construya únicamente mediante el “conflicto”, sino que el “poder”, como lo concebimos en este trabajo, debe ser construido desde el “consenso”.

El poder entendido como la capacidad de generar cambios en la sociedad implica tanto el “conflicto” como el “consenso”. Desde la perspectiva del “consenso”: *“Es la capacidad humana de actuar en conjunto. Así, el poder no es propiedad de un actor sino de un grupo social y se genera a través de la creación de agencia”*²⁶ (Flores, Ruano, Funchal; 2009:38-39). En este sentido, cconsideramos que será en el accionar concreto, en la interacción entre los actores que deberá construirse un significado construido colectivamente de “participación social en salud” que permita unificar estrategias de acuerdo a una concepción común entre los actores. En este sentido, vale recordar, que desde el interaccionismo simbólico, se sostiene que *“Los seres humanos actúan hacia las cosas sobre la base de los significados que éstas tiene para ellos”* y qué *“El significado de tales cosas se deriva, o surge, de la interacción social, que uno tiene con los demás”*. (Schwartz; Jacobs; 1984: 47).

A modo de corolario, lo que queremos destacar como principal conclusión de este trabajo es que si bien la participación social está asegurada a través de un marco legal, existen una serie de condicionamientos que hacen que las relaciones de poder entre los actores sean asimétricas y que por tanto la capacidad de influencia en la toma de decisiones en estos espacios sea desigual, lo que termina generando un desencuentro entro lo que la ley propone y lo que realmente sucede en los hechos (Astrid Arévalo; 2004) (Méndez CA, Vanegas López JJ; 2010). (Escobedo; 2009). (Lube; Pinheiro; 2006:) (Vázquez et al; 2005) (Delgado; Vázquez; 2006).

A través de este trabajo nos planteamos conocer las perspectivas de los usuarios de la salud sobre los espacios institucionales colectivos de participación social generados a partir de la reforma de salud,

²⁶ H. Arendt, *On violence* (Harcourt, 1969-1970).

transitamos por las distintas concepciones sobre participación social en salud que cada actor expuso y sobre los obstáculos que fueron por ellos identificados.

Teniendo en cuenta que este trabajo fue de carácter exploratorio y por tanto intento captar la perspectiva general del problema y esbozar relaciones potenciales entre variable consideramos que los objetivos fueron cumplidos. Debemos recordar, que este es fue un estudio de tipo transaccional-descriptivo, es decir que describió relaciones potenciales entre variables en un momento dado (Cambel; Stanley; 1967), por tanto su posterior revisión es central para resituar y actualizar los puntos de vista de los actores considerados en este trabajo. Creemos que resulta medular la continuidad en el trabajo investigativo para permitir el desarrollo de la producción teórica en la temática para abordar el tema con mayor precisión y profundidad

Aspectos tales como la reglamentación de los ámbitos de participación como los consejos asesores de ASSE y la JUNASA, la elección de representantes a los consejos consultivos de los prestadores del SNIS a realizarse en los primeros meses del año 2011, el desarrollo de las organizaciones de usuarios y la eventual capacitación y los trabajadores, entre otros factores, sin duda constituirán otro escenario en el que habrá que analizar nuevamente cuál será el comportamiento de algunos de los obstáculos identificados por los actores y como esto modifica o no las distintas concepciones sobre participación social en salud que cada actor construye.

Lista de Siglas

ADUSS	Asociación de Usuarios de los Servicios de Salud
ASSE	Administración de Servicios de salud del Estado
APS	Atención Primaria en salud
BPS	Banco de Previsión social
CCA	Consejos Consultivos y Asesores
FEMI	Federación Médica del Interior
IMAC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MSP	Ministerio de Salud Pública
MUSPP	Movimiento de Usuarios de salud Pública y Privada
SNIS	Sistema Nacional integrado de salud
OMS	Organización Mundial de la salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
UDELAR	Universidad de la República

Bibliografía

- Almeida, Celia. 2002. *“Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90”*. Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, 18(4):905-925.
- Arévalo, Decsi Astrid . 2004. *“Participación Comunitaria y Control Social en el Sistema de Salud”*. Rev. Salud Pública. 6 (2): 107-139.
- Bronfman, Mario; Gleizer, Marcela. 1994. *“Participación Comunitaria: Necesidad, Excusa o Estrategia? O de qué Hablamos Cuando Hablamos de Participación Comunitaria”*. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (1): 111-122.
- Bomfim Trad, Leny Alves; Azevedo, Monique; Esperidião .2009. *“Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família”*. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1, p.557-70.
- Campbell, C. & Stanley, J.: Diseños Experimentales y Cuasi experimentales en la Investigación social, Ediciones Amorroutou, Buenos Aires, 1967.
- Delgado-Gallego, María E y Vázquez-Navarrete, María Luisa. 2006. *“Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales”*. Rev. Salud Pública. 8 (2): 128-140.
- Delgado-Gallego, María E y Vázquez-Navarrete. María Luisa 2006. *“Conocimientos, Opiniones y Experiencias con la Aplicación de las Políticas de Participación en Salud en Colombia”*. Rev. Salud Pública. 8 (3): 150-167.
- Delgado Gallego, M.E; Vázquez Navarrete, M.L, Zapata Bermúdez, Yolanda; García; Mariano Hernán .2005. *“Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa”* Re.v Esp Salud Pública (79): 697-70 7.

- Eliana Labra, Maria; Aubyn de Figueiredo, Jorge St. . 2002. “*Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde*”. Rev. Ciencia & Saude Coletiva, 7 (3) 537-547.

- Escobedo Palea Seimer; 2009. *Consultoría: Estudio de base “Efecto de la participación de la sociedad civil en la formulación de políticas públicas de salud y económicas”*. CIES - Observatorio de la Salud; Proyecto de Cooperación con la Embajada Belga: Línea de Apoyo Financiamiento directo a la Sociedad Civil; Rubro: Evaluación, Primer Informe.

- Franco-Giraldo A, Palma M, Álvarez-Dardet C. 2006. “*Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980–2000*”. Rev Panam Salud Pública. ; 19(5):291–9.

- Flores, Walter; Ruano, Ana Lorena y Denise Phé, Funcha, 2009. ” *La participación social en un contexto de violencia política: implicaciones para la promoción y ejercicio del derecho a la salud en Guatemala*”. Perspective. Health and human Rights volume 11, no.1; disponible en: www.hhrjournal.org

- González Tabaré; Olesker, Daniel; Oreggioni, Ida; Setaro, Marcelo; Pradere, Gabriela; Buglioli, Marisa; Carrasco, Paula; Rodríguez, Martin; Dean, Andrés. 2009. “*La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, 2005-2009*”.

- Gramsci, Antonio: (x-1975): “Los intelectuales y la organización de la cultura”, Juan Pablos, México.

- Homedes, Nuria; Ugalde, Antonio. 2005. “*Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso*”. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(3).

- Infante, Alberto; de la Mata Isabel; López-Acuña, Daniel. 2000. “*Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias*”. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2).

- Kripper, Jorge St. ; Sapag, Jaime C. 2009. “*Capital social y salud en América Latina y el Caribe: una revisión sistemática*”. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 25(2).

- Lube Guizardi, Francini; Pinheiro, Roseni. 2006. *“Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde”*. Rev. Ciencia & Saude Coletiva, 11 (3) 797-805.

- Maceira, Daniel 2007. *“Actores y reformas en salud en América Latina”*. Nota Técnica de Saúde No. 1/2007. Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Desarrollo Sostenible, División de Programas de Desarrollo Social.

- Méndez CA, Vanegas López JJ. 2010. *“La participación social en salud: el desafío de Chile”*. Rev Panam Salud Publica. 27(2):144–8.

- Mitjavila, Myryam; Fernández, José; Moreira, Constanza .2002. *Propuestas de reforma en salud y equidad en Uruguay: ¿redefinición del Welfare State?* Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, 18(4):1103-1120.

- Osorio B., Julio A.2008.. La Salud ¿Un bien social o un buen negocio?. En *publicación: Tareas, no. 130*. CELA, Centro de Estudios Latinoamericanos Justo Arosemena: Panama. 2008. 0494-7061.Acceso al texto completo: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/panama/cela/tareas130.pdf>

- OPS/OMS .2005. *“Renovando la atención primaria de Salud en las Américas”*. Borrador para discusión. Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud.

- OPS.2009. *“Perfil de los Sistemas de salud; República Oriental del Uruguay; Monitoreo y Análisis de los procesos de cambio y reforma”*. *Sistemas y Servicios de salud (HSS-SP)”* Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

- Pérez, M. (2009). La reforma del sistema de salud en el primer gobierno de izquierda en la historia del Uruguay. Los desafíos del cambio. Documento de defensa de Tesis de Licenciatura. UdelaR-FCS-ICP

- Pellegrini Filho, Alberto. 2003. *“La información científica y el proceso de toma de decisión / Scientific information and the decision making process”*. Documento presentado en: CRICS 6 - Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud, 6, Puebla, 6-9 mayo 2003. Fuente: en: BIREME - Centro Latinoamericano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde; Organização Panamericana

da Saúde. VI Congresso Regional de Informação em Ciências de la Salud. Conocer para decidir: la información científica y técnica para las decisiones en salud. São Paulo, Bireme, 2003.

- Sanabria Ramos, Gisela; Reyes Alvarez, Iliana; Medina Gondres, Zoila ; María Báez Dueña, Rosa. 1996. “Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud.” Rev. Cubana Salud Pública v.22 n.1.
- Sanabria Ramos, Giselda. 2001. “Participación Social y Comunitaria. Reflexiones”. Rev Cubana Salud Pública 27 (2):89-95.
- Schwartz, H. Y J. Jacobs (1984). Sociología Cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad. México: Trillas.
- Vázquez, M.L.; E. Siqueira; I. Kruze; A. Da Silva; I.C. Leite. 2002. “Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina”. Gac Sanit; 16(1):30-38.
- Vázquez, ML; Ferreira da Silva Maria Rejane, ; Siquera Campos Gonzalez, Eliane ; da Silva Diniz, Alcides ; Campos Pereira, Ana Paula ; Leite Veras, Ida Cristina ; Grande de Arruda, Ilma Kruze. 2005. “Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil”. Rev. Ciencia & Saude Coletiva, 10 (sup) 141-155.
- Vázquez, M.L; Ferreira da Silva, Maria Rejane; Siquera Campos Gonzalez Eliane, ; da Silva Diniz, Alcides ; Campos Pereira, Ana Paula ; Leite Veras, Ida Cristina ; Grande de Arruda, Ilma Kruze . 2003. “Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(2):579-591.
- Delgado-Gallego, M.E y Vázquez-Navarrete, M.L. 2009. “Percepciones de usuarios y líderes comunitarios sobre su capacidad para influenciar en la calidad de los servicios de salud: un estudio de casos de Colombia y Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(1):169-178.
- Vázquez, M:L ; Ferreira da Silva, Maria Rejane ; Siquera Campos Gonzalez, Eliane ; da Silva Diniz, Alcides ; Campos Pereira, Ana Paula ; Leite Veras, Ida Cristina ; Grande de Arruda, Ilma Kruze . 2002.

“Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud en el nordeste de Brasil: Una aproximación cualitativa.” Rev. Esp Salud Pública (76) 585-594.

- Velásquez, F, González, E. 2003. *¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia?* Fundación corona Bogotá.

Referencias documentales

- Decreto Poder Ejecutivo N° 269/008 - Sistema Nacional Integrado de Salud. Se dispone que los prestadores de Servicios de Salud contarán con Consejos Consultivos y Asesores de carácter honorario, en los que estarán representados la propia entidad, sus trabajadores y sus usuarios. Publicado 10/06/2008.
- Decreto Poder Ejecutivo. CM/80 ref. 2010-12-1-01507; 24/05/2010.
- Ley 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud. CM/364. Poder Legislativo. 21/11/2007.
- Ley 18.161. Administración de los Servicios de Salud del estado como servicio descentralizado. Publicada D.O 8 ago. /007 N° 27295. Poder Legislativo. 29/07/2007.
- Ley 18.131 Creación del Fondo Nacional de Salud. Publicada D.O N° 27248. Poder Legislativo. 21/05/2007.
- OMS. Declaración de Alma Ata. 1978.
- OPS. *"Perfil de los sistemas de salud. República Oriental del Uruguay. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma"*. Washington, 2009.
- Documento: Consideraciones de FEMI acerca del SNIS realizadas en la Comisión de Haciendas Integrada con Salud Pública del Senado, el día 26 de ABRIL de 2007. Disponible en: <http://www.femi.com.uy/gen/sistemaSalud/sistemaSalud181A.htm>.
- Documento: Villar Hugo y Capote, Roberto, Documento: *Exposición de Motivos, Sistema Nacional integrado de salud*; Parlamento Nacional. S/F. Disponible en: www.parlamento.gub.uy.
- Documento borrador: Grupo de trabajo de OPS sobre la APS; OPS; 2005
- Presentación Congresos; MUSPP; Chile 22-03-2009, ppt.;
- Documento: Copia Estatutos AdUSS; 25/05/1994.

Páginas Web consultadas:

- Asociación latinoamericana de Medicina Social: <http://www.alames.org/>
- Biblioteca virtual de Salud OPS/OMS Uruguay: <http://www.bvsops.org.uy/metaiah/search.php>
 - Caderndos de Saúde Pública/ Reports in Public Health. Brasil:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0102-311X
- Federación Uruguay de la Salud. FUS/ PIT-CNT: <http://fuspitcnt.wordpress.com/>
 - Federación Médica del Interior: <http://www.femi.com.uy/>
 - Ministerio de Salud Pública del Uruguay: www.msp.gub.uy
- Movimiento Nacional de Usuarios de Salud Pública y Privada: <http://usss.org.uy/>
 - Organización Panamericana de la Salud: <http://new.paho.org/>
 - Organización Panamericana de la Salud Uruguay: <http://new.paho.org/uru/>
- Observatorio de la Salud. Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Perú:
<http://observatorio.cies.org.pe/>
 - Portal Digital Diario El País: www.elpais.com.uy
 - Portal Digital Diario La República: www.larepublica.com.uy
 - Portada Digital La Diaria: www.ladiaria.com.uy
 - Revista Panamericana de Salud Pública: <http://journal.paho.org/>
- Revista Ciencia & Saúde Coletiva.: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/>
 - Revista Cubana de Salud Pública: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
- Red de Bibliotecas virtuales de Ciencias Sociales de América Latina y el Caribe de la red CLACSO:
<http://www.biblioteca.clacso.edu.ar/>
 - Scielo Public Health: <http://www.scielosp.org/>
- Sindicato Médico del Uruguay: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/>
 - World Health Organization: <http://www.who.int>