

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

TESIS DE DOCTORADO EN SOCIOLOGÍA

Uruguay: participación social en salud y democratización de la sociedad y el Estado

Autor : Mag. Pablo Anzalone

Tutora : Dra Susana Mallo

Tribunal designado :

Mauro Serapioni, Hernán Ouviaña, Myriam Mitjavila, Alejandra López Gomez, Rodrigo Arocena

MONTEVIDEO URUGUAY

2021

RESUMEN

Al investigar el desarrollo de la participación social en salud, la presente tesis procura aportar al análisis de las transformaciones socio sanitarias en Uruguay. Es una forma de rescatar las luchas de muchas personas para construir cambios profundos en la salud. Se estudian los avances, las dificultades, las contradicciones y la complejidad de estos procesos interactuando con los protagonistas sociales mediante un diseño metodológico de IAP Investigación-Acción-Participación. A pesar de la trascendencia de la reforma sanitaria como cambio histórico, estructural e inconcluso, hay una relativa carencia de investigaciones que relacionen relevamientos empíricos con debates teóricos, jerarquizando la voz de los actores sociales e interactuando con ellos. La grave crisis sanitaria actual incrementa la necesidad del conocimiento de estos procesos, sus diferentes actores y su proyección.

La participación social en la salud es parte de las luchas por la democratización de la sociedad y el Estado en Uruguay y en Latinoamérica. Como también la educación, la seguridad social, las relaciones laborales, los derechos de las mujeres y otros campos. Las primeras décadas del siglo XXI fueron el escenario inédito de gobiernos progresistas y luego reacciones neoliberales y conservadoras en un continente marcado por desigualdad y la opresión. La democratización efectiva de la vida social y las estructuras estatales son un nudo crítico de estos procesos.

El marco teórico son las corrientes que enfatizan la reinención, radicalización, profundización de la democracia ante fuertes desigualdades y mecanismos de opresión propios del capitalismo, patriarcado, racismo y colonialismo. También como construcción de modelos civilizatorios alternativos ante las crisis de un planeta ambientalmente enfermo.

En una primera etapa (2016-2018) la investigación estuvo centrada en los organismos participativos del SNIS plasmándose en una tesis de maestría. Entre 2019 y 2021 el eje fueron las redes territoriales y comunitarias en el marco de la Red de Municipios y Comunidades Saludables.

En el primer período interactuó con instancias de formación-acción de trabajadores y usuarios que culminaron en la creación del Frente Social de la Salud en 2017. Dicho Frente realizó diversas acciones colectivas acordando una plataforma común con análisis, cuestionamientos y propuestas para el SNIS. Durante 2019 se abordaron las experiencias del Municipio A de Montevideo.

El contexto desde 2020 incorpora dos cambios trascendentes : pandemia y nuevo gobierno nacional. La pandemia es analizada en sus distintas dimensiones y estrategias de abordaje, con énfasis en el protagonismo social. La investigación se enriqueció con el accionar de la Red de Municipios y Comunidades Saludables integrada por diversos actores sociales, institucionales y académicos. En 2020 esta Red realizó 16 talleres abiertos, un Curso de Animadores de Redes Comunitarias, 6 proyectos de intervención comunitaria, Curso de Tutores, página web, canal de youtube, culminando con una evaluación participativa y sistematización de aprendizajes. En 2021 fueron 18 talleres agrupados una parte en Seminarios del Espacio de Formación de Promotores Sociosanitarios y otros abordaron la atención a la salud en 2021, la experiencia de planes locales en Canelones y la actualidad del pensamiento de Paulo Freire a 100 años de su nacimiento.

La publicación (en formato papel y digital) de un libro y la realización de 6 videos cortos sobre las experiencias de la Red MCS con apoyo de OPS fueron hitos de esta labor a fines de 2021.

La tesis interactuó con un proyecto de investigación Udelar con apoyo CSIC sobre Descentralización y Trama Local de Cuidados, del cual el autor forma parte.

Investigando todas estas experiencias se llega a conclusiones que procuran caracterizar estos procesos y aportar a los debates teóricos en las encrucijadas latinoamericanas.

ABSTRACT

By investigating the development of social participation in health, this thesis seeks to contribute to the analysis of socio-health transformations in Uruguay. It is a way to rescue the struggles of many people to build profound changes in health. The advances, difficulties, contradictions and complexity of these processes are studied interacting with the social protagonists through a methodological design of PAR Research-Action-Participation.

Despite the importance of health reform as a historical, structural and inconclusive change, there is a relative lack of research linking empirical surveys with theoretical debates, prioritizing the voice of social actors and interacting with them. The current serious health crisis increases the need for knowledge of these processes, their different actors and their projection.

Transformations in health are a fundamental part of the struggles for the democratization of society and the State in Uruguay and throughout Latin America. As well as education, social security, labor relations, women's rights and other fields. The first decades of the 21st century were the unprecedented scenario of progressive governments and then neoliberal and conservative reactions in a continent marked by inequality and oppression. Social participation and the effective democratization of social life and state structures are a critical node of these Latin American processes.

The theoretical framework is the currents that emphasize the reinvention, radicalization, deepening of democracy in the face of strong inequalities and mechanisms of oppression typical of capitalism, patriarchy, racism and colonialism. Also as the construction of alternative civilizational models in the face of the crises of an environmentally sick planet.

In a first stage (2016-2018) the research was focused on participatory organizations from the SNIS resulting in a master's thesis. Between 2019 and 2021 the axis was the territorial and community networks within the framework of the Network of Healthy Municipalities and Communities.

In the first period, it interacted with instances of training-action of workers and users that culminated in the creation of the Social Health Front in 2017. This Front carried out various collective actions agreeing on a common platform with analysis, questions and proposals for the SNIS. During 2019, the experiences of Municipality A of Montevideo were addressed.

The context since 2020 incorporates two transcendent changes: pandemic and new national government. The pandemic is analyzed in its different dimensions and approach strategies, with emphasis on social protagonism. The research was enriched by the actions of the Healthy Municipalities and Communities Network made up of various social, institutional and academic actors. In 2020 this Network held 16 open workshops, a Community Network Animators Course, 6 community intervention projects, Tutors Course, website, YouTube channel, culminating with a participatory evaluation and systematization of learning. In 2021 there were 18 workshops grouped a part in Seminars of the Training Space of Socio-sanitary Promoters and others addressed health care in 2021, the experience of local plans in Canelones and the actuality of paulo Freire's thought 100 years after his birth. The publication (in paper and digital format) of a book and the realization of 6 short videos on the experiences of the MCS Network with paho support were milestones of this work at the end of 2021.

The thesis interacted with a Udelar research project supported by CSIC on Decentralization and Local Care Network, of which the author is a part.

Investigating these experiences leads to conclusions that seek to contribute to the theoretical debates at the Latin American crossroads.

RESUMO

Ao investigar o desenvolvimento da participação social em saúde, esta tese procura contribuir para a análise das transformações socio sanitárias no Uruguai. É uma forma de resgatar as lutas de muitas pessoas para construir mudanças profundas na saúde. Os avanços, dificuldades, contradições e complexidade desses processos são estudados interagindo com os protagonistas sociais através de um desenho metodológico de Pesquisa-Ação-Participação PAR.

Apesar da importância da reforma da saúde como uma mudança histórica, estrutural e inconclusiva, há relativa carência de pesquisas que relacionem pesquisas empíricas com debates teóricos, priorizando a voz dos atores sociais e interagindo com eles. A grave crise atual de saúde aumenta a necessidade de conhecimento desses processos, seus diferentes atores e sua projeção.

As transformações na saúde são parte fundamental das lutas pela democratização da sociedade e do Estado no Uruguai e em toda a América Latina. Bem como educação, seguridade social, relações de trabalho, direitos das mulheres e outros campos. As primeiras décadas do século 21 foram o cenário inédito de governos progressistas e depois de reações neoliberais e conservadoras em um continente marcado pela desigualdade e opressão. A participação social e a democratização efetiva da vida social e das estruturas do Estado são um nó crítico nesses processos latino-americanos.

O referencial teórico são as correntes que enfatizam a reinvenção, a radicalização, o aprofundamento da democracia diante das fortes desigualdades e mecanismos de opressão típicos do capitalismo, patriarcado, racismo e colonialismo. Também como a construção de modelos civilizacionais alternativos diante das crises de um planeta ambientalmente enfermo.

Numa primeira fase (2016-2018) a investigação centrou-se nos órgãos participativos do SNIS, resultando numa dissertação de mestrado. Entre 2019 e 2021 o eixo foram as redes territoriais e comunitárias no âmbito da Rede de Municípios e Comunidades Saudáveis.

No primeiro período, interagi com instâncias de formação-ação de trabalhadores e usuários que culminaram na criação da Frente Social de Saúde em 2017. Esta Frente realizou diversas ações coletivas pactuando uma plataforma comum com análises, questionamentos e propostas para o SNIS. Durante 2019, foram abordadas as experiências do Município A de Montevideu.

O contexto desde 2020 incorpora duas mudanças transcendentais: pandemia e novo governo nacional. A pandemia é analisada em suas diferentes dimensões e estratégias de abordagem, com ênfase no protagonismo social. A pesquisa foi enriquecida pelas ações da Rede Municípios e Comunidades Saudáveis, composta por diversos atores sociais, institucionais e acadêmicos. Em 2020 esta Rede realizou 16 workshops abertos, um Curso de Animadores de Rede Comunitária, 6 projetos de intervenção comunitária, Curso de Tutores, site, canal YouTube, culminando numa avaliação participativa e sistematização da aprendizagem. Em 2021, foram 18 oficinas agrupadas em Seminários do Espaço de Formação de Promotores Socioanimados e outros voltados para a saúde em 2021, a experiência de planos locais em Canelones e a realidade do pensamento de Paulo Freire 100 anos após seu nascimento. A publicação (em papel e formato digital) de um livro e a realização de 6 vídeos curtos sobre as experiências da Rede MCS com apoio da OPS foram marcos deste trabalho no final de 2021.

A tese interagiu com um projeto de pesquisa da Udelar apoiado pelo CSIC sobre Descentralização e Rede Local de Atenção, do qual a autora faz parte.

A investigação dessas experiências leva a conclusões que buscam contribuir para os debates teóricos iniciais na encruzilhada latino-americana.

Palabras claves:

Participación social, Salud, SNIS, redes territoriales, organizaciones de usuarios, organizaciones comunitarias, sindicatos de la salud, municipios y comunidades saludables, pandemia, IAP, democratización, Uruguay, América Latina.

Key words: Social participation, Health, SNIS, territorial networks, user organizations, community organizations, health unions. municipalities and healthy communities, pandemic, PAR, democratization, Uruguay, Latin America.

Palavras chaves:

Participação social, Saúde, SNIS, redes territoriais, organizações de usuários, organizações comunitárias, sindicatos da saúde, municípios e comunidades saudáveis, pandemia, PAR, democratização, Uruguai, América Latina.

GLOSARIO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AFAM : Asignaciones Familiares del Plan de Equidad
ALAMES: Asociación Latinoamericana de Medicina Social
ANDA : Asociación Nacional de Afiliados
ANEP: Administración Nacional de Educación Pública
APS : Atención Primaria en Salud
APEX: Programa Universitario en la zona del Cerro de Montevideo
ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado
AUDAAG: Asociación Uruguaya de Animadores y Auxiliares Gerontológicos
AUDYN: Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas
BPS: Banco de Previsión Social
CAIF: Centros de Atención Integral a la Infancia
CHAD: Consejos Honorarios Asesores Departamentales
CIEN: Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Envejecimiento UDELAR.
CIMFC: Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria
COJUSAPRI: Comité de Jubilados de la Salud Privada- Onajpu
DIGESNIS: Dirección General del SNIS
ENT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles
EPUS: Espacio Participativo de Usuarios de la Salud
ESCNNA: Explotación Sexual contra Niñas, Niños y Adolescentes
FA: Frente Amplio
FEMI: Federación Médica del Interior
FEUU: Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay
FFSP: Federación de Funcionarios de Salud Pública
FNR: Fondo Nacional de Recursos
FUCVAM: Federación Uruguaya de Cooperativas de Vivienda por Ayuda Mutua
FUS: Federación Uruguaya de la Salud
GACH : Grupo Asesor Consultivo Honorario
GUIAD : Grupo Uruguayo Interdisciplinario de Análisis de Datos de COVID 19
IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IFS-FUS: Instituto de Formación Sindical de la Federación Uruguaya de la Salud
IC: Intendencia de Canelones
IM: Intendencia de Montevideo
INAU: Instituto Nacional de Adolescentes del Uruguay

INE: Instituto Nacional de Estadística
ISEF: Instituto Superior de Educación Física
JUDESA: Junta Departamental de Salud
JULOSA: Junta Local de Salud
JUNASA: Junta Nacional de Salud
MCS: Municipios y Comunidades Saludables
MEF: Ministerio de Economía y Finanzas
MEN: Microorganismos Eficientes Nativos
MIDES: Ministerio de Desarrollo Social
MYPES: Micro y Pequeñas Empresas
MYSU: Mujer y Salud Uruguay
MNUSPP: Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada
MPS : Mercado Popular de Subsistencia
MSP: Ministerio de Salud Pública
NNA: Niñas, Niños y Adolescentes
ONAJPU: Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay
OPS: Organización Panamericana de la Salud
OSN: Objetivos Sanitarios Nacionales
PIAS: Plan Integral de Atención de Salud
PIT-CNT: Plenario Intersindical de Trabajadores- Convención Nacional de Trabajadores
PNA: Primer Nivel de Atención en Salud
RAP-ASSE: Red de Atención de Primer Nivel de ASSE
REDAM: Red de Adultos Mayores
RED MCS: Red de Municipios y Comunidades Saludables
RIEPS: Red Integrada de Efectores Públicos de Salud
SACUDE: Salud Cultura y Deporte
SAN: Seguridad Alimentaria y Nutricional
SAQ: Sociedad Anestésico Quirúrgica
SAS-IM: Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de Montevideo
SMU: Sindicato Médico del Uruguay
SNC : Sistema Nacional de Cuidados
SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud
SUMEFAC: Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria
SOCAT: Servicio de Orientación, Consulta y Articulación Territorial-Mides
TUS: Tarjeta Uruguay Social
UDELAR: Universidad de la República

TABLA DE CONTENIDOS

I. Introducción y motivación	pag 1
Objetivos, preguntas, hipótesis.....	pag 5
II. Repaso a los antecedentes	pag 8
Antecedentes sobre participación en salud	pag 8
Antecedentes sobre participación en otros campos	pag 16
A modo de reflexión sobre antecedentes	pag 22
Ámbitos de participación en salud	pag 22
Ámbitos de participación en otros campos	pag 24
III. Marco Teórico. Democratización y Poder Social	pag 27
Profundizar la democracia.....	pag 28
Selectividad y contradicciones del Estado.....	pag 33
Contexto Regional	pag 38
Políticas Públicas y participación social con gobiernos frenteamplistas.....	pag 43
Una mirada sociológica a las emociones	pag 45
Marcos de la participación	pag 46
IV. Metodología de la investigación	pag 52
Estrategias metodológicas de abordaje	pag 52
Decisiones metodológicas.....	pag 60
Dimensiones investigadas.....	pag 62
Operacionalización de las dimensiones.....	pag 63
Técnicas utilizadas.....	pag 64
Coherencia entre los componentes	pag 65
V. Parámetros éticos de la investigación	pag 67
Aplicación de los principios de la Bioética.....	pag 68
Desafíos actuales de la ética en las ciencias sociales	pag 70
Posición del investigador	pag 71
VI. Experiencias de participación social en el SNIS	pag 73
Junta Nacional de Salud.....	pag 73
Juntas Departamentales de Salud.....	pag 74
Juntas Locales de Salud	pag 78
Consejos consultivos.....	pag 78
Redes de Salud	pag 78
Organización de usuarios de salud del Cerro	pag 84
Asambleas de salud	pag 86
Movimiento Nacional de Usuarios de Salud	pag 89
Representaciones sociales en el directorio de ASSE.....	pag 91
VII. Fortalezas y debilidades de la participación	pag 95
Los usuarios organizados: un nuevo actor social.....	pag 95
Las organizaciones de trabajadores	pag 96
Interinstitucionalidad y participación.....	pag 97
Debilidades, errores, autocríticas y aprendizajes.....	pag 101

Deliberación y capacidad de decisión.....	pag 105
Avances desiguales	pag 107
VIII. La pandemia y sus diferentes dimensiones	pag 109
Diversas crisis que se potencian.....	pag 109
¿Hacia dónde vamos?.....	pag 111
América Latina	pag 115
Crisis alimentaria.....	pag 117
Salud mental.....	pag 118
Sociedad digital.....	pag 119
IX. La salud puesta a prueba. Estrategias ante la Covid 19	pag 120
Sistemas de salud proactivos	pag 123
Una Salud.....	pag 124
Barrio cuida al barrio	pag 127
Situación social y salud.....	pag 127
Primer Nivel de Atención y debates estratégicos.....	pag 128
Objetivos Sanitarios Nacionales.....	pag 133
X. La pandemia en Uruguay	pag 135
Fortalezas acumuladas.....	pag 137
Distintas etapas de la pandemia.....	pag 139
Reduccionismos e integralidad.....	pag 140
Aspectos de un abordaje integral	pag 143
Agravamiento y vacunación.....	pag 146
XI. Pandemia y acción colectiva	pag 149
Sentimientos que desencadenó la pandemia	pag 149
Comunidades en movimiento.....	pag 151
Estrategia MCS y Red MCS	pag 151
Antecedentes MCS en Uruguay	pag 153
Red de Municipios y Comunidades Saludables	pag 156
Desafíos para la acción comunitaria	pag 158
Movimientos sociales y estrategias ante la pandemia.....	pag 159
Nuevo gobierno, crisis y resistencias.....	pag 162
XII. Salud mental en contextos de pandemia	pag 164
Red MCS y Salud Mental	pag 168
Primeros Auxilios Psicológicos.....	pag 172
Plan Municipal de Salud Mental	pag 174
XIII. Participación y personas mayores	pag 175
Diferentes paradigmas.....	pag 176
Formas de Organización.....	pag 179
Movimiento por las personas que viven en residenciales.....	pag 183
Debilidades de los movimientos sociales	pag 183
Centros Diurnos: estrategias descentralizadas de prevención.....	pag 187
La experiencia de la Intendencia de Montevideo.....	pag 188
Gobierno, organizaciones sociales y Sistema Nacional de Cuidados.....	pag 190

XIV. Discapacidades: “nada sobre nosotras, sin nosotras”	pag 191
Consejo de Personas con Discapacidad	pag 193
XV. Comunicación y participación social en salud	pag 197
Comunicación como campo de tensiones.....	pag 198
¿Receptores pasivos y uniformes?.....	pag 199
Cuatro campos de la comunicación en salud.....	pag 200
Comunicación y pandemia	pag 204
Perspectivas de la comunicación comunitaria.....	pag 205
XVI. Análisis de las acciones de la RED MCS	pag 206
Experiencias del Municipio A en 2019.....	pag 206
Red MCS.....	pag 212
Análisis de las reuniones de la Red MCS.....	pag 212
Nuevas articulaciones.....	pag 216
Talleres abiertos.....	pag 217
Evaluación y sistematización de las experiencias.....	pag 225
Actividades de la Red MCS en 2021.....	pag 226
Talleres en 2021	pag 230
XVII. Formación acción para la participación	pag 236
Curso de Animadores de Redes Comunitarias.....	pag 237
Proyectos elaborados.....	pag 243
XVIII. Desigualdades y participación	pag 251
Desigualdades socio territoriales.....	pag 256
Covid: Crisis de las desigualdades.....	pag 259
Dimensiones subjetivas.....	pag 261
Desigualdades en salud.....	pag 261
Desigualdades en Uruguay.....	pag 267
XIX. Evaluación participativa en salud	pag 270
Enfoques participativos en evaluación.....	pag 270
Sistematización de experiencias.....	pag 272
Evaluación y sistematización en la Red MCS.....	pag 274
XX. Nudos críticos de los procesos latinoamericanos	pag 281
Selectividad estratégica del Estado y gobiernos progresistas.....	pag 281
Gobiernos progresistas, Estado y democracia.....	pag 283
Reformas y utopías reales.....	pag 287
XXI. Conclusiones	pag 290
XXII. Conclusiones desde los objetivos de la investigación	pag 317
Referencias bibliográficas	pag 335
Anexos	pag 354

Listado de anexos:

I. Guía de trabajo para actores sociales en las Judesas

- II. Aportes del IFS FUS sobre Objetivos Sanitarios Nacionales 2017
- III. Lineamientos de trabajo de la Organización de Usuarios de Salud del zonal 17 del Municipio A
- IV. Plataforma programática del Frente Social de la Salud 2017
- V. Propuesta del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud en el Dialogo Social de 2016
- VI. Informe de Junasa sobre Principales temas tratados en JUDESAS y JULOSAS 2017.
- VII. Informe de Junasa sobre Cantidad de sesiones de Judesas y Julosas en 2017
- VIII. Informes sobre Consejos Consultivos en ASSE a enero 2018
- IX. Aportes de IFS FUS a OPS/OMS con motivo de los 40 años de ALMA ATA.
- X. Documento Fundacional del Movimiento Movimiento para el Cuidado y Garantía de Derechos de Personas que viven en Establecimientos de Larga Estadía y de sus Familiares.
- XI. *La investigación acción participativa (IAP) en tiempos de pandemia. Un proyecto y sus emergentes.* Presentación del Soc. Rodolfo Levin en II Jornadas de Extensión de Fac. Medicina Udelar.
- XII. Cuadro de Talleres Abiertos de la Red MCS durante 2020
- XIII. Espacio de Formación de Promotores de Salud. Proyecto aprobado por la Red MCS
- XIV. Pauta de entrevistas a representantes de usuarios en JUDESAS
- XV. Pauta de entrevistas a representantes de trabajadores en JUDESAS
- XVI. Aportes al Dialogo Social en Salud. Propuesta de FUS sobre Personal de Salud
- XVII Informes de trabajo de campo de la primera parte de la investigación 2016-2018
- XVIII Pauta para entrevistas a referentes de organizaciones y redes comunitarias de Personas Mayores 2020-2021
- XIX. Pauta para entrevistas a responsables (actuales y anteriores) de políticas institucionales en materia de Personas Mayores y Cuidados socio sanitarios 2020 2021.
- XX . Percepciones sobre la Red MCS y Epílogo (OPS) del libro *Red MCS en Uruguay . Experiencias de salud comunitaria, trabajo en red, formación/acción en contextos de pandemia.* Octubre 2021. RMCS-OPS.
- XXI. Declaración del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada sobre la crisis e intervención en la mutualista Casa de Galicia. 28 de octubre de 2021.
- XXII. Declaración de la Organización de Usuarios de Salud del Oeste sobre desnutrición en embarazadas y niños pequeños. 27 de octubre 2021.

I. INTRODUCCIÓN Y MOTIVACIÓN

Latinoamérica es un continente donde las estructuras y prácticas autoritarias están profundamente enraizadas a lo largo de la historia, desde la esclavitud de poblaciones afroamericanas o el exterminio de pueblos indígenas y las relaciones coloniales de dominación a las dictaduras militares y el terrorismo de estado. En ese contexto los diversos gobiernos de izquierda que surgieron a comienzos del siglo XXI son un hecho trascendente. Durante estos gobiernos se crearon o se potenciaron experiencias de democratización en diversos campos de la sociedad y el Estado que constituyen un nudo crítico para diferentes formas de hacer política. Son procesos que surgen luego de los intentos revolucionarios en los años sesenta, de las dictaduras, el terrorismo de Estado de los 70 y la ofensiva neoliberal de los 90. Las luchas sociales y en particular las resistencias al neoliberalismo hegemónico fueron un factor fundamental para la llegada de estas izquierdas al gobierno¹, junto a formas de organización en el plano político partidario muy diversas. La caracterización de estos regímenes como “progresistas”, “izquierdistas”, “posneoliberales”, de “consenso nacional popular”, “neodesarrollistas” o “neoextractivistas” es objeto de debates. Algunas opiniones han pretendido establecer una diferenciación marcada entre procesos calificados de “populistas” (Venezuela, Bolivia, Argentina) y otros de carácter más socialdemócrata (Uruguay, Chile, Brasil)². A nivel latinoamericano no existió un marco teórico ni ideológico común, ni una estrategia compartida, pero los gobiernos progresistas generaron una situación continental inédita. Hubo un descenso importante de la pobreza y la indigencia, fruto de procesos de crecimiento con redistribución y de políticas sociales incluyentes. El rol del Estado se fortaleció frente a las concepciones del Estado prescindente y excluyente, propios del neoliberalismo. Existieron experiencias diferentes de afirmación institucional y democrática, en países cuya historia mostraba una larga secuela de autoritarismos y cooptación directa de la política por el poder económico y militar. La corrupción endémica en varios países de la región no fue erradicada en profundidad en todas estas experiencias (con variaciones entre los distintos países) y constituyó un talón de Aquiles con grandes costos políticos.

Un análisis más profundo de las experiencias “progresistas” tiene una vigencia singular en la coyuntura latinoamericana, caracterizada por una ofensiva derechista que obtuvo triunfos electorales en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. La victoria de Lopez Obrador en México, de

1 Véase Bringel y Falero 2016, Gerónimo de Sierra 2017, Garzón 1991

2 El concepto “populismo” tan apreciado por varias corrientes de las ciencias sociales y políticas ha sido, en mi opinión, utilizado de manera excesivamente amplia, abarcando regímenes muy diferentes entre sí, casi siempre con un sesgo crítico que se apoya en un modelo de democracia fuertemente eurocéntrico.

Alberto Fernández en Argentina y más recientemente de Luis Arce en Bolivia, así como un incremento de las movilizaciones sociales de resistencia muestran que la pugna de proyectos sociales y políticos continúa.

En Uruguay el triunfo del Frente Amplio significó una inflexión histórica frente al predominio del Partido Colorado con la alternancia episódica del Partido Nacional y la conformación prolongada de alianzas blanqui-coloradas. Durante la primera década de gobiernos frenteamplistas el crecimiento económico fue muy significativo pero a diferencia de otros períodos, fue acompañado de una mayor preocupación por la justicia social, con políticas sociales hacia los sectores más carenciados y cambios estructurales en varias áreas. Este tipo de crecimiento con políticas sociales inclusivas y ciertos niveles de redistribución tuvo consecuencias en un descenso sustancial de la pobreza y la indigencia, así como una mejora clara de la situación en todos los indicadores sociales. Subsistieron, aún así, desigualdades importantes que se expresan en mayor pobreza infantil y en la población afrodescendiente, así como por territorios. Hubo avances en la protección social y cambios fuertes en el escenario laboral con descenso de la desocupación, incremento del salario real, del salario mínimo y las jubilaciones, mayor formalización del empleo, más derechos sindicales. En Uruguay una nueva agenda de derechos en materia de género, diversidad sexual y políticas de drogas tuvo logros importantes como la legalización del aborto, la regulación legal del cannabis, el matrimonio igualitario y la ley integral para personas “trans”. También corresponde señalar que existieron obstáculos para un ejercicio pleno de algunos de esos derechos y subsisten problemas graves en cuestiones como la violencia de género y generaciones. Los avances en reducción de la pobreza, aumento del salario real, de las jubilaciones, mayor protección social y nueva agenda de derechos pueden ser considerados cambios en las correlaciones de fuerza sociales, que produjeron nuevos escenarios de disputa por la hegemonía ideológica y cultural. Las percepciones y valores predominantes en la sociedad presentaron un proceso con diferentes concepciones en pugna. El bloque en el poder existente anteriormente debió ceder espacios de gobierno aunque retuvo un gran poder en campos como el económico, mediático, judicial, religioso y militar.

Por otro lado en esta década se crearon un conjunto de formas de participación social, ámbitos de diálogo, consulta, negociación, proposición, representación, que abrieron las políticas públicas a la intervención de diversos actores sociales o incluso contribuyeron a la conformación y/o el fortalecimiento de nuevos actores (Bentancour y Busquets 2019). En uno de los capítulos de la tesis realizamos una síntesis breve de los ámbitos de participación establecidos normativamente en algunas áreas relevantes de la vida del país durante estos 15 años. El rol de los movimientos sociales relacionados con la salud, la educación, las relaciones laborales, entre otros, ha sido

importante en estos cambios generándose articulaciones distintas con el campo político y el Estado. Estos procesos aportan a los debates teóricos y políticos sobre la democracia, las formas de hacer política y las estrategias de transformación social en esta etapa histórica. La creación de coaliciones de actores sociales y/o políticos y el funcionamiento de institucionalidades democratizadoras que permiten hacer oír la voz de sectores postergados, son factores decisivos. Estos elementos condicionan la posibilidad de cambios estructurales de signo popular y su capacidad de defenderlos ante el poder de los sectores históricamente dominantes. Esa participación social incide en las luchas por la hegemonía en el conjunto de la sociedad. Los avances en esta estrategia democratizadora son heterogéneos, con logros y pendientes, aciertos y errores. Existen asimismo una variedad de formas y actores en estas transformaciones, que merecen ser investigados. Ese conocimiento es necesario para que las organizaciones sociales y las políticas públicas generen aprendizajes, superen limitaciones y resistencias, potencien sus acciones transformadoras.

El mundo vive una crisis sanitaria de enorme magnitud con la pandemia de la Covid 19 . Esta pandemia se produjo en un planeta densamente poblado (más de 7700 millones de personas), interconectado y ambientalmente enfermo (Barcena 2020). El carácter de planeta ambientalmente enfermo, es el resultado de un modelo de civilización depredador y biocida. Vivimos la mayor crisis humana de este tiempo histórico. El problema sanitario está determinando y potenciando situaciones de emergencia alimentaria, social y económica. Todavía no se conocen las consecuencias a mediano y largo plazo de estos procesos. Como otras crisis anteriores los efectos económicos mas negativos se descargan sobre los sectores populares. Los autoritarismos latentes o crecientes utilizan la pandemia para generar mayores limitaciones a las libertades públicas y los DDHH. Al mismo tiempo una explosión de solidaridad y creatividad introduce nuevos elementos en este complejo escenario.

Los Estados han cumplido un rol protagónico en esta crisis. Hasta el neoliberalismo extremista debe reconocer su papel . Pero existe una complejidad a estudiar, no son resultantes sencillas, unidireccionales, de fuerzas aisladas. En este sentido el tema de la selectividad estratégica del Estado vuelve a tener una gran relevancia en esta coyuntura. Los procesos de las primeras décadas del siglo XX en la región dejaron su huella, en avances y derechos generados así como en debilidades y contradicciones . Este concepto es una herramienta teórica relevante para analizar el Estado.

En este contexto cabe fundamentar que el objeto de la investigación son las formas de participación social en las políticas públicas en salud de Uruguay desde 2005 jerarquizando la mirada de sus actores sociales. Las características del objeto de estudio y el marco teórico seleccionado nos orientan a una investigación de tipo cualitativo, donde importan las percepciones de los diferentes

participantes. El diseño Investigación Acción Participación, con una fecunda tradición en América Latina, pero no muy frecuente en Uruguay, apunta a una interacción fuerte con la comunidad, incorporando los protagonistas sociales en todas las etapas de la investigación, para contribuir a los procesos de cambio. Las referencias a procesos de democratización en campos como la educación, la seguridad social y las relaciones laborales apuntan a enriquecer el análisis.

Las experiencias de formación acción desarrolladas desde el Instituto de Formación Sindical de FUS entre 2016 y 2018 jugaron un rol importante para la creación del Frente Social de la Salud en 2017, en la primera etapa de la investigación. A partir de 2019 y 2020 la creación de la Red de Municipios y Comunidades Saludables y sus múltiples actividades fueron un elemento central para la investigación y se volverá en espiral a esas experiencias en los distintos temas tratados.

En sinergia con la Red MCS cabe mencionar el desarrollo del proyecto de investigación de la Udelar (aprobado y apoyado por la CSIC) sobre Descentralización y Tramas Locales de Cuidados y Salud, cuyo equipo integramos junto con docentes de Facultad de Medicina, Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Enfermería, adoptando un diseño metodológico de IAP. Ambas iniciativas interactuaron con la investigación de la tesis, la facilitaron y enriquecieron. Al mismo tiempo los avances de la tesis pudieron aportar de diversas formas a esos procesos. A lo largo de este período el autor ha escrito artículos de análisis de diversos temas conectados con la tesis en diversas publicaciones como El Diario Médico, Nuestra Voz (periódico de ONAJPU), La Diaria, Semanario Crónicas, Semanario Voces y otras. Junto a los propósitos de divulgación y de compartir experiencias, reflexiones y debates hay un componente de validación con los actores sociales a partir de las respuestas y observaciones recibidas.

A lo largo de los distintos capítulos se abordarán los antecedentes, los ámbitos, las fortalezas y debilidades de la participación social en salud. La pandemia es analizada en sus múltiples dimensiones, en las estrategias y concepciones diferentes llevadas adelante, en su desarrollo en Uruguay, sus efectos sobre la acción colectiva y las preguntas que deja planteadas sobre cómo y hacia donde encontrar salidas a la crisis actual. La experiencia de la Red de Municipios y Comunidades Saludables se estudia en varios capítulos tanto en su desarrollo específico como en el abordaje integral de problemáticas como la Salud Mental, las Personas Mayores, las Discapacidades, la Comunicación Comunitaria, las Desigualdades, la Formación-Acción y la Evaluación Participativa y Sistematización de Experiencias. Luego de estos desarrollos se vuelve a las encrucijadas latinoamericanas del siglo XXI que surgen del marco teórico y de las preguntas y objetivos de la investigación. En el capítulo de Conclusiones se realiza una síntesis de varios de los principales conceptos fundamentados en los capítulos anteriores y se exponen los hallazgos o reflexiones finales de la investigación. Como capítulo agregado se reordenan las conclusiones

desde cada objetivo específico a efectos de una mejor explicación de los mismos. En los Anexos por último se recogen un conjunto de documentos importantes que van desde las pautas de las entrevistas realizadas, informes del trabajo de campo, a pronunciamientos de las organizaciones sociales sobre temas relevantes de salud desde 2016 a fines de 2021.

Objetivos, preguntas, hipótesis

Pregunta general de la investigación: ¿Cuáles son las formas, avances y dificultades de la participación social en el campo de la salud en Uruguay entre 2005 y 2021 y su relación con la reforma sanitaria y con procesos de democratización social e institucional en contextos nacionales y regionales complejos que incluyen la grave crisis actual ?

Preguntas específicas :

- . ¿Qué formas de participación social en salud se desarrollaron entre 2005 y 2021 en Uruguay? .
- . ¿Pueden caracterizarse formas de democratización de las políticas públicas dentro del campo de la salud en los primeros 15 años de construcción del SNIS?
- . ¿Cómo se desarrolló la pandemia en Uruguay, las estrategias de respuesta y el impacto en la sociedad ?
- . ¿Cómo participan los actores sociales de la salud en la realidad actual con gobierno nacional de derechas y crisis sociosanitaria ?
- . ¿En qué medida los ámbitos de participación social han logrado incidir en las políticas públicas, generar resultados en materia de salud de la población, fortalecer las organizaciones sociales involucradas y ampliar las formas de hacer política?
- . ¿Cuáles son experiencias destacables y herramientas para profundizar estos procesos participativos?
- . ¿Cuáles son los factores que favorecen la democratización de las políticas públicas en distintos campos?
- .¿Cómo se relacionan los procesos de participación social en la salud con las luchas por una mayor democratización de la sociedad y el Estado en los contextos nacionales y regionales?

Objetivo general de la investigación: Contribuir a la caracterización de procesos de participación de diversos actores sociales en la salud desde 2005 hasta 2021, en un contexto nacional y latinoamericano de luchas por mayor protección social y democratización de la sociedad y el Estado, hoy marcado por una crisis sanitaria y social de gran magnitud.

Objetivos específicos:

- 1) Caracterizar los ámbitos de participación social en la salud, a nivel nacional y local, con énfasis en las experiencias territoriales y comunitarias, sus cometidos, su efectivo funcionamiento, participantes formales y reales, roles que asumen hoy.
- 2) Analizar el contexto de pandemia, las diversas dimensiones de la crisis, las estrategias ante la misma y sus efectos en la construcción de políticas públicas y la participación social.
- 3) Analizar fortalezas y debilidades de la participación social en salud, avances logrados y problemas existentes, incluyendo antecedentes y cambios que tuvo la participación en este período, jerarquizando la mirada de los actores sociales y los aspectos emocionales involucrados.
- 4) Aportar a la construcción de herramientas en conjunto con actores sociales para la profundización de los procesos de participación.
- 5) Analizar la participación social en salud en contextos socio políticos complejos que incluyen estructuras, prácticas y sistemas de valores contradictorios y procesos en otros campos como la educación, la seguridad social, las relaciones laborales.
- 6) Aportar a una reflexión que vincule la participación social en las políticas públicas de salud con las luchas por la democratización de la sociedad y el Estado, la ampliación de las prácticas políticas, el ejercicio de derechos y los entrelazamientos de fuerzas en los procesos latinoamericanos en el siglo XXI.

Hipótesis

- La participación social en las políticas públicas en salud contribuye a generar transformaciones más profundas del sector, ejercicio de derechos, mayor control social y modelos de atención o abordajes integrales con énfasis en la prevención y promoción .
- La labor articulada de comunidad, gobiernos locales y academia en la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables es una herramienta para fortalecer la intersectorialidad y la participación en el abordaje de problemas priorizados colectivamente en los territorios.

-Existen un conjunto de dificultades para el desarrollo de experiencias participativas que provienen, entre otros factores, de la influencia de valores conservadores o individualistas, de la ausencia de una estrategia clara desde el sistema político (o sus contradicciones) y de micro-poderes presentes en los servicios de salud que reproducen modelos sanitarios fragmentados, verticales o autoritarios, así como debilidades y orientaciones diferentes en los movimientos sociales.

-Las experiencias exitosas son oportunidades para aprendizajes que van desde diagnósticos participativos a planes o líneas de acción ante los problemas priorizados, con énfasis en el involucramiento activo de la comunidad. Existen fortalezas en los movimientos sociales uruguayos que se apoyan en valores y estrategias de unidad, resistencia y solidaridad, con capacidad de crítica y propuesta así como de gestación de alianzas con diversos actores, incluyendo la academia e interacciones con los distintos niveles de gobierno para resistir coyunturas adversas sin abandonar la perspectiva de profundizar estos procesos.

-Las modificaciones del escenario político nacional (y en cierta medida regional) por el triunfo electoral de una coalición neoliberal pueden tener efectos importantes en las características de estos procesos y en las posibilidades de democratización de dichas políticas públicas. El deterioro de la protección social en el medio de una crisis socioeconómica grave, la priorización del déficit fiscal, las lógicas de reducción del Estado y las concepciones contrarias a la participación social, agregan nuevos obstáculos que incrementan los efectos negativos de la coyuntura actual de pandemia.

-El nuevo escenario sanitario, político y social asociado a la pandemia del Covid 19 y al nuevo gobierno modificó las condiciones de esta participación pero no impidió un rol importante de las fuerzas sociales tanto en los debates como en las acciones colectivas y solidarias.

- En un continente marcado historicamente por la concentración anti-democrática del poder, políticas represivas hacia el conflicto social, y fuertes mecanismos de opresión de clase, étnicos y patriarcales, la lucha por la democratización de la sociedad y de los Estados es un eje central. Revertir la “selectividad estratégica del Estado” (Monedero 2019) a favor de las oligarquías exige cambios en las correlaciones de fuerza y relaciones de poder en muchos campos de la sociedad a través de procesos democratizadores. La participación social en salud se inserta en esos procesos que involucran tanto a la sociedad como al Estado.

Cabe señalar que lo reciente de la crisis pandémica, su complejidad y múltiples dimensiones, hacen difícil una reflexión más decantada, le otorgan un cierto carácter de provisoriedad a las conclusiones y refuerzan la necesidad de seguir investigando.

II. UN REPASO A LOS ANTECEDENTES

Antecedentes sobre participación social en salud

La literatura sobre el tema destaca que las políticas de participación social en salud no son algo nuevo en América Latina (Vazquez et al 2000 pp 37). Desde las múltiples experiencias locales comunitarias a diversas reformas de los sistemas de salud que han promovido la participación social nos encontramos con objetivos y resultados muy distintos. Por lo tanto usar ese concepto requiere esclarecer el significado que se le otorga y definir cuales son los objetivos que se busca obtener con su utilización (Menéndez 1995 pp 7-37). La forma como el tema fue propuesto en la creación del SNIS en Uruguay tiene especificidades relacionadas con definiciones fundacionales de este sistema de salud y con la experiencia acumulada en los sindicatos y movimientos comunitarios (FUS 2015 pp 165, Fernández Galeano 2009 pp 13) y en la institucionalidad del país ³.

A nivel internacional (y nacional) existen pocas investigaciones empíricas sobre participación social en salud en las últimas décadas. Diversos estudios (Serapioni 2018) señalan la escasez de investigaciones evaluativas sobre la participación pública en salud y ubican éste como uno de los puntos críticos que afectan la calidad y efectividad de dicha participación. Aunque hay muchas experiencias participativas son pocas las investigaciones que vinculen reflexiones teóricas y relevamientos empíricos. La labor de Mauro Serapioni (2018) liderando un conjunto de investigaciones sobre la participación en salud en Brasil y en el Sur de Europa (Portugal, España, Italia) es una contribución relevante en esta materia. Dentro de esa línea de investigaciones son destacables los trabajos de Jose Patricio Bispo sobre los desafíos de la participación institucionalizada en el sistema de salud de Brasil y de Marta Aguilar Gil y José María Bleda García sobre el modelo de participación ciudadana en salud en Puertollano (España). También los estudios sobre los Foros de Participación en el sur de Europa (España, Italia, Portugal), las iniciativas promovidas por las asociaciones de pacientes en Portugal para abrir nuevos foros de participación locales, regionales y nacionales y los trabajos de Silvia Cervia sobre la experiencia de los Consorcios de Salud en la región italiana de Toscana (Cervia 2018).

Los Congresos Iberoamericanos de Investigación Cualitativa en Salud (el VIII fue realizado en Florianópolis 2018 y el IX estaba previsto para Montevideo en 2021) han permitido intercambios interesantes y recoger multiplicidad de experiencias de participación en salud, promoviendo una

3 Ejemplos: a) La participación de trabajadores, jubilados y empresarios en el directorio del Banco de Previsión Social es un antecedente valorado muy positivamente por la sociedad uruguaya. b) A nivel de la salud el “mutualismo” es un tipo de institución cuya dirección es electa por los usuarios, que cuenta con muchas décadas de arraigo en el país. c) La experiencia de descentralización de la Intendencia de Montevideo fortaleció el entramado comunitario y lo vinculó con la salud en un modelo de atención integral, con énfasis en la prevención, promoción y participación.

reflexividad mayor al respecto. La preparación del IX Congreso está siendo un incentivo para la labor conjunta de actores académicos de distintas áreas y apunta al involucramiento activo de los movimientos sociales de la salud.

Es destacable particularmente la publicación del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud de la Unión de Naciones Suramericanas UNASUR, (ISAGS /UNASUR 2018) “Mecanismos de Participación Social en Salud en Suramérica” donde se recogen experiencias de participación comunitaria en salud, centrándose específicamente en los mecanismos establecidos en 12 países de América del Sur. Utiliza para ello la información presente en las páginas web de los ministerios de salud y publicaciones científicas de estos países. A partir de dicho relevamiento el ISAGS plantea agrupar dichos mecanismos de participación en cuatro categorías: Consejos, Mediaciones, Difusión de información y Retroalimentación. Los Consejos están compuestos por representantes institucionales y por miembros de la comunidad; las formas de mediación son responsables de recibir quejas y sugerencias (espacios físicos o virtuales); los mecanismos de difusión de información son reuniones públicas o plataformas virtuales utilizadas para presentar temas de salud, y los mecanismos de retroalimentación son redes sociales, buzones de sugerencias y períodos abiertos de consulta pública. Surge del informe una gran disparidad en la información disponible por país a la que accede ISAGS. En el caso de Uruguay no encontraron artículos científicos sobre el tema remitiéndose solo a la página web del MSP, que brindaba información parcial y escueta al respecto. A su vez, como destaca uno de los investigadores de ISAGS Francisco Armada en “Dialogos do Sul” (31 enero 2019) la existencia de un mecanismo no garante su uso, ni la participación efectiva, ni el impacto en resultados o en redistribución del poder o la gestación de poder de decisión, entre otros aspectos que requieren mayores investigaciones. A pesar de esas limitaciones los autores consideran que esta revisión es la caracterización más completa de la participación comunitaria en salud de la región.

A nivel latinoamericano existen algunos análisis interesantes a partir de las experiencias brasileñas, colombianas, argentinas, chilenas y cubanas, entre otras. En tal sentido vale mencionar el trabajo de Luz Carmona-Moreno (2017) analizando el contexto de la participación social en Colombia teniendo en cuenta la ley 100 y también la Política Distrital de Participación Social en Salud en Bogotá. Ambas referencias (nacional y local) vinculan la participación con las nociones de poder y el concepto de “ciudadanía social en salud” que instala un sujeto de poder y de derechos que va más allá de ser receptor de información o usuario de los servicios de salud. Sin embargo, señala Carmona, todos los mecanismos instituidos se centran en los servicios de atención a la enfermedad. Por eso propone la necesidad de resignificar la participación social desde tres conceptos fundamentales : habitar, hablar e integrar (Carmona 2017).

La experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil es de una enorme riqueza que ha motivado diversas investigaciones, estudios académicos, muestras de experiencias exitosas de la CONASEMS (Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud) y otras instituciones. Entre ellas queremos destacar la investigación de Sylvio Fernández da Silva (Fernández da Silva 2001) sobre la municipalización de la salud y el poder local.

Reconociendo la importancia del tema y la insuficiencia de investigaciones al respecto, la Organización Panamericana de la Salud ha publicado diferentes documentos metodológicos para desarrollar procesos de evaluación de la participación social (OPS 1988, 1994).

La extensión, intensidad, modalidad, impacto y sostenibilidad de la participación social en salud son algunas de las categorías o variables a tener en cuenta y se han ido agregando otras sub-variables como son la colaboración, cogestión y gestión conjugada, autogestión y negociación (Giselda Sanabria 2000, 2004).

En un plano específico de las estrategias metodológicas de investigación participativa en salud cabe mencionar la labor de “Colaboración Internacional en Investigación Participativa en Salud” (ICHPR). Dicha Red internacional promueve la consolidación del conocimiento existente sobre Investigación Participativa en Salud, PHR (Participative Health Research), acordando terminología y principios comunes. De esta forma el ICHPR busca ampliar el rol de la PHR en el diseño de las acciones y la toma de decisiones en problemas de salud. Para ello realizan revisiones sistemáticas de la literatura de PHR, así como pautas para implementar y evaluar este tipo de investigaciones, contribuyendo a la producción de conocimientos sobre salud comunitaria. Han aportado asimismo documentos para una agenda sobre calidad en la Investigación Participativa (Springett, Jane, Wright, Michael y Roche, Brenda, 2011). El ICPHR fue creado en 2009 como espacio para reunir internacionalmente lo que se está haciendo en materia de investigación-acción-participación en salud (Wright M. 2014, 2018). Vinculada al ICPHR está la Red Hispanoamericana de Investigación Participativa en Salud que difunde ideas y propuestas de quienes viviendo en Hispanoamérica trabajan con la Investigación Participativa en Salud⁴ bajo la responsabilidad del investigador mexicano recientemente fallecido Francisco Mercado. La Investigación Participativa en Salud o PHR presenta una gran variedad de aproximaciones que se apoyan en la experiencia de diferentes países y en amplios movimientos sociales. Algunas de ellas son la Investigación-Acción-Participación, Investigación Colaborativa, Investigación Militante, Diagnóstico Rural Participativo, Investigación-Acción, Epidemiología popular /crítica/comunitaria, Investigación Feminista, Educación Popular, Investigación Basada en la Comunidad.

4 Ver <http://es.icphr.org/>

En Uruguay los movimientos sociales de la salud han producido distintos documentos, informes, análisis, propuestas sobre su labor a lo largo de la última década y media. Entre ellos se puede mencionar “Formar en participación. Premisa indispensable para el logro de la profundización del S.N.I.S. Participación consciente y vinculante” del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada (2016). También las “Líneas de acción para la promoción de salud en el zonal 17” presentadas en 2017 en el Consejo de Ministros realizado en el barrio La Teja por parte de la Organización de Usuarios de Salud del Cerro⁵.

El 6to Ateneo del SNIS⁶ (Ateneos 2012) fue dedicado a la Participación Social y entre otros aspectos recoge una ponencia interesante sobre la experiencia del Movimiento Nacional de Usuarios de Salud Pública y Privada - MNUSPP por parte de Lilián Rodríguez integrante en ese momento de la Comisión Directiva de este Movimiento.

Las Redes de Salud territoriales han producido informes y balances que también aportan a esta investigación.

Las investigaciones sobre distintos aspectos del SNIS no han tenido un desarrollo acorde a la importancia del tema. Varias están centradas en los aspectos económicos de la reforma ya que se generaron mediante un acuerdo entre Facultad de Economía y OPS. También ha habido una labor interesante del Laboratorio de Ciencias Sociales en Salud del Instituto de Higiene de Facultad de Medicina, articulando con el Departamento de Sociología de Facultad de Ciencias Sociales. Desde el Dpto de Ciencias Políticas de dicha Facultad se produjeron asimismo algunas investigaciones valiosas.

Cabe destacar como elemento clave que el proyecto fundacional del SNIS se basó en el programa aprobado por la FUS en su 16º congreso en abril de 2003 y en las Convenciones del Sindicato Médico del Uruguay, que fueron tomados y re-elaborados en la Unidad Programática de Salud del Frente Amplio. Este proyecto fue aprobado en el Congreso Héctor Rodríguez del Frente Amplio en diciembre de 2003 (FA 2003, 2004). Es decir que la vinculación con los movimientos sociales comenzó desde el origen del SNIS. En el período inicial de construcción del SNIS en el año 2005 se convocó un Consejo Consultivo para los Cambios en Salud, donde participaron un amplio abanico de actores sociales, académicos e institucionales, discutiendo y acordando los ejes de la reforma, que se plasmaron en varias leyes fundacionales del nuevo sistema.

5 Para valorar las acciones comunitarias por la salud en el Cerro de Montevideo vale la pena ver la película *Para que el Cerro Sonría*. https://www.youtube.com/watch?v=AUoP7g8m_v0 sobre la creación del Policlínico Odontológico Yano Rodríguez (Organización de Usuarios del Cerro 1993).

6 Los Ateneos del SNIS fueron instancias de reflexión y debate sobre temas priorizados organizados por MSP, OPS, Facultad de Medicina, y otros actores institucionales.

A lo largo de este período, la Federación Uruguaya de la Salud FUS (2015, 2016) ha generado aportes significativos en informes y resoluciones de sus Direcciones Nacionales y Congresos, así como en los documentos presentados en el Dialogo Nacional de Salud de 2017 (FUS 2017). También surgen elementos a tener en cuenta de los cursos del Instituto de Formación Sindical de FUS, que en reiteradas ocasiones han desarrollado actividades conjuntas con usuarios de la salud organizados, miembros de Onajpu (Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas de Uruguay) y otros sindicatos. La representación de los trabajadores en el directorio de ASSE realizó rendiciones de cuentas públicas de su labor que refieren sus experiencias en la conducción del principal efector público de salud. El Sindicato Médico del Uruguay ha intervenido activamente en el debate sobre los rumbos del SNIS. La constitución de un Frente Social de la Salud con los sindicatos de trabajadores, movimientos de usuarios, Sindicato Médico y Onajpu en 2017 fue un salto en calidad basado en una plataforma programática común donde la ampliación de la participación social es un punto jerarquizado (Frente Social de la Salud 2017). En este documento programático de las organizaciones sociales de la salud se incorporaron elementos que surgen de la investigación-acción-participación que realizamos sobre el tema.

Durante la pandemia ha sido el SMU la organización social que mantuvo una actitud de análisis de cada momento y elaboró propuestas y cuestionamientos que contribuyeron al abordaje de los desafíos sanitarios de la crisis. También la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria tuvo un rol relevante en este plano. Ya en 2021 en el contexto de fuerte agravamiento de la pandemia se conformó una articulación muy amplia liderada por el SMU junto con Facultad de Medicina, Enfermería, Psicología Nutrición, Tecnología Médica, Programa APEX, Institut Pasteur, GUIAD-COVID 19, Asociación Odontológica y la Coordinadora de Psicólogos . También las Sociedades de Pediatría, de Medicina Familiar y Comunitaria, Cardiología, de Medicina Interna, Nefrología, Reumatología, Dermatología, Gerontología y Geriatria, Hematología, Emergencia Pediátrica, Gastroenterologías, Infectología Clínica, Psiquiatria, Neonatología, Neurología, Rehabilitación y Medicina Física, Neumología, Salud Colectiva, Medicina del Trabajo, Oncología, Radiología, Cuidados Paliativos, Médicos Toxicólogos, Endocrinología, Hemoterapia y Psicología Médica del Uruguay, a las que se sumaron actores como la Federación Médica del Interior, el Sindicato Anestésico Quirúrgico, la Asociación de Dietistas y Nutricionistas, la Asociación de Química y Farmacia y la Sociedad de Neuropediatría entre otros. Este conjunto de colectivos emitió pronunciamientos muy importantes el 22, 27 y 31 de marzo, reclamando medidas urgentes que el gobierno fue omiso en asumir en tiempo y forma.

Desde la academia, en “Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud. Una mirada desde la Psicología” (Rudolf et al 2007) Susana Rudolf, María José Bagnato, Carlos Guida y Ana Karina Rodríguez realizan algunas de las primeras investigaciones sobre el tema junto con aportes de Miguel Fernández Galeano (2007) y Víctor Giorgi. Las experiencias seleccionadas en esta investigación fueron seis: el Programa APEX-Cerro (UdelaR), las Comisiones de Salud vinculadas con el proceso de descentralización del gobierno departamental de Montevideo, la Red de Trabajadores Comunitarios en Salud, el Movimiento Nacional de Usuarios de Salud, la experiencia de Atención Primaria en Salud desarrollada en Tacuarembó y las Policlínicas Barriales de Montevideo.

El tema participación es recogido en un importante y poco divulgado Dossier de la Dirección General de la Salud del MSP “Intercambio sobre participación social y ciudadana en salud” para su presentación en un evento del programa Eurosocial de la Comisión Europea para la Cooperación realizado en Chile en 2009. En este Dossier (MSP 2009) se resumen las principales características demográficas del país, los indicadores de salud y los indicadores de determinantes sociales de salud, la estructura del nuevo sistema de salud y las formas de organización de la sociedad civil. Se establecen en este documento tres planos de la participación social (MSP 2009) : a) la participación social en relación con el funcionamiento de los servicios de salud, oficinas de atención al usuario, y en los consejos consultivos de cada institución. b) la articulación de las políticas sociales del Estado en el territorio, con importante papel de los municipios, fuerte impulso a las comunidades productivas y saludables, promoviendo la salud previniendo la enfermedad.

c) la participación ciudadana en los ámbitos de decisión del Sistema de Salud, con el usuario como actor privilegiado en la construcción de un modelo de atención integral, preventivo, comunitario, jerarquizando el primer nivel de atención e incidiendo en aspectos centrales de las políticas de salud. Posteriormente desarrolla los antecedentes y las bases jurídicas de la participación social en salud, describe los actores involucrados y los mecanismos existentes, las experiencias exitosas y los factores facilitadores u obstaculizantes.

En 2011 el MSP vuelve a retomar el tema en el libro “Transformar el futuro. Metas Cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud”. El sexto capítulo del mencionado libro, elaborado por Elena Clavell y Martín Rodríguez Araújo aborda “La participación social en el SNIS: opciones y debates”. Luego de un análisis de las distintas formas previstas de participación social en el SNIS Clavell y Rodríguez (2011 pp 138) destacan que todos sus niveles evidencian avances pero constatan que la bibliografía sobre el tema reconoce la falta de indicadores y la complejidad de desarrollar metodologías de evaluación adecuadas a la comunidad que se estudie.

En tal sentido plantean la necesidad de construir algún sistema que permita evaluar y medir impactos de la participación ⁷.

Los aspectos situacionales, institucionales y sociales de la creación del SNIS merecen ser tomados en cuenta para analizar los desarrollos posteriores. Los trabajos de Guillermo Fuentes (2010, 2015) desarrollan un enfoque situacional sobre los posicionamientos de los diferentes actores del campo de la salud. Fuentes habla de un aprovechamiento exitoso de la “ventana de oportunidad” que generó la crisis del 2002 para llevar adelante la reforma de la salud. De esta forma se creó un gran consenso referido a la urgencia de aplicar cambios profundos en el sector salud, sustentando el proyecto del SNIS en una amplia coalición de apoyo. También incursiona en las posibilidades y agentes de una nueva generación de reformas. El FA no sólo promovió la aprobación del proyecto de un SNIS con sus mayorías parlamentarias, sino que procuró gestar una coalición de apoyo amplia. Sin embargo cabe hacer otra constatación, dice Fuentes, “los actores con poder de veto siguen pesando y manteniendo su capacidad de incidencia” (Fuentes 2010 pp 139-140).

Por otro lado Marcelo Setaro (2014) analiza la institucionalidad del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) poniendo el foco en las nuevas instituciones creadas por la reforma del sector salud, enfatizando los mecanismos institucionales que generan una gobernanza sectorial novedosa.

Mediante un nuevo formato estatal el SNIS promueve la transformación del modelo de atención en salud mediante la participación y el control social sobre el funcionamiento del sistema y la administración de incentivos económicos al desempeño. Las nuevas estructuras de la reforma contemplaron la provisión mixta, pública y privada de los servicios de salud, la ampliación y la centralización del financiamiento público con aumento progresivo de la cobertura por un Seguro Nacional de Salud y la elaboración de un Plan de Prestaciones de carácter integral obligatorio para todas las instituciones prestadoras de salud. Para Setaro en términos comparativos, esta nueva arquitectura sectorial del bienestar combina aspectos de diversos mundos del bienestar y de organización de sistemas de salud. “El impulso reformista, moderado por el característico path-dependence sectorial, termina por modelar un Estado de nuevo tipo, que ofrece interesantes prospectos de organización para otras áreas de provisión de servicios de bienestar” (Setaro 2014).

Desde las organizaciones sociales el Frente Social de la Salud (2017) sostiene que “la salud es un derecho humano, un bien público y una construcción social que requiere estrategias y acciones

⁷ Cabe mencionar también las tesis de Martín Rodríguez Araujo (2011), M.P. Bedat (2009) que abordan aspectos interesantes.

claras para su concreción. En esa dirección la creación del SNIS fue el inicio de un cambio estructural positivo, que permitió avances significativos en la cobertura, las prestaciones y la equidad. Es una bandera histórica y una propuesta programática de los trabajadores y del movimiento popular. Hemos luchado por ella y estamos dispuestos a seguir peleando para que no retroceda ni se estanque. Como todo proceso complejo está lejos de haber culminado. La atención, la gestión y la financiación de la salud requieren mayores acciones transformadoras. A 10 años del comienzo de esos cambios es necesario identificar donde están los nudos centrales de la salud y cuales son las medidas prioritarias para su profundización en esta etapa. El intercambio y la movilización social son un camino fermental para que toda la sociedad asuma como protagonista los desafíos de la salud. Estas son nuestras propuestas para un amplio debate social y político que genere compromisos y acciones en ese rumbo”(MSP 2018).

Una primera etapa de investigación sobre la participación social dentro del SNIS fue realizada entre 2016 y 2018 por el autor de esta tesis de doctorado (Anzalone 2018) con la participación de la Federación Uruguaya de la Salud FUS, el Instituto de Formación Sindical de FUS, el Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada, la Organización de Usuarios de la Salud del Cerro, y la Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas ONAJPU. Las entrevistas realizadas a representantes sociales en los diferentes ámbitos de participación del SNIS incluyeron a la Junta Nacional de Salud, varias Juntas Departamentales y Locales de Salud y a la representación de los usuarios así como la representación de los trabajadores en el Directorio de ASSE, el principal prestador público. También se realizaron entrevistas a referentes de las organizaciones sociales y de las Redes territoriales de salud. Se analizó la documentación producida por los movimientos sociales, por el MSP y la Junta Nacional de Salud y los antecedentes de estudios académicos al respecto. Tuvo particular interés para la investigación, la intervención-participante en Asambleas de Salud, cursos de formación de trabajadores y usuarios de la salud y rendiciones de cuentas públicas, entre otras instancias. De esta forma se pudo recoger un conjunto de informaciones y percepciones, sistematizarlas y elaborar conclusiones⁸. El diseño IAP permitió incorporar a las organizaciones sociales en la investigación mediante diversas formas de participación y apropiación de los resultados. Entre las conclusiones se afirma que la creación de mecanismos de participación social en el diseño inicial, en la estructura y el funcionamiento del SNIS fue una impronta importante del nuevo sistema de salud. Dicha participación social no es un complemento de la labor técnica sino que refiere a una concepción de la salud con amplios fundamentos teóricos. Más que instalar nuevas tensiones corporativas que pudieran bloquear al SNIS, la participación fue planteada

8 Esta primera etapa de la investigación formó parte de una Tesis de Maestría presentada y aprobada en 2018, obtuvo una mención especial en un llamado de CLACSO-TNI, fue publicada como artículo en libro (Anzalone 2018b) y presentada en el VIII Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud.

como un aporte de saberes, propuestas y prácticas que van en el sentido de la apropiación de la salud por parte de la sociedad. En esa dirección se definieron diseños para empoderar a dos actores del sistema de salud, los usuarios y los trabajadores, históricamente marginados de los sistemas de poder en este campo. Con carácter general se constató que las estructuras territoriales del SNIS como las Juntas Locales de Salud y Juntas Departamentales de Salud abrieron un campo nuevo de articulación institucional/social y pública/privada. Sin embargo los ámbitos de participación establecidos por ley han tenido un funcionamiento desigual, con carencias importantes en varios casos. Su rol en relación con las políticas de salud ha sido acotado por una serie de factores entre los cuales están decisiones políticas que coartaron el desarrollo de la participación y fenómenos sociales complejos que produjeron debilidades en este campo. Están lejos de desarrollar el potencial que tienen para la gestación de políticas de salud así como para promover la participación y el involucramiento societario en dichas políticas. Se trata de procesos complejos, multicausales, que resisten las visiones reduccionistas. La participación social no se reduce a todo o nada, ni se agota en una instancia o en un diseño institucional. Por el contrario como todo proceso social implica una consideración sobre sujetos, mecanismos y objetivos en cada momento histórico. Los antecedentes en la estrategia de Comunidades Productivas y Saludables y sus complejidades serán desarrollados en el capítulo XI.

Antecedentes sobre participación social en otros campos

Más allá de la especificidad de cada campo y de cada sistema en la formación social uruguaya y en la región, resultados de una historia donde diversos actores operaron, lucharon, promovieron cambios en las correlaciones de fuerza y en las estructuras sectoriales, hay fenómenos comunes y existen diferencias significativas, de las cuales se pueden extraer enseñanzas. No hay compartimentos estancos y los procesos sociales se entrelazan. Consideramos importante para el estudio de la participación social en salud conocer y ubicar los contextos de la participación en otros campos, razón por la cual mencionaremos antecedentes de estudios y ámbitos de los mismos.

Educación

En lo que refiere a las investigaciones empíricas sobre participación social en educación puede constatarse un desarrollo insuficiente. Al mismo tiempo existe una proliferación creciente desde los años 90 de artículos y documentos con recomendaciones desde los organismos internacionales. Los

gobiernos de varios países que promueven dicha participación, con acepciones y objetivos distintos.

El trabajo de Rosa María Torres (2001) sobre “Participación Ciudadana y Educación”, es una referencia importante. Torres desarrolla un conjunto de reflexiones generales y un análisis de 20 experiencias en América Latina seleccionadas en Ecuador, Brasil, Argentina, Guatemala, Perú, México, Nicaragua, Chile y Venezuela. Al caracterizar la implementación de las reformas educativas promovidas desde los organismos internacionales (particularmente el Banco Mundial) en los años 90, señala que las mismas generaron desajustes y resistencias de docentes, actores sociales y opinión pública, creando una situación contradictoria e inestable. A pesar del consenso sobre la necesidad de la participación social en educación, Torres cuestiona las concepciones restringidas de la participación a las que contrapone una visión amplia. Destaca asimismo que pocas de las experiencias cuentan con evaluaciones o sistematizaciones de lo realizado.

Una amplia investigación de UNESCO (Blanco y Umayahara 2004) presenta una sistematización de la información recopilada sobre participación de los padres en la educación, obtenida a través de un exhaustivo análisis documental y la realización de un cuestionario a las instituciones latinoamericanas referidas al tema. El análisis documental implicó una revisión analítica de publicaciones, estudios, sistematizaciones e investigaciones, informes nacionales y regionales, documentos ministeriales y un documento preliminar elaborado por UNESCO (2001). También analizaron los tratados internacionales acerca de la primera infancia, las constituciones, las leyes de educación, documentos teóricos, estudios sobre educación inicial y estadísticas latinoamericanas publicadas por la UNESCO, UNICEF y CEPAL. Los cuestionarios a los directores de educación de la primera infancia de los Ministerios de Educación y otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que realizan programas con la infancia y la familia, alcanzaron a 27 organizaciones de nueve países.

Es destacable también el “Proyecto Educativo Metas 2021: La educación que queremos para la generación de los Bicentenarios”, aprobado en 2010 por los Jefes de Estado y de Gobierno de los países iberoamericanos, que integran la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura. En dicho proyecto se proponen 11 metas generales y 28 metas específicas para el mejoramiento educativo. La Meta General Primera se refiere a: “Reforzar y ampliar la participación de la sociedad en la acción educadora” y la Meta Específica 1: Elevar la participación de los diferentes sectores sociales y su coordinación en proyectos educativos: familias, universidades y organizaciones públicas y privadas, sobre todo de aquellas relacionadas con servicios de salud y promoción del desarrollo económico, social y cultural. En este contexto se han producido distintas ponencias, investigaciones, publicaciones que recogen esa priorización, la

analizan, amplían y explicitan para los países de la región (Marchesi 2009, Viteri 2013). Estas metas de la “Educación que queremos para la Generación de los Bicentenarios” jerarquizan la participación de nuevos protagonistas en la acción educativa ampliando ese abanico más allá de la familia y la comunidad educativa, incluyendo a organizaciones públicas y privadas como los servicios de salud y actores del desarrollo económico, social o cultural, articulándolos con la acción educativa a través de proyectos educativos (Arancibia y Quintero 2009).

La relación entre escuela y comunidad ha sido analizada empíricamente en trabajos como el de José Darío Herrera (2015) que examina nueve proyectos seleccionados entre 140 experiencias de las últimas dos décadas en Latinoamérica según criterios de articulación tanto con actores locales como con los planes locales de educación. También se tomaron en cuenta la participación de organizaciones de base y las metas establecidas, combinando la labor escolar con experiencias de desarrollo local. Herrera constata que en un contexto de pobreza y grandes desigualdades, desde la década del 90 la responsabilidad por la calidad de la educación ha sido compartida entre el Estado y actores sociales como padres, organizaciones comunitarias y ONG. Entre los modelos extremos de “escuela clausurada” y “escuela abierta” Herrera encuentra tres tipos de experiencias: a) la participación de la comunidad en la construcción de una agenda de política pública para la incidencia en las problemáticas educativas del territorio. b) el fortalecimiento de las instituciones escolares. c) la apertura y cualificación de ambientes educativos en las comunidades.

Desde una importante investigación histórica de la educación argentina Adriana Puiggrós (1990, 1991) destaca que la relación entre la sociedad civil, sus organizaciones y el Estado, a través de la escuela es uno de los temas en torno a los cuales se desarrollaron profundas luchas entre diferentes tendencias político-educacionales y pedagógicas. Las investigaciones de su equipo señalan que esa relación es una medida del tipo de ingerencia real de las generaciones adultas de diferentes clases sociales, comunidades, nacionalidades, religiones, culturas, grupos étnicos, ideologías, posiciones políticas, barrios, provincias y géneros, sobre la educación de los niños y los jóvenes. En esta perspectiva sostienen que las articulaciones entre el sistema educativo estatal y la sociedad reflejan de una forma particular las luchas por la hegemonía en un país sacudido por profundos cambios poblacionales. Los enfrentamientos entre las orientaciones centralizadoras, autocráticas, normalizadoras y una corriente que denominan “democrático-radical” son un elemento relevante de esta investigación. La corriente “democrático-radicalizada” promovió una variedad de estrategias político-educacionales hacia la participación de alumnos y comunidad, evitando la discriminación e impulsando a los sectores populares.

Las articulaciones entre Estado, escuelas y sociedad han sido analizadas en la experiencia argentina también por Laura Cerletti (2012) comparando la presencia y sentidos de tres leyes educativas

fundamentales (ley 1.420, Ley Federal de Educación y Ley de Educación Nacional) a partir de una investigación histórica-etnográfica que aborda múltiples dimensiones.

En México, Perales y Escobedo (2014) realizan un estudio cualitativo-etnográfico sobre los Consejos Escolares de Participación Social como involucramiento de diversos actores de la comunidad en los asuntos educativos. Por su parte Canales Sanchez (2006) analiza el fracaso de la estructura organizativa de la participación social en la educación de México por una aproximación equivocada que prioriza la ingeniería social y soslaya quienes son los participantes .

Uruguay y Cataluña son objeto de un interesante análisis comparado de la participación ciudadana en la Educación Secundaria, realizado por Juan Manuel Sarochar (2011), utilizando revisión de las currículas, normativas y entrevistas a los protagonistas para abordar las prácticas efectivas.

En Uruguay los trabajos de Pablo Martinis, Nilia Viscardi, Adriana Cristóforo, María Noel Míguez (2015), Eloisa Bordoli (2015), Antonio Romano, entre otros, aportan al estudio de los procesos educativos desde una mirada que prioriza la igualdad y la participación de distintos sujetos pedagógicos. Varias reflexiones sobre los formatos pedagógicos existentes están orientadas a la necesidad de innovar en esta materia. Los formatos pedagógicos tienen mucho que ver con la participación social y con el involucramiento de la comunidad en los procesos educativos. Una de esas experiencias, la del Programa Maestros Comunitarios presenta indicadores cualitativos que revelan cambios en el compromiso de los padres con el desarrollo educativo familiar. También el formato pedagógico de la Escuela Rural es un ejemplo interesante en el vínculo de la comunidad con el centro educativo como en las dinámicas internas que combinan diferentes generaciones de niños en los aprendizajes.

Más recientemente, durante 2019, se ha conformado en Uruguay un movimiento social denominado “Familias Organizadas por la Educación Pública” (2019), reclamando más participación en los centros educativos, amparándose en el texto de la Ley General de Educación. Este movimiento plantea que se modifique el reglamento de funcionamiento de las Comisiones de Fomento que cuestionan por restrictivo y el de las Comisiones de Participación que no permite constituir las si uno de los órdenes, (generalmente el docente), no acuerda participar. Se definen a sí mismos como un colectivo de familias, madres y padres, ciudadanas y ciudadanos interesados en fortalecer la escuela pública. En tanto movimiento social se consideran un protagonista más que conjuntamente con otros actores constituyen y construyen la comunidad educativa. Dicha comunidad está integrada por niñas y niños, docentes y otros actores públicos o comunitarios involucrados en el fortalecimiento de procesos educativos. Contribuir al proyecto institucional de las escuelas es, para este movimiento, un derecho y una obligación, profundizando procesos de participación genuina, incidiendo en la mejora de la gestión y la calidad de la educación pública.

Iniciaron su proceso de conformación el 25 de mayo de 2019 y nuclean familias de más de 30 escuelas de Montevideo, Canelones, San José, Durazno, Río Negro y Lavalleja, realizando ese año eventos abiertos con importante concurrencia. El rápido desarrollo de este movimiento puede ser considerado como indicador de una necesidad social que no había tenido respuesta adecuada hasta ese momento. La gestación de un movimiento nacional es un salto en calidad sustantivo respecto a las situaciones en que la labor de las familias se limita a cada escuela, subordinada a los micro-poderes existentes, sin mayores posibilidades de intercambio y de incidencia en las políticas públicas de educación. Durante la pandemia este movimiento bregó por la vuelta a la presencialidad en la educación primaria con los cuidados correspondientes para evitar contagios, alertando frente a los graves perjuicios que estaba generando el debilitamiento del vínculo educativo en las actuales generaciones de niños. Sus acciones y argumentos contribuyeron a que este tema fuera considerado.

La “Red de Educación Transformadora” de Uruguay creada en 2016 ha ido generando en sus Encuentros Anuales un conjunto de reflexiones basadas en experiencias educativas innovadoras que ponen el énfasis en la participación de los distintos actores y sus sinergias. Uno de los tres desafíos del Cuarto Encuentro de la Red reunido en setiembre de 2019 en Piriapolis fue “El rol de las familias en la gestión de los centros educativos”. Este eje fue considerado fundamental en esta instancia, porque los padres/madres/familias de los estudiantes propusieron y gestionan una gran parte de los proyectos que integran la red. Para alguno de sus integrantes se trata de una modalidad de institución educativa que se está empezando a desarrollar de manera espontánea, por ensayo y error. Poner el tema sobre la mesa es una herramienta para poder optimizarlo, “porque realmente sentimos que las escuelas del futuro necesariamente tienen que contar con la implicación total de la familia” (Domínguez 2019).

Seguridad Social

El sistema de seguridad social en Uruguay fue surgiendo a lo largo del siglo XX en función de los reclamos y luchas de distintos colectivos para obtener protección social ante las crisis económicas. Recién en 1967 una reforma constitucional aprobada por la ciudadanía crea el Banco de Previsión Social como ente autónomo responsable de coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la seguridad social.

En la constitución del Directorio del organismo, se estableció el principio de administración democrática integrando a cuatro miembros designados por el Poder Ejecutivo, uno electo por los afiliados activos (trabajadores), uno electo por los afiliados pasivos (jubilados y pensionistas) y uno electo por las empresas contribuyentes. Fue el caso más importante de representación social en la

conducción del Estado, en minoría respecto a las representaciones partidarias pero con todas las prerrogativas de la autoridad administrativa. Sin embargo los gobiernos autoritarios de esa época, civiles primero y civico-militares después, no aplicaron esa disposición constitucional. Fue recién en el año 1992, en el segundo gobierno pos dictatorial, cuando por presiones y reclamos de los sectores sociales el Directorio se integra de forma completa. En el año 2006 se cumple íntegramente la disposición constitucional al ingresar los primeros directores sociales electos por votación directa de sus representados. Esta integración del directorio del BPS fue un gran logro democrático para los sectores sociales involucrados y la sociedad toda. Se erradicó el clientelismo político endémico en el organismo, las políticas ganaron legitimidad, confianza y control social de la gestión.

Durante la dictadura militar (1973-1985) se intervino el BPS recortando derechos provenientes de períodos democráticos anteriores. En el marco de la lucha contra la dictadura se creó la Conapro, Concertación Nacional Programática con participación de los sectores sociales y políticos democráticos cuyos acuerdos mejoraban derechos y condiciones de vida de trabajadores y jubilados. Sin embargo durante la presidencia del Dr. Sanguinetti se incumplieron esos acuerdos y continuó el manejo discrecional de las jubilaciones, aunque se restableció la institucionalidad del BPS. A raíz de ello se promovió una nueva reforma constitucional por parte de algunas asociaciones de jubilados y pensionistas y sectores de la Asociación de Trabajadores de la Seguridad Social (ATSS), con la oposición de todo el sistema político. El aluvión de firmas y el clima popular creado hicieron que muchos sectores de todos los partidos políticos terminaron “ensobrando” la papeleta por el “Sí” (Bertoni 2020). La iniciativa fue votada en simultáneo con las elecciones nacionales de 1989, y aprobada por 82% de la ciudadanía, estableciendo en la Constitución que obligatoriamente el ajuste de las pasividades nunca puede ser menor a la variación del valor del Índice Medio de Salarios.

Pocos años después en la Rendición de Cuentas de 1992, de manera claramente inconstitucional, se introdujeron artículos que empeoraban lo dejado por la dictadura (nuevos aumentos de las edades de retiro, rebajas de los porcentajes de asignación jubilatoria, etcétera). La respuesta inmediata fue una nueva recolección de firmas (promovida esta vez por la ATSS, el PIT-CNT, la Organización Nacional de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas del Uruguay –ONAJPU– y el Frente Amplio), dando lugar a un nuevo plebiscito que se llevó a cabo junto con las elecciones nacionales de 1994, que obtuvo el apoyo de 76% de la ciudadanía y anuló las modificaciones restrictivas votadas en 1992.

A modo de reflexión sobre antecedentes

Dada la carencia de información sistematizada en materia de participación social en salud en Uruguay, éste es un campo a seguir investigando, profundizando en sus distintos componentes y experiencias, tanto en los ámbitos micro como en los meso y macro, integrando distintas miradas y disciplinas y construyendo instrumentos para su avance.

Existen muchos debates teóricos y prácticos en torno a estos temas y las investigaciones empíricas pueden enriquecerlos. La construcción de políticas públicas requiere más conocimientos. En la salud como en otros campos relevantes de la sociedad, la producción de conocimientos sobre estos procesos es un elemento esencial para que los actores puedan reflexionar, corregir, proponer, ampliar, pensar el largo plazo y también lo cotidiano.

ÁMBITOS DE PARTICIPACIÓN EN SALUD

La participación social en la salud precede largamente al SNIS y tiene una historia vinculada a las policlínicas comunitarias, a la formación de agentes comunitarios, promotores escolares y juveniles de salud y múltiples movilizaciones. También los sindicatos han tenido una labor importante en el tema. Pero sin duda la creación del SNIS significó un cambio en calidad en este plano.

Resumiremos brevemente los nuevos ámbitos establecidos.

Consejo Consultivo de la Salud .

En el proceso fundacional del SNIS en 2005, el MSP convocó a un Consejo Consultivo Nacional de la Salud y se generó un ámbito amplio de intercambio sobre las propuestas que el Poder Ejecutivo y el Legislativo plasmarían luego en las leyes del SNIS. Estas instancias dotaron a las propuestas legislativas de un respaldo amplio y contribuyeron a una discusión importante sobre los ejes estratégicos de la reforma.

Luego de esa etapa inicial no hubo continuidad en el Consejo Consultivo. Recién en 2017 el MSP convocó a un “Dialogo Nacional en Salud, A 10 años del inicio del SNIS”, que posibilitó una reflexión y debate fructífero sobre las políticas de salud con los movimientos sociales y las instituciones .

Junasa , Judesas y Julosas.

Por la ley 18.211 de diciembre de 2007 se crea la Junta Nacional de Salud que tiene como cometidos administrar el Seguro Nacional de Salud SNS y velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del SNIS. En la JUNASA se estableció la participación de representantes de trabajadores y usuarios.

En la misma ley se crean los Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales, llamados luego Juntas Departamentales de Salud JUDESAS y Juntas Locales de Salud JULOSAS. La instalación de las Judesas en los distintos departamentos se inició en 2011 y culminó en 2014 con la de Montevideo. Estos órganos tienen funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones. Sus informes y propuestas no tienen carácter vinculante, pero pueden recurrir a la Junasa como órgano de alzada.

La reglamentación del artículo 27 de la ley 18.211 se realizó en 2011 mediante el decreto 237/201119. En dicho decreto se considera que “la participación social es uno de los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud” y que es “objetivo del SNIS fomentar la generación de espacios para la participación social activa, que propicien el mejoramiento de la calidad de los vínculos entre los actores involucrados en el mismo”. Se establece asimismo que “ el papel de dichos Consejos es relevante para promover la observancia y el desarrollo de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como para el mejor conocimiento de las realidades y necesidades locales en materia de salud, por lo que sus informes y propuestas deberán ser tratados prioritariamente por la JUNASA”.

La integración de las JUDESAS es más amplia que la JUNASA ya que incorpora representantes de los efectores de salud, trabajadores no médicos, trabajadores médicos y usuarios tanto del sector público como del sector privado, además de los Gobiernos Departamentales. La creación de JULOSAS se ha ido extendiendo gradualmente respondiendo a un proceso de mayor preocupación y empoderamiento local de los actores del SNIS.

Usuarios y trabajadores en ASSE.

La participación de los trabajadores y usuarios en el Directorio de ASSE, con voz y voto, fue recogida en la ley 18.161 del año 2007, junto con la separación de ASSE del MSP.

Consejos Asesores y Consultivos.

Los Consejos Asesores y Consultivos por institución de salud son establecidos preceptivamente por la ley 18.211 (art 12) remitiendo a la reglamentación la determinación de la naturaleza y forma de los mismos, según el tipo de entidades de que se trate. En las instituciones de carácter mutual los usuarios ya elegían sus directorios y en general en esos directorios existían representantes de trabajadores. Los Consejos Consultivos y Asesores están integrados por dos representantes del prestador, dos de sus trabajadores y dos de sus usuarios.

Redes y Asambleas de Salud.

En múltiples zonas del país se han ido conformando Redes de Salud que articulan representaciones de los vecinos (consejales vecinales, de otras asociaciones, o vecinos preocupados con el tema) con actores institucionales de la salud y de gobiernos locales. También existen Redes de Infancia y Redes de Personas Mayores que desarrollan un trabajo importante en los territorios. Desde estos ámbitos se realizan Asambleas de Salud para intercambiar y definir prioridades para la acción conjunta en el año y para rendir cuentas de lo hecho.

Movimientos de usuarios de la salud.

Desde las comisiones de salud de los Consejos Vecinales en Montevideo se fue conformando una organización nacional de usuarios que llevó adelante múltiples asambleas en todo el país, creando agrupamientos en los distintos departamentos y localidades. En la actualidad existen dos movimientos de carácter nacional, el Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud y el Espacio Participativo de Usuarios, así como varios nucleamientos locales de usuarios como la Organización de Usuarios del Cerro en Montevideo. La Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas ONAJPU participa en el Movimiento Nacional de Usuarios.

Sindicatos de Trabajadores de la Salud.

La Federación Uruguaya de la Salud FUS, nuclea a los trabajadores de la salud privada, con más de cien sindicatos de base en todo el país. La Federación de Funcionarios de Salud Pública FFSP agrupa a los trabajadores del principal prestador público ASSE. Ambas federaciones integran el PitCnt y comparten la representación en la Junasa, con la titularidad a cargo de FUS. La FFSP asume la representación de todo el movimiento obrero en el directorio de ASSE. El Sindicato Médico del Uruguay SMU es la principal organización gremial de los médicos. Los médicos del interior del país se nuclean en la FEMI Federación Médica del Interior.

ÁMBITOS DE PARTICIPACIÓN EN OTROS CAMPOS

EDUCACIÓN

Como en el caso de la salud, la educación uruguaya tiene una rica tradición en materia de participación social de diversos actores. Desde experiencias innovadoras ⁹que dejaron huella en la historia educativa a múltiples movimientos locales con distintos niveles de involucramiento y transformación. Las Comisiones de Fomento a nivel escolar y en menor medida las Asociaciones de Padres APAL en la enseñanza media, son instancias de relacionamiento de larga trayectoria.

9 Las Escuelas Experimentales de Las Piedras y Malvín y el Núcleo de "La Mina", son ejemplos de ese tipo de experiencias.

Para analizar los últimos 15 años, es necesario ir a la ley 18 437 o Ley de Educación del año 2008 que es una referencia sustantiva para la educación durante los gobiernos progresistas .

El nuevo gobierno de coalición en 2020 incluyó varias modificaciones importantes en la estructura de participación social en la educación dentro de la Ley de Urgente Consideración, reduciendo significativamente los alcances de la participación social.

La ley 18437 establece en sus definiciones conceptuales que la participación es un principio fundamental de la educación, porque el educando debe ser sujeto activo en el proceso educativo para apropiarse en forma crítica, responsable y creativa de los saberes (Ley 18.437 Artículo 9º De la participación). Dos de los objetivos de las metodologías educativas son favorecer la formación ciudadana y la autonomía de las personas .

En el diseño del Sistema Nacional de Educación se incorporan definiciones sobre los centros educativos que jerarquizan la elaboración del “proyecto educativo” de cada centro con la participación de docentes, funcionarios, padres y estudiantes (Art. 42 ley 18437).

Los organismos del Sistema Nacional de Educación como la COMINE Comisión Nacional de Educación tienen representantes de los trabajadores, de los trabajadores de la educación, de los estudiantes, los empresarios y las ONG (art 42.Ley 18437).

El Congreso Nacional de Educación de carácter asesor y consultivo será convocado como mínimo en el primer año de cada período de gobierno. Se han realizado tres Congresos Nacionales de Educación desde el año 2005. El primero de ellos denominado “Maestro Julio Castro” en homenaje a este connotado educador desaparecido por la dictadura, fue en 2006 debatiendo sobre 15 grandes temas en Comisiones Temáticas. El segundo denominado “Maestra Reina Reyes” fue en 2013 trabajando sobre cinco ejes temáticos. El tercero se llamó “Enriqueta Compte y Riqué” y abordó en 2017 cuatro líneas temáticas : Aportes para la elaboración de un Plan Nacional de Educación; Democratización, universalización y educación de calidad; Educación, diversidad y diversificación y Los Desafíos de la educación. En estos Congresos se generan instancias de discusión a nivel local, departamental y nacional, convocando a todos los ciudadanos para aportar sobre los temas planteados.

Entre los principios del Sistema Nacional de Educación Pública se establece la participación de los educandos o participantes, funcionarios docentes, otros funcionarios, madres, padres o responsables y de la sociedad en general. Se promoverá el cogobierno en los ámbitos que corresponda (art.42 y 48 Ley 18437). En los cometidos de la ANEP ,Administración Nacional de Educación Pública se incluye la promoción de la participación de toda la sociedad en la formulación, implementación y desarrollo de la educación. Dos de los cinco miembros del Consejo Directivo Central de ANEP serán electos por el cuerpo docente del ente y su elección estará a cargo de la Corte Electoral.

En los Consejos de Educación por rama, Educación Inicial y Primaria, Educación Media Básica , Educación Media Superior y Educación Técnica Profesional se incluía un representante electo por los docentes en sus tres integrantes, lo que fue eliminado por el nuevo gobierno en 2020, dejando solo la figura de un director general por rama designado por el Poder Ejecutivo. .

La ley 18437 establece como derechos de los educandos emitir opinión sobre la enseñanza recibida, participar, opinar y proponer en aspectos educativos y de gestión del centro educativo y también agremiarse y reunirse en el local del centro educativo.

Sobre las familias define que tienen derecho a participar de las actividades del centro educativo y elegir a sus representantes en los Consejos de Participación (art 76) y en las Comisiones Consultivas (art 71). Los Consejos de Participación por centro educativo estarán integrados por estudiantes, docentes, madres, padres o responsables y representantes de la comunidad. En la educación media y técnica-profesional deben tener por lo menos un tercio de representantes estudiantiles. A los Consejos de Participación les compete realizar propuestas sobre el proyecto educativo, los convenios con otras instituciones, las obras en el local, las donaciones, el destino de los recursos, el funcionamiento del centro y las actividades sociales y culturales (art 77 Ley 18437). Podrán solicitar informes y requerir la presencia de las autoridades del Consejo de Educación respectivo. Participarán en los procesos de autoevaluación que desarrolle el centro educativo y podrán emitir opinión sobre el desarrollo de los cursos, la enseñanza impartida, la convivencia en el centro, la asiduidad y dedicación de los funcionarios docentes y no docentes. Serán convocados por la Dirección al menos tres veces al año o a pedido de la mayoría de sus miembros.

Como se ve los Consejos de Participación ocupan un lugar importante en los mecanismos de participación del sistema educativo. Sin embargo su instalación y funcionamiento enfrentaron una serie de dificultades entre otros factores por resistencias de distintos actores institucionales y sociales.

III. MARCO TEÓRICO : DEMOCRATIZACIÓN Y PODER SOCIAL

La democracia fue resignificada en los países latinoamericanos como resistencia a las dictaduras militares primero, como condición para los avances sociales después y disputando cada vez más sus contenidos como proyecto societario trascendente en el largo plazo. En el contexto de la actual ofensiva derechista en varios países de la región también adquiere un significado fuerte como resistencia al autoritarismo, el racismo, la xenofobia, la violencia institucional y social y la opresión de género.

En las encrucijadas de América Latina en el siglo XXI el debate sobre la democratización forma parte de la contraposición de proyectos socio-políticos, concepciones ideológicas, modelos de sociedad. Las luchas de diversos sectores por mayores derechos se enfrentaron a las estructuras de poder concentrado que sostienen las relaciones de desigualdad en el continente.

El lugar central de la democracia en el campo político del siglo XX se caracteriza como una intensa disputa de concepciones (Boaventura de Sousa Santos y Leonardo Avritzer 2002). La constitución de una teoría hegemónica de la democracia de corte occidental, liberal y electoral, no ha impedido el desarrollo de otras concepciones no hegemónicas, donde la democracia participativa juega un rol central.

Las corrientes de pensamiento liberales utilizan una concepción reducida de democracia como sinónimo de Estados donde existen elecciones regulares y libres. Desde referentes como Joseph Schumpeter, se restringe la democracia a un método para seleccionar gobernantes. Cuando después Robert Dahl (1989) habla de poliarquías para referirse a las democracias modernas, la traduce en tres componentes (libertad de formular preferencias y hacer públicas las preferencias e igualdad de trato por parte del gobierno) y garantías como las libertades de asociación y expresión, libertad de voto pasivo y activo, libertad de competencia por el voto, pluralismo informativo, elecciones libres, justas e imparciales y que el régimen político dependa de los votos. Adam Przeworski (2015) sostiene que democracia es un sistema “donde los partidos del gobierno pierden elecciones”. Es un sinónimo de mecanismo de alternancia en el gobierno a través de las elecciones que permite resolver conflictos políticos en paz y libertad. La concepción liberal asume un carácter minimalista y procedimental de la democracia al reducirla a la formación de un orden regulatorio del proceder

político¹⁰. Los fines se limitan a la selección de las élites gobernantes o la solución pacífica de los conflictos y la democracia es un medio instrumental.

Más allá de la hegemonía relativa de los argumentos liberales, varios de estos autores han debido incorporar otros elementos. Przeworski, por ejemplo, reconoce el cuestionamiento que implica la desigualdad política y la desigualdad socio-económica al concepto de democracia planteado. Debe incorporar entonces que el mero hecho de tener derechos no es eficaz sin condiciones materiales para ejercer esos derechos. Para que el mecanismo electoral funcione es necesario una base material y una base mental. También se deslinda de los planteos que pontifican desde un modelo occidental de democracia, aclarando que, en su opinión, no hay recetas universales ni estándares que permitan comparar regímenes y países.

Acemoglu y Robinson, por su parte, consideran la sociedad dividida en dos grupos: la élite y los ciudadanos. En las sociedades no democráticas manda la élite mientras en la democracia lo hacen los numerosos grupos que constituyen la mayoría de ciudadanos. En la “no democracia” la élite consigue las políticas que quiere, mientras en la democracia los ciudadanos tienen más poder para obtener lo que desean (Acemoglu y Robinson 2006). El marco de referencia para analizar la creación y consolidación de las democracias se apoya en tres elementos básicos: a) un abordaje sustentado en la economía entendiendo que los incentivos económicos determinan las actitudes políticas. b) un énfasis en la importancia del conflicto, es decir que los diferentes grupos (a veces las clases sociales) tienen intereses opuestos en términos de resultados políticos y eso se traslada a las instituciones políticas. c) las instituciones políticas juegan un papel central afectando la distribución futura del poder político de jure (Acemoglu y Robinson 2008).

Profundizar la democracia

Por otro lado existen concepciones más amplias que incluyen los derechos sociales, económicos y culturales, poniendo el acento en los procesos de distribución más igualitaria del poder dentro de la sociedad. El marco de esta investigación serán las distintas teorías críticas que han enfatizado la necesidad de “radicalizar”, “reinventar”, “profundizar” la democracia como una de las claves para las luchas actuales dentro del marco del capitalismo tardío y globalizado. De esta forma se abordan los procesos de resistencia al neoliberalismo y el conservadurismo crecientes pero también los proyectos societarios de largo plazo. Autores como Eric Olin Wright (2014), Boaventura de Souza Santos, Ernesto Laclau y Chantal Mouffe (1987), entre otros, abren una reflexión que nos resulta fermental cuyo eje es la democratización radical de la sociedad y el Estado.

¹⁰ Véase reflexiones de García Lineras en *Democracia, Estado y Nación* (2015)

Para Boaventura de Souza Santos y Leonardo Avritzer (2002) es necesaria una ampliación del experimentalismo democrático que apueste a la demo-diversidad, articulando de manera innovadora lo local y lo global. Sus tesis proponen avanzar en una pluralización cultural, racial y distributiva de la democracia. En el pensamiento de Boaventura de Souza Santos la modernidad occidental es un paradigma socio-político apoyado en una tensión entre regulación social y emancipación social, que determina los conflictos modernos. Sin embargo debajo de esta distinción existe otra invisible, dividiendo la realidad social en dos universos, de un lado y del otro de la línea entre sociedades metropolitanas y territorios coloniales. El pensamiento occidental moderno es abismal y esa separación que llama “líneas abismales” asigna a la ciencia moderna el monopolio de la distinción universal entre lo verdadero y lo falso, estructurando el derecho y el conocimiento. Estas líneas conforman las relaciones políticas y culturales centradas en occidente y conciben desde allí al sistema-mundo moderno. Se unen la injusticia social global con la injusticia cognitiva global. Para revertir estas desigualdades se requiere un pensamiento nuevo, pos-abismal. La tensión entre regulación y emancipación coexiste con la tensión entre apropiación y violencia. La regulación social se apoya en el principio del Estado, el del mercado y el de la comunidad. La emancipación, en cambio, se sustenta en diversas lógicas de la racionalidad: la estética-expresiva en el terreno de las artes, la cognitiva-instrumental en la ciencia y tecnología y la moral-práctica relacionada con la ética y el derecho¹¹. La utopía es una democracia posabismal que descolonice, desmercantilice y democratice la reproducción social y material de la vida.

Las democracias llamadas liberales han derivado muchas veces hacia regímenes autoritarios, de control y manipulación de la población utilizando su poder en distintas estructuras estatales y sociales como las agencias de seguridad del Estado, la Justicia o los medios de comunicación. En América Latina las nuevas formas de control se articulan con otras que vienen de larga data y que se apoyan en la discriminación estructural por razones étnicas, de género y de clase.

Frente a esos procesos se hace necesario una democracia alternativa que incremente la transparencia y el control ciudadano sobre las representaciones político institucionales y promueva diversas formas de representación social, de deliberación democrática y de participación directa de la población en los asuntos públicos.

Eric Olin Wright es un referente teórico de esta investigación no solo por sus análisis sobre las clases sociales sino por sus aportes al pensamiento crítico en materia de transformación social. En *Utopías Reales*, Wright (2014) afirma que la democracia y el poder social están el centro del problema de la transformación hacia una alternativa emancipadora y es preciso explorar las vías institucionales heterogéneas para llevarla adelante. La explotación es la base del capitalismo, dice

¹¹ Véase Santos, 2002,2006, 2016

Wright, pero el mecanismo central de superación del capitalismo es la democracia. Una forma de poder con potencial emancipador radica en la sociedad civil y en su capacidad de crear asociaciones en pos de sus objetivos colectivos (Wright 2014). La democratización radical del Estado y la economía exige una sociedad civil con mucho asociacionismo. Esta concepción del socialismo se distancia del estatismo para proponer una estructura económica donde el poder social, en variadas formas, asume una función determinante para organizar la actividad económica. La democracia directa, la representativa y la asociativa, son formas complementarias que proponen soluciones al problema de subordinar el Estado a la sociedad civil. En tal sentido Wright coincide con Boaventura de Souza Santos sobre la esencialidad de “democratizar la democracia” (2004 pp198).

Las Utopías Reales que dan título a su libro son instituciones que desarrollan lógicas superadoras del capitalismo y que amplían el poder social en muy diversas áreas. Entre los ejemplos citados por Wright están las formas de economía social y el cooperativismo, la Renta Básica Universal, Wikipedia y Presupuesto Participativo. En las condiciones históricas actuales y en muchos países la única alternativa real de transformación emancipatoria es un proceso de metamorfosis donde cambios en campos específicos van produciendo una modificación en calidad del sistema. Estos planteos abordan desde la teoría social el problema de las estrategias de transformación emancipadora, sintetizándolas en tres: rupturista, intersticial y simbiótica. Por intersticial se entiende aquellos procesos que se producen en los espacios y grietas existentes en alguna estructura social dominante de poder. Las estrategias simbióticas implican que la habilitación social se relaciona con la solución a problemas sociales determinados creando mejores condiciones para una metamorfosis a largo plazo de las estructuras en un rumbo igualitario y democrático. Las rupturistas implican la discontinuidad de los regímenes anteriores para el surgimiento de nuevos. Todas las trayectorias plausibles de transformación a largo plazo requieren elementos de las tres estrategias, sostiene Wright. Si bien las rupturas sistémicas asumen características determinadas en el siglo XXI puede haber rupturas parciales e innovaciones decisivas en esferas concretas.

Desde una mirada a los grandes cambios en curso en la etapa actual del capitalismo Rodrigo Arocena (2020) señala tres grandes tendencias entrelazadas: la del deterioro del ambiente que conduce a una catástrofe climática, la desigualdad como fenómeno que se profundiza en muchos planos y la degradación de la democracia. Es decir enfrentamos tendencias a la des-sustentabilidad, desigualdad y des-democratización.

La democratización como procesos con variadas formas es una manera de resolver la distribución muy asimétrica del poder social que constituye el principal obstáculo para el desarrollo de los

valores de libertad, igualdad y solidaridad. Las estrategias democratizadoras implican un doble proceso que ha de favorecer a “los de abajo” tanto relativa como absolutamente. Es decir abatiendo las diferencias que separan a los de abajo y los de arriba y cambiando para mejor la situación objetiva de los primeros (Arocena 2020).

La participación ciudadana es considerada como un factor de democratización y una expresión del malestar (o incluso del hartazgo) de una sociedad o un grupo social (Lisidini 2015). Las necesidades sociales, las brechas existentes se traducen mediante la presencia, intensidad y características de las demandas sociales, su forma de expresión en cada etapa y la capacidad de movilización social . Lisidini clasifica los mecanismos que posee la ciudadanía para participar en proactivos, reactivos y obligatorios. La politización de los problemas y la canalización de las demandas ciudadanas son responsabilidad de las instituciones políticas. Ellas deben generar estructuras que actúen como el “tejido conector de la democracia”, uniendo los funcionarios decisores con las poblaciones involucradas. La política no se agota en los componentes formales de elecciones, división de poderes y partidos políticos. Existen poderes fácticos y mecanismos no democráticos integrados en las instituciones democráticas (Lisidini 2015).

Las llamadas “democracias de baja calidad” que caracteriza Guillermo O Donnell (1997) son un concepto que surge del análisis de la calidad de la democracia. Las políticas de ajuste económico reforzaron los legados autoritarios y promovieron una mercantilización de las relaciones sociales convirtiendo a los individuos en meros consumidores. Sin embargo emergió una ciudadanía activa que luchó para que la democracia resolviera no solo las cuestiones de gobierno, sino también las desigualdades y la creación de condiciones para el ejercicio de derechos. A veces fueron los mismos movimientos populares que habían enfrentado las dictaduras y surgieron nuevos . Es decir que la participación ciudadana, sea espontánea u organizada, institucionalizada o no, da información acerca del malestar ciudadano en lo que refiere a servicios y calidad de vida. Permite el surgimiento de nuevos actores, la visualización de problemas sociales y la politización de temas considerados “privados”, con la consiguiente extensión y ampliación de derechos (por ejemplo el derecho a la salud, a la educación, los derechos reproductivos, la seguridad y soberanía alimentarias, las políticas contra la violencia de género).

¿Qué es la democracia en nuestra América? se pregunta Nicolas Lynch (2020) abriendo dos respuestas posibles: una importación acrítica o un producto de nuestro proceso histórico, nuestras grietas sin resolver de clase, raza y género, y los conflictos que surgen de los intereses contrapuestos que se generan. Para Lynch es más lo segundo que lo primero. Por eso al analizar los

últimos 20 años y los gobiernos del “ciclo nacional-popular” jerarquiza la democratización social y la lucha contra la exclusión oligárquica, como producto de un proceso histórico en el cual los actores, ya sea por el cambio como desde la reacción, “han jugado sus cartas en cada coyuntura y han producido un acumulado histórico”.

A lo largo de esta investigación consideramos que la mayor o menor democratización de la sociedad y el Estado son un nudo crítico de los procesos latinoamericanos. Es decir un anudamiento de tensiones entre distintas fuerzas sociales y políticas cuya resultante incide de manera relevante en los procesos. Analizar los avances y retrocesos, las contradicciones, alianzas y enfrentamientos, en este plano es imprescindible para poder estudiar los procesos en la región con gobiernos progresistas o derechistas.

Entre los problemas que deja el Siglo XX Susana Mallo (2013) destaca las distancias cada vez mayores entre Norte y Sur, la crisis ecológica y el vacío ético que surge de las tendencias crecientes hacia el individualismo extremo, la reducción sustancial de la esfera pública y el cerramiento hacia lo privado y la conformación de élites políticas drásticamente alejadas de las necesidades sociales. Una pregunta que se impone es ¿desde dónde construir una reflexión alternativa? plantea Susana Mallo (2013). En nuestra opinión puede haber distintos puntos de partida, pero uno de los insoslayables es el análisis profundo, situacional, de los grandes problemas y campos de la sociedad, incorporando las miradas de sus actores sociales.

Pensar la sociedad desde lo público implica re-pensar la ciudadanía y promover la creación de un espacio público novedoso, con actores participantes y con acuerdos establecidos, como uno de los principales desafíos de los gobiernos progresistas (Mallo 2013). ¿Cómo instalar un debate sobre las reformas que puedan sustentar una nueva práctica política de las masas? pregunta Mallo. La presente investigación considera que una nueva forma de hacer política, una política activa (y no de apoyo pasivo), una política de acción colectiva es relevante para las encrucijadas de los procesos latinoamericanos del siglo XXI porque pone el énfasis en la democratización y el cambio de las relaciones de poder existentes.

Es necesario estudiar más el poder, sus estructuras, mecanismos de reproducción, resistencias y transformaciones. Es importante tener en cuenta, como sostiene Rodrigo Arocena (2020), que el poder social tiene una relación fuerte con las tecnologías, con las relaciones económicas, militares, políticas e ideológicas y con las interacciones entre estas relaciones y las tecnologías. Agregáramos nosotros que en el campo mundial de la salud el modelo médico-hegemónico predominante es un ejemplo claro de ese concepto. La gran industria del medicamento y la tecnología detenta un enorme poder económico, político y técnico por su vínculo con un modelo de

atención a la salud que desarrolla un reducido enfoque asistencialista que se concentra en el segundo y tercer nivel, con una incorporación acrítica de tecnologías caras. Un modelo vertical, autoritario, con una fuerte impronta de control sobre los cuerpos, donde las personas son “pacientes” y no participantes activos de la construcción de su salud y la de su comunidad. Este modelo mantiene su hegemonía, a su vez, porque responde a los intereses económicos de las grandes corporaciones y una multiplicidad de macro y micro-poderes, a pesar que desde el Informe Lalonde en 1974 para acá todas las conferencias internacionales de salud han predicado una orientación distinta. Recientemente la disponibilidad de las vacunas contra la Covid pusieron en evidencia dramáticamente las desigualdades del poder en el sector salud y como señala Arocena el papel cada vez mayor del saber especializado en la expansión y distribución de dicho poder. Explorar las perspectivas de “izquierdas democratizadoras de inspiración socialista” es para Arocena (2020) una manera de retomar con fuerza los valores libertarios, igualitarios y solidarios que vienen de la historia.

Volviendo desde este punto al objeto de la presente investigación ¿Porqué no pensar las transformaciones en el sistema de salud desde la mirada de la democratización radical contrapuesta a la concentración de poder? Desde la conversión de las personas en pacientes controlados por un sistema de poder indiscutible o su transformación en sujetos, protagonistas del proceso salud enfermedad. Como en otros campos de la sociedad, lo que está en juego es más que obtener resultados un poco mejores o tener un sistema de salud eficaz en lo curativo. Es el paradigma de la salud que está en cuestión. ¿Porqué no pensar a las transformaciones en la salud como una oportunidad de construcción de procesos e instituciones emancipadores desde una óptica similar a Eric Olin Wright ?

Selectividad y contradicciones del Estado

Esto tiene que ver con la concepción del Estado. Hay concepciones de la transformación social que son escépticas respecto a la posibilidad de una profundización democrática dentro de un estado capitalista. Hay visiones con bastante predicamento en el siglo XX que reducen el Estado a un instrumento en manos de las élites dominantes. Sin embargo Wright sostiene que el Estado puede contener elementos internamente contradictorios, factores que lo impulsen a actuar en formas contradictorias. El Estado en una sociedad capitalista es un Estado capitalista, pero no solamente un Estado capitalista, es una estructura híbrida dentro de la cual las formas capitalistas son dominantes.

En una línea similar autores como Juan Carlos Monedero (2019) sostienen que el Estado es una relación social dentro de una densa red de “contradicciones, dilemas, tensiones y antagonismos”,

que se traduce en un heterogéneo conjunto de organizaciones, marcadas por la forma como se resolvieron los conflictos en el pasado¹². Considerar al Estado como una relación social de fuerzas, clases y fracciones de clase no significa omitir su “autonomía relativa” respecto a dichas clases, ni dejar de considerar sus contradicciones. Como Estado tiene una selectividad estratégica para defender determinados intereses dominantes pero está distante de ser algo unificado o un sujeto único, presenta “tendencias”, “hegemonías”. El Estado, en el siglo XXI “opera en la sociedad, y la sociedad opera en el Estado; ambos se acompañan, se moldean, se toleran y se reconocen”(Monedero 2019 p347).

El concepto “selectividad del Estado” es una precisión teórica importante y en particular su caracterización como un elemento “estratégico” (Monedero 2019). Apoyándose en Nicos Poulantzas (1969, 1974, 1976, 1977)¹³ y Bob Jessop (1999, 2017) esta concepción del Estado cuestiona la idea de que se trata de algo neutral utilizable de la misma forma por cualquier sector social pero tampoco lo concibe como un instrumento simple en manos de las clases dominantes o una determinación estructural unívoca e inamovible.

Concebir el Estado como una relación social entre fuerzas sociales y políticas, nos devuelve tres tipos de problemas : a) ¿hasta qué punto, cómo y dónde se modificaron las reglas de juego del Estado y su relación con la población, analizando sus estructuras y funcionamiento? .

b) ¿en qué medida las fuerzas sociales, la sociedad organizada y los sectores populares fueron capaces de fortalecer su accionar, incrementar su poder, transformarse ellas mismas, en este período? ¿Cómo lucharon junto con los gobiernos progresistas, o en los resquicios o espacios que éstos abrieron, o también cuestionándolos?.

c) ¿Qué rol jugaron las fuerzas políticas como tales, más allá de su rol institucional en gobiernos o parlamentos? ¿Cuál fue su accionar en relación con la población, su democracia interna, su participación en los debates societales, tanto los inmediatos, coyunturales como en los más trascendentes de acumulación hacia patrones civilizatorios diferentes?.

Las relaciones entre estructuras y prácticas, son un aspecto a tener en cuenta en este tipo de procesos. Consideramos como referencia teórica la diferenciación/interacción, entre estructuras y prácticas así como las relaciones de determinación y sobredeterminación, determinación en última instancia y dominancia, que se expresan en el pensamiento de Louis Althusser (1967) y Nicos

¹² Monedero se apoya en Gramsci, Poulantzas y Jessop (1999, 2017)

¹³ Nicos Poulantzas siempre me ha parecido un aporte teórico sustantivo para el pensamiento crítico . Sus análisis en “Poder Político y Clases Sociales”, “Las Clases Sociales en el Capitalismo Actual”, “Fascismo y Dictadura”, “La Crisis de las Dictaduras”, han brindado herramientas valiosas para el estudio del Estado y las luchas políticas.

Poulantzas (1969). Vale decir que los sistemas de relaciones establecidos generan marcos de posibilidad a las prácticas de los distintos actores pero no de manera unívoca sino contradictoria. En lugar de la determinación de la superestructura política por la infraestructura económica, estos autores hablan de determinación en última instancia para referirse al rol determinante de lo económico. Esas relaciones de “determinación en última instancia” incluyen también formas de “sobre-determinación” donde lo político o lo ideológico influyen sobre lo económico. En el marco de la determinación en última instancia de lo económico es posible caracterizar una relación de dominancia, donde un nivel de la estructura social asume un rol principal (no necesariamente la economía). Dicha dominancia es característica de cada modo de producción o incluso de las diferentes etapas de su desarrollo. Esa articulación compleja entre lo económico, lo político y lo ideológico que caracteriza la totalidad social (los modos de producción en un sentido amplio) permite un análisis de las formaciones sociales y de las fuerzas en pugna en su seno. Es decir que el accionar de los distintos protagonistas está determinado por los sistemas de relaciones (estructuras económicas, políticas e ideológicas). Al mismo tiempo cabe insistir que esas determinaciones no son mecánicas ni simples, sino que encierran contradicciones y generan posibilidades de prácticas diferentes y contrapuestas. Las acciones de los sujetos de diverso tipo (sociales, políticos, culturales, económicos) sostienen las estructuras o las cuestionan y en determinadas coyunturas o procesos pueden modificarlas sustancialmente. De eso se trata cuando hablamos de profundización democrática o radicalización de la democracia.

Reconociendo contradicciones y debilidades Mabel Thwaites Rey (2007) reivindica el aporte de Gramsci a la teoría del Estado contemporánea con su concepto de la relación entre coerción y consenso, entre dominio y dirección intelectual y moral, entre dominación y hegemonía. Estos aportes teóricos contribuyen al estudio de los procesos latinoamericanos, la ola neoliberal de los 90 y los gobiernos que la sucedieron. Contra una concepción "instrumentalista" del Estado, Gramsci propone una relación no mecanicista entre Estado y clase, a través de su "concepción ampliada" del Estado. Mas que ser manipulado por la clase dominante como una maquinaria exterior a ella, el Estado tiene un papel central en su unificación-constitución. No solamente opera por el uso de la fuerza, sino a través de un conjunto complejo de mecanismos que garantizan el consentimiento de las clases subalternas.

La hegemonía de ciertos valores no es solo el resultado del control ideológico ejercido sobre la sociedad sino que está determinada por las relaciones de compromiso que la clase dominante realiza con otras fuerzas sociales, expresadas en el Estado. El Estado constituye el espacio privilegiado donde se concretan las pugnas y se generan correlaciones de fuerzas cambiantes, "equilibrios inestables", entre los principales grupos antagónicos. En ese marco la política de

alianzas es un aspecto necesario para la conformación de una clase social como hegemónica (Thwaites Rey 2007).

Es interesante considerar tam que proponen una “democracia deliberativa”¹⁴, complementaria de la democracia representativa, centrada en un diálogo social que fortalezca la solidaridad, para construir procesos democráticos estables y recuperar la política en tiempos de descrédito. El dilema de cómo construir una ciudadanía crítica y participativa y cómo acortar la distancia entre el pueblo y la representación política, tiene plena vigencia ante fenómenos como la crisis de la democracia liberal y de la socialdemocracia, el avance de la ultraderecha y las debilidades de los gobiernos progresistas. La democracia deliberativa se propone como un nuevo modelo de legitimación del poder y de toma de decisiones políticas, colocando la esfera pública como canal de comunicación entre la sociedad civil y el poder político. Como afirma Rosanvallon (2017) el progreso democrático implica hoy complejizar la democracia mediante la multiplicación de los registros de la voluntad popular, ampliando la democracia de autorización a una democracia de ejercicio, con ciudadanos iguales en dignidad y reconocimiento.

Mientras las políticas de concentración del poder actúan desde lógicas de hechos consumados, de mecanismos invisibilizados por el funcionamiento institucional, o legitimados por la autoridad técnica o administrativa, las estrategias democratizadoras necesitan el debate abierto, la información amplia, el intercambio plural. La deliberación es medio y también un objetivo en sí misma. De esta forma los actores pueden enriquecer su visión del mundo y sus prácticas, pueden sumar fuerzas con otros y construir un “sentido común” distinto al status quo de las desigualdades y las opresiones.

Existe una crisis en el pensamiento crítico en varias dimensiones y por variadas causas. Mouffe y Laclau en *Hegemonía y estrategia socialista* (1987) reflexionan sobre una crisis teórica del pensamiento de izquierda (y del marxismo) que relacionan con la pluralidad y riqueza de las luchas sociales contemporáneas. Las discontinuidades existentes en la sociedad y dentro de la clase obrera o los movimientos populares requieren un abordaje teórico que dé cuentas al mismo tiempo de la reconstitución de distintas formas de unidad sin una concepción “esencialista” del sujeto social. Se impone pensar en una pluralidad de sujetos. Las luchas obreras, las de género y diversidad sexual, las ambientalistas, las de pobladores y comunidades, las étnicas, y otras muchas, pueden tender puentes entre sí, comprenderse mutuamente, generar alianzas o puntos de encuentro. También las

14 Véase Pinheiro 2011, Brugue 2011, Sojo 2009, Habermas 1999

luchas por mejor salud que se investigan aquí (o las que mencionamos por mejor educación, protección social, ejercicio de derechos).

En ese contexto el concepto de hegemonía aparece como la herramienta fermental para pensar esa diversidad de luchas y para replantear una nueva política transformadora. Este concepto de hegemonía supone la articulación de elementos distintos mediante un discurso unificador que constituye y organiza las relaciones sociales. Ese cambio de perspectiva propone refundar un proyecto de transformación social profunda sobre la idea fuerza principal de una democratización radical de la sociedad. La nueva derecha neoconservadora o neoliberal promueve el proyecto renovado de una sociedad jerarquizada. No actúa contra el Estado en general sino que cuestiona la intervención del Estado contra las desigualdades. Ante esta reacción conservadora que tiene un carácter hegemónico o disputa con mucha eficacia la hegemonía, es posible levantar la defensa de las libertades y los derechos desde una óptica de radicalización de la revolución democrática. Para ello es posible articular las distintas luchas contra la opresión, creando lo que Laclau y Mouffe llaman “cadena de equivalencias”. Podemos concluir en la vigencia de reivindicar las luchas democráticas para profundizarlas y expandirlas en dirección a una democracia radicalizada y plural.

Los autores y corrientes mencionados tienen diferencias entre sí, aunque puede encontrarse en varios de ellos un hilo conductor de preocupaciones teóricas. Durante el siglo XX existieron corrientes que se consideraban a sí mismas como la ortodoxia teórica, representantes de la evolución histórica unidireccional, imparable e ineludible. Otras concepciones desarrollaron caminos heterodoxos de reflexión y búsqueda. Las aspiraciones a un monopolio de la verdad condujeron muchas veces a pensamientos dogmáticos, que dificultan el desarrollo innovador de las teorías. La situación actual del pensamiento crítico requiere rescatar las herramientas conceptuales de distintos autores y corrientes que puedan aportar a pensar procesos complejos como los de hoy, en diferentes planos de la sociedad.

Está claro que el concepto de democracia y democratización pueden ser considerados polisémicos y son objeto de debates. Nos parecen pertinentes esos debates y entendemos que vale la pena desarrollarlos, recurriendo a investigaciones empíricas junto con la reflexión teórica.

En esta investigación la participación social en la construcción e implementación de políticas públicas es el universo a estudiar. Considerar estos procesos como parte fundamental de la democratización del Estado y de la sociedad, en los contextos latinoamericanos, es un enfoque que interviene en un debate teórico y político muy vigente en la actualidad.

Desde nuestro punto de vista la participación amplia de las ciudadanas y ciudadanos, en áreas de la sociedad como la salud, la educación, las relaciones laborales, los ámbitos territoriales

subnacionales, los medios de comunicación, las relaciones de género, la convivencia y los vínculos, son factores sustantivos de los procesos de democratización . Estos procesos no son lineales, ni inexorables, ni tienen una dirección única. Pueden avanzar o ser derrotados en cada coyuntura, pueden asumir formas y alcances diferentes en las distintas formaciones sociales y períodos históricos. La democratización de las estructuras de la sociedad y del Estado contribuye a la capacidad de una democracia de sostenerse frente a las tendencias autoritarias de las élites, que se traducen hoy en una ofensiva ideológica y política de ultraderecha.

Contexto regional

Una investigación de este tipo debe tener en cuenta como contexto los procesos de las últimas décadas en la región. Las dictaduras en el cono sur latinoamericano no fueron un accidente histórico o un evento puntual, sino que formaron parte de una estrategia de largo aliento que involucró muchos actores dentro y fuera de cada país. En Uruguay desde el año 68 hasta el año 1985 se produjo un largo proceso autoritario, civil y militar. Como destaca Hugo Cores el año 68 constituye un hito importante en el ciclo de instauración en el Uruguay de un régimen autoritario y una nueva relación de fuerzas entre las clases, en perjuicio de los trabajadores. La dictadura cívico militar entre 1973 y 1985 fue la culminación de ese proceso. Se produjo en este período una reestructura de la economía y del sector financiero y la concentración del poder y de la riqueza. Los impactos no se limitaron a la esfera política, el ciclo autoritario, dice Cores, produjo cambios profundos y duraderos en el país, afectando al estado y la sociedad: “en la vida cotidiana de la familia trabajadora y en los anhelos y las esperanzas de los jóvenes, en la confianza o no en los destinos del país, en la educación pública y en la cultura popular, en la administración de justicia, en las formas de actuación policial y en los medios de comunicación. Nada quedó al margen de los cambios”. El terrorismo de Estado que se impuso en el cono sur latinoamericano en los años 70 tuvo soportes (y complicidades) sociales, políticos, mediáticos, empresariales, académicos y dejó impactos profundos en el Estado y en la sociedad. Despertó asimismo amplias resistencias que subsistieron en los peores períodos de la represión, fueron ganando espacios y protagonizaron las grandes movilizaciones que hicieron retroceder o derrotaron las dictaduras.

En los años 90 el neoliberalismo en América Latina generó una verdadera avalancha ideológica que impactó fuertemente en las estructuras económicas y dejó huellas persistentes en el plano cultural, en las representaciones, creencias y valores hegemónicos. Se creó una nueva hegemonía con fuerte impronta neoliberal que, aún hoy, no puede ser minimizada y continúa influyendo. En el

campo de la salud, la educación, la protección social y otros, fueron implementadas reformas de corte neoliberal en varios países del continente.

En pocos años las promesas de la oleada neoliberal se diluyeron y sus consecuencias fueron graves fenómenos de sufrimiento social y crisis. El crecimiento de las resistencias populares implicó serios desgastes políticos para los gobiernos neoliberales. En los últimos 25 años América Latina ha sido el escenario de un auge de las movilizaciones populares (Almeida y Cordero 2017 pp 14). En Uruguay es destacable la resistencia a la privatización de las empresas públicas a través de plebiscitos, que sumó actores sociales y políticos diversos en coaliciones potentes. La utilización de recursos institucionales de consulta popular y las estrategias de participación recabando el apoyo ciudadano, generando un diálogo amplio con la población lograron frenar algunas de las privatizaciones principales, aunque no toda su estrategia global. Fueron estrategias de democratización las que permitieron resistir y acumular fuerzas en este período. Junto a la tradición “batllista” de un Estado fuerte y protector influyó un crecimiento de la izquierda a través del Frente Amplio, que sostuvo la unidad construida en los años 70 y fortaleció sus vínculos con las organizaciones sociales. La unidad sindical fue también un factor que contribuyó al desarrollo de estas luchas. La unidad es un valor fuertemente arraigado en los sectores populares uruguayos, forma parte de su historia y de su identidad. Al mismo tiempo los valores individualistas y consumistas penetraron profundamente y operaron también estrategias de debilitamiento de las organizaciones sociales.

La crisis del año 2002 fue el colapso de un proyecto de país que priorizó la especulación financiera, las privatizaciones, el debilitamiento de la regulación estatal. Ese quiebre permitió por primera vez que el Frente Amplio llegara al gobierno nacional.

En buena parte de América Latina se produjo una nueva etapa de luchas populares que condujo a triunfos electorales de las izquierdas y a la constitución de gobiernos “progresistas”. La izquierda se convirtió en opción de gobierno cuando sumó todos los descontentos contra el neoliberalismo levantando una propuesta política y social alternativa. En un momento mundial de crisis de las izquierdas y el pensamiento crítico, cuando los efectos del derrumbe del campo soviético continuaban creciendo, frente a un neoliberalismo arrollador, América Latina mostró que otros modelos de país eran posibles y disputó esa hegemonía. Sin marco teórico ni ideológico común, con debilidades, errores y contradicciones, los “progresismos” produjeron grandes avances sociales y democráticos.

Estas experiencias “progresistas” de las primeras décadas del siglo XXI no han sido estudiadas en profundidad en sus avances, sus límites y sus errores, en sus actores y alianzas, en las modificaciones estructurales que generaron y en las prácticas sociales, políticas y culturales que hicieron posibles. También importa analizar los procesos en países que continuaron con gobiernos conservadores en el mismo período.

Podemos abordar un análisis de América Latina hacia fines del siglo XX como caracterizada por democracias “de baja intensidad”¹⁵, procedimentales, que incluyen graves desigualdades y fracturas sociales de clase, etnia, género, generaciones y territorios, con violación sistemática de derechos. Hablamos de una región marcada por dispositivos de concentración del poder, cooptación de la política por el poder económico, hegemonía neoliberal en el plano ideológico, políticas represivas hacia el conflicto social y las drogas, fuertes mecanismos de opresión de clase, patriarcales y étnicos.

Las últimas seis décadas se han caracterizado por grandes fenómenos con alcance regional (aunque no comprendieron a todos los países) como las dictaduras cívico-militares y el terrorismo de Estado de los años 70, su retroceso y en algunos casos derrota, la ofensiva neoliberal de los 90 y los gobiernos “progresistas” del siglo XXI. En estos períodos el significado de la democracia, sus luchas y contradicciones han sido un elemento central de los debates latinoamericanos.

Desde nuestro punto de vista el análisis de los “progresismos” en América Latina y en Uruguay no se puede limitar a las gestiones de determinados presidentes o gobiernos sino que resulta necesario estudiar el comportamiento de tres tipos de protagonistas: gobiernos, partidos y fuerzas sociales. Ello no significa dejar de lado el rol de los liderazgos carismáticos que sin duda influyeron. Cabe preguntarse si estos actores, los movimientos sociales, los partidos y los gobiernos ¿se fortalecieron o se debilitaron, se dividieron o se unieron, ampliaron su base de apoyo, lograron objetivos propios, desarrollaron procesos nuevos de acumulación de fuerzas? El abordaje de estas interrogantes requiere estudiar hasta qué punto se modificaron las estructuras de poder en áreas claves de la sociedad, democratizándolas, generando mayores formas de participación y control ciudadano, construyendo nuevos poderes sociales.

En nuestra opinión las visiones que reducen las respuestas de estas preguntas a sí o no, blanco o negro, que generalizan la defensa o el cuestionamiento total a estos procesos latinoamericanos en el siglo XXI amputan su riqueza haciendo más difícil una reflexión crítica y autocrítica. Pierden de vista que no han sido procesos lineales y no analizan las correlaciones de fuerzas existentes en los diferentes momentos. En ese contexto valorar los procesos graduales, defender los derechos generados requiere también identificar las encrucijadas que definen rumbos distintos .

15 Véase O'Donnell (1997), Santos (2016).

En un sentido similar a Laclau, Francisco Panizza (2009) señalaba que la profundización de la democracia es uno de los nudos centrales de los procesos latinoamericanos bajo gobierno de las izquierdas. De su análisis surge una clasificación de las lógicas democráticas en partidistas, societarias y personalistas. No son excluyentes, dice Panizza, y todas ellas aisladamente tienen peligros para la democracia. La lógica partidista es dominante en la democracia liberal, pero su monopolio de la representación puede conducir a la colonización del Estado por los partidos bloqueando la integración de otros actores al sistema político, creando verdaderas partidocracias o tecnocracias distanciadas de la población. Agregaríamos nosotros que no debe olvidarse la influencia de las desigualdades estructurales en el ejercicio de los derechos políticos como por ejemplo el peso del dinero y los mecanismos no democráticos en la financiación de los partidos y las campañas electorales o el oligopolio de los grandes medios de comunicación. Por otro lado Panizza sostiene que la lógica de representación societaria pone el énfasis en la sociedad civil como ámbito privilegiado de la democracia, aunque alerta que también puede ser cooptada por pequeños colectivos. La lógica de representación personalista se apoya en el liderazgo donde juegan componentes afectivos e identitarios y los riesgos democráticos aquí son evidentes.

Más que concebir una sociedad civil como un todo uniforme consideramos interesante analizar las diversas fuerzas que luchan por sus intereses, es decir por el poder en los distintos campos. Importa investigar cuál es el tipo de estructura de poder, su diseño y funcionamiento, que se constituye a partir de esas luchas. No puede dejarse de lado que la experiencia histórica es heterogénea en este plano y por lo tanto hay que estudiarla en sus distintos desarrollos.

Al analizar lo que llama “ la década virtuosa de la soberanía continental” Alvaro García Lineras (Sader, García Lineras, Forster et al 2016) destaca la ampliación de la democracia política como uno de cuatro logros históricos, señalando la existencia de “una resignificación de la democracia ejercida como poder plebeyo y como decisión popular de efecto estatal” (pp 15) y un fortalecimiento de la sociedad civil.

Democratizar el Estado y la sociedad son cuestiones inter-dependientes (Anzalone,2016). Ambas dimensiones están involucradas en la democratización de la política, porque la política no puede reducirse al Estado, sino que también abarca una buena parte del accionar de las fuerzas sociales y a los partidos. Las políticas públicas pueden ser mucho más que meras decisiones gubernamentales, si hay una construcción compartida por distintos actores sociales involucrando a la población.

Las izquierdas latinoamericanas llegaron al gobierno en Estados funcionales a la reproducción de desigualdades. Revertir esa herencia para construir un Estado diferente, es una tarea compleja, con múltiples obstáculos. Algunos de los procesos latinoamericanos pudieron realizar Asambleas Constituyentes que permitieron un debate amplio y modificar las constituciones para garantizar

nuevos derechos. En otros casos fueron leyes las que avanzaron en materia de derechos. La realización de cambios estructurales en áreas importantes fue también un factor de peso para modificar el funcionamiento del Estado. En todos los casos los procesos que se produjeron en la sociedad civil, fueron determinantes de los cambios en el Estado haciendo que prosperaran o se estancaran, que se reprodujeran o se erradicaran los viejos sistemas de privilegios.

La batalla cultural en la sociedad fue decisiva para que las normas se tradujeran en mayor o menor medida en ejercicio de derechos y se dieran pasos hacia una democracia más plena. Se ha usado con frecuencia en este período la idea de “los relatos”, hablando de la construcción de un relato o un contra relato, para referirse a un discurso o un conjunto de ideas que dan explicación y coherencia a los hechos, que condicionan las percepciones que de esos hechos tienen los distintos integrantes de la sociedad. Es interesante esta forma de remozar o retomar conceptos como hegemonía, o lucha por la hegemonía, de raíz gramsciana. Por otro lado es bueno precisar que no se trata solo de un “discurso”, sino de un conjunto de creencias y valores ideológicos. Como decíamos mas arriba no es el resultado simple del control de los medios de comunicación, sino que existen estructuras y prácticas, que determinan esas hegemonías y sus contradicciones o corrientes contra hegemónicas. Una de esas contradicciones surge por ejemplo de la enorme capacidad del capitalismo de convertir en mercancías todo lo que toca (un Rey Midas aggiornato). Eso le ha permitido cooptar hasta cierto punto a movimientos contestatarios tan diversos como el ambientalismo, el feminismo los LGTBI o las medicinas naturales. Al mismo tiempo son fenómenos que no se limitan a manipulaciones sino que permiten generalizar ideas y contribuir al ejercicio de derechos por parte de sectores que históricamente fueron duramente reprimidos. Distintas corrientes feministas han dado debates intensos y fermentales para poner en evidencia la asociación entre patriarcado y capitalismo y darle a sus propuestas un carácter de transformación civilizatoria radical. El ecofeminismo ha realizado aportes fecundos en esa dirección.

Las organizaciones feministas han sido un actor relevante para colocar en la agenda política distintos problemas ocultos, invisibilizados o directamente reprimidos por la cultura patriarcal dominante. Un ejemplo de ello son los asuntos vinculados con la sexualidad y la reproducción (Abracinskas y López Gomez 2007). Es interesante valorar que en ese rol proactivo se combinaron la movilización y la generación de conocimiento, con contribuciones argumentativas, teóricas, empíricas y pedagógicas, durante mucho tiempo no reconocidas. Abracinskas y López Gomez (2007) destacan la significación de estas acciones para denunciar las formas de opresión, desigualdad y discriminación por razones de género producidas por la estructura social. Los múltiples espacios de participación permitieron a las mujeres organizadas plantear los temas e

incorporarlos en las demandas políticas, sociales o sindicales, dar debates ideológicos importantes y construir vías legales y reales para el ejercicio de derechos.

Un elemento a tener en cuenta en esa batalla cultural o ideológica es que la acción social y política es una gran productora de valores y creencias. Las personas, las organizaciones y la sociedad cambian a partir de la experiencia de la lucha colectiva. Sus percepciones son diferentes si juegan un rol activo en un campo o por el contrario quedan encasillados en los roles pasivos (“pacientes”) que el sistema o la estructura de relaciones predominante les determina. Este “giro copernicano” de ser objetos a sujetos no tiene una característica universal o esencialista sino que se define en cada campo y en sus interrelaciones con otros campos de la sociedad. Tomamos distancia aquí de las concepciones que postulan un único sujeto universal de la transformación social, definido a priori, en forma esencialista. En el siglo XIX y XX ese sujeto fue para muchos la clase obrera, cuyo rol estaba determinado por el avance inexorable de la historia y estaban armados de una ideología científica. Formas similares de mirar los procesos pueden pensar en el feminismo, el ambientalismo o los pueblos originarios o más cerca del positivismo capitalista darle ese rol de conductor único a la ciencia o al desarrollo económico.

Las categorías más amplias como movimientos populares o pueblo, las ideas de confluencias, alianzas, articulaciones de fuerzas sociales diversas tienen más vigencia o son más interesantes para analizar los procesos heterogéneos y complejos. Esto no significa minimizar el rol de los trabajadores organizados en Uruguay que han sido un gran protagonista en las luchas populares con influencia en la historia del país. Desde los primeros sindicatos anarquistas y más tarde con la unificación sindical en la CNT, el Congreso del Pueblo en 1965, la huelga general contra el golpe de estado en 1973, la reconstrucción del PIT en 1983, las grandes batallas por la democracia y luego contra las privatizaciones en los 90, los trabajadores organizados fueron decisivos en estos hitos históricos.

La intención de esta investigación es precisamente estudiar esos protagonismos en el campo de la salud desde 2005 en adelante.

Políticas Públicas y participación social en los gobiernos frenteamplistas

Durante los gobiernos del Frente Amplio se generaron modalidades de construcción de las políticas públicas que incorporaron la participación de organizaciones sociales pero se distancian de la caracterización de corporativismo societal (Bentancour y Busquets 2019) . Esas formas participativas implican una superación de la tradicional dicotomía entre política y sociedad civil propia de la democracia liberal tradicional. De alguna manera construyeron un híbrido que retoma las tradiciones partidocráticas del país, pero incorporan una experiencia de participación social

nueva. La participación de los actores sociales cuenta con reconocimiento ciudadano porque tuvo gran relevancia política en la lucha contra la dictadura y en la resistencia a las privatizaciones de los años 90. La inclusión de representantes de trabajadores, jubilados y empresarios en el directorio del Banco de Previsión Social fortaleció visiblemente la institucionalidad y la gestión en un área sensible donde históricamente habían operado prácticas clientelísticas. Por otro lado existen campañas bien orquestadas para desprestigiar la participación social y sus organizaciones. En casos como la educación esa fue una bandera del nuevo gobierno uruguayo, postulando que eliminar esa participación era una forma de resolver los problemas del sector.

Este estilo de gobernanza de construir políticas públicas incorporando formas de participación social, es una estrategia política de los gobiernos frenteamplistas y constituye una seña de identidad que refleja su concepción de la democracia (Bentancour y Busquets 2019). Las articulaciones entre el componente democrático-social y el componente democrático-representativo no fueron iguales en unos campos y otros, ni tampoco sus resultados. Pero importa remarcar que en muchas áreas fueron más allá de la gestualidad simbólica, para producir transformaciones de carácter general y no corporativo. Las modificaciones efectivas en las estructuras políticas y sociales así como en el desarrollo de prácticas sociales y políticas participativas son temas a investigar, que no se agotan en los aspectos normativos aunque los incluyen.

Una cuestión clave son las diferentes formas de hacer política durante este período desde el ángulo de su aporte a procesos de mayor democratización de la sociedad y el Estado. Cuando se produjo una reducción de la política a la acción de gobierno, ello tuvo efectos limitantes sobre el conjunto de la estructura social y sus actores. En particular cabe analizar el papel de las fuerzas sociales en relación con los problemas de la sociedad, es decir sus prácticas políticas. Las experiencias más interesantes permitieron la recuperación de la política como práctica colectiva en varios campos de la sociedad. De varias formas este tipo de prácticas contribuye a la construcción de la noción de pueblo o movimiento popular, pensado como proyecto histórico y lucha por la hegemonía. En lo que refiere a los partidos, la cooptación por el Estado debilita su rol propio, empobreciendo su vida interna, afectando el vínculo con la población, su intervención en el debate ideológico y su capacidad de iniciativa política, limitándolos a la función de apoyo al gobierno. Esa “estatización de la política” facilita asimismo un conjunto estructurado de patologías institucionales y políticas como la corrupción, la lucha por los “puestos”, la “carrera política”, los privilegios y la sujeción vertical a los que tienen el poder de decisión. Es un tipo de política que determina roles restringidos a los ciudadanos: elegir los gobernantes cada cinco años. Durante el resto del tiempo son espectadores conformes o críticos de lo que hace el gobierno mientras las fuerzas sociales se limitan a sus reivindicaciones específicas.

Una mirada sociológica a las emociones

Uno de los componentes a investigar es el plano emocional de los procesos de participación. Las teorías sociológicas de las emociones son una herramienta para comprender la forma como las personas y los movimientos sociales viven esas experiencias (Bericat 2000,2016). Al contrario de lo que sostienen las concepciones economicistas hay muchas evidencias de que las conductas humanas procuran objetivos y responden a motivaciones que no se limitan al mero interés económico particular. Arlie R. Hochschild (1975) fundamenta que la incorporación de las emociones en el estudio sociológico puede contribuir a una definición mas precisa de la naturaleza de los fenómenos sociales así como al hallazgo de nuevos fenómenos.

La teoría sociológica de las emociones muestra asimismo que las emociones son susceptibles de comunicarse, de contagiarse y de compartirse, en el accionar de las fuerzas sociales o por los medios de comunicación y las redes sociales. Las emociones tienen una función expresiva y también tienen una función comunicativa. Son asimismo medios de acción para los movimientos sociales, que operan para atraer nuevos integrantes o para influir sobre la sociedad. El discurso de los movimientos sociales se construye siempre con elementos emocionales aunque también incorpore otros componentes.

Actores fundamentales como las clases sociales han sido estudiados por Richard Sennett y Jonathan Cobb (1972) desde el punto de vista de las vivencias emocionales de sus miembros, teniendo en cuenta sus posiciones relativas en la estructura de clases. De acuerdo a la teoría inter-relacional de Theodore Kemper (1978), la mayoría de las emociones se constituyen y adquieren sentido en el marco de nuestras relaciones sociales. Es decir que el entorno social, tanto en sus estructuras como en sus prácticas condicionan la naturaleza de las emociones. Las emociones son relacionales. Aunque son sentidas por individuos, se conforman climas emocionales que no son fenómenos individuales sino sociales. Su análisis permite conocer mejor los procesos sociales. Casi todas las emociones surgen como resultados de las interacciones propias de la situación social en la que se está. Pero dichos resultados no necesariamente son productos objetivos de la realidad social, sino que pueden ser anticipados o incluso imaginarios. Dos dimensiones relevantes son el poder y el estatus. Los actores se otorgan unos a otros voluntariamente aprobación, recompensas, aprecio, apoyo emocional, amor, lo que se expresa a través del “estatus” como dimensión con distintas escalas. Es así que se define estatus “como un modo de relación social en el que existe comportamiento voluntario orientado a la satisfacción de los deseos, demandas, carencias y necesidades de los otros”(Kemper,1978). Puede identificarse estatus con estima y cariño voluntarios o con prestigio. Las emociones llamadas estructurales son aquellas vinculadas a situaciones de

interacción social y son, por lo tanto, conjuntos emocionales relativamente estables. Cuando el sujeto siente que se le asigna un adecuado nivel de poder o de estatus se generan emociones positivas de seguridad y satisfacción. Cuando eso no sucede y las recompensas o gratificaciones otorgadas por otros son sentidas como insuficientes se generan otro tipo de fenómenos como la depresión o la frustración.

De acuerdo al programa de investigaciones desarrollado por Thomas Scheff (1990) la vergüenza y el orgullo son las emociones sociales por antonomasia. La vergüenza es una emoción que cumple una función de señal, alertando de que el vínculo social con el otro se está deteriorando. En el mismo sentido el orgullo realiza la función de avisar que el vínculo social con el otro se está fortaleciendo. Esas dos emociones cumplen un papel social relevante.

Todas estas emociones contribuyen al análisis sociológico de la participación social en salud y otros campos. En procesos como la participación social que tienen un fuerte componente voluntario, ignorar o minimizar la importancia de los fenómenos emocionales para los movimientos sociales deja de lado elementos que permiten comprenderlos con mayor profundidad. La salud y la educación son campos relevantes en los vínculos sociales y como dice Scheff (1990) mantener los vínculos sociales es la fuerza mas poderosa para motivar las conductas humanas. Siguiendo a Hochschild (1975) se toman en cuenta los sentimientos conscientes que forman parte de la vida social. Para ello se considera que las emociones poseen una carga de significados, insertos en contextos socio-históricos determinados, donde operan la dimensión normativa, la dimensión expresiva y la dimensión política.

Marcos de la participación

La salud como la educación y en general las políticas sociales han sido campos de confrontación de proyectos societarios, prácticas colectivas, concepciones teóricas. Sus experiencias innovadoras a lo largo de la historia como por ejemplo las policlínicas comunitarias o redes locales de salud, o en la educación las escuelas experimentales de Las Piedras y Malvín, la de Villa García, el “Núcleo de La Mina”, son fuentes de aprendizajes y referencias para procesos actuales. La constitución de los usuarios, los trabajadores y la comunidad como actores del proceso salud-enfermedad forma parte de modelos de atención y sistemas de salud, contrapuestos a las lógicas verticales, tecnocráticas, asistencialistas o mercantiles. En el plano de la educación la constitución de estudiantes, familias y comunidad como sujetos pedagógicos (y no receptores pasivos de conocimientos o apoyo logístico a las escuelas), la forma que asumen sus roles los docentes y las autoridades, refieren a modelos pedagógicos determinados.

La tipología de 8 niveles de participación, elaborada por Sherry Arnstei (1969) puede ser una herramienta para este análisis, si se la contextualiza en los procesos históricos, campos específicos y transformaciones de estructuras y prácticas que se generan. Esta tipología es presentada como una escalera donde cada peldaño corresponde a un nivel de poder del ciudadano para decidir sobre los resultados. El nivel mas alto (8) es el Control Ciudadano, el siguiente (7) es la Delegación de Poder, luego la Asociación (6) y ya con niveles de concesión mínima de poder la Pacificación (5), Consulta (4), Información (3) y sin participación la Terapia (2) y la Manipulación (1).

En la salud y otros campos vinculados existen teorías que permiten abordar esta temática para la investigación que nos proponemos¹⁶. El marco conceptual de la investigación refiere a una concepción de la salud (y otros campos) que pone el énfasis en el protagonismo de la comunidad para enfrentar problemas, desafíos y determinantes. Al mismo tiempo dicha participación es una estrategia de cambio en sistemas complejos donde el poder está fuertemente concentrado.

Por lo tanto consideraremos los espacios de participación como ámbitos que posibilitan acciones políticas y prácticas transformadoras de cada campo y de la sociedad, teniendo claro que también pueden ser reproductoras del status quo o terreno de corporativismos reduccionistas. El marco conceptual refiere asimismo a la construcción de sujetos sociales críticos y propositivos, que interactúan entre sí y con el resto de la sociedad.

Las corrientes de la medicina social, la salud comunitaria, la epidemiología crítica y la salud colectiva ¹⁷, así como varias Conferencias Internacionales de Salud desde Alma Ata en adelante, son herramientas para pensar estos procesos desde una mirada confluyente entre salud y comunidad. Tanto en lo que se refiere a prácticas emancipadoras como a transformaciones estructurales.

“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.” afirma la OMS en la Declaración de Alma Ata. La creación de espacios donde la voz de los usuarios de la salud pueda expresarse, no es un hecho menor. A pesar de ser la razón de ser del sistema de salud, la concepción tradicional reduce los usuarios a pacientes,

16 Las teorías de la pedagogía crítica y de la educación popular, con los aportes de Paulo Freire (1979) sobre la capacidad de innovación pedagógica, el enfoque dialógico y crítico, el reconocimiento de distintos saberes y protagonistas, las dinámicas acción-reflexión-acción proponen conceptos fundamentales para analizar la participación social. Autores como Adriana Puiggros (1990,1991), Pablo Martinis (2006, 2016, 2017), Eloisa Bordoli (2015) y otros, han trabajado, en ese sentido, el concepto de “sujeto pedagógico” y sujeto social como elemento central de los procesos educativos. En el campo de la educación el predominio de las “concepciones bancarias” que cuestionaba Freire asigna a los alumnos un rol pasivo, receptor de los conocimientos que brinda el docente, y se concibe a las familias y las comunidades son meros apoyos externos al proceso educativo.

17 Véase Asa Cristina Laurell 1975, 1981,1986 y Jaime Breilh 1980.

los considera objetos de tratamientos definidos desde el poder médico, creando un estatuto del enfermo en la sociedad marcado por la obediencia (Foucault 1987).

No es posible conocer el campo de la salud sin analizar sus mecanismos de poder. Autores como Roberto Castro (2011,2015) han estudiado el sistema de poderes existentes en algunos dispositivos del campo de la salud utilizando las ideas de Bourdieu. La perspectiva de derechos aplicada a la salud, significa pensar en las dimensiones e instrumentos para su ejercicio pleno, a través de un rol activo de los protagonistas. Sin embargo el sector salud no ha sido preparado para liderar una respuesta integral-intersectorial a los problemas de la población. Los trabajadores de la salud deben redefinir su papel para poder promover activamente la participación de organizaciones y comunidades locales (Espinosa 2001 pp2) .

En materia de salud las prácticas participativas dentro de procesos mas amplios de gobernanza han sido identificadas (Cervia 2018) como la solución al “déficit democrático” de los sistemas. Cervia caracteriza asimismo tres marcos de referencias para la participación en salud : *tecnocrático* que fundamenta la participación de todos los interesados como mecanismo de interacción entre el saber técnico y el saber lego, *estratégico-residual* que la concibe como una estrategia de resolución de conflictos y *democrático-radical*, que la vincula con la democratización más amplia de la sociedad para devolver el poder de decisión a los ciudadanos .

La centralización o descentralización es una dimensión relevante . Algunos estudios (Celedón y Noe 2000) cuestionan la centralización existente en las políticas de salud y desarrollan la necesidad de que existan mecanismos de control social de todas las funciones que debe cumplir el sistema de salud: definición de políticas, regulación, financiamiento, aseguramiento, producción de servicios y evaluación de la eficacia y eficiencia del sistema.

La detallada revisión de las corrientes teóricas que apelan a la participación social realizada por Menéndez (1995) fundamenta la necesidad de definir claramente este concepto para poder desarrollar investigaciones adecuadas. Existe una diferencia fundamental entre pasar por un ritual vacío de participación y disponer de poder real para influir en los resultados del proceso, señalaba Arnstei (1969) hace más de 50 años .

Las dimensiones de la participación social van mas allá del sector donde se realizan, son influenciadas y a su vez inciden sobre el conjunto de las luchas democratizadoras de la sociedad y del Estado. En ese plano se suman, en mayor o menor medida, a diversas luchas de una sociedad, asumiendo siempre un carácter político (Gohn 1997 pp 252) , aunque su definición como progresistas o reaccionarios depende de sus proyectos políticos y de las corrientes socio políticas en las que están articulados. No solo deben considerarse aquí sus demandas sino también sus utopías

(Gohn 1997 pp 256). Por eso importa señalar que la ideología de estos movimientos en Uruguay se define en la mayoría de los casos desde una concepción de ampliación de derechos.

Las capacidades de la participación social para hacer sentir la voz de sectores históricamente excluidos de las decisiones, se constituyen en dinámicas complejas. Involucrar a la sociedad en la construcción de su salud y producir efectos pertinentes en las políticas de cada campo, no es un proceso lineal ni simple. Tampoco lo es obtener resultados positivos para el conjunto de la sociedad. Cada una de estas dimensiones puede variar en el tiempo, pueden tener desarrollos desiguales entre sí y entre los distintos actores. No alcanza con la creación de una institucionalidad que incluya los protagonistas sociales, aunque ese aspecto no es menor. Las dinámicas que se producen dependen de varios factores, algunos de los cuales son las fortalezas y las capacidades de movilización y acuerdos de las fuerzas sociales. Otros elementos se vinculan con la manera de abordar los problemas de salud, los paradigmas predominantes en este plano. Con lógicas de fragmentación y asistencialismo, con enfoques meramente curativos y técnicos, no hay espacios para la participación social. En cambio, concepciones integrales y amplias de la salud le dan un lugar destacado. Volveremos sobre este punto en varios capítulos de esta investigación, a partir del análisis de grandes problemáticas involucradas.

Los efectos de la participación social deben ser investigados, en el contexto que corresponda, dentro de las formas de democratización de la sociedad y el Estado que se produjeron en este período.

Si bien existen desarrollos heterogéneos y múltiples corrientes en su seno, el accionar de los movimientos sociales en Uruguay no se ha limitado al carácter identitario de sus colectivos sino que ha incorporado la lucha por derechos democráticos. Es decir, han procurado convertir sus demandas particulares en luchas ciudadanas y democráticas, con una estrategia de ampliación de alianzas y base social. Por ejemplo las luchas feministas (Johnson, López Gómez, Schenck 2011) y las del colectivo de la diversidad sexual (Sempol 2013). Tanto los movimientos feministas como los de la diversidad sexual han logrado la visibilidad y el reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos, resignificando la dicotomía público-privado y planteando nuevos conflictos para la democracia que cuestionan las estructuras de poder y reivindican la diversidad frente a las imposiciones homogeneizantes. El postulado feminista “lo personal es político”, puso en el debate público cuestiones que durante mucho tiempo habían sido recluidas en el ámbito privado, doméstico o familiar (Abracinskas y López Gomez 2007). En ese sentido aportaron al enriquecimiento de la democracia como ejercicio de derechos.

La cuestión de las escalas (internacional, nacional, local) es un aspecto a profundizar respecto a la participación social (Avritzer y Ramos 2016) ya que, durante varios períodos, existió una

jerarquización de lo local como ámbito privilegiado para el accionar comunitario y la construcción de políticas participativas (Coraggio 2004). La estrategia de descentralización participativa que se llevó adelante en Montevideo desde los 90 es un buen ejemplo. Constituye una experiencia de varias décadas, con diferentes etapas que incluyó muchas instancias de evaluación y reflexión. El Presupuesto Participativo en Porto Alegre fue una referencia internacional. Sin embargo lo local presentó limitaciones en su desarrollo, la globalización ha tenido cada vez mayor influencia y la dimensión nacional adquirió otra fuerza con el triunfo electoral de los gobiernos progresistas. Por otro lado la priorización de la escala nacional que se produjo en la primer década del siglo XXI condujo en reiterados casos a subestimar la importancia de los ámbitos y los actores locales para el desarrollo de políticas públicas transformadoras.

La experiencia uruguaya en materia de salud es singular en el contexto regional y merece mayores investigaciones, estudiando la riqueza de avances y pendientes. Es preciso conocer más las limitaciones estructurales pero también las posibilidades de cambiar correlaciones de fuerzas que aparecían como inamovibles. El accionar de los actores sociales en distintos campos incluyendo sus logros y derrotas, sus percepciones y emociones, requiere investigar empíricamente, y desde allí retro-alimentar los debates teóricos.

El contexto social, cultural y político es imprescindible para las investigaciones cualitativas en todas sus etapas, desde la recolección de datos a las conclusiones. Es la referencia permanente de la investigación, aunque la misma concentre la mirada en el objeto específico que pretende estudiar. Por eso basamos la investigación en un marco que caracterizó algunas encrucijadas de los procesos latinoamericanos y nacionales en el siglo XXI. Es insoslayable asimismo situar los cambios en la matriz de protección social que se produjeron en Uruguay durante este período dentro de los cuales se insertan las transformaciones estructurales en salud. También el desarrollo económico, los cambios culturales y la configuración política de este período deben tomarse en cuenta.

De esta forma podemos abordar el eje central de la investigación que es el estudio sobre las formas y contenidos de la participación social priorizando la mirada de los actores sociales.

En el proceso de construcción del SNIS se crea un nuevo contexto a partir de las decisiones políticas que estructuraron el sistema. Como señalamos mas arriba estas políticas fundacionales se apoyaron en un conjunto de fuerzas sociales que promovieron propuestas programáticas en esa dirección. Al mismo tiempo el SNIS procuró abrir nuevos espacios de gobernanza donde esas fuerzas sociales pudieran desarrollar un protagonismo mayor. Basándose en instancias comunitarias como las comisiones de salud de los Consejos Vecinales se fue construyendo un nuevo actor: los usuarios de salud organizados. A lo largo de los últimos 15 años este proceso inconcluso y

complejo con variados protagonistas y muchos capítulos pendientes fue el contexto fundamental de la salud en el país. Una reflexión sobre los tres grandes ejes de la reforma : el cambio en el modelo de atención, de gestión y de financiación, permite constatar importantes avances y también resistencias, retrasos, debilidades, acciones contrapuestas y tendencias a la inercia.

La presente investigación no pretende abordar la problemática general de la salud (ni de las políticas sociales) lo que explícitamente excede los objetivos planteados . Se propone hacer foco en uno de los elementos significativos de una totalidad en proceso: la participación social en la construcción de esas políticas públicas . Procura asimismo trascender el discurso sobre el tema que se limita a un “deber ser” recomendado, para investigar las percepciones de los actores sobre dificultades y facilitadores que deja la experiencia uruguaya.

IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Estrategias metodológicas

La estrategia de abordaje es de tipo cualitativo, empleando diversas técnicas de investigación, con un diseño de Investigación-Acción Participativa IAP.

Para definir la metodología elegida corresponde aclarar en primer término que cuando hablamos de democratización nos referimos a la incorporación activa de actores sociales y comunidades en la construcción de políticas públicas.

La delimitación temporal es el período 2005-2021. Si bien la mayor parte de la investigación se refiere al período de gobiernos progresistas, el abordaje no puede soslayar dos elementos de cambio drástico en estos procesos que ocurrieron en 2020: a) la asunción en marzo de 2020 de un nuevo gobierno que responde a una coalición de derechas. b) la pandemia del Covid 19 y sus impactos mundiales, regionales y nacionales.

El Frente Social de la Salud (2017) y la Red de Municipios y Comunidades Saludables (2020) son elementos relevantes para la investigación-acción-participación de la presente tesis, que interactuó con ambos.

La estrategia metodológica definida se fundamenta en que los fenómenos de la participación social, en tanto productos del accionar humano, incorporan valores y sentidos y deben ser comprendidos, dando cuenta de sus significados, del sentido que adquieren para los diferentes actores y para la sociedad.

Las investigaciones cualitativas prestan atención a las percepciones y las emociones de las personas y en materia de acciones sociales este es un elemento relevante. Como señalan Denzin y Lincoln (2000) la investigación cualitativa sitúa al observador en el mundo. Sus prácticas interpretativas hacen visible el mundo de acuerdo con el significado que las personas le otorgan y en ese sentido pueden contribuir a transformarlo.

Las percepciones de los protagonistas sociales, movimientos de usuarios de la salud, integrantes de redes de salud, redes de personas mayores, de infancia y adolescencia, Consejos Vecinales, asociaciones de vecinos, ONG vinculadas a la temática, organizaciones de trabajadores, y una gran diversidad de colectivos comunitarios son un elemento clave para desentrañar la participación social como proceso de democratización.

La IAP constituye un aporte muy relevante para los procesos sanitarios y socio sanitarios.

Analizando la IAP Loewenson y Laurell señalan que el siglo XXI se ha producido una demanda creciente por comprender mejor los procesos sociales que inciden en la salud y de avanzar hacia la justicia y equidad en salud. Las comunidades y los trabajadores de la salud entre otros actores asumen un rol clave para responder a esos desafíos, elaborar conocimiento nuevo y desarrollar acciones para mejorar la salud (Loewenson 2014).

En el estudio de los actores sociales es necesario tener en cuenta su universo simbólico donde existen ideas, valores, conocimientos y también emociones (Bericat 2000) . Hay emociones que provienen de la condición estructural de cada actor social y hay emociones que surgen de las practicas sociales. Además de las emociones individuales que responden a la situación de cada persona, hay emociones colectivas que van mas allá de la sumatoria de las individuales sino que surgen de la pertenencia de estos individuos a grupos.

Los gobiernos locales, tanto en el plano departamental como especialmente en el plano municipal, son protagonistas importantes para las dimensiones comunitarias de las políticas públicas, sus componentes territoriales, los factores determinantes de los procesos en curso y para la participación social en las mismas. Su cercanía con los territorios y las comunidades agrega elementos valiosos a las políticas públicas. Cuando han existido proyectos de descentralización participativa como en Montevideo hay una rica experiencia de las autoridades políticas y también de los equipos sociales, las policlínicas, Comuna Mujer, Centros Juveniles, Centros para Personas Mayores y construcción de redes ¹⁸.

Los diseños de Investigación-Acción Participativa IAP apuntan a la producción de conocimiento, con un rol activo de la comunidad, promoviendo su participación en el diagnóstico y resolución de sus necesidades (Durston y Miranda 2002 pp 9) . Los aportes de la ciencia y del saber popular se articulan hacia la acción transformadora de la realidad. A través de sus técnicas, la IAP desencadena intercambios constructivos entre investigador y comunidad en los que se abordan todas las etapas del proceso de investigación y de intervención social. La finalidad de la Investigación-Acción es resolver problemas y mejorar prácticas, (Salgado 2007 pp 73) aportando información y herramientas para la toma de decisiones en políticas, programas o reformas estructurales. Se basa en el concepto fundamental de que los participantes que viven un problema

¹⁸Un ejemplo temprano de participación social en programas de salud fue el PAIM , Programa de Atención Integral a la Mujer desarrollado en las policlínicas de la Intendencia de Montevideo desde 1996 donde la descentralización se articuló con una concepción de la salud con énfasis en la prevención y promoción y participación directa de vecinas y vecinos. Recogiendo a su vez un reclamo sentido de las organizaciones de mujeres (Véase López Gómez 2014) .

son los más capacitados para abordarlo en un entorno natural y su accionar es necesario para resolverlo. Las metodologías de investigación acción participativa conciben al colectivo social y a sus miembros, como el principal e insustituible recurso metodológico (Ander Egg 2003). Estas definiciones inciden también en los métodos a utilizar ya que en una investigación participativa (Francés 2015 pp 106) la observación participante es ineludible.

La investigación-acción participativa se plantea superar la separación entre sujeto y objeto, porque las personas afectadas no solo son la fuente primaria de información sino sobre todo los protagonistas más importantes en la generación, validación y uso del conocimiento para la acción. El investigador es, en esta estrategia, una parte de la comunidad afectada y un facilitador de procesos de empoderamiento (Loewenson et al 2014). Por empoderamiento social entienden citando a Wallerstein (1992) “la capacidad de las personas de actuar a través de la participación colectiva para fortalecer sus capacidades organizacionales, desafiar las desigualdades de poder y obtener resultados en diversos niveles inter-relacionados en diferentes dominios: incluyendo el empoderamiento psicológico, relaciones en el hogar, instituciones transformadas, mayor acceso a recursos, gobernanza abierta y condiciones comunitarias crecientemente equitativas”.

Por otro lado la IAP implica implementar y reflexionar sobre las acciones entendiendo que son parte del proceso de investigación y generación de conocimiento. Es decir que la IAP cierra la brecha entre el conocimiento y la práctica porque integra a los métodos de investigación la solución de problemas y la acción (Loewenson et al 2014).

La investigación-acción participativa no es un proceso lineal por la dialéctica que desarrolla entre teoría y acción (Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, D’Ambruoso L, Shroff Z 2014). La IAP no tiene fases aisladas que comienzan con preguntas iniciales para culminar con las respuestas finales. Constituye un proceso continuo de interrogación auto-reflexiva. Asume las relaciones entre causas y efectos como algo complejo y acepta la posibilidad de resultados inesperados dentro de la investigación. Habilita la incertidumbre y el cambio en los métodos para poder responder a los elementos que aparezcan en las diferentes etapas del proceso.

Hay tendencias recientes en la investigación social que jerarquizan la horizontalidad de las relaciones y los procesos de generación de conocimientos. Las metodologías horizontales buscan democratizar el proceso de investigación y también contribuir a la descolonización del campo académico. De esta forma se de-construye el concepto del sujeto-investigador, que investiga al “Otro” de manera instrumental. Kaltmeier (2020) fundamenta que en lugar de un “extractivismo” del conocimiento, las metodologías horizontales actúan a favor de un mutualismo. Hay una descolonización del saber que se traduce en la producción horizontal del conocimiento. Esta lógica

mutualista se enfrenta a la lógica de la acumulación individual, sea del capital o del conocimiento (Kaltmeier 2020).

El énfasis en la interpretación y la reflexión, la posibilidad de utilización de múltiples métodos, la flexibilidad en el diseño y los métodos, la interacción entre los participantes y el investigador son algunas de las características que llevaron a elegir este tipo de estrategia para el objeto de investigación planteado.

Este tipo de diseño puede ajustarse a las condiciones del escenario y a la evolución de los acontecimientos dentro del campo. Como se fundamentó antes el contexto social, cultural y político es necesario para la investigación cualitativa en todas sus etapas.

El proceso de investigación-acción participativa es una sucesión de ciclos en espiral, donde la experiencia y el aprendizaje de la acción para transformar la realidad se convierten en el inicio de un nuevo ciclo de indagación colectiva y auto-reflexiva, generando un conocimiento mayor y más pertinente, usando otras fuentes para informar el análisis y la acción (Loewenson et al 2014).

Por estas razones el paradigma comprensivista, la estrategia cualitativa y el diseño de Investigación-Acción Participativa, son los más adecuados para dar cuenta de las características y complejidad de este objeto de estudio (aunque no son excluyentes de otros abordajes incluyendo los de tipo cuantitativo) con el marco teórico definido.

Para ampliar los fundamentos de las estrategias metodológicas adoptadas cabe destacar un principio fundamental de la IAP según lo menciona Ezequiel Ander Egg en *Repensando la Investigación-Acción Participativa* (Ander-Egg-Ezequiel 2003): “si tuviese que resumir en un solo principio lo sustantivo y significativo de una metodología de intervención que pretende tener un carácter participativo, lo resumiría en lo siguiente: que la gente tenga intervención en el estudio de su realidad, en la elaboración de un diagnóstico de situación, en la programación de lo que se decide realizar y en la forma de llevarlo a cabo. Mejor todavía, si la gente, reflexionando acerca de sus propias acciones, evalúa sus actividades”. Puede ser interesante en esta dirección resaltar siguiendo a Ander Egg (2003) que “lo primero que se ha de tener en cuenta es que, en los métodos de intervención social -como es el caso de la IAP-, el estudio-investigación tiene un carácter instrumental. La finalidad principal es la acción. Una acción con la participación activa de la gente y con el propósito de resolver los problemas de la misma gente”.

Una consideración importante en materia metodológica es aportada por Ander Egg (2003) cuando enfatiza que no existe un método propio de la IAP por los fines que persigue, en especial la participación de la gente como aspecto sustantivo e insoslayable y por sus características de

articular teoría, investigación y práctica. En todo caso estos aspectos propios de la IAP dan la "tonalidad" o la "peculiaridad" a esta metodología (Ander-Egg-Ezequiel 2003). Ander Egg (2003) menciona asimismo que teniendo en cuenta el estilo metodológico propio de la IAP, hay cuatro tipos de entrevistas consideradas como las más idóneas, que también pueden ser utilizadas en otros diseños metodológicos: la entrevista focalizada, las entrevistas informales, las entrevistas libres y las entrevistas semi-estructuradas. En esta investigación se recurrió sobre todo a las dos últimas.

El propio Fals Borda, figura clave en el desarrollo de la IAP (Fals Borda y Rodrigues Brandao 1987¹⁹) destacaba que lo interesante de la aventura intelectual emprendida por ellos era una búsqueda que nunca termina y no se traduce en un “producto cuadrado, terminado, perfecto”, sino que es una especie de proyecto abierto hacia el futuro. En un sentido similar proclama un “grito de independencia” respecto al marxismo dogmático, otra forma de “colonialismo intelectual” basado en lo que dijeron los maestros. Esa forma de abordar las teorías tomando distancia de viejas o nuevas ortodoxias sigue siendo vigente en el contexto actual .

En tal sentido y teniendo en cuenta la complejidad de los cambios socio-políticos y la crisis actual del pensamiento crítico el autor de esta tesis considera que no es conveniente aspirar a una tipología de formas de IAP que fije fronteras rígidas a las investigaciones de este tipo. Respetando otras opiniones al respecto, entiende que los mayores aportes de Freire, Fals Borda y otros, son una invitación a desarrollar en forma creativa y amplia investigaciones relacionadas estrechamente con la participación, la formación y la acción comunitarias.

La pluralidad y la colaboración metodológica son largamente fundamentadas por Mauro Serapioni en su conferencia “Del conflicto micro macro a la pluralidad metodológica, el largo camino de la investigación cualitativa” (CIICS 2020 2021) señalando que los enfoques cualitativos y cuantitativos fueron presentados como adversarios, en una batalla metodológica que no incentivó la colaboración en este plano. Con más razón estas reflexiones incluyen diversas formas de investigación cualitativa y de investigación-acción en salud, que no pueden considerarse compartimentos estancos donde insertar o descartar las investigaciones.

Algunos autores (Flores-Kastanis, Eduardo, Montoya-Vargas, Juny, Suárez, Daniel H..2009) analizan la evolución de la IAP señalando que se ha abierto a la idea de confrontación y coexistencia de paradigmas alternativos y por ello a una mayor flexibilidad epistemológica y

19 Fals Borda, Orlando y Rodrigues Brandao Osvaldo (1987) *Investigación Participativa*. Instituto del Hombre. Ediciones Banda Oriental.

teórica²⁰. Más recientemente desde el Grupo de Trabajo de CLACSO sobre Procesos y Metodologías Participativas se ha abordado el análisis de las formas variadas y múltiples de investigación participativa y sus aportes concretos al conocimiento y la transformación social, las discusiones teóricas, metodológicas y epistemológicas sobre la investigación participativa señalando aciertos, errores, riesgos, resistencias y desafíos²¹. Este trabajo muestra un escenario heterogéneo y en transformación.

Tomando de Calderón y López Cardona (2013²²) los principios identificados con la IAP y su vinculación con la presente investigación se puede analizar :

.-La relación sujeto-objeto: La IAP se separa de la relación sujeto-objeto de la epistemología tradicional porque considera que el investigador es sujeto y los participantes son sujeto, permitiendo una relación de intersubjetividad y no de jerarquía objetivada del hecho social propia del positivismo sociológico.

En esta investigación los referentes de las organizaciones de usuarios, sindicatos y organizaciones como ONAJPU y REDAM, redes de salud, redes de personas mayores, colectivos con base comunitaria que participan de la Red MCS son sujetos de la investigación y no objetos de un estudio académico. Su participación se expresó en múltiples instancias y se formalizó con resoluciones y acuerdos en el marco del IFS FUS primero y de la Red MCS después.

.-La práctica de la conciencia: Uno de los elementos derivados del proceso de conocimiento sujeto-sujeto es la del ejercicio de la conciencia. Todo conocimiento reflexivo-auto-reflexivo genera conciencia en el sujeto, más aun cuando dichos procesos son grupales y sus resultados son generados por los partícipes de las acciones colectivas, es decir, la IAP propicia reflexiones colectivas que permiten toma de conciencia igualmente colectiva. De tal manera se rompe con la idea de generar conciencia desde la idea y la externalidad y se atiende a un nuevo paradigma donde la conciencia es praxis.

20Flores-Kastanis, Eduardo, Montoya-Vargas, Juny, Suárez, Daniel H.. (2009). *Investigación-acción participativa en la educación latinoamericana: un mapa de otra parte del mundo*. Revista mexicana de investigación educativa14, 289-308

21 Pano Yañez, Pablo, Rébola, Romina y Suarez Elías, Mariano (2019) compiladores. *Procesos y Metodologías Participativas. Reflexiones y experiencias para la transformación social*. Editorial: CLACSO – UDELAR

22 Calderón, Javier y López Cardona, Diana (2013):*Orlando Fals Borda y la investigación acción participativa: aportes en el proceso de formación para la transformación*. I Encuentro Hacia una Pedagogía Emancipatoria en Nuestra América, Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La multiplicidad de reuniones presenciales y virtuales y en particular los talleres abiertos y seminarios de la Red MCS y los cursos del IFS FUS fueron ámbitos de reflexión colectiva que incentivaron cambios en la conciencia de sus participantes tal como fue reconocido y enfatizado en sus evaluaciones (Ver Anexo XX).

.-Re-descubrimiento del saber popular: La IAP reconoce en los colectivos sociales un saber acumulado que se hace potencia y se desarrolla a partir de los anteriores principios .

Las actividades del IFS-FUS y de la Red MCS tuvieron siempre entre sus expositores a referentes de las organizaciones sociales y comunitarias y las opiniones volcadas en el trabajo en subgrupos o plenarias fueron recogidas en relatorías que se validaron con los participantes y fueron retomadas en varios capítulos de esta tesis. Explícitamente se apuntó a reconocer, valorar y difundir los saberes populares sin contraponerlos, sino en diálogo con la academia y con el conocimiento acumulado de los equipos de salud y sociales en territorio y los responsables de políticas públicas.

.-La acción como elemento central de la formación: La praxis política ha de ser el centro de la formación en el ejercicio de ese reconocimiento de los procesos inter-subjetivos de conocimiento .

Los cursos de formación del IFS FUS y los desarrollados por la Red MCS tuvieron expresamente la finalidad de enriquecer las acciones en los ámbitos del SNIS y en las comunidades. Se tradujeron en la elaboración de proyectos y dieron lugar a iniciativas o acciones promovidas por los actores sociales involucrados. En todos los casos se reflexionó sobre las prácticas y se retornó a ellas, en dinámicas de acción-reflexión-acción que conforman la praxis.

.-La participación: La participación, desde esa perspectiva es activa y crítica, por lo que no puede ser regulada más que por los colectivos o grupos sociales. Participar es entonces la posibilidad de actuar como iguales en un colectivo social que busca respuestas críticas a su situación sanitaria, económica, política, ambiental, social y cultural, siendo el investigador uno más del colectivo social.

Las formas de participación en salud son muy variadas y no pueden constreñirse a una modalidad única. Sin embargo surge de la investigación que las organizaciones de trabajadores, usuarios y colectivos comunitarios sostuvieron en el tiempo una actitud “activa y crítica”, buscando y elaborando respuestas a las distintas coyunturas, a problemas y situaciones priorizadas por ellos promoviendo acciones colectivas. La consideración del investigador como uno más del colectivo social constituyó un tipo de relación que esta investigación llevó adelante en todas sus etapas. Incluyendo el compromiso que enfatizaba Fals Borda.

Estos cinco principios están en la base de la investigación que se presenta con esta tesis y fundamentan las decisiones metodológicas tomadas.

Cabe enfatizar que una de las claves de la investigación es la relación entre participación social en salud y democratización de la sociedad y el Estado. En ese sentido se retoma a Ander Egg (2003 pp7) cuando enfatiza que hay que contextualizar los problemas, las necesidades y los centros de interés dentro de la totalidad social de la que forman parte. En otras palabras, dice Ander Egg, se trata de articular el conocimiento concreto al general y tener en cuenta que las observaciones puntuales sin referencia a un marco global (filosófico, ideológico y teórico) tienen escaso significado. Esa totalidad social no son solamente un conjunto de teorías en distintos niveles y campos sino también importa vincular la investigación con los procesos socio-políticos a nivel nacional e internacional. Por eso la reflexión sobre los nudos críticos de los procesos latinoamericanos y uruguayos en el siglo XXI es un componente imprescindible de ese contexto. El involucramiento de los actores sociales en la investigación se tradujo en intercambios y acuerdos con dichas organizaciones sobre el objetivo y las características de la investigación, los pasos a dar a lo largo de ella y las variantes que la realidad requiere. En el caso de las investigaciones realizadas en el marco del IFS FUS formaron parte de los objetivos de dicho instituto definidos por la FUS en sus congresos y dirección nacional. Además de las definiciones orgánicas existió una labor intensa para incrementar la participación de los militantes de los sindicatos de base, de otros sindicatos y de las organizaciones de usuarios en todo el país, con jornadas, cursos, talleres, que combinaron instancias centralizadas con otras descentralizadas (Ver Anexo XVII). En cuanto a la Red de Municipios y Comunidades Saludables la formación/acción/ investigación es parte de sus acuerdos fundacionales y sus esfuerzos permanentes a lo largo de 2020 y 2021 así como de las percepciones de sus participantes (Ver Anexo XX).

En otro plano de las consideraciones metodológicas cuando Mónica Petracci y Ana Lía Kornblit (Kornblit 2004²³ pp9) retoman de Serge Moscovici (1986²⁴) la teoría de las representaciones sociales fundamentan tres cuestiones centrales: el carácter productor y no solo reproductor del conocimiento en la vida cotidiana, la naturaleza social de ese conocimiento generado en la comunicación e interacción entre personas, grupos e instituciones y la importancia del lenguaje y la comunicación como mecanismos que transmiten/crean realidad y le dan sentido a la misma. A partir de estos enfoques de la representación social se desarrolló una aproximación estructural (Abri-

23 Kornblit, Ana Lía (2004). *Metodologías cualitativas en Ciencias Sociales: modelos y procedimientos de análisis*. Bs.Aires. Editorial Biblos.

24 Moscovici, Serge (1986) *Psicología Social*. Bs. Aires. Ed. Paidós.

1976²⁵) que identifica un núcleo central y elementos periféricos, más estable uno, más variables según el contexto los otros. También en la teoría de las representaciones existe un debate metodológico que termina caracterizando un pluralismo metodológico (Kornblit 2004) .

Decisiones metodológicas de la investigación :

Estas decisiones apuntan a considerar el problema mediante la obtención y el análisis de las percepciones de diferentes actores sociales e institucionales. Se trata de identificar y caracterizar procesos heterogéneos, experiencias variadas, en un contexto complejo de relaciones de poder del sistema sanitario y más en general de la sociedad uruguaya. La pandemia y las diferentes crisis asociadas crearon un escenario nuevo que influyó en la investigación, en métodos y contenidos.

A partir de las consideraciones precedentes se adoptaron las siguientes decisiones metodológicas:

a) Incorporar los elementos que surjan de las actividades de la Red de Municipios y Comunidades Saludables incluyendo las reuniones semanales, talleres abiertos, curso de animadores de redes comunitarias, curso de tutores, grupo motor de evaluación, grupo responsable de página web y canal de You-Tube, con técnicas de observación participante así como la consideración de informes y resoluciones de estos ámbitos. El autor ha realizado informes de cada una de estas actividades, para compartirlos y validarlos con sus participantes. Varios de estos informes fueron incorporados en diversos artículos de análisis en varios medios de prensa que pertenecen a las organizaciones sociales (Nuestra Voz de Onajpu) o se hicieron llegar las mismas (artículos en El Diario Médico, La Diaria, Semanarios Voces y Crónicas) . También incluir las reuniones del Grupo de Municipios y Comunidades Saludables del Municipio A así como los dos Encuentros Abiertos realizados en ese territorio, en 2019. De igual forma las reuniones y encuentros realizados en el Municipio C, reuniones con las Redes de Salud de los Municipios B y G, reunión con el Consejo Vecinal de la zona 11 del Municipio D, entre otras . La observación participante se utilizará en Asambleas, Encuentros, Talleres y Jornadas de Formación, Rendición de Cuentas Pública, reuniones de colectivos y redes, entre otros ámbitos.

b) Incorporar las actividades del IFS FUS entre 2016 y 2019 como cursos de formación, jornadas y talleres, mediante observación participante de los mismos, así como los aportes escritos del IFS FUS al Diálogo Nacional de Salud (2017) y la conformación del Frente Social de la Salud

c) Recoger los elementos que surjan del Proyecto de Investigación Udelar sobre Trama Local de Cuidados en relación con la participación social. En particular se consideran las entrevistas semiestructuradas con decisores institucionales de políticas en esta temática, referentes de

25 Abric, J.C. (1976). *Jeux, conflits et Representations Sociales* .Tesis doctoral. Universidad de Provence.

organizaciones sociales, redes de personas mayores, Onajpu, y con referentes de la producción académica en la materia. También se considera la sistematización de informaciones procedentes de fuentes documentales de las instituciones involucradas como de las organizaciones y redes del campo social, y de la academia. Se incluyeron también las actividades realizadas en el departamento de Paysandú por parte de un equipo docente de la Udelar Cenur Litoral Norte junto con el equipo de la investigación sobre Trama Local de Cuidados.

d) Recoger las percepciones de los representantes sociales en los organismos de participación social previstos en el sistema de salud mediante el instrumento de entrevistas semiestructuradas. Se procura relevar así aspectos del funcionamiento de estos ámbitos de participación desde la mirada de los actores sociales con énfasis en las siguientes variables: integración real, regularidad de las reuniones, temas tratados, promoción de formas de involucramiento más amplias de la sociedad, capacidad de resolución de problemas y seguimiento de los procesos. Junto a las competencias establecidas legalmente interesa recoger la rica y variada experiencia de esos ámbitos a lo largo de este período.

e) Realizar entrevistas en profundidad abiertas para recoger las valoraciones de referentes de las organizaciones sociales e instituciones involucradas sobre el desarrollo de la participación social, sus fortalezas y debilidades, la forma como las organizaciones han asumido esa participación, los nudos críticos del sistema, y su vínculo con la democratización de las decisiones, entre otros aspectos.

f) Recurrir al análisis documental para recoger las reflexiones de los actores sociales e institucionales sobre los procesos participativos, así como experiencias exitosas anteriores y actuales. Se incluirán particularmente los elementos de la plataforma del Frente Social de la Salud y los pronunciamientos de los movimientos sociales ante la pandemia y sus intervenciones en los debates que se generaron respecto al abordaje de la misma, así como sus acciones solidarias que se extendieron en todo el país.

g) Incorporar en los dos tipos de entrevistas el relevamiento del componente emocional de los participantes y sus percepciones sobre los procesos colectivos en este plano. También incluir este aspecto en los eventos de observación participante que se realicen.

h) Involucrar a los actores sociales a lo largo de la investigación desde la definición de objetivos y metodologías, a la devolución de resultados incluyendo la elaboración de un conjunto de herramientas para la acción comunitaria. Algunas de esas herramientas fueron la elaboración de sistematizaciones de experiencias exitosas, planes y eventos de formación, Cursos de Animadores de Redes Comunitarias, criterios para construcción de diagnósticos participativos y planes locales, elaboración de proyectos, así como Guías de Trabajo para los diferentes ámbitos de participación.

Entre las alianzas que hicieron posible esa interacción con los actores sociales e institucionales estuvieron los vínculos que el autor ha generado a lo largo del tiempo con ONAJPU, Mov. Nal de Usuarios de Salud, la Organización de Usuarios de Salud del Oeste, la Red de Personas Mayores del Municipio, REDAM. Algunos de los vínculos institucionales fueron las direcciones de salud de las Intendencias de Montevideo y Canelones, los gobiernos de los Municipios A, B, C, F y G de Montevideo. También deben mencionarse las contrapartidas sociales del proyecto de investigación sobre Trama Local de Cuidados y Salud, que coinciden con los anteriores.

La devolución de datos a los participantes es una técnica (Falabella 2002 pp 26) que chequea la validez de los datos, afina la interpretación de los mismos y contribuye a empoderar a los sujetos de la investigación a través de los hallazgos, generando una relación dialógica con el investigador. En este caso no se trató de una instancia posterior a la investigación sino que formó parte de la práctica permanente.

Debe quedar claro (De Souza 2010 pp 8) que se consideran los relatos de campo como narrativas y no como informaciones o verdades. Como en toda investigación cualitativa las entrevistas deben comprenderse como una interpretación de la realidad realizada en primer término por el narrador, es decir por el entrevistado (bajo la influencia del investigador), que surge de la vivencia de personas que poseen intencionalidad y capacidad de atribución de sentido. A su vez el investigador realiza luego una interpretación de "segundo orden", en tanto elaboración científica (doble hermenéutica).

La labor en el IFS FUS entre 2016 y 2018 y luego desde 2019 la Red de Municipios y Comunidades Saludables y sus vínculos con los ámbitos locales, fueron los principales espacios de investigación-acción-participación de la presente tesis, en sus distintas etapas.

Dimensiones investigadas

Dentro de los campos seleccionados se investigó :

- a) La creación y/o desarrollo de ámbitos de participación social en la elaboración, implementación y evaluación de políticas públicas y la labor efectivamente realizada en dichos ámbitos.
- b) La evolución de las organizaciones sociales involucradas, sus prácticas y las relaciones con distintos actores institucionales o sociales .
- c) La articulación entre los diferentes actores en distintos territorios y las redes existentes.
- d) El abordaje integral de los problemas de salud y sus componentes de participación social.

Las relaciones entre esos componentes son analizadas en términos de cambios estructurales y de modificaciones en las prácticas sociales y políticas. Della Porta y Keating (2013 p15) colocan como dilema de la ciencia social la elección entre la explicación “agente” y la “estructural”. A la pregunta “¿porqué la gente hace las cosas que hace?” hay explicaciones individualistas que piensan solo en el interés propio y otras otorgan más relevancia a las instituciones. En esta investigación esa articulación entre condicionamientos y acciones es concebida como interacción compleja. Los efectos estructurales sobre las prácticas difieren según los actores y los distintos momentos históricos. En este enfoque los diferentes actores, a su vez, inciden en las estructuras, las tensionan en distintas direcciones, les dan sentido para la sociedad y pueden cambiarlas mas o menos profundamente.

Entre las categorías o variables evaluadas estuvieron la extensión, intensidad, modalidad, impacto y sostenibilidad de la participación social. Se consideran asimismo las emociones que están en juego en los procesos individuales y colectivos de participación social.

Operacionalización de las dimensiones propuestas

Para operacionalizar estos conceptos se relevó :

- a) Funcionamiento de los ámbitos de participación: cantidad de reuniones, integración, información previa, características de las discusiones, capacidad de tomar resoluciones, seguimiento de las resoluciones.
- b) Diagnósticos y Acciones. Realización de diagnósticos y priorización de problemas locales. Elaboración de planes locales o proyectos socio sanitarios . Iniciativas para el mayor involucramiento de los participantes y de la población. Creatividad, innovación en las acciones sociales, educativas y sanitarias. Evaluaciones de las acciones realizadas.
- c) Control social de la gestión y atención en los servicios de salud . ¿Cómo se ejerce? ¿De qué información disponen los representantes sociales ? ¿Cuentan con elementos de formación para el control social?
- d) Evolución de los actores sociales en lo local y nacional. ¿Crecen en participantes ? ¿Desarrollan un discurso propio, una narrativa con arraigo en sus espacios de influencia? ¿Aumentó su incidencia en la definición de políticas y planes?.
- e) Identificar los componentes emocionales involucrados en estos procesos considerando a los participantes como individuos y como colectivos.
- f) Extensión, intensidad, modalidad, sostenibilidad e impacto. Por extensión de las experiencias de participación social, se entendió su alcance en las distintas zonas del país y diferentes entornos

socio-económicos y demográficos. La intensidad de las mismas refiere a la cantidad de acciones realizadas en un período de tiempo. Se distinguió una participación constante en ámbitos determinados y una modalidad más amplia, esporádica y heterogénea, procurando ver las relaciones entre ambas. Se analizó la sostenibilidad en el tiempo de las distintas formas de participación. La capacidad de personas y colectivos para responder ante impactos o situaciones adversas es asimismo un elemento que se tuvo en cuenta. La evaluación de la participación y la sistematización de las experiencias procuró tomar en cuenta sus efectos sobre poblaciones determinadas así como sobre los mismos participantes.

Técnicas utilizadas

- 1) Entrevistas semi-estructuradas. Los criterios para seleccionar la muestra incluyen a integrantes de las Redes de Salud, participantes de actividades de la Red de Municipios y Comunidades Saludables, representantes de usuarios y trabajadores en Consejos Consultivos, Juntas Locales y Departamentales de Salud.
- 2) Entrevistas abiertas y en profundidad . La muestra toma en cuenta a:
 - a) Referentes de los movimientos sociales involucrados y de las experiencias más ricas: organizaciones de usuarios, sindicatos, colectivos territoriales, redes de personas mayores, organizaciones comunitarias . Representantes sociales en la Junasa y en el Directorio de ASSE.
 - c) Referentes de las instituciones sanitarias, académicas y sociales relacionados con el tema participación social, tanto de nivel nacional como en particular de los gobiernos departamentales y municipales (segundo y tercer nivel de gobierno) .
- 3) Análisis documental: Informes y análisis de documentos y pronunciamientos de los movimientos sociales y los espacios institucionales involucrados.
- 4) Observación Participante en Talleres abiertos, reuniones locales y generales de la Red de Municipios y Comunidades Saludables, Asambleas de Salud, reuniones de organizaciones sociales, Rendición de Cuentas Pública, Jornadas de Intercambio y Formación, Cursos del IFS FUS.
- 5) Devolución a los participantes. Devolución a los participantes en instancias colectivas y formas de comunicación a lo largo de la investigación.

El criterio para la cantidad de entrevistas fue el de saturación, teniendo en cuenta el momento en el que la calidad de las informaciones decae. Se realizó una Guía para las entrevistas con modalidades diferentes según las características de las mismas, el tipo de actor social entrevistado y según el campo a priorizar. Se requirió consentimiento informado para las entrevistas y se

comunicó a los organizadores en caso de observación participante de actividades. Cabe acotar que el autor participó dentro de los organizadores de muchas de estas actividades.

En la primera etapa de la investigación (2016-2018) los criterios para seleccionar la muestra de personas entrevistadas fueron : a) participación en Judesas, Julosas o Consejos Consultivos como representantes de los trabajadores y de los usuarios. b) referentes de las principales organizaciones sociales involucradas, representantes en la Junasa y en el Directorio de ASSE. c) participantes de las experiencias más innovadoras y amplias como fueron las Redes de Salud territoriales y la Organización de Usuarios del Cerro.

En la segunda etapa (2019 a 2021) la observación participante fue la principal técnica utilizada en la multiplicidad de reuniones, talleres, cursos, intercambios relacionados con la Red de MCS y sus emergentes. El criterio fue procurar abarcar todas las actividades organizadas directamente por la Red MCS (reuniones de la Red, Talleres abiertos, Curso de Animadores, etc.) y aquellas conexas cuyas temáticas y participantes revistieran interés para la investigación (por ej. la Red de Primera Infancia del Municipio A, el Grupo Intersectorial de Salud, entre otros) .

Se tomaron en cuenta también 20 entrevistas (de las cuales 9 fueron realizadas por el autor de esta tesis) a informantes calificados en el marco del proyecto Descentralización y Trama Local de Cuidados utilizando los siguientes criterios para su selección: a) Referentes de las principales organizaciones sociales de las personas mayores, Onajpu , Redam, Red Pro Cuidados. b) Investigadores académicos del envejecimiento y los cuidados, en particular integrantes del CIEN (Centro de Estudios del Envejecimiento de la Udelar). c) Responsables de políticas públicas del Sistema Nacional de Cuidados, de Inmayores (Mides), MSP, Secretaría de Personas Mayores de la Intendencia de Montevideo, referentes departamentales del Mides.

Coherencia entre los distintos componentes de la investigación

En el diseño metodológico importa tener en cuenta la coherencia entre todos los componentes de la investigación. Nos referimos a la explicitación de los supuestos epistemológicos, su coherencia con el marco teórico, la relación con el objeto y el objetivo de la investigación y la metodología. Dado que el marco teórico de este proyecto son las teorías críticas de la democracia, las teorías de la salud colectiva, salud comunitaria y la medicina social, se considera que hay una correspondencia con un diseño de IAP Investigación Acción Participación y con técnicas como entrevistas, observación participante, análisis documental y devolución a los participantes.

La investigación-acción-participación en este caso se propone construir instrumentos para la profundización de la participación en conjunto con actores sociales y que puedan ser apropiados por ellos.

Este enfoque jerarquiza el trabajo de campo que permita el relevamiento empírico para no caer en la formulación de conceptos generales sin agregar elementos nuevos a la investigación. Al mismo tiempo procura evitar una mera descripción de lo que dicen los entrevistados, remitiendo a los debates teóricos existentes, a efectos de su enriquecimiento a partir de las conclusiones de la investigación.

V. PARÁMETROS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

La ética es un elemento crecientemente valorado en las ciencias sociales en general y en la investigación social en particular. Las investigaciones en ciencias sociales deben tener en cuenta diversos aspectos en el plano ético. En primer lugar debe considerarse como afectan dichas investigaciones a las personas que acceden a participar, los posibles perjuicios que les podría generar, los beneficios que podrían obtener y su consentimiento informado a participar. Como señalan varios autores (Abad Miguelez 2016) es necesario evitar daños a esas personas, resguardando su integridad, autonomía y dignidad. En tal sentido se consideran de cumplimiento obligatorio tres principios: el consentimiento informado, la confidencialidad de la información y el respeto al anonimato de las personas participantes a menos que los informantes pidieran o acordaran ser mencionados explícitamente.

En segundo lugar el investigador tiene el deber ético de asegurar la confiabilidad de la investigación. Es decir debe ser riguroso en la aplicación de la metodología y las técnicas y explicitar claramente los pasos dados. La autenticidad de la investigación implica no adulterar de ninguna forma las informaciones o percepciones que se obtienen ni tampoco las conclusiones a las que se arriba. Los ejemplos de investigación con seres humanos para justificar las desigualdades de raza, etnia, clase o condición social, tuvieron su expresión máxima en el siglo XX durante el nazismo pero también se produjeron, antes y después, en sociedades formalmente democráticas. En muchos de estos casos hubo una modificación intencional de datos e imágenes para asegurar un resultado consistente con las intenciones ideológicas y políticas de las instituciones promotoras. La rigurosidad en la metodología y la coherencia entre todos los aspectos de la investigación son elementos fundamentales para garantizar la calidad de la misma y su autenticidad (Gastaldo 2015) Si no es científicamente correcto no es éticamente aceptable (Argimón Pallás 2004), aunque el rigor científico no alcanza para ser ético.

En tercer lugar es necesaria una consideración ética sobre los fines que persigue la investigación. Existen concepciones que consideran independientes las investigaciones y la utilización posterior que pueda hacerse de ellas, eximiendo al investigador de toda responsabilidad ulterior respecto de sus trabajos. Puede haber matices y posiciones intermedias, pero resulta difícil fundamentar que no

importa el componente ético de los fines, que en la producción de conocimientos toda finalidad es válida éticamente o que no es necesario prever cuales serán las aplicaciones del conocimiento producido. Nos ubicamos en una tesitura contraria a las argumentaciones que validan todo tipo de fines en la producción de conocimientos.

Es interesante destacar, por ejemplo, que dentro del Código de Ética de la Asociación Uruguaya de Antropología Social y Cultural AUAS (2013) se establece que “ninguna investigación o intervención antropológica deberá violentar o vulnerar los principios generales de derechos humanos fundamentales, entendidos éstos en el más amplio y actualizado enfoque”(AUAS 2013 p3). Este principio podría extenderse a todas las ciencias sociales.

Otro ejemplo es el Código de Ética del Trabajo Social en Uruguay (Asociación de Asistentes Sociales de Uruguay 2001) que define como principios el fortalecimiento de la democracia, favoreciendo los procesos de participación social, tanto en su forma directa, como representativa, la búsqueda de la justicia social y de la igualdad, con la participación democrática de la sociedad en su conjunto, el compromiso con el pleno desarrollo de los Derechos Humanos, la defensa y profundización de la ciudadanía en los aspectos civiles o sociales, y la oposición a todas las formas de la violencia, tortura y autoritarismo. También plantea promover vínculos solidarios y de igualdad entre los sujetos que favorezcan la participación y reflexión crítica en procesos de cambio y transformación social.

Otras normativas como el Código Ético de la Asociación Internacional de Sociología (AIS 2001) aprobado por el Comité Ejecutivo de la AIS, son más restringidas en este punto y postulan que sus dos objetivos principales son, por un lado, proteger el bienestar de los grupos e individuos con quienes trabajan los sociólogos y, por otro, guiar el comportamiento y las expectativas de los miembros de la AIS, entre ellos y hacia la sociedad en su conjunto.

Aplicación de los Principios de la Bioética

En la presente investigación se buscó respetar los principios de la bioética: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. No estamos hablando de la aplicación de una receta clara y unívoca, sino de una preocupación permanente y una reflexión sobre los aspectos éticos de la labor que incluyen debates y elucidación de situaciones complejas. Existen dilemas éticos no siempre fáciles de resolver, que son abordados en una investigación cualitativa, mediante una ética situada donde el investigador reflexiona sistemáticamente sobre la responsabilidad de su trabajo en ese plano.

La autonomía significa la participación voluntaria donde el consentimiento informado es revocable en cualquier momento. La beneficencia consiste en la producción de beneficios tanto para las personas que participan de la investigación como para el conjunto de la comunidad.

La no maleficencia implica que, como mínimo, la labor del investigador no producirá daño o perjuicio alguno. En todos los casos los riesgos deben ser aceptables y para ello los investigadores deben poseer la capacidad necesaria y la infraestructura adecuada (Argimón Pallás 2004).

El investigador debe considerar que la aplicación de las normas éticas se da muchas veces en contextos de desigualdad. El principio de Justicia implica también compensar riesgos y beneficios. La incidencia que tienen hoy las grandes corporaciones económicas y el interés de lucro, en el campo de la investigación a nivel mundial deben, en mi opinión, despertar alertas sobre sus implicancias, consecuencias y riesgos.

La ética en ciencias sociales y las investigaciones en este campo implican una articulación entre las exigencias de la ética de la profesión y las exigencias de la ética cívica y los derechos humanos. Como señalan Gómez y Royo (2012) la tarea de la reflexión ética consiste en acompañar, conducir y orientar las prácticas humanas. Es una ética hermenéutica, situada, contextual, aplicada, concreta y en especial es una ética crítica.

Se señaló anteriormente que un aspecto fundamental de preservación de los derechos de los participantes de una investigación en ciencias sociales es el consentimiento informado. Es decir que las personas que serán entrevistadas o participarán de alguna forma en una investigación deben ser informados del objeto de la misma, de los riesgos y beneficios si los hubiera, y deberán consentir libremente su participación. Los entrevistados deben ser informados sobre las instituciones que sostienen la investigación y las fuentes de financiación de la misma. El anonimato de los participantes debe ser una regla para su protección, aunque puede no aplicarse cuando importa quién dice y esa persona consiente en que se utilice su nombre. De una manera similar debe manejarse la confidencialidad de los datos obtenidos.

Un criterio ético básico es no utilizar el engaño para la obtención de informaciones y esa transparencia ha sido la norma estricta en esta investigación. Sin embargo la literatura en la materia muestra que pueden existir complejidades en este aspecto y generarse polémicas. Por ej el Código de Ética de la Asociación Internacional de Sociólogos lo formula de esta manera: “Una investigación encubierta debería ser, en principio, evitada, a menos que fuera el único método para adquirir información, y/o cuando el acceso a las fuentes habituales de información es obstruido por las autoridades” (Asociación Internacional de Sociólogos 2001 punto 3.4 pag 2).

Un capítulo importante desde el punto de vista ético es la devolución de los resultados a la población involucrada. Como señalamos más arriba la misma es considerada una técnica

(Falabella 2002) que confirma la validez de los datos, mejora la interpretación de los mismos y empodera a los sujetos de la investigación. Pero también debe considerarse como algo que va más allá de una técnica, para constituir un componente ético del vínculo del investigador con la población que participa de la investigación. Si esas personas aportan sus saberes para la generación de un conocimiento determinado, tienen derecho a saber cual es el resultado de ese proceso. Incluso ese aspecto ético de la investigación puede verse en una dimensión más amplia que las personas participantes para abarcar la responsabilidad ética y política de los investigadores y de la academia con la sociedad en general. La academia no puede erigirse en un fin en sí misma, ni suponer que puede utilizar muchos recursos de la sociedad sin tener al mismo tiempo una responsabilidad de devolución de los conocimientos producidos. Las mejores tradiciones académicas y universitarias tienen un fuerte compromiso con la sociedad en un sentido político general y también a través de la investigación, la docencia y la extensión.

El triángulo de la ética práctica o aplicada se apoya, como ya fue dicho, en el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia. Sin embargo los distintos principios pueden no estar todos presentes siempre o puede surgir contradicciones entre ellos.

En este mismo sentido el Código Deontológico de la Asociación Portuguesa de Sociología (2017) refiere a la generación de información respetando el principio de voluntariedad de personas, e instituciones. Coloca asimismo un aspecto interesante: debe cuidarse que las diferencias de estatus (de poder, prestigio, recursos) entre los sociólogos y las personas o poblaciones que son objeto de estudios, no generen una manipulación. Este Código establece también la necesidad de salvaguardar el derecho de las personas a la privacidad y el anonimato, respetando la confidencialidad de informaciones y resultados en todas las situaciones en que dicha confidencialidad haya sido acordada (Asoc. Portuguesa de Sociología 2017).

Desafíos actuales para la ética en las ciencias sociales

Las reflexiones éticas tuvieron históricamente un énfasis en los temas biomédicos porque en ese campo se produjeron los riesgos más altos para las poblaciones involucradas. Sin embargo diversos autores (Agar Corbinos 2004) han destacado que existen casos en que la investigación social tiene probabilidades de riesgo similares al campo biomédico. Esta situación no solo refiere a casos extremos de violaciones a la ética en materia de ciencias sociales, sino que deben contemplarse nuevas realidades que se han gestado en los últimos tiempos caracterizados por una globalización acelerada. Para Agar Corbinos (2004) la globalización ha generado una paradoja entre el avance de los métodos de investigación social y la reducida participación de la población como sujetos autónomos y activos en esas investigaciones. Las personas involucradas y las organizaciones

sociales a las que pertenecen tienen mucho para decir sobre la forma y los contenidos a investigar, así como sobre la manera que los resultados podrían ser utilizados en función de los fines planteados. De ahí, agregaríamos nosotros, la importancia de desarrollar más investigaciones con un diseño IAP y de reflexionar cómo deben considerarse los aspectos éticos en este tipo de estudio.

Según Agar Corbinos (2004) la ética de la investigación incluye el respeto por la cultura de los colectivos con quienes se trabaja y el reconocimiento de las formas básicas de la organización social. Esto implica vincularlas no solo con la estructura social analizada con metodologías duras sino con una óptica más blanda relacionada con la “socialidad”. Uno de los desafíos actuales es reducir la brecha entre “lo social”, estudiado a través de las metodologías cuantitativas, y “la socialidad”, abordada por las metodologías cualitativas (Agar Corbinos 2004).

El contexto actual requiere superar la cultura paternalista y avanzar hacia una cultura de la autonomía, o de la participación, donde el rol de las personas y las organizaciones sociales participantes asume características de sujetos. El respeto ético implica, entonces, encarar la investigación con una metodología que incorpore a personas y organizaciones como protagonistas. La investigación debe generar formas adecuadas y validadas de aprehender los fenómenos a estudiar tanto desde el punto de vista técnico como ético. Agar Corbinos (2004) habla aquí de una trilogía estrecha entre cultura-ética-investigación.

Dado el objeto de estudio en esta investigación y el diseño IAP que se asume, este aspecto estuvo especialmente cuidado. Al mismo tiempo la advertencia sobre el riesgo de la manipulación es tenida en cuenta. El diseño IAP, el objeto de investigación y el marco teórico definidos apuntan a un modo de relacionamiento entre academia y movimientos sociales que tiene fuertes anclajes éticos.

Posición del Investigador :

El rol del investigador siempre (y en este caso también) ha generado complejidades para la investigación. En esta investigación puede considerarse que en muchos aspectos ha facilitado el desarrollo del diseño IAP. Las empatías generadas a lo largo de muchos años de trabajo en el campo de la salud y en particular en relación con la participación social facilitaron los contactos y los intercambios con muchos actores. Por otro lado fue preciso una vigilancia epistemológica individual y colectiva en la aplicación de los criterios acordados con los participantes. Se tuvo una preocupación permanente de aplicar con rigurosidad las técnicas y métodos, respetar íntegramente las percepciones de los participantes, situarlas adecuadamente en los contextos donde se produjeron y sus vínculos con las acciones comunitarias. Dicha preocupación fue un criterio colectivo de los actores que participaron. El énfasis en recoger las percepciones y las acciones en informes permanentes de las reuniones, talleres y actividades que fueron colectivizados con los participantes e informados a sus organizaciones, la elaboración de sistematizaciones que fueron puestas a

consideración de las personas y los colectivos, han sido herramientas para evitar sesgos mayores en el registro o en la interpretación. La permanente puesta en común de los intercambios fue una dinámica promovida y acordada en los ámbitos de participación de la Red MCS que se cumplió plenamente. Todos los referentes de actores muy dispares asumieron que ese cuidado era una condición para el avance colectivo, lo que facilitó que la investigación pudiera llevarlo adelante. A diferencia de las concepciones que preconizan un rol “neutro” y una distancia de los investigadores invisibilizando su carácter político y las diferencias de estatus que subyacen en su relación con las personas participantes, la IAP propone una relación cercana, horizontal y proactiva entre ambos.

VI: EXPERIENCIAS DE PARTICIPACIÓN EN LOS ÁMBITOS DEL SNIS

Desde 2005 se generó un cambio en calidad en la participación social en salud al ponerse en funcionamiento los distintos organismos del SNIS, abriendo espacios para la organización de los usuarios como actor social. En este proceso hubo experiencias interesantes, avances y obstáculos, estrategias diversas y a veces contrapuestas, contradicciones y logros, que intentaremos resumir en este capítulo, apoyándonos en la investigación que realizamos desde 2016.

A partir de marzo de 2020 el nuevo gobierno no convocó a los órganos de participación del SNIS, amputando un elemento fundamental para la respuesta a la crisis sanitaria y para el funcionamiento de todo el sistema de salud.

Junasa: Junta Nacional de Salud

Como ya se mencionó la Junta Nacional de Salud es un organismo desconcentrado del MSP creado por la ley 18211 responsable de “administrar el Seguro Nacional de Salud y velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del SNIS” “alentando el desarrollo del nuevo modelo de atención y gestión en salud”. En su integración participa el Poder Ejecutivo (MSP, MEF, BPS), representantes de las instituciones prestadoras de servicios de salud (privadas), de los trabajadores y de los usuarios. No es un hecho menor que la administración del Seguro incluya representantes sociales en su conducción.

De todas maneras más allá de sus cometidos formales importa caracterizar la labor de la JUNASA, los temas que aborda y cómo lo hace. Para los trabajadores de la salud representados allí, “la JUNASA no participa en el diseño de políticas de salud de ninguna especie, salvo las que tienen que ver con la financiación” (Mario Mujica). Las políticas de salud se discuten, en parte, en algunas comisiones de la JUNASA como la de Metas Asistenciales y la Comisión de Cápitas, pero allí está vedada la participación de usuarios y trabajadores. El MSP invita a las fuerzas sociales a la Comisión de Agenda que aborda los tiempos de espera o la accesibilidad, pero no a las de Metas y Cápitas. En general las conclusiones de estas comisiones se vuelcan a la JUNASA bajo la forma de propuestas de resolución, pero no hay debates sobre los temas sustantivos.

La JUNASA no ha discutido un diagnóstico de la situación epidemiológica del país, ni tampoco diagnósticos locales o estrategias sanitarias. Se presentaron en una ocasión los Objetivos Sanitarios

Nacionales pero no hubo preparación, ni discusión, ni resolución al respecto.

Existen más de 500 mil afiliados por FONASA en ASSE, es, sin duda la institución con mayor cantidad de afiliados FONASA, pero sin embargo no integra la JUNASA.

Un aspecto a resaltar positivamente de la labor de la Junasa fueron las reuniones con las Judesas por regiones. En el 2016 se hicieron reuniones en las regiones Norte, Este, Centro y Área Metropolitana. Junto a visitas a los efectores públicos y privados de cada región se discutió la cuestión de la complementación una de las tensiones fuertes del SNIS así como los problemas de salud prioritarios y campañas específicas al respecto. Por ej. los Centros Ciudadela de atención en drogas²⁶. Se discutió en el territorio sobre los problemas que existen. Hubo mayor participación de las organizaciones de usuarios y no tanto de los trabajadores en estas instancias.

Los trabajadores cuestionan que la creación de un ámbito de participación implica otorgarle la cuota de poder necesario para que cumpla con su función. En el caso de la JUNASA su labor estuvo centrada casi exclusivamente en la financiación donde, además, hay visiones contrapuestas entre el sector empresarial y las representaciones de usuarios y trabajadores.

Judesas: Juntas Departamentales de Salud

Como ya hemos señalado las Juntas Departamentales de Salud son instancias territoriales de articulación entre los efectores de salud públicos y privados, las organizaciones sociales de trabajadores y usuarios de ambos subsectores y los gobiernos departamentales. Su conducción reposa sobre los Directores Departamentales de Salud del MSP.

La regularidad de su funcionamiento varía de un departamento a otro, desde una dinámica quincenal en algunos casos a mensual en otros, habiendo varias situaciones con reuniones trimestrales y aún más irregulares. La mayoría de los actores sociales e institucionales previstos en la normativa participan de las reuniones, es decir representantes de los efectores privados y públicos, de los usuarios de ambos sectores y representantes de FUS y FFSP, así como la dirección departamental.

Su actividad permanente es la recepción de informes sobre temas de salud, a veces a través de invitados que exponen sobre los mismos. Campañas contra el Dengue, la gripe, las infecciones respiratorias, seguridad vial, leishmaniasis, diabetes, zoonosis, salud mental y la Semana del Corazón, fueron informadas en las Judesas. Sin embargo ningún actor social refiere la existencia de campañas propias de cada Judesa sobre problemas priorizados localmente. Los representantes sociales no registran la existencia de Diagnósticos Locales de Salud, un elemento clave para el

²⁶Los Centros Ciudadela son dispositivos de información, diagnóstico y atención en drogas, puerta de entrada a la Red de Atención en Drogas. Tienen carácter interinstitucional con recursos de varias instituciones públicas y en algunos casos privadas.

diseño de políticas territoriales de salud. Hay algunas excepciones y cabe mencionar en ese sentido que la Judesa de Artigas comenzó un diagnóstico sobre la salud en el área rural del departamento, aunque con muchas carencias porque las instituciones no brindaban la información.

En algunos departamentos hubieron esfuerzos para desarrollar acciones locales, (en varios casos a iniciativa de las organizaciones de usuarios), con resultados diversos, por ejemplo sobre prevención de accidentes, cuidados paliativos pediátricos, entre otros. En algún departamento como Canelones se trabajó en prevención de salud, divulgación de derechos y deberes de usuarios, temas de ética médica, vacunaciones y complementación de servicios. En varios departamentos (no en todos) se presentaron los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN), pero no se discutieron ni se resolvieron planes locales de salud a partir de ellos. Se informó también sobre la implementación del Sistema Nacional de Cuidados, un cambio estructural en las políticas de cuidados.

Un tema abordado con frecuencia en las Judesas es la fragmentación de los servicios en el SNIS. La duplicación de servicios por encima de las necesidades locales genera aumentos de costos y una utilización no racional de los recursos en el sistema. En un contexto nacional de muy baja natalidad, la creación de maternidades únicas por ciudad fue uno de los esfuerzos más sostenidos por parte del MSP así como las puertas de urgencia comunes en localidades menores. En varios departamentos se alcanzaron convenios para concretar estas complementaciones, pero en la mayoría no se pudo llegar a esos acuerdos. Los representantes sociales perciben dificultades significativas para concretar acuerdos de complementación, a pesar de las declaraciones de voluntad al respecto. También se mencionan conflictos de intereses en directivos de FEMI que tienen responsabilidades en ASSE.

La mayoría de los usuarios que viven en áreas rurales están afiliados a la mutualista por el FONASA, sin embargo no acceden a la atención de este efector pero sí la reciben de ASSE (por las Rondas Rurales) sin que exista un registro de las prestaciones ni un acuerdo de complementación.

Un caso excepcional pero remarcable es la creación de una Puerta de Urgencia conjunta en el Cerro de Montevideo (Municipio A -CCZ 17) entre ASSE y varias mutualistas, donde ASSE proporciona la infraestructura física y personal y los efectores privados aportan recursos humanos.

Desde la mirada de los actores sociales las Judesas han dedicado buena parte de su tiempo a la consideración de problemas asistenciales específicos de su departamento.

Los usuarios perciben un mayor desarrollo del Primer Nivel de Atención tanto en el sector público como en el privado, aunque con más énfasis en el primero. Hay nuevas policlínicas y más personal asignado a este nivel de la atención. En general ASSE a través de las RAP (Redes de Atención de Primer Nivel) fortaleció sus policlínicas en barrios periféricos.

En suma: En las Judesas se constata el tratamiento de temas como la complementación de servicios, problemas asistenciales y en algunos casos el desarrollo del Primer Nivel de Atención en cada departamento. En cambio destaca la ausencia de diagnósticos locales, definición de problemas prioritarios y líneas de acción conjuntas hacia ellos. No hay planes locales de salud con construcción participativa, intersectorial y rendición de cuentas a la población sobre los mismos. En lo que refiere a la complementación los avances son heterogéneos por la falta de normas que establezcan precios de referencia, incentivos económicos y criterios obligatorios de articulación de los servicios entre otras medidas .

Existe capacidad de propuesta en los actores sociales. En distintos departamentos los actores sociales han presentado propuestas en las Judesas, aunque también hay un requerimiento generalizado de capacitación y orientaciones para poder participar con más amplitud. Más allá de su rol específico como ámbito de participación de los actores sociales es importante analizar en qué medida las Judesas han operado como animadoras de formas más amplias de involucramiento de toda la sociedad en los temas de salud. Las iniciativas en esta dirección son aisladas y encontraron dificultades para su puesta en práctica. Por ej. en Tacuarembó se realizó una Asamblea Abierta para recepcionar los problemas prioritarios y presentar los planes pero la participación de los concurrentes estuvo centrada en situaciones individuales de mala asistencia. En otros casos hubo convocatorias pero sin buena concurrencia . En departamentos como Maldonado las organizaciones de usuarios hicieron una recorrida por las localidades recogiendo problemas que derivaron a los organismos correspondientes. En la localidad de Juan Lacaze (Dpto de Colonia) hubieron asambleas y talleres sobre temas de salud en el hall del Hospital . En Río Negro han hecho ferias de salud junto con el MIDES y una caminata en la localidad de San Javier por la Semana del Corazón. Las Ferias de Salud consisten en muestras de uno o dos días en las que se exhiben las diferentes campañas de salud que existen, con el formato de feria vecinal para realizar promoción de salud.

En algunos departamentos hay referentes de los usuarios pero hay muy pocas actividades con los usuarios, no hay una labor de base adecuada en lo local. En Canelones los representantes de los usuarios resienten que más gente no se arrime a los centros de salud con actitud de trabajo comunitario. “Siempre somos los mismos. Necesitamos más participación” afirman.

En general son pocas las formas de participación de la comunidad promovidas desde los ámbitos formales del SNIS, con creatividad, innovación, recursos y sostenibilidad en el tiempo .

En suma en varios departamentos los movimientos sociales han promovido instancias de

participación más amplia de la comunidad como asambleas, talleres, jornadas, recorridas, ferias de salud. Esas experiencias son valoradas positivamente por las comunidades. Sin embargo no existe una estrategia clara que asegure amplitud, continuidad, aprendizajes e intercambios de esas experiencias, no solo de parte de las organizaciones sociales sino en particular desde la rectoría del MSP, de la JUNASA y de las JUDESAS como ámbitos de gobernanza del SNIS. Por otro lado los vínculos entre los movimientos sociales de trabajadores, usuarios y organizaciones comunitarias no son iguales en todos los departamentos, manteniendo en general buenas relaciones aunque en muchos casos falta diálogo, coordinación, gestación de propuestas comunes.

También se percibe como dificultad la falta de criterios para llevar adelante evaluaciones colectivas de los participantes en los distintos ámbitos, corrigiendo errores o impulsando nuevas iniciativas. La información requerida como insumo para un tratamiento adecuado de los temas es considerada buena en algunos casos, insuficiente en otros y algo similar sucede con la discusión de los temas. Canelones, Colonia, Salto destacan como ejemplos positivos en estos planos de información previa y discusión. En casi todas las Judesas las representaciones sociales entienden que no hay resoluciones claras ni seguimiento adecuado de los temas. En relación con la participación en departamentos como Artigas los representantes de los trabajadores señalan que “hay miedo para participar en el sindicato porque los ámbitos son reducidos. La participación es escasa. Las patronales y los mandos medios aprietan al entorno para aislar a los dirigentes sindicales”. “Cuando empezamos a participar, aspirábamos a que se identificaran los problemas de salud del Departamento y se definieran líneas de trabajo conjuntas sobre ellos. No supimos hacerlo. No se hizo un mapa de servicios. La dinámica de la Judesa no fue por ese lado” concluye Olivia Pardo representante de la FUS en la Judesa del departamento de Tacuarembó.

“Como fortalezas: tener posibilidades de participar en los temas de salud del territorio y el ingreso de casi toda la población en el sistema de salud” analiza Griselda Demasi representante de los usuarios en el Departamento de Río Negro. “Como debilidades: se incentiva poco la participación sobre todo en el sector privado. La atención de salud es muy heterogénea, los sectores más pobres no acceden a la misma atención. Hay diferencias salariales entre el sector público y privado, una distribución desigual de los recursos humanos y no hay seguimiento de la ruta del dinero dentro del sector”.

La observación de Griselda Demasi del Movimiento Nacional de Usuarios sobre la necesidad de mayores seguimientos de la ruta del dinero en el sector salud, apunta a un tema relevante.

Dentro de las estrategias de formación-acción desde el Instituto de Formación Sindical de FUS se realizó un Curso de “Profundización del SNIS y Participación Social” con trabajadores y usuarios

de casi todos los departamentos del país. En ese ámbito se elaboró una Guía de Trabajo para los actores sociales en las Judesas con la finalidad de fortalecerlas y promover un cambio estratégico de su rol.

En suma : en la mayoría de los casos las Judesas no han realizado balances ni análisis en profundidad de su accionar con participación de los actores sociales, ni con apertura a la comunidad. Eso no ha facilitado su consolidación y auto-superación como ámbitos de trabajo conjunto, de composición heterogénea. Tanto usuarios como trabajadores tienen, en la mayoría de los casos, la percepción de que faltaron temas importantes en la agenda y en la discusión. Al mismo tiempo se registran pocas resoluciones. Las valoraciones de los actores sociales sobre la información recibida y la discusión en las Judesas varían según los departamentos, desde buenas a insuficientes. Se destacan positivamente las reuniones regionales de Judesas y Junasa.

Julosas : Juntas Locales de Salud

Las Juntas Locales de Salud son ámbitos de participación interinstitucional y social en localidades dentro de los departamentos. Han tenido menor desarrollo que las JUDESAS, aunque se han ido creando progresivamente en distintas ciudades. Un ejemplo interesante es la JULOSA de la ciudad de Cardona en el Depto de Soriano donde hay un funcionamiento regular (6 reuniones en el 2016), con participación de la Dirección Dptal del MSP, tres efectores privados, ASSE y BPS por el sector público, los Municipios de las localidades de Cardona y Florencio Sánchez y los representantes de sindicatos de trabajadores y movimiento de usuarios de los sectores público y privado. En esta Julosa han encarado temas como la campaña contra el Dengue, se recibieron denuncias por mal uso de agroquímicos y se acompañaron campañas para la castración de perros con la Comisión Nacional de Zoonosis. Los usuarios tomaron la iniciativa de plantear el tema de la salud mental por la alta prevalencia de suicidios. La Julosa acordó la disposición de trabajar en equipo conjunto de los prestadores sobre prevención de suicidios y en adicciones. Con ONAJPU se coordinó el pesquisamiento visual para acceder a la atención oftalmológica del Hospital de Ojos. En lo local la organización de usuarios es conocida y respetada, con acceso a la prensa local.

En suma la instalación de JULOSAS es una experiencia que fortalece la participación local en salud acercando las instancias de dialogo interinstitucional y social a los territorios y sus poblaciones. Su desarrollo es todavía parcial y está lejos de llegar a todos los municipios o localidades del país. Dada la heterogeneidad de situaciones y las fracturas socio-territoriales existentes esa mayor cercanía contribuye a un abordaje más integral de los problemas de salud.

Consejos Asesores y Consultivos

Junto a la participación con base territorial, la ley 18.211 (art 12) plantea la constitución de ámbitos de participación de trabajadores y usuarios en cada institución de salud, bajo la forma de Consejos Asesores Honorarios. La participación social dentro de cada institución tiene dinámicas distintas y complementarias con la participación territorial organizada a través de Judesas y Julosas.

La experiencia que refieren los actores sociales en los Consejos Asesores evidencia un conjunto de dificultades para su instalación y funcionamiento, que surgen de la actitud de las direcciones institucionales, la debilidad de los actores sociales y el diseño y potestades de estas instancias. De todas formas importa recoger y valorar los aspectos positivos que han tenido estos ámbitos y las potencialidades que podrían alcanzar.

Redes de salud

Existen múltiples redes sociales en distintos departamentos. En Montevideo hay una larga experiencia de redes que incluyen desde temas de salud, adulto mayor, infancia, adolescencia, medio ambiente, cultura (Netto 2003). El proyecto de descentralización participativa llevado adelante en la capital desde 1990 fortaleció políticas sociales locales (Rivoir 2003) con distintas etapas. Desde la creación de los municipios como tercer nivel de gobierno en 2010 ha habido una estrategia en Montevideo de conformar Redes de Salud por municipio.

La Red de Salud del Municipio B ha desarrollado campañas sobre salud sexual y reproductiva, violencia en los vínculos, Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Prevención Cardiovascular, Nutrición y Salud Mental, Adicciones, Salud de la Mujer, Vacunaciones y Medio Ambiente.

Discutieron temas relacionados con las necesidades de salud para el año siguiente y la preparación de los Cabildos de Salud. Llevaron adelante actividades relacionadas con el Calendario Internacional de salud, Diabetes, Salud Bucal, Semana del Corazón. Buscaron la integralidad y no la parcialización por patologías. Hace 10 años que se vienen priorizando temas a través de los Cabildos o Asambleas. En dichos Cabildos o Asambleas se rinden cuentas de lo hecho y se recogen las preocupaciones y necesidades de la población.

Se procuró incorporar elementos agradables en las acciones: por ejemplo una visita a un museo culminando con una merienda. Recitado de poemas, Fiesta de la nostalgia de la Red de Salud, Caminata cardiocultural que recorre la Ciudad Vieja, cantando juntos, Ferias de salud en las plazas, son algunas actividades. Con estas variadas formas se buscó llegar en el plano emocional y no solo con argumentaciones conceptuales.

Las actividades preparatorias de la Asamblea de Salud son jerarquizadas por la Red. El tema “vínculos y habilidades para la vida” fue considerado como problema de gran impacto en la salud. Algunas temáticas priorizadas por la gente en los Cabildos fueron tomadas por el Municipio y no por la Red.

Los integrantes de la Red consideran que la información y la discusión sobre los temas es adecuada. Rescatan que se toman resoluciones y hay un seguimiento de las mismas. Siempre se evalúan las actividades y se corrigen los problemas hacia la próxima actividad. Hubo un esfuerzo sostenido para juntar lo lúdico con lo formal, con lo creativo, así como la integración de poblaciones con distintas edades, incorporando música, juegos, escenarios distintos.

Los integrantes de la Red entienden que el rol de ésta es apuntar a la prevención y promoción de salud en los habitantes de la zona, potenciando los recursos existentes, poniendo objetivos comunes. En la parte asistencial se depende más de las direcciones y gerencias institucionales y se ha avanzado mucho menos.

La Red de Salud incluye instituciones muy distintas entre sí, con culturas organizacionales diferentes pero a través de la Red se procura unificar los objetivos. Los participantes replican en el trabajo hacia los usuarios de cada institución los aprendizajes que surgen de la Red. Dentro de las instituciones la situación es heterogénea en ese sentido y algunos participantes refieren que “cada vez más se siente que trabajan en el vacío”. En uno de los efectores privados (Anda) se da una información y discusión regular de lo que se hace en la red. Otros efectores privados como la Cooperativa Caminos lo incluyen en sus planes de trabajo. En otros efectores privados hay grandes dificultades. En ASSE hay reuniones regulares de equipo cada tres meses pero no hay tiempo para informar de la red. En el Servicio de Salud (SAS) de la Intendencia se informa de la Red en cada reunión mensual de equipo y en informes generales.

Un problema de las Redes es la representatividad de los participantes. Hay un riesgo de que la dinámica de la Red genere una forma de trabajo, de escucha, que no esté acompañada por los equipos institucionales y terminen siendo dos niveles diferentes. En instituciones como ASSE, señalan algunos, hay un sector del personal, los “comunitarios” que participan en la Red de Salud, Red de drogas, y otras redes. En cambio otro sector trabaja solo adentro del Centro de Salud.

La Red de Salud ha tenido la virtud de introducir en cada institución el trabajo en territorio. Lentamente se va incorporando en los equipos de salud la actividad de prevención y promoción. Se llega a determinados sectores, aunque no a toda la población del municipio. La labor de la Red apunta a generar productos tangibles pero también hay un trabajo hacia adentro que es enriquecedor. “La Red transforma a sus participantes”, cuentan, “hay un aprendizaje personal muy grande”.

También aquí resalta el componente emocional de la labor conjunta, los intercambios fraternos, el compartir una mirada similar, el sentido de pertenencia, y los esfuerzos sostenidos en el tiempo para contribuir a la salud de la población y el reconocimiento que perciben.

Desde la Red de Salud mantienen relaciones con otras organizaciones de la zona como la Inspección de Primaria (escuelas de la zona), liceos públicos y un liceo privado, Escuela de la Construcción de la Universidad del Trabajo, Jóvenes en Red, Refugios Mides, Refugios privados, cooperativas de vivienda, Club de niños y jóvenes, Ferias vecinales, Hogares del Inau, Secretaría de la mujer de la IM y con el programa CAIF. “La labor en red permite potenciar los esfuerzos de cada institución. Ya no se compite entre las instituciones en esos temas” . Desde la Red promueven y apoyan los cursos de Promotores de Salud y de Promotores Juveniles de Salud.

Han utilizado múltiples formas de participación de la comunidad :Asambleas, Cabildos, Talleres abiertos, Ferias de Salud, Jornadas de trabajo con vecinos, Iniciativas en barrios. Según como les va se replantean una u otra forma de participación. El criterio más general es ir a la gente y no esperar que vengan. Cuestionan la publicación de folletería que nadie lee. Es un gasto ineficiente, dicen. Un criterio a seguir es procurar la mayor cercanía con la gente. Creen que las formas de participación que han dado más resultado son las que se apoyan en los grupos organizados de cada institución o colectivo comunitario. Se ha buscado el vínculo directo con la población pero es mucho más dificultoso.

Estas experiencias generan asimismo una producción intelectual importante. Existe un reconocimiento oficial a la labor de la Red recibiendo en dos ocasiones el Premio Nacional de la Comisión de Salud Cardiovascular, uno de Alames, uno del MSP. El municipio fue seleccionado por el MSP para firmar el convenio de Municipios Saludables.

La capacitación de los actores es un componente fundamental para fortalecer el trabajo en red. En 2014 se hizo un Seminario sobre Participación en Salud, aunque hubo dificultades para continuarlo en años posteriores.

En la agenda futura los participantes visualizan como temas a priorizar la participación social y los municipios saludables. Sostienen que las redes de salud necesitan mas publicidad, mas jerarquización. “Nunca aparecen en la foto. Falta que haya más reconocimiento y exposición de los trabajos que se hacen. Son el último orejón del tarro”. Reclaman una voluntad política institucional más fuerte, que acerque el discurso y la realidad, con mayor reconocimiento a los esfuerzos “Los que participamos lo hacemos por nosotros mismos, nos sentimos felices del trabajo realizado.”

Otra experiencia muy destacable es la Red de Salud del Municipio G que se fundó el 5 setiembre de 2012 (Anzalone 2018). Tiene numerosos antecedentes de articulación interinstitucional, intersectorial y de participación social en esta amplia zona del noroeste de Montevideo. “La creación de la Red fueron momentos de tensión duradera donde los apoyos fueron importantes” sostienen sus participantes. Cuando se creó el tercer nivel de gobierno (2010) se buscó una visión global del municipio respetando las ricas historias de ambas zonas comunales 12 y 13. Con las Asambleas de Salud del municipio G se reunieron los efectores y actores sociales de las dos zonas comunales. A partir de las asambleas se generó la necesidad de un espacio que le diera continuidad y respuesta a los temas que surgían de las asambleas. Allí comienza la Red. En una primera etapa la preocupación principal fue la sistematización de las asambleas y sus propuestas, con una perspectiva que fuera rompiendo con las “chacras” de las zonas comunales anteriores para asumir el territorio del municipio como ámbito de trabajo conjunto.

En los primeros años los temas de gestión, referidos al funcionamiento de los servicios y las instituciones, eran más relevantes. Desde el principio la Red se centró en la prevención y promoción de salud. Ver la salud como prevención cuesta mucho, valoran los integrantes de la Red. La articulación entre los efectores públicos y privados motivó discusiones. Si bien se acompañó el cronograma de fechas nacionales e internacionales de la salud, las actividades principales del año surgían de las asambleas.

Una de las líneas de avance fue la capacitación a la Red sobre las temáticas seleccionadas y por otro lado se promovieron actividades hacia la comunidad. En 2016 se trabajó el tema de la violencia en los vínculos y la promoción de buenos vínculos.

La Red no tiene rubros específicos asignados por las instituciones para financiar sus actividades. El Municipio G apoya con recursos de otros rubros, con asistentes sociales y cuadrillas obreras.

La Red impulsó un Curso de Agentes Comunitarios como una actividad importante de todo el año 2016, con el sostén de Facultad de Medicina y el Municipio G (se anotaron 65 personas en su mayoría mujeres y 34 terminaron el curso, algunas desde localidades lejanas). También han encarado actividades de capacitación para el trabajo en la Red y en temas de comunicación.

En la Red del Municipio G valoran que “es difícil encontrar el equilibrio entre participación social comunitaria y las instituciones. Hay lógicas distintas, miradas diferentes. Hay una gestión horizontal de la Red sin jerarquías”. Reconocen en el Concejo Municipal a un actor político de sostén para la Red y valoran el apoyo expreso del Alcalde.

A lo largo de estos últimos años fueron dejando afuera de las prioridades de la Red los problemas de la asistencia, aunque eran preocupaciones de los vecinos. Se plantearon “formarse para lograr la participación ciudadana”. Consideran que están condicionados por los tiempos que disponen y por el apoyo real de las instituciones, que autorizan la concurrencia pero no un tiempo más amplio.

Hay una perspectiva intersectorial en la medida que cada actor que integra la Red tiene vínculos con otras instituciones como las educativas, los Caif y particularmente con las otras Redes. Hay Redes de Primera Infancia, de Deporte y Juventud, Red de Adulto Mayor, Red de Cultura a nivel del municipio G y a nivel barrial la Red Peñarol y la Red Lavalleja . También las Mesas de Socat (programa del Mides) actuaron como articuladores intersectoriales en el territorio.

Las formas de participación de la comunidad que han promovido son las Asambleas de Salud anuales, Ferias de Salud y Jornadas por Salud Cardiovascular. Hay acciones centrales como Red, a las que se suman otras actividades por institución o movimiento, pero los ejes son las asambleas que definen las prioridades y la Red que recoge e instrumenta las acciones relacionadas. Hay visibilidad de las actividades, que se preparan con las organizaciones del barrio donde se realizará. “No son acciones que quedan entre cuatro paredes. Hay trabajo previo”, señalan. Se trata de hacer una rotación de las actividades por barrio por ser un territorio muy extenso. La Red analiza si realizar la asamblea como una instancia central o generar varias asambleas por barrio dentro del municipio. De las asambleas surgen los insumos para el trabajo del año siguiente. En la evaluación de las asambleas anteriores surgió la necesidad de considerar la posibilidad de variar las formas. Cuentan con los recursos municipales para la realización de las actividades.

Los temas abordados en la Red se discuten en los Consejos Vecinales, en la Policlínica comunitaria Jardines de Peñarol, pero en las demás policlínicas falta más transmisión, aún en las del SAS-IM que tienen reuniones mensuales de equipo. Muchas veces no se tiene una idea clara de lo que es la Red. Hay una tensión entre la asistencia a los usuarios y la participación en actividades extra-muros con la comunidad.

Los participantes de la Red consideran que la información sobre los temas es adecuada y también la discusión en sí, las resoluciones y el seguimiento. Llevan actas de los temas tratados y las resoluciones. A veces falta un espacio para evaluar lo realizado y dar un debate más profundo. Se hacen muchas cosas pero no siempre hay tiempo y metodología para analizar lo que se hizo. “Somos muy ejecutivos pero falta un piense”.

La Red ha recibido varios reconocimientos . Obtuvo el Premio Nacional de la Comisión de Salud Cardiovascular. La experiencia de la Red de Salud del Municipio G se presentó en el Congreso de Medicina Familiar y Comunitaria (2016). El primer “Compromiso por un Municipio Saludable” de Montevideo se firmó en el Municipio G en 2014.

En suma: las Redes de Salud son una realidad potente en distintas zonas del país y en particular en varios municipios de la capital. Constituyen una de las formas más significativas de participación social y trabajo interinstitucional en prevención y promoción. El trabajo permanente de las Redes incluye la realización anual de Asambleas o Cabildos como forma de convocatoria abierta para analizar lo hecho y definir prioridades para el año, con una metodología participativa. Esta producción de experiencias en un modelo de atención con énfasis en la prevención y promoción, en y desde la comunidad, ha recibido varios premios del MSP, Comisión de Salud Cardiovascular y Alames. La estrategia de “Municipios Saludables” del MSP se apoyó en las Redes de Salud y su labor intersectorial. Cabe señalar asimismo que no ha existido un impulso sostenido de creación de Redes de Salud en todos los municipios del país.

La Organización de Usuarios de Salud del Cerro

En el Cerro de Montevideo hay una larga tradición de organización social. Tal vez por eso fue desde allí que surgió en 2005 la convocatoria a organizar un movimiento nacional de los usuarios de salud . La larga experiencia de organización y lucha de esta zona se enriqueció en el proceso de reforma de la salud. Manteniendo su identidad y funcionamiento como organización de usuarios, han trabajado codo a codo con distintas instituciones e interactúan con las demás redes. El entramado de vínculos con las instituciones y los actores locales es denso en esta zona. La relación con los técnicos y las direcciones zonales de ASSE y la IM fue una fortaleza, durante un largo período destaca, Ricardo Larrañaga²⁷.

La Organización de Usuarios de Salud del Oeste tiene como eje ordenador el trabajo sobre prioridades que surgieron de asambleas de vecinos. Se partió de prioridades definidas en 2005 por los vecinos como los temas de drogas y la situación de la infancia, que se han mantenido en el tiempo. Como relata Jorge Bentancur ²⁸ uno de sus fundadores la iniciativa surgió de la Comisión de Salud del Consejo Vecinal convocando desde allí a una asamblea multitudinaria que luego se

27 Ricardo Larrañaga es integrante de la Organización de Usuarios de Salud del Cerro, fue fundador del Policlínico Odontológico Yano Rodríguez en 1993 y de la Red de MCS en 2020.

28 Jorge Bentancur es fundador de la Organización de Usuarios de Salud del Cerro y del Movimiento Nacional de Usuarios, siendo representante de los usuarios en la JUNASA durante varios años.

continuó a través de nueve reuniones o asambleas por cada barrio de la zona. “Mi Cerro Sin Drogas” y la Red de Primera Infancia surgieron a partir de esta decisión colectiva y continúan al día de hoy, explica Bentancur.

Es así que en las asambleas posteriores se vuelve a priorizar la situación de la infancia, porque a pesar de todos los avances sociales que tuvo el país, la condición de niños y niñas en la zona 17 del Municipio A es muy distinta y peor que los promedios nacionales y de otras zonas. La fractura socio-territorial se concentra con múltiples consecuencias en materia de salud .

“Trabajar con la voz del vecino y trabajar en red” afirma Ricardo Larrañaga. A través de las asambleas anuales existe la voz y la participación con las diferentes zonas del barrio. A su vez estas asambleas posibilitan convocar a personas con responsabilidades a nivel nacional a discutir los problemas junto con gente del barrio. Un ejemplo de esa forma de trabajo fue la campaña que realizaron para aumentar la cantidad de centros CAIF en la zona y la interlocución con las autoridades del MIDES y el MSP para lograr avances en esta materia.

Realizan una reunión semanal de la organización de usuarios y una vez por mes una reunión ampliada en la que participan el Centro Coordinado del Cerro de ASSE, la dirección regional y coordinadores de las policlínicas SAS-IM, APEX, PTI, Parque Punta Yeguas, entre otros actores así como invitados específicos para profundizar en algunos temas.

La Red de Primera Infancia es una fortaleza importante y se alcanzó con ella a todas las zonas del municipio. Allí hay fuerte participación de vecinos, y organizaciones como IPRU²⁹, los CAIF de la zona, INAU, etc. Tiene ya 10 años de labor continua. Hay una reunión mensual de esa Red y están integrados a la Asamblea de Usuarios.

También es una fortaleza la labor del Instituto Superior de Educación Física (ISEF), incorporando la actividad física y el deporte en la temática de salud, con participación de estudiantes y docentes. En 2019 y 2020 se fue conformando una Mesa Local de Salud Mental donde la organización de usuarios juega un rol importante, así como el Movimiento Para las Autonomías y diversas experiencias innovadoras en esta materia.

Ricardo Larrañaga destaca que el nivel de reflexión sobre el proceso del SNIS dentro de la organización de usuarios, generó una importante formación y capacidad crítica. La gente “se formó para el trabajo en equipo y en valores, en esa escuela de educación popular”. “Tenemos un nivel de trabajo conjunto con las instituciones y actores locales que permite coordinar acciones sobre temas específicos sin dificultades”.

²⁹IPRU: ONG que trabaja en la zona y en particular en los barrios de Bajo Valencia, Casabó y Cerro Norte.

Los Campamentos “A tu Salud” realizados anualmente son experiencias de encuentro libre y recreativo, de carácter intergeneracional e interbarrial donde se discuten problemas sentidos por los vecinos. Sin una estructura rígida de temas a tratar, discutieron sobre la problemática de género y violencia, el cuidado de la niñez, o episodios muy marcantes como el asesinato de un joven en el barrio de Santa Catalina por la policía, lo que provocó una revuelta popular en la zona. Desde 2013 los usuarios de salud del Cerro vienen desarrollando una movilización sobre el tema salud mental incluyendo la prevención del suicidio. Cuestionaron fuertemente la decisión del gobierno departamental que asumió en 2015 de cerrar un convenio con una organización de la sociedad civil “Ultimo Recurso” que desarrolló una importante labor de prevención del suicidio en la zona, con formación de promotores comunitarios, eventos de reflexión y acciones con la comunidad.

La Organización de Usuarios de Salud del Cerro promueve registros de las múltiples actividades. De las asambleas hay registros en materiales tipo librito, de la movida del 2013 sobre la Infancia surgió el libro “De la cuna a la cana”. También de los campamentos hay evaluaciones y registros.

En suma la Organización de Usuarios de Salud del Oeste de Montevideo es una de las experiencias más ricas de organización y trabajo comunitario en salud que existen a nivel nacional. La zona tiene muchos antecedentes de policlínicas comunitarias y una larga historia de organización obrera y popular, con una fuerte identidad local. Sin embargo, ha sufrido muchas transformaciones por la expansión de “asentamientos” en su periferia y la persistencia de las fracturas socio-territoriales. Esta organización de usuarios tuvo un rol activo durante el proceso de creación del SNIS, surgiendo de allí la primera convocatoria pública a la formación de un movimiento nacional de usuarios de la salud. En estos 13 años han sido protagonistas de una cantidad de iniciativas de abordaje integral de los problemas de salud priorizados en asambleas. Son participantes fundamentales de la Red de Municipios y Comunidades Saludables y del grupo MCS del Municipio A.

Asambleas de Salud

Las asambleas locales de salud han sido espacios fermentales para la participación social en este campo. Aunque no son recogidas por los grandes medios de comunicación y no siempre forman parte del discurso de las autoridades, son una expresión viva del protagonismo de la comunidad así como de su interacción con los servicios de salud y los gobiernos locales. Este tipo de instancias

democráticas comunitarias son un componente central de la construcción de la participación social en el SNIS(Anzalone 2016b) .

El autor de esta tesis tuvo la oportunidad de desarrollar observación participante en varias de ellas. Se consideran destacables en 2016 la asamblea de la zona de Punta de Rieles, la del Barrio Municipal del Municipio D en el centro SACUDE, la del Cerro de Montevideo y la Asamblea Anual del Movimiento Nacional de Usuarios de Salud.

El complejo SACUDE Salud Cultura Deporte y Educación integra una policlínica comunitaria (que pasó luego a gestión del SAS-IM), varias infraestructuras deportivas y un teatro local . Funciona con un sistema de cogestión con participación de representantes electos por los vecinos. Está inserto en el barrio Municipal en el Municipio D, contiguo a los barrios Casavalle, Marconi y Borro. Junto con zonas de los municipios A y F, se concentran aquí los peores indicadores sociales del país, con barrios estigmatizados y altos niveles de exclusión. Ese formato intersectorial del SACUDE es de gran importancia para las estrategias de salud, ya que su vínculo estrecho con el deporte, la cultura y la educación enriquece sus prácticas y sus alianzas. En la asamblea se rindió cuentas de lo realizado durante el año, en particular por las comisiones de salud, cultura y deportes, valorando un gran triunfo que fue la presentación y aprobación por presupuesto participativo de la propuesta de una cancha polivalente cogestionada por los vecinos y las instituciones del barrio. La movilización del barrio obtuvo más de 500 votos y la propuesta fue aprobada. La asamblea se realizó en el teatro del complejo Sacude.

El tema de la participación estuvo en debate en la asamblea porque se constató un descenso de la participación en el área de la salud en 2015 pero en 2016 se logró recuperar por el funcionamiento de la comisión de participación de la policlínica. Los vecinos afirman que la recuperación de la participación se dio porque “se sintieron escuchados por las autoridades”.

Hacia adelante la asamblea del SACUDE discutió diversos proyectos, pudo ampliar la cantidad de actividades, hacer más talleres (uno de guitarra, y otro para niños de 4 y 5 años) y se proponen llegar a las situaciones de mayor vulnerabilidad en el barrio, creando un espacio donde técnicos y vecinos puedan encarar conjuntamente estos casos.

La cogestión del SACUDE con participación de los vecinos es una realidad cotidiana. El SACUDE es una experiencia innovadora y exitosa en el tiempo que fue replicada por la IM en el período 2015 2020 en otro barrio popular de Montevideo denominado Flor de Maroñas.

En Punta de Rieles la Asamblea de Salud se realizó en el teatro de la zona, convocada por la

policlínica IM y vecinos organizados. En esta zona se habían realizado asambleas sobre diversos temas de salud y en 2016 la asamblea recibió el proyecto Microorganismos Eficientes Nativos (MEN) para ver las posibilidades de replicarlo en la zona³⁴. Más de quince niños de la Escuela Nro. 319 de Casavalle (Municipio D) fueron con sus maestros a explicar a los niños de la Escuela Nro. 338 de Punta de Rieles, vecinos de la zona, funcionarios de la policlínica y del Municipio cómo fue la aventura científica que les permitió crear un producto que reduce la contaminación ambiental en hogares, pozos negros y cañadas utilizando formas de control biológico. Para ello coordinaron con Facultad de Ciencias, el Instituto Clemente Estable y la Facultad de Agronomía. Casavalle, como Punta de Rieles, son barrios con muchas zonas sin saneamiento y los pozos negros con frecuencia son fuentes de contaminación.

Así como en este caso los niños de Casavalle con el apoyo de sus maestros transmitieron su experiencia en otro barrio popular de Montevideo, también comunicaron su experiencia y despertaron procesos creativos en la Escuela de la UTU de Rincón del Cerro que produjeron los MEN como plaguicida y fertilizante orgánico en la labor hortifrutícola de la zona. La experiencia de producción de MEN se reprodujo asimismo con liceales y vecinos en la localidad de Empalme Olmos en el departamento de Canelones para disminuir la contaminación de las cañadas y su implementación fue un éxito.

La asamblea de salud del Cerro de Montevideo (18 y 19 noviembre de 2016) fue convocada con un planteo claro : “Desde el nacimiento en 2004 de la Organización de Usuarios de Salud nos pensamos como un actor comunitario político-social, no sólo de demanda sectorial sino para articular y desarrollar propuestas con todos los actores del territorio”. “Concebimos la salud de un modo integral, como calidad de vida y pleno ejercicio de derechos” sostenían. “ A doce años de las reformas y puesta en marcha de los programas sociales se hace necesario pensar-problematizar los avances y dificultades en la aplicación del cambio del sistema de salud y la implantación del nuevo modelo de promoción de salud. También evaluar el impacto de los programas sociales llevados adelante en nuestra zona”.

La asamblea procuró incluir la percepción de cambios y necesidades en salud, trabajo, educación, violencia, vivienda, uso de espacios públicos. El encuentro pretendía visibilizar la red de actores sociales, revisar las prácticas de promoción de salud, generar consciencia de las tareas desarrolladas y dar más fortaleza y amplitud a la organización de vecinos y vecinas.

Durante el curso de la misma el relato se fue ensanchando con discusiones sobre el rol de las instituciones y de los vecinos, de los problemas de salud, sus causas y las acciones para cambiar profundamente realidades marcadas por la fragmentación social.

“Si no se interactúa no se va a lograr nada. Nosotros podemos pasar de la dependencia a la independencia pero el éxito viene con la interdependencia” afirma uno de los participantes.

“Tenemos que reivindicar el derecho a participar, a ser consultados. Tenemos que seguir trabajando para conquistar espacios que hagan posible la participación en la toma de decisiones” sostiene otra.

En suma las Asambleas de Salud en las distintas zonas son instancias participativas destacables. La participación de la comunidad en la definición de prioridades y acciones sobre los problemas de salud, la rendición de cuentas y elaboración de propuestas, los intercambios horizontales entre vecinos, trabajadores, instituciones de la salud y otras fuerzas sociales de la zona, son considerados por muchos actores como elementos fundamentales del cambio en el modelo de atención que promueve la reforma de la salud.

La Asamblea anual del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud reunió más de sesenta delegados de los distintos departamentos del país el 26 noviembre 2016 para analizar lo realizado en ese año y pensar en las prioridades del siguiente. Desde los informes se destacó que la impronta fue recorrer el país promoviendo la participación, visitando localidades, impulsando las Julosas, participando de los Consejos de Ministros abiertos en el interior³⁰. “No es menor haber podido mantener una reunión mensual del movimiento” con participación de delegaciones de Interior y Montevideo, destacaron.

Participaron del Diálogo Social organizado por el gobierno y presentaron un documento con sus puntos de vista. Mantienen un diálogo fluido con el MSP. Ante el planteo de los usuarios el presidente de la JUNASA presente en la asamblea comprometió asignar recursos para la capacitación de los usuarios, como se hizo con los trabajadores en esos años. Varias opiniones destacan la necesidad de avanzar en la parte humana, la ética y el compromiso en la atención a la salud con centro en los usuarios. Se reclama que los controles del MSP sobre los efectores de salud sean más estrictos. Como prioridad para 2017 se define la elección de los representantes sociales en la salud. Algunas afirmaciones fuertes fueron: “La reforma de la salud está estancada. Hay cuatro o cinco cuellos de botella que están trancando la reforma.” “Hay que revitalizar la Red de Atención de Primer Nivel para descongestionar las urgencias de los hospitales. No se invierte en el Primer Nivel porque el negocio es la enfermedad”. “La lucha cultural y política pasa por instalar en la opinión pública que hay que atender los determinantes de la salud”.

³⁰El gobierno nacional realizó en diversas oportunidades reuniones abiertas del Consejo de Ministros en localidades del interior del país donde se recogen planteos de la comunidad.

Movimientos de Usuarios de la Salud

El Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada ha tenido distintas etapas desde su formación en 2005. El funcionamiento de la organización se basa en reuniones mensuales con delegados de diferentes departamentos. Han tenido un desarrollo en todo el país, con altibajos en capacidad de convocatoria y presencia local. A lo largo de los años han generado un conjunto de experiencias y formado activistas sociales vinculados a la participación en los ámbitos de la salud. Tuvo pronunciamientos en relación con los problemas de la salud en diversos momentos, con críticas, cuestionamientos y propuestas, interactuando con otras organizaciones sociales e instituciones estatales.

En este proceso tuvo escisiones, una de las cuales dio lugar al Espacio Participativo de Usuarios de la Salud que tiene presencia en varios departamentos del país. Más que diferencias programáticas los motivos de la división fueron los énfasis distintos en la participación a nivel de base y su relación con la representación en los ámbitos del SNIS. Las concepciones y metodologías de trabajo diferentes en estos planos (algo frecuente en todos los movimientos sociales) sumados a la forma como el MSP manejó estos temas, dieron pie a la fractura del nuevo movimiento.

En los diferentes períodos de gobierno del Frente Amplio no se realizó una elección nacional de los representantes de usuarios en el SNIS a pesar de los reiterados planteos en ese sentido por parte de las organizaciones. En un período inicial el MSP asignó la representación en ASSE al Espacio Participativo y en la Junasa al Movimiento Nacional de Usuarios. En el período 2015-2020 designó la representación de los usuarios en ASSE al Movimiento Nacional de Usuarios y la representación en la Junasa a tres movimientos, Movimiento Nacional, Espacio Participativo y ADUSS (Asociación de Usuarios del Sistema de Salud) que se rotan en el ejercicio.

Durante el año 2017 el Movimiento Nacional, el Espacio Participativo y la Organización de Usuarios del Cerro suscribieron una plataforma programática común con el PitCnt (FUS y FFSP), Onajpu y el SMU, construyendo el Frente Social de la Salud.

En suma el Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud y el Espacio Participativo son organizaciones que han mantenido un funcionamiento a nivel nacional con presencia en varios departamentos del país, actuando en Julosas, Judesas, Junasa y en algunos Consejos Asesores por institución. Aunque las organizaciones de usuarios han reclamado reiteradas veces la realización de elecciones para las representaciones institucionales en el SNIS el Poder Ejecutivo no ha implementado las mismas hasta el momento. Hasta 2021 el nuevo gobierno no ha designado a ninguna de las organizaciones ni dado pasos para una elección directa. En diferentes momentos las

organizaciones de usuarios han realizado pronunciamientos conjuntos ante la situación del SNIS y de la Salud en el país.

Representaciones sociales en el directorio de ASSE

ASSE es el principal prestador estatal de atención integral a la salud, con una amplia red de servicios que cubre todo el país, 900 puntos de atención. Es el único efector de salud con llegada en todo el territorio nacional, el de mayor tamaño en población usuaria y en trabajadores. Tiene un rol social y sanitario importante y ha realizado avances en el cambio del modelo de atención propuesto por el SNIS, con actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno y rehabilitación.

En el sector público de la salud hay otros efectores importantes como Sanidad Policial, Sanidad Militar, Banco de Previsión Social, Servicios de salud departamentales (el Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de Montevideo y otros), Hospital de Clínicas (Universitario), Banco de Seguros del Estado. Estos servicios de salud con la coordinación de ASSE, conformaron la RIEPS, Red Integrada de Efectores Públicos de Salud, que durante el período 2010-2015 tuvo un fortalecimiento significativo con la aprobación de un Plan Estratégico y la elaboración de 56 proyectos prioritarios de desarrollo. En el período 2015 en adelante el MSP debilitó el funcionamiento de la RIEPS y varios de los proyectos se discontinuaron.

Pablo Cabrera representante de los trabajadores en el Directorio de ASSE destaca que la institución ha logrado dar un salto cuali-cuantitativo desde 2005 en adelante. Durante la década del 90 y los primeros años del siglo XXI se había llegado a un deterioro muy grande de las prestaciones y de la infraestructura. Dicho deterioro tuvo un impacto considerable en la población usuaria vulnerable en todos los aspectos, sanitario, social, económico, cultural. Desde 2005 hubo un quiebre de esa tendencia y en el presupuesto nacional se produjo un incremento sustancial destinado a ASSE, en una primera etapa como parte del MSP y luego de 2007 como organismo descentralizado. Este aumento de los recursos se tradujo en un desarrollo importante en infraestructura y logística así como aumentos salariales significativos para el personal.

Para la representación de los trabajadores la perspectiva del SNIS sigue siendo lograr un mayor diálogo entre los sectores privado y público, donde ASSE tiene un papel fundamental, por estar en todo el país y por tener un Primer Nivel desarrollado con un modelo de atención diferente.

ASSE aumentó sostenidamente la cantidad de usuarios que acceden a la cobertura vía FONASA, llegando en 2019 a más de 500 mil en esa condición de un total de usuarios de 1:200.000.

La crisis económica desencadenada en 2020 ha llevado a un aumento todavía mayor de los usuarios de ASSE, muchos de ellos por elección propia vía FONASA.

La gestión de ASSE ha sido un centro de debates políticos. Durante los gobiernos del FA legisladores del Partido Nacional con fuerte apoyo mediático, lideraron desde el parlamento una campaña de ataques a ASSE, denunciando problemas reales en algunos casos, sobre-dimensionando o tergiversando en otros, o planteando como irregularidades situaciones que no lo eran, con la finalidad de desprestigiar al organismo y su rol en el SNIS.

Martín Pereira, secretario general de la Federación de Funcionarios de Salud Pública afirma que “muchas veces se cuestiona a ASSE por razones políticas. Muchos legisladores no tienen idea de lo que es la salud, desconocen la realidad de lo que pasa en el interior”. “Todavía hay muchos que ven a ASSE como un servicio para pobres”. Sin embargo Pereira destaca que ASSE ha adquirido visibilidad nacional por servicios como el Hospital de Ojos, “una insignia del país, gracias al apoyo de la brigada cubana”. “Debemos mostrar todo lo bueno que se hace en ASSE” sostiene Pereira.

Luego de un primer período que autocritican³¹, la representación de los trabajadores en el directorio de ASSE reivindica como fortalezas su conocimiento profundo de lo que es la institución y los lazos de la institución con el entorno, su trabajo “de puertas abiertas” y su vinculación con el PITCNT a través de una comisión de trabajo con todos los referentes sindicales en distintos organismos del Estado. Entre sus propuestas en la conducción de ASSE está la comunicación como un valor fundamental, la capacidad de ser horizontales, de saber informar y comunicar. “Cuando uno pretende avanzar en determinados procesos si no comunica bien, si no informa a los involucrados, los resultados no son eficientes”.

Para Natalia Pereira (representante de los usuarios en el período 2015 en adelante, cuestionada actualmente por el Mov. Nal de Usuarios), el desafío principal es cumplir con lo que está previsto en el funcionamiento de los Consejos Honorarios Asesores. Estos procesos significan aprendizajes, subsanar errores y omisiones.

Entre los múltiples esfuerzos que se realizaron para promover la participación social por parte de ASSE, vale la pena rescatar uno que se llevó adelante en el año 2013 para conformar Consejos Honorarios Asesores Departamentales (C.H.A.D.).

Desde comienzos de ese año ASSE solicitó la colaboración de la Dirección General del SNIS (Di.Ge.SNIS) para la reglamentación de los artículos 10 y 11 de la ley 18.161 de Descentralización de ASSE que establece la conformación de los Consejos Honorarios Asesores a nivel nacional, departamental y local. La estrategia definida en su momento fue promover la elección de los

31 Una primera etapa de la representación de los trabajadores generó muchos cuestionamientos a formas de conducta que culminaron con una actuación del Poder Judicial y la renuncia de los representantes.

representantes sociales de los usuarios, preparándola a través de una serie de actividades de información y difusión departamento por departamento, con participación de integrantes de la Di.Ge.SNIS, representantes de los usuarios en el Directorio y mandos medios de ASSE. Luego de varios intercambios se llega a la resolución 1.408 de abril de 2013 que reglamenta dichas instancias de preparación y en octubre la resolución 3.832 del Directorio aprueba el plan de trabajo. En esos meses se realizan reuniones amplias con usuarios y trabajadores de ASSE en Rivera, Tacuarembó, Salto, Artigas, Paysandú, Río Negro, Cerro Largo y Treinta y tres. Los contenidos de estas actividades estuvieron centradas en tres ejes principales: a) Sistema Nacional Integrado de Salud y participación social en salud; b) marco legal de ASSE para la participación en salud y c) funcionamiento de los C.H.A.D. en ASSE. Algunos usuarios señalaron también una serie de dificultades en los servicios que brinda ASSE y en el relacionamiento con las autoridades. Junto al reconocimiento de los avances, algunos usuarios señalaron enfáticamente que no existe una actitud de escucha a nivel de los responsables institucionales. También propusieron realizar actividades de ese tipo en las localidades del interior de cada departamento. Se discutió sobre las dificultades de complementación público-privado en cada departamento y la incompatibilidad que perciben los usuarios entre el desempeño de roles de dirección en el subsector público y tener relaciones de dependencia laboral en el sector privado.

Estos intercambios informaron sobre los lineamientos generales de ASSE y el MSP a la vez que pusieron sobre la mesa problemas de funcionamiento de los servicios y permitieron analizarlos junto con los usuarios. En cambio no se abordaron los problemas de salud prioritarios de esas poblaciones y la forma integral de enfrentarlos desde lo local. La participación social se orientó a la elección de los representantes de los usuarios en los Consejos Asesores Departamentales CHAD, prevista para el año 2014, que finalmente no pudo realizarse por coincidir con las elecciones nacionales.

De acuerdo a un informe de ASSE en 2018 existían un total de 23 Consejos Consultivos funcionando. Hay Consejos Consultivos en 13 Hospitales del interior y en 8 Redes de Atención de Primer Nivel RAP ASSE. Destaca la ausencia de Consejos Consultivos en los grandes hospitales de Montevideo y en la mayoría de los Centros de Salud de la capital.

Puede afirmarse que la representación de los trabajadores en el directorio de ASSE logró superar un conjunto de problemas iniciales, consolidando un posicionamiento que promueve el desarrollo global de ASSE con fuerte respaldo de la FFSP y el PitCnt. La representación de los usuarios también ha tenido improntas diferentes según los períodos y tiene en 2021 una situación crítica de cuestionamiento por parte de la organización de usuarios.

En suma esta multiplicidad de ámbitos y niveles de participación por territorio o por institución de salud ha permitido una rica experiencia dentro del SNIS, con efectos en las políticas que se llevan adelante. Con luces y sombras, con factores favorables y obstáculos importantes, abrieron un camino para el desarrollo del Sistema de Salud. Con el riesgo de la captura corporativa de espacios de poder, macro y micropoderes, con el peligro de la inercia institucional que sostiene los status quo, pero también con la posibilidad de ir construyendo mecanismos democratizadores en la salud que generen el involucramiento mayor de la sociedad sobre el proceso salud-enfermedad-cuidados.

VII FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA PARTICIPACIÓN

Los usuarios como nuevo actor social

La constitución de los usuarios como actor del SNIS ha sido un paso destacable. Daniel Baldasari secretario general de ONAJPU señala que “la experiencia muestra que la participación social es la única forma de hacer que esos procesos no se desvirtúen y se profundicen. Sin participación no hay soluciones duraderas y permanentes, que no estén sujetas al vaivén de lo que pueda ocurrir a nivel gubernamental”.

Las organizaciones de los usuarios se plantearon ir más allá de la presentación de reivindicaciones o de la gestoría de reclamos individuales por fallas en la asistencia. Puede señalarse como experiencias innovadoras que aportaron al cambio en el modelo de atención, la participación de los usuarios en campañas de prevención y promoción, en la identificación de problemas prioritarios en el territorio, en la consideración de los determinantes económicos, sociales, ambientales, conductuales, de la salud y la enfermedad, así como en las acciones intersectoriales para enfrentarlos. Baldasari menciona como ejemplo la participación de ONAJPU en la implementación de la Operación Milagro, un dispositivo para resolver los problemas visuales de decenas de miles de personas.

Jorge Bentancur de la Organización de Usuarios de la Salud del Cerro sostiene que “la verdadera fortaleza es que todos los usuarios participen de este proceso. Si el usuario no quiere cambiar de hábitos, mejorar su alimentación, saber que tiene derechos a tomar decisiones, no se consigue una verdadera participación, no fortaleces una democracia a todos los niveles. Una democracia económica, social y política, es la forma de darle sustento a los cambios”.

Para Carmen Millán vicepresidenta de ONAJPU “el control social es uno de los elementos fundamentales, pero no lo lograremos si la gente no se apropia del sistema, conozca sus derechos y aprenda a defenderse. Mas aún en un sistema médico-centrista”. Millán enfatiza como rol fundamental de la participación social al control y la denuncia de las malas practicas, sobre todo de los problemas cotidianos que viven la mayoría de los usuarios. Para Onajpu no existen políticas enfocadas hacia los adultos mayores. La salud es una de sus principales reivindicaciones.

Elisa Sánchez (presidenta del Movimiento Nal de Usuarios en 2017), afirma que lograron “ser un colectivo con alcance a nivel nacional, con una comunicación llana. Hay una cultura cívica para participar que viene de la militancia de otros tiempos”.

La capacitación de los usuarios es un tema importante. El desconocimiento de sus derechos por parte de los usuarios es mencionado como un problema por los movimientos de usuarios y por Onajpu. Elisa Sánchez refiere que en el primer período buscaron capacitarse para “traer las leyes al terreno más llano”. En el segundo período no se logró y en este tercer periodo se hizo una experiencia propia en el Dpto de San José. Sánchez reafirma la necesidad de crear talleres, impulsados por los usuarios y los trabajadores para construir una formación más sólida que enriquezca la acción. Entre los antecedentes positivos está la realización del Curso de Fortalecimiento de la Participación Social organizado por la División Salud de la IMM en 2006 .

Las organizaciones de trabajadores

El programa de las organizaciones de trabajadores de la salud y de la central sindical tienen acuerdos muy importantes con el SNIS. La Federación Uruguaya de la Salud definió en su congreso de abril de 2003 un programa sustancialmente similar al que luego aprobó la ciudadanía en las elecciones de 2004 (FUS 2015 pp 165-178). En el gremio médico las Convenciones definieron asimismo lineamientos programáticos similares. En ambos gremios hay una larga tradición de preocupación por los temas programáticos y de propuestas de cambio para la salud, desde sus orígenes como organizaciones.

“Creo que la Participación Social es esencial” sostiene Gustavo Grecco presidente del SMU. “Ha sido así desde la historia. Tanto en el colectivo médico como en las federaciones de trabajadores no médicos. Y también los usuarios. Ellos son la voz de quienes reciben las prestaciones del sistema.”

La participación de trabajadores y usuarios en el Directorio de ASSE “significa avanzar en democracia, incorporar la mirada de los actores sociales como un elemento fundamental en la construcción de cualquier política” sostiene Pablo Cabrera, que hoy representa a los trabajadores en la dirección de la institución pública. Pablo Cabrera asume una mirada autocrítica, “la primera experiencia en ASSE no fue satisfactoria...la toma de decisiones para ocupar un lugar en el directorio no fue la más acertada y eso dio lugar a errores. Creo que aprendimos y en esta etapa estamos tratando de construir un camino diferente”.

En la JUNASA la representación de los trabajadores fue asignada por el PITCNT a la FUS desempeñando un rol activo y crítico en el SNIS. Al mismo tiempo la FUS priorizó en algunos períodos la capacitación y la elaboración programática a través del Instituto de Formación Sindical para poder desarrollar propuestas actualizadas tanto a nivel nacional como local.

En los Consejos de Salarios del sector privado la FUS y el SMU promovieron y se acordó una

capacitación masiva de trabajadores médicos y no médicos con un pago como contrapartida, cuyos contenidos incluyeron los ejes principales del SNIS y muy diversas temáticas, sobre las cuales aportaron las organizaciones sociales. El formato interactivo y la utilización de herramientas pedagógicas innovadoras contribuyeron a la calidad de la formación. Esta capacitación se realizó en 2016 y 2017 vía web alcanzando a más de 60 mil trabajadores, un hecho inédito a nivel nacional e internacional.

En suma la participación de los trabajadores en la conducción y en la base del SNIS procura un rol activo que no se limita a lo reivindicativo sino que apunta a las políticas de salud y las transformaciones estructurales.

Inter-institucionalidad y participación social

La creación de ámbitos interinstitucionales de los sub-sectores público y privado con la participación de actores sociales es una fortaleza a destacar. Este lineamiento atraviesa toda la estructura del SNIS desde la JUNASA a las JUDESAS y JULOSAS. Pero además es una estrategia que ha permitido experiencias locales de conjunción de miradas y esfuerzos.

Ricardo Larrañaga destaca (refiriéndose al Cerro) “el hecho que en las reuniones de usuarios esté presente gente que trabaja con la primera infancia, gente que trabaja en el Parque Punta Yeguas, gente que trabaja en salud mental, en recreación, en el área social del Municipio y en el Policlínico Móvil, son fortalezas”. También considera una fortaleza tener una reunión mensual con actores de la salud, como la dirección del Centro de Salud del Cerro, la dirección regional de la Div. Salud de la IMM, junto a enfermeros y trabajadores del Policlínico Móvil y de policlínicas del municipio.

Alianzas entre usuarios y trabajadores

El Movimiento en Defensa de la Salud de los Uruguayos creado en 2013 constituyó una alianza importante entre trabajadores y usuarios. Esta movilización logró la recolección de 56 mil firmas por una plataforma de mejoras puntuales en la atención a la salud. Explícitamente el movimiento se planteó la profundización de la reforma de la salud, elaborando propuestas y llevando adelante acciones colectivas con ese objetivo.

Entre los objetivos del Movimiento se planteó luchar por “la complementación entre el sector público y privado en todo el país, el acceso a la tecnología, la disminución del valor de tickets y órdenes, el acortamiento de tiempos de espera para acceder a las consultas por parte de los usuarios,

tratando de lograr que la salud sea un derecho social y no una mercancía”.

La realización de una marcha y un acto de entrega de las firmas a la ministra Muniz fue un hito de esta movilización conjunta. En esa instancia Fernando Pereira, presidente del Pit Cnt afirmó que “el SNIS fue la principal reforma” pero agregó que “los uruguayos, si bien reconocemos ese logro, vamos por más. Creer que porque uno subió dos peldaños de la escalera no va a seguir peleando es regresivo y conservador”. Evangelio Nuñez del Movimiento Nacional de Usuarios sostuvo que “la tarea no culmina acá, hay que dar la lucha cotidiana para que la reforma de la salud no se desvirtúe”. La ONAJPU (Oscar Moreno) por su parte recordó que “el SNIS fue rechazado por mucha gente, y fue la clase trabajadora, junto con los jubilados y los usuarios, quienes lo sacaron adelante”. Agregó que “la lucha del movimiento es porque como está hoy el SNIS no nos está alcanzando a los jubilados”.

Cabe señalar que no hubo habido continuidad en este accionar conjunto, luego de la presentación de las firmas. Entre otros factores porque faltó una estrategia de acumulación que produjera nuevas iniciativas y fuera más allá de acciones puntuales de coordinación. También porque faltaron durante bastante tiempo ámbitos de debate y reflexión sobre la hoja de ruta a desarrollar por parte del SNIS. En ese contexto cada organización quedó centrada en sus propios problemas, sin priorizar el accionar conjunto del Movimiento por la Salud, que se fue debilitando.

Luego de un período de reflujo de la movilización, en 2017 el PITCNT reafirmó la idea-fuerza de recomponer el Frente Social de la Salud, elaborando un programa común para la etapa y aportando propuestas conjuntas al Diálogo Nacional de Salud. El documento acordado en julio de 2017 por FUS, FFSP, PITCNT, ONAJPU, SMU, Mov. Nal de Usuarios, Espacio Participativo de Usuarios y Organización de Usuarios del Cerro es una referencia social, programática y política importante para el SNIS. Fue recogido en el libro “A 10 años de iniciada la Reforma Sanitaria” (MSP 2018).

Una fortaleza de los movimientos sociales : su capacidad de propuesta.

Un ejemplo de ello es la propuesta de FUS al ministro de Salud Pública en marzo de 2017 de convocar a un Diálogo Nacional de Salud para discutir los rumbos de profundización de la reforma. Dicha propuesta fue acogida favorablemente por el Ministerio de Salud Pública y se concretó durante los meses de mayo, junio y julio de 2017. Es una fortaleza de la reforma que las autoridades gubernamentales tuvieran la disposición a escuchar y crear este tipo de ámbitos. Así como era una debilidad la ausencia anterior de instancias de reflexión y debate sobre el estado de la reforma y sus perspectivas.

Existe un antecedente de este Diálogo Nacional de Salud a tener en cuenta. Durante el año 2016 el gobierno nacional llevó adelante un Diálogo Social en múltiples áreas temáticas, incluyendo la salud. Sin embargo las características del mismo en lo que refiere a Salud ³² adolecieron de varios problemas importantes: no priorizaron temas, incentivando una dinámica de catarsis y dispersión. No se concretaron en propuestas que contribuyeran a definir la agenda futura de la reforma. Las fuerzas sociales fueron separadas, sin coordinación entre ellas. No hubo un debate claro, tuvo poca difusión pública, no hubo convocatorias y movilización de masas al respecto.

El proceso llevado adelante en 2017 con el Diálogo Nacional “A 10 años de iniciada la Reforma Sanitaria” corrigió casi todos estos aspectos. El MSP armó una agenda de temas prioritarios, presentó documentos-base a cada jornada e interactuó (es decir escuchó y respondió) con las organizaciones sociales en los debates. La FUS presentó documentos en todos los temas y luego todo el Frente Social se unificó en 21 propuestas de fondo para el avance del SNIS.

El documento programático común del Frente Social (ver Anexos) fue presentado públicamente en una actividad multitudinaria que llenó el local del PITCNT, posteriormente se realizó un acto de masas en la calle en Montevideo y luego cuatro encuentros regionales en Artigas, Minas, Mercedes y San José. Hubo movilización de masas junto con las propuestas programáticas.

En su 18 Congreso en abril de 2018 la FUS reafirmó la plataforma programática del Frente Social. Cabe señalar que el MSP valoró y recogió todos los aportes realizados en una publicación que conmemoró los diez años de iniciada la reforma de la salud. A pesar de ello muchas de las propuestas presentadas por el Frente Social no fueron incluidas en la agenda gubernamental de la reforma y las políticas públicas al respecto.

En el último trimestre del 2017 el Frente Amplio como fuerza política impulsó una campaña de movilización y debate llamada “Construyendo Salud. Por una segunda generación de reformas” que incluyó un lanzamiento central, asambleas abiertas en todos los departamentos del país, instancias barriales y un Encuentro Nacional de Salud. El mensaje público de esta campaña reconoce y valora los aportes del Frente Social de la Salud y retoma sus propuestas principales. Uno de los ejes fundamentales de esta campaña fue profundizar la participación social en el SNIS. Otra de las propuestas discutidas ampliamente y acordadas en el Encuentro de Salud del FA fue ahondar en la

³²En otros temas como las Políticas Públicas de Alimentación la dinámica del Diálogo Social fue diferente y se llegó a elaborar un documento importante tanto por sus líneas estratégicas como por sus propuestas inmediatas, consensuado entre todos los actores sociales e institucionales que participaron.

complementación de servicios, fortaleciendo al sistema y su capacidad territorial de articular acciones y servicios en base a objetivos y metas definidas colectivamente, con fuerte involucramiento de la sociedad civil. La traducción de estas propuestas en proyectos de ley chocó con la negativa del Ministerio de Salud Pública y Presidencia de la República, generándose una diferencia fuerte entre la fuerza política y el gobierno, que impidió que prosperara la iniciativa.

Durante un largo período se instaló la idea de que el SNIS ya estaba completado y ahora se trataba de mantenerlo en funcionamiento. Gustavo Grecco (SMU) afirma que el SNIS no ha profundizado aspectos que son sustanciales. Está clara “la necesidad de una segunda reforma, o hacer lo que estaba planificado hacerlo. Hay falta de liderazgo político y dificultades para tomar decisiones que afectan intereses económicos muy poderosos”. “El mayor deber que tiene el sistema es cumplir con la universalización del sistema incluyendo a toda la población. Para que realmente sea un sistema integrado de salud y que todos se ajusten a las mismas reglas de juego” agrega.

No se incorporó en Uruguay la experiencia de Conferencias sobre Salud que jugaron un papel tan relevante en la construcción del SUS (Sistema Único de Salud) en Brasil. Conferencias cada dos o tres años, o incluso una al comienzo de cada período de gobierno, con temáticas priorizadas, preparación en cada territorio, aportes de la academia y de los movimientos sociales, organizadas y lideradas por la autoridad sanitaria, podrían haber sido un oxígeno para la reforma y así lo han reivindicado los movimientos sociales. Una dinámica de este tipo chocaría con las lógicas de poder centralizado en la institucionalidad del Estado, que siguieron existiendo durante los gobiernos frenteamplistas, en contradicción con las estrategias de democratización más profundas.

Un ejemplo anterior en la dirección de organizar el debate colectivo fue el “Ciclo de encuentros sobre la Reforma de la Salud en Uruguay” organizado durante 2012 y 2013 por la Dirección General del SNIS del MSP, el Dpto de Medicina Preventiva y Social de Facultad de Medicina y la OPS.

El Curso sobre Profundización del SNIS y Participación Social que organizó el Instituto de Formación Sindical de FUS en abril de 2017 fue otra instancia de reflexión ordenada sobre Modelo de Atención, Financiación, Nudos Críticos del SNIS y Participación Social. Por un mecanismo de teleconferencia este curso se llevó adelante en cinco departamentos simultáneamente que agruparon en regiones a todo el país, convocando a sindicatos de la FUS, organizaciones de usuarios, Onajpu y otros sindicatos. La metodología de este curso combinó conferencias centrales, trabajo en talleres, puesta en común y elaboración de proyectos.

En 2017 el MSP inició un Ciclo de Coloquios que aborda temas importantes para las estrategias de salud, colectivizando información necesaria, abriendo debates significativos aunque sin ámbitos participativos.

Las Jornadas sobre Recursos Humanos convocadas anualmente por el MSP han sido también instancias de debate enriquecedor y presentación de investigaciones en este campo .

En suma la ausencia de ámbitos amplios de análisis de la reforma debilita la participación social y todo el proceso de construcción del SNIS. Cuando se han dado pasos como el Diálogo Nacional en Salud los resultados han sido positivos, los debates enriquecedores y disparadores de procesos de cambio. El Frente Social de la Salud es decir la unión de las organizaciones sociales de la salud en una plataforma programática común y su respaldo con movilizaciones en distintos puntos del país ha sido un avance para la participación, pero ha sido compleja su continuidad en el tiempo. La falta de una estrategia de acumulación de fuerzas operó debilitando o creando discontinuidades en esa sumatoria de acciones y propuestas programáticas.

Debilidades , errores, autocríticas, aprendizajes

El tema de la participación no es externo al conjunto de los desafíos y dificultades más generales del SNIS. Uno de los factores que dificulta la participación social es la falta, en reiteradas ocasiones, de una “hoja de ruta” de la reforma que identifique los objetivos tácticos y estratégicos de cada período a través de “hitos” visibles.

Para convocar a la población a participar hacia la consecución de esos objetivos es necesaria gran claridad en los mismos y el involucramiento de las organizaciones sociales en su elaboración. Junto a los procesos en cada territorio importa la incidencia en la escena política nacional, sin la cual la acumulación de fuerzas se hace mucho más difícil.

Por otro lado en las organizaciones de usuarios inciden problemáticas más generales del país y de los movimientos sociales. Elisa Sánchez del Movimiento Nal de Usuarios refiere que “la centralización del país en Montevideo es un factor que influye, porque se piensa que todo está concentrado en la capital”. En un sentido similar Natalia Pereira representante de los usuarios en el Directorio de ASSE sostiene que “una dificultad para incidir en la agenda pública de la salud son las diferencias entre lo que es la atención de salud y la participación en Montevideo y lo que es en el interior del país y en particular en el interior profundo”. Una agenda adecuada debe reflejar cada realidad. No es lo mismo incluso la realidad de unas zonas de Montevideo que otras, agrega Pereira.

Gustavo Grecco del SMU pone en cuestión la cultura e idiosincrasia uruguaya en términos de salud

y políticas sanitarias porque “atentan contra todos estos aspectos de cambio que hablamos. Si no logramos que la sociedad se empodere de estos cambios, no avanzamos. La sociedad uruguaya tradicionalmente ve en el sistema de salud una cuestión de estatus y pertenencia. Ser de una determinada mutualista o de un seguro privado son una señal de prestigio. Ir a un hospital es una cuestión de pobres. Ese patrón cultural atenta contra todo lo que nos proponemos con la reforma. Es un problema grave para lograr los cambios”. También Baldasari de ONAJPU se refiere a este punto al analizar la opción por prestadores privados que realizan jubilados con bajos recursos.

En suma la participación social no es resultado exclusivo de la constitución de ámbitos formales en el SNIS, ni del accionar de los movimientos sociales, sino que recibe fuertes influencias del desarrollo general de la reforma, de sus nudos críticos y también de los procesos culturales, sociales, ideológicos de la sociedad toda.

Se trataba de “pasar del yo a nosotros y de nosotros a todos” fundamenta Jorge Bentancur. “Pero en muchos lugares había otra cultura de participación. Hubieron desentendimientos que no supimos explicar, conciliar, encauzar, entre prácticas más horizontales y prácticas más verticales, entre prácticas más participativas y prácticas más delegativas. Si hubiéramos entendido eso como un problema hubiéramos tratado de de-construir los hábitos equivocados y generar una nueva cultura de participación lo más democrática posible”.

Esos debates mal procesados llevaron a la división del movimiento de usuarios en dos corrientes, el Movimiento Nacional de Usuarios y el Espacio Participativo de Usuarios de la Salud. Luego también hubo otras escisiones y se fue generando un cierto proceso de fragmentación.

Para Natalia Pereira representante del Movimiento Nacional de Usuarios en el directorio de ASSE³³ “la división entre las organizaciones partió de designar a una organización para un ámbito y otra para el otro, sin haber definido criterios y formas comunes de vincularse con la institucionalidad. Fue una opción de reparto sin trabajo previo, sin acuerdos. Las organizaciones no fueron capaces de resolver por sí solas esta problemática. Desde las autoridades no se jerarquizó ni se pensó en una estrategia para fortalecer esta participación”.

“En un momento que habían dos posiciones claramente diferenciadas. Planteamos el camino de las Asambleas Representativas y otra gente venía con los vicios de los aparatos políticos, nombrando a dedo los delegados en los distintos lugares. Eran formas de crecer pero sin una participación real, y sin un trabajo sobre los factores de riesgo” sostiene Jorge Bentancur.

La reflexión autocrítica de Bentancur va más a fondo: “Desde estas experiencias se puede decir

33 Natalia Pereira fue cuestionada en noviembre de 2020 por el Movimiento Nacional de Usuarios por el manejo de aportes económicos de integrantes de su secretaría al Movimiento, lo que culminó con su expulsión de la organización luego de un informe en tal sentido de su Comisión de Ética.

que teníamos una teoría y la pusimos en práctica, y no dio todos los resultados que esperábamos pero ellas pueden contribuir a generar una nueva teoría”. “Hay cambios a tener en cuenta. Tal vez pensamos que el proceso para pasar del “yo” a “nosotros” iba a ser más rápido. Hay pautas culturales que operaron como obstáculos en ese sentido”.

Natalia Pereira autocrítica que “no hemos logrado consolidar las organizaciones de usuarios como proyectábamos en un comienzo. Con los espacios de participación a nivel nacional deben ser organizaciones fuertes las que estén detrás”. Y agrega que existe “una debilidad de la participación, que viene de las dificultades de las organizaciones de usuarios de no poder sentarse juntos para definir formas de incidir en las políticas públicas en general”. Pereira insiste en que no tiene sentido competir entre las organizaciones de usuarios. “Incluso para llegar a la opinión pública y ser visualizados por los medios de comunicación. Los medios de comunicación no visualizan a las organizaciones de usuarios como protagonistas”.

La incapacidad para encontrar la forma de integrar la pluralidad de opiniones y estrategias manteniendo la unidad lleva a Bentancur a reflexionar que “faltó un liderazgo natural que tuviera peso a nivel nacional para abrir el juego a la participación. Nosotros tenemos parte de responsabilidad porque teníamos un rumbo para donde ir pero no tuvimos la capacidad de plantear un debate sobre estas temáticas a nivel nacional. Evitábamos un enfrentamiento público con otras actitudes dentro del joven movimiento. Era fácil repetir las pautas culturales ya establecidas.”

Elisa Sánchez del Movimiento Nacional de Usuarios da cuenta de algunas de las consecuencias de este proceso y fundamenta que “las “chacras” nos están haciendo mal. “Hay gente desgastada. Gente que debería apoyar va solo a tirar piedras”. Destaca que la organización de los usuarios tiene creatividad para poder sortear las dificultades. “Y eso está bueno. Aunque no haya disponibilidad económica”. La ausencia de recursos económicos para las actividades de los usuarios es un problema destacado por el Movimiento Nacional. Nelson Sena, ex representante del Movimiento Nacional de Usuarios en la JUNASA, insiste en ese punto como un indicador claro de los obstáculos que la institucionalidad pone a la participación social. Natalia Pereira señala que el financiamiento de la participación es una debilidad. “No tanto a nivel nacional porque hay algunos rubros previstos por ley que permiten tener una sede central y un mínimo de funcionamiento, pero no para un desarrollo como se pretende y que está definido en las leyes. En particular para las actividades locales no hay recursos. Esa es una barrera”. Y agrega “a su vez las organizaciones de usuarios no hemos tenido la capacidad de autosustentarnos presentando algún tipo de proyecto y acordando con otros actores. Un ejemplo fue el intento de generar un convenio con el Congreso de

Intendentes para financiar el desarrollo de la participación en cada departamento. No fuimos capaces de concretar esta posibilidad, que estuvo abierta en un momento determinado”. También Carmen Millán de ONAJPU señala que sin recursos es difícil sostener la participación a nivel nacional.

“Pensamos hacer funcionar la descentralización política a través de esta escuela de educación popular que sería el movimiento de usuarios. Sabiendo que cada zona es distinta, promovimos un modelo arraigado desde la experiencia del Oeste de Montevideo. No nos importaba quien fuera a los lugares de representación sino que los usuarios ejercieran sus derechos. Queríamos ser facilitadores de la participación para que el movimiento no se centrara en los personalismos” analiza Jorge Bentancur .

En un país como Uruguay donde la tradición batllista le dio al Estado un lugar central en la vida social, la institucionalidad importa e influye . Un elemento que no puede dejar de tenerse en cuenta son las orientaciones y los errores (si el parámetro son los objetivos planteados en las normas fundacionales del SNIS como señalan los referentes sociales) de la JUNASA y del MSP en este proceso. Las autoridades de la salud, en varias ocasiones, estimularon la lucha entre los usuarios por los lugares de representación, en lugar de promover la unión de esfuerzos en aras de una movilización más amplia de la comunidad por los temas de salud. Más que trabajo en equipos se hizo hincapié en “titulares y alternos”, más que campañas conjuntas sobre los problemas de salud se puso el centro en quién ocupaba los “cargos” en la JUNASA o las JUDESAS. Esta concepción de la participación social influyó negativamente en un movimiento nuevo, relativamente débil, que intentaba construir un cambio cultural en la salud y no solo ocupar un lugar más en la institucionalidad.

Uruguay es un país donde existe una tradición muy fuerte de unidad en los movimientos populares que tiene como símbolo la unificación del movimiento obrero en la Convención Nacional de Trabajadores (CNT) desde el año 1964 . Esa unidad ha logrado pasar todas las pruebas hasta el momento. La Federación de Estudiantes Universitarios (FEUU), el movimiento cooperativo (FUCVAM) o la Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas (ONAJPU) también llevaron adelante procesos que se inscriben en esa tradición unitaria.

Las estrategias de los movimientos sociales en el período de gobiernos progresistas, han sido tema de intensos debates internos y externos, que se han procesado en general dentro de la unidad. En particular el movimiento obrero impulsó mayoritariamente una estrategia de diálogo e interlocución con el gobierno frenteamplista, que no excluyó cuestionarlo y enfrentarlo en los campos donde las

discrepancias fueron mayores, manteniendo la movilización de masas en forma sostenida. No solo se aprovecharon los espacios de negociación y participación sino que se asumió la iniciativa política para promover leyes, decretos y políticas, que fueran en el sentido de los intereses populares. Otras corrientes sindicales tuvieron un posicionamiento más crítico y de mayor enfrentamiento a los gobiernos frenteamplistas. En las organizaciones de usuarios de la salud, en cambio, los debates fueron otros, referidos a las metodologías y formas de construcción colectiva.

En suma la división del movimiento de usuarios de la salud agregó un elemento de debilitamiento a la participación social en salud. Más que un estímulo al desarrollo de experiencias y estrategias variadas que enriquecieran al movimiento, significó una disgregación mayor. Diferentes concepciones o prácticas, énfasis distintos entre participación y representación, en un movimiento joven y en particular el accionar del MSP y JUNASA fueron factores que operaron en este proceso. Construir una instancia unitaria de los usuarios de la salud es un pendiente importante todavía hoy, aunque la experiencia del Frente Social de la Salud en 2017 incluyó a trabajadores, jubilados y pensionistas y las iniciativas actuales de confluencias muestran una necesidad y esfuerzos persistentes en esta dirección, pero no una estrategia común de acumulación de fuerzas.

Deliberación y capacidad de decisión

La relación entre participación y capacidad de decisión es un tema polémico. Para Elisa Sánchez “la participación en salud se mueve en la antigua concepción de la participación, por eso la mayoría son gente mayor, jubilada”. Eso también pone límites a la participación. Cuestiona asimismo que “los directores departamentales tienen poder de articular. Pero los usuarios son independientes. Tenemos la trampa de que no somos vinculantes”. “Podemos decir y denunciar muchas cosas pero ellos ya saben como es el juego. Se tienen que bancar lo que decimos porque saben que no resolvemos”. Un ejemplo para ella son las especialidades que tienen de rehén al usuario y traducen su poder en extraordinarios ingresos para ellos. En ese caso los usuarios no lograron alinear los actores que pueden revertir la situación.

El documento presentado por el Movimiento Nacional de Usuarios en el Diálogo Social de 2016 afirmaba: “La participación discursiva, excluyente, no tuvo en cuenta la autonomía de la participación de los usuarios como parte de la elaboración y planificación de los programas y su posterior evaluación. Aún hoy seguimos no tenidos en cuenta a la hora del análisis, elaboración y control de las Políticas en Salud. Nuestros saberes no son importantes para el Sistema, porque no son vinculantes”.

Existen opiniones que cuestionan el carácter consultivo de varias de las instancias de participación previstas, señalando que al no ser vinculantes son desestimadas por los que toman las decisiones (gobierno e instituciones). Cabe señalar de todas maneras que el diseño institucional del SNIS permite que tanto los Consejos Asesores y Consultivos como las Jueces y Julos, eleven sus propuestas a la JUNASA para ser consideradas y/o aprobadas allí. Vale analizar porqué no se ha utilizado más este recurso. Es decir que junto a la posibilidad o necesidad de nuevas normas que amplíen las potestades decisorias de la participación, corresponde analizar cómo se han utilizado las que ya permiten las normas vigentes.

Desde otra perspectiva puede preguntarse si entre una instancia consultiva con participación de muchas personas y colectivos, y una instancia decisoria donde concurren muy pocas, no es más democrática y tiene más incidencia la primera, en particular en los aspectos culturales.

No se trata de procesos homogéneos cuya evolución sigue un ritmo y dirección ya previstas.

Por otro lado hay momentos en que una medida puntual, episódica, a veces menor, desencadena un cambio cultural mayor, influye en los comportamientos colectivos, se transforma en una señal y una bandera de transformaciones mucho más trascendentes.

Gustavo Grecco (SMU) cuestiona que “la participación social no tiene el desarrollo ni las herramientas para que sea realmente productiva. Para la estructura de los usuarios, en un espacio como la JUNASA, eminentemente técnico, se hace difícil seguir los temas. Los usuarios deben tener las herramientas y una injerencia mayor. Tampoco el SMU tiene el peso necesario. Las decisiones llegan a JUNASA para ser validadas. El rol de las organizaciones sociales no tiene el peso que deberíamos tener. No tenemos posibilidades de aportar como podríamos”.

En suma el carácter decisorio de los ámbitos de participación es un aspecto reclamado por los movimientos de usuarios. Al mismo tiempo hay problemas de representatividad y de capacidad de llegada y escucha amplias a la población usuaria.

Los procesos de participación pasan por momentos de alza y de baja, por instancias masivas y períodos de reflujo, por instancias consultivas y otras con más poder de decisión. Más que la fotografía de cada momento importa considerar el sentido global, la dirección de los procesos, las modificaciones de las correlaciones de fuerza, para ver hasta donde se llegó y todo lo que falta. Se trata de procesos complejos, multicausales, que resisten las visiones reduccionistas. A su vez la participación debe pensarse a sí misma para poder avanzar. No es el “resultado natural” de los procesos sociales, sino construcciones que no se agotan en una instancia o en un diseño institucional. Por el contrario como todo proceso social requiere de un análisis más profundo sobre

roles, mecanismos y objetivos de dicha participación en cada momento histórico y cada etapa, evaluando el camino recorrido y mirando hacia adelante.

Investigación y Participación

Las transformaciones en la salud no son la aplicación de una fórmula ya elaborada sino un proceso innovador que debe apoyarse en la producción permanente de nuevos conocimientos. Hay ejemplos de este tipo de investigación, realizados por la articulación de esfuerzos de la OPS/OMS y la Facultad de Economía, que se tradujo en un libro sobre los procesos económicos de la reforma. En otros campos la investigación ha avanzado menos. La sociología, psicología, antropología, educación, y otros, pueden contribuir mucho a la reflexión sobre estos procesos.

En suma la investigación y la producción de conocimientos pertinentes es un campo relevante para el desarrollo de la participación social y el avance global del SNIS. Las iniciativas concretadas hasta el momento en este plano son interesantes pero absolutamente insuficientes. Al mismo tiempo las instancias de capacitación son fundamentales para la formación de una “masa crítica” de actores con capacidad de reflexión propia, con pensamiento crítico y vocación de incidencia. Ampliaremos este punto en el capítulo XVII.

Avances desiguales

A modo de reflexión general puede señalarse que existieron problemas en el funcionamiento y roles de los organismos de participación. Las estructuras territoriales del SNIS como las JUDESAS y JULOSAS abrieron un campo nuevo de articulación institucional/social y público/privado. Sin embargo los ámbitos de participación establecidos por ley tuvieron un funcionamiento desigual, con carencias importantes en varios casos, y su rol en relación con las políticas de salud ha sido acotado. Estuvieron lejos de desarrollar el potencial que tienen para la gestación de políticas y planes de salud. En especial su capacidad de promover la participación y el involucramiento societario.

En la relación siempre compleja entre representación y participación hubo un desbalance fuerte en favor de la representación. La participación social quedó muy centrada y limitada a los distintos ámbitos de representación y faltó la gestación de un vínculo más amplio con la población. Un ejemplo de este enfoque es la ausencia de iniciativas o campañas donde la comunidad juegue un rol relevante.

La participación de la población en la identificación de los problemas de salud prioritarios en cada territorio y las líneas de acción respecto a ellos, así como la rendición de cuentas de lo hecho, no ha sido una práctica generalizada, pero vale destacar que en todos los casos en que se llevó adelante generó experiencias muy ricas.

Entre los propósitos de la reforma sobre participación social y lo que realmente sucedió hay diferencias. Estas diferencias a veces son distancias lógicas entre teoría y acción, entre normas y realidades. Otras veces son algo distinto a distancias, son variaciones, inflexiones, errores, cambios de orientación, avances, retrocesos, resultantes de fuerzas diferentes que luchan por sus intereses, con paradigmas estructurantes que operan muchas veces contra la participación. Al mismo tiempo el proceso se reflexiona a sí mismo, corrige errores, propone, reformula líneas, incide sobre la salud. Los cambios en el gobierno nacional, las nuevas correlaciones de fuerzas, el surgimiento de la pandemia y todas las crisis interconectadas que se generaron, pusieron a prueba la participación social en salud.

VIII LA PANDEMIA Y SUS DIFERENTES DIMENSIONES

Diversas crisis que se potencian

El mundo sufre los impactos de la epidemia del Corona virus Covid 19 en muchos planos de la vida. Es la mayor crisis humana y de salud en mucho tiempo. El grave problema sanitario rápidamente ha generado una emergencia alimentaria, social y económica. Comienzan una serie de transformaciones cuyas consecuencias todavía no conocemos en su totalidad.

Los cálculos sobre el descenso del PBI en todos los países van desde lo grave a lo catastrófico. A los debates sobre cómo aplanar la curva del Covid 19 se fueron agregando otras discusiones sobre cómo enfrentar el deterioro en las condiciones de vida de grandes sectores. Es una crisis de las desigualdades (BID 2020) que golpea a las poblaciones más vulnerables, incluso en mayor medida que otras grandes crisis anteriores. Las desigualdades se agudizan y se concentra más la riqueza. También hay riesgos de mayores limitaciones a las libertades públicas ya que en el marco de las medidas contra la pandemia, las tendencias autoritarias ya existentes se fortalecen y se cometen abusos de poder y violaciones a los Derechos Humanos.

Slavoj Zizek (2020), entre otros, sostiene que el virus quebrará los cimientos de nuestras vidas, provocando una inmensa cantidad de sufrimiento y estragos económicos. No es un episodio transitorio, no habrá retorno a la normalidad. Lo que algunos llaman “nueva normalidad” surgirá sobre las ruinas de nuestras vidas anteriores, alertando frente al riesgo de una nueva barbarie que ya se ve. Zizek afirma, exagerando la argumentación, que todo el mundo dice que tendremos que cambiar nuestro sistema social y económico, pero lo que realmente importa es cómo cambiará, en qué dirección y a través de qué medidas.

Por otro lado las recetas más ortodoxas del modelo neoliberal se han ido quebrando y han debido llamarse a silencio los grandes defensores de reducir el Estado, privatizarlo y aplicar un paquete rígido de medidas de austeridad reduciendo el gasto público y sobre todo el gasto social. Los Estados son protagonistas fundamentales en esta crisis. Ni siquiera los fundamentalistas del mercado pueden negar su rol.

Junto a las amenazas han surgido respuestas solidarias, mancomunidad de esfuerzos, sensibilidad ante los problemas de los demás, innovación y acción colectiva.

Todos los organismos internacionales incluyendo el FMI, BM y BID han alertado frente a la gravedad de la crisis y promovido mayores apoyos estatales para mitigar sus efectos más importantes en las poblaciones vulnerables.

Desde el pensamiento crítico se ha puesto el énfasis en las crisis previas que generaron las condiciones de aparición del Covid 19, en los impactos sobre las poblaciones que sufren mayores desigualdades y en la oportunidad para pensar una sociedad diferente. También surgen voces críticas que cuestionan la “pasivización” y la parálisis que el abordaje hegemónico de la pandemia promueve en la sociedad.

Desde ámbitos relativamente recientes como la Internacional Progresista, Alicia Castro enfatiza la oportunidad de generar una gran conversación³⁴. En un contexto donde aumenta el caos y la violencia, una verdadera “tercera guerra mundial” está en curso y se ha despertado un debate entre pensadores, filósofos y científicos políticos, afirma Castro y reivindica que ese debate influya y oriente a la política. En ese debate hay posturas sumamente optimistas sobre un cambio civilizatorio inevitable y progresista, mientras otras auguran un empeoramiento de las características más destructivas y controladoras del capitalismo. Entre esas posiciones extremas existe una gama de posicionamientos. Se habla de dos pandemias, el coronavirus y el neoliberalismo con consecuencias de desolación, muertes y desigualdad.

Las estrategias “negacionistas” aplicadas desde gobiernos como el norteamericano o el brasileño (también los de Bielorrusia, Turkmenistán y otros) han producido un enorme costo en vidas humanas, subestimando la pandemia, impidiendo medidas que eviten su propagación, promoviendo medicamentos sin efectos sobre la enfermedad, boicoteando las vacunas y los tapabocas. La priorización de los intereses del capital por sobre la salud ha sido característica de estos regímenes ultraconservadores. La desconfianza de amplios sectores hacia las instituciones y los políticos ha contribuido a que se extiendan estas concepciones. Operan las declaraciones de figuras públicas y referentes institucionales como los presidentes (Trump, Bolsonaro, etc) que, en el imaginario colectivo, se supone están bien informadas. Un negacionismo similar se produjo anteriormente respecto a los impactos del cambio climático. Diversos movimientos religiosos de ultraderecha, evangélicos, neopentecostales, unen una visión apocalíptica y de guerra espiritual contra la agenda

34 https://newsletter.carasycajetas.com.uy/cumbre-virtual-de-la-internacional-progresista/?utm_source=Comunidad+Caras+y+Caretas&utm_campaign=be1dab3c47-EMAIL_CAMPAIGN_2020_04_18_02_50_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_2ee156c515-be1dab3c47-368561313

de derechos con la condena a las medidas de prevención de la pandemia, las vacunas, el aborto y los movimientos feministas o LGTBI.

Con escasa incidencia existen asimismo posturas desde el campo del pensamiento crítico, como la de Giorgio Agamben (Agamben 2020) que cuestionó las "frenéticas, irracionales y absolutamente injustificadas medidas de emergencia adoptadas para una supuesta epidemia de coronavirus" y adjudicó esta "respuesta desproporcionada" a "la creciente tendencia a usar el estado de excepción como un paradigma normal de gobierno".

Parece claro que la pandemia y las respuestas contra ella, produjeron un punto de inflexión en la historia de la humanidad. Sus causas y consecuencias todavía no han sido estudiadas en profundidad aunque se ha escrito y discutido mucho durante este largo año. Hay una crisis civilizatoria que viene de antes y pone en cuestión la relación con la naturaleza, el cuidado de la vida y las desigualdades inaceptables.

La pandemia del Coronavirus no es un rayo en un día soleado. Múltiples voces denunciaban las crisis ecológica, económica, política y sus impactos en los derechos humanos. Una referente ecofeminista Yayo Herrero (2019) analizaba pocos meses antes de la pandemia que la humanidad se encontraba en una situación muy difícil. El colapso de los ecosistemas, el agotamiento de la energía y los minerales, el cambio climático, han producido un deterioro ambiental insostenible. Mientras se destruye la naturaleza, se agravan las desigualdades en los ejes fundamentales de dominación como género, clase, procedencia, edad. Las dinámicas de expulsión social de las personas se aceleran cada vez más. Somos seres ecodependientes e interdependientes, afirma Herrero, la sostenibilidad del planeta es un proceso autogenerado, que dispone de mecanismos para reorganizarse .

Como ya señalamos América latina en la larga década que dio comienzo al siglo XXI vivió un proceso de crecimiento y distribución en el plano económico, de ampliación de derechos de sectores históricamente postergados y un descenso significativo de la pobreza y la indigencia. Sin embargo la crisis internacional de 2008 y el nuevo predominio de concepciones neoliberales en lo económico, detuvo el descenso de la pobreza y puso en riesgo los avances sociales obtenidos. La crisis actual puede terminar de arrasar con esos derechos y volver a indicadores graves de sufrimiento social.

¿Hacia dónde vamos ?

Como en toda situación crítica hay más de una alternativa de salida y su evolución depende de factores estructurales pero sobre todo del accionar de diferentes protagonistas.

Si pensamos en tres grandes grupos de actores, los Estados, las comunidades y el mercado, podemos decir que el escenario Covid 2020 fortaleció el rol del Estado y la comunidad.

En una situación como la pandemia fueron los Estados quienes asumieron la responsabilidad de articular medidas de contención y atención ante los problemas sanitarios. Medidas drásticas como el confinamiento de las personas a nivel mundial fueron aceptadas masivamente a pesar de que contradicen procesos muy arraigados vinculados al consumo exacerbado y la globalización de la circulación en el planeta.

Sin embargo el rol de los Estados se ve afectado por varios factores :

a) El accionar disruptivo de gobiernos tan importantes como el de Trump o el de Bolsonaro, entre otros, debilitan la capacidad estatal de desarrollar políticas sociales integradoras, cuestionan la agenda de DDHH y la agenda ambiental, acentúan los componentes belicistas en lo internacional y represivos en lo nacional. El incremento de los discursos de odio, de rechazo a la ciencia y la proliferación de creencias irracionales, tienen un soporte institucional en las políticas de algunos gobiernos y el accionar deliberado de determinados actores para crear y difundir noticias falsas. Las redes de comunicación son un gran instrumento de democratización pero también habilitan manipulaciones y campañas orquestadas de engaño y confusión.

b) El debilitamiento de los organismos internacionales y su rol de regulación o articulación en contextos de globalización. Esta situación se debe, en buena parte, a las impugnaciones de gobiernos influyentes como el norteamericano, pero sobre todo porque esos ámbitos internacionales no estaban dando respuestas adecuadas a los gravísimos problemas que vive el planeta. Los ataques a la OMS en plena pandemia, el incumplimiento de los acuerdos de París sobre contaminación ambiental, los cuestionamientos a la Unesco, las agresiones a la Corte Penal Internacional, son elementos graves. En América Latina existió un retroceso significativo en los intentos de integración regional como el Mercosur y Unasur.

c) La persistencia a nivel general y el resurgimiento en América Latina de las doctrinas neoliberales que promueven retrocesos en los derechos sociales alcanzados en la primera década del siglo XXI. Siguen teniendo predicamento las concepciones que consideran al Estado como el principal problema y abogan por su privatización así como por la desregulación de los mercados. Sus consecuencias son mayor concentración del poder económico, crecimiento desmedido del sector financiero e incremento de las desigualdades.

d) Las dificultades que han encontrado o que han generado los Estados para enriquecer la democracia con procesos activos de participación de la sociedad civil en la construcción de políticas

públicas. Esta debilidad en la deliberación amplia y la participación en la toma de decisiones de múltiples colectivos sociales, produjo una mayor vulnerabilidad de las políticas de protección social y ambiental.

Junto con el rol del Estado está claro que sin un involucramiento mayor de las comunidades, es difícil lograr implementar efectivamente las medidas de prevención ante la pandemia. Más relevante aún si pensamos en la salud como un todo, en las acciones de prevención y promoción, en la importancia de un entramado social denso, integrador, generador de salud.

En etapas más recientes de la pandemia, las investigaciones, la producción y la distribución de vacunas contra el Covid 19 trajeron nuevamente al centro de la escena pública a las grandes corporaciones, sus intereses y su capacidad para imponerlos. El mercado jugó un rol negativo en la distribución desigual de las vacunas, en el acceso a los servicios de salud y en las respuestas a la crisis social, al desempleo, al aumento de la pobreza.

¿Cómo salir de esta crisis y en qué dirección? Son preguntas vigentes, para las cuales todavía no hay respuestas claras.

Estamos ante una realidad nueva y esto requiere estrategias renovadas. Abrir espacios de innovación implica entre otras cosas apoyarse en los procesos que vienen desde tiempo atrás y contribuir a su desarrollo creativo ante los nuevos desafíos. Es una oportunidad para que las comunidades asuman un rol protagónico mayor y se fortalezcan los entretnejidos de actores, sociales, políticos, institucionales, académicos, para abordar los problemas y construir soluciones.

Puede haber diversos escenarios pos pandemia. Al hablar de la “pedagogía del Virus” Boaventura de Souza Santos (2020) plantea tres posibles escenarios tras la pandemia ³⁵. Un primer escenario de empeoramiento en el cual la crisis pandémica genera una sociedad aún más injusta, insegura y menos democrática. El capitalismo financiero endeuda más a los países que deben comenzar a pagar esas deudas. Un segundo escenario donde cambia algo para que todo siga igual. Con límites al endeudamiento, cierta reducción de la pobreza, pero sin cambiar el modelo de desarrollo.

Terminaríamos en un conflicto entre proteger la vida y mantener las libertades democráticas. El tercer escenario es una alternativa civilizatoria diferente a la que predomina desde hace 5 o 6 siglos. Las relaciones con la naturaleza deben cambiar porque ella no es un recurso natural disponible indefinidamente. Es necesario otro modelo de desarrollo, de consumo, de matriz energética, de

35 <https://lanotaantropologicablog.wordpress.com/2020/06/14/boaventura-de-sousa-santos-el-virus-es-un-pedagogo-que-nos-intenta-decir-algo-el-problema-es-saber-si-vamos-a-escucharlo/>

economías plurales. En ese sentido la pandemia es una oportunidad de cambio de las sociedades capitalistas, coloniales y patriarcales, las tres cabezas de la dominación.

Concebir y luchar por una alternativa civilizatoria reconoce la posibilidad de etapas diferentes.

Boaventura de Souza considera que habrá períodos de transición, tal vez décadas, con dos pasos iniciales: el primero es el modelo de desarrollo de matriz energética y relaciones con la “madre tierra”; el segundo es la refundación del Estado. En este último aspecto plantea complementar la democracia actual con una democracia participativa y deliberativa como eje de la reforma política del Estado. Además de los tres órganos de soberanía se necesita un cuarto de control democrático y deliberativo de los ciudadanos, que permita radicalizar la democracia. Para el pensador portugués la revolución hoy es un proceso democratizador no solo del espacio político sino de la sociedad en sí misma. La democracia en la sociedad actual es una isla en un archipiélago de despotismos que operan en las familias, empresas, instituciones y en los vínculos sociales. La violencia contra las mujeres, el racismo, la xenofobia, la aporofobia, la exclusión de jóvenes y pobres, se reproducen ampliamente. También los partidos y las formas de hacer política deben repensarse, porque la crisis de representación expresa un distanciamiento que debilita la democracia. Boaventura plantea la necesidad de partidos-movimiento donde los programas y candidatos sean electos por los ciudadanos. Ese proceso de radicalización democrática es la forma de reafirmar la vida y la dignidad de la gente en esta etapa histórica.

También otras opiniones como la del presidente argentino Alberto Fernández sostuvieron que la pandemia es una gran oportunidad para transformar un capitalismo cuyo fracaso demostró la crisis actual.

Mina Navarro, de la Universidad de Puebla (FCS 2020) plantea nuestra relación con el virus como pregunta que no tiene una respuesta simple. No se trata de la construcción evidente del “enemigo”. El virus es parte del tejido de la vida que hemos compartido. Somos un cuerpo colectivo y lo humano no es una entidad aislada, es relacional, mantiene relaciones ecológicas. Reconocer esa relación como una cuestión que nos interpela profundamente implica valorar los actores que han reflexionado y actuado en este campo como los movimientos ecologistas, las organizaciones campesinas y urbanas. Interrogarnos sobre los circuitos que nos alimentan, sobre los cuidados, sobre el acceso a la energía, tiene una dimensión política. No somos parte de la sociedad solo como consumidores, sino que construimos múltiples formas de activación hacia los procesos básicos de la vida. Desde esa teoría podemos regresar a las preguntas básicas: ¿qué es lo esencial?, ¿qué es un trabajo esencial?, ¿quién lo define?. Hay una disputa por la definición de lo esencial, lo básico, lo elemental.

Las metáforas bélicas para referirse al Coronavirus no ayudan a entender lo que pasa y refuerzan las concepciones de dominación humana sobre la naturaleza. Para Maristella Svampa (2020) es preciso dejar el discurso bélico y enfrentar las causas ambientales de la pandemia, y no solo las sanitarias, poniéndolas también en la agenda política. El gran desafío de la humanidad es la crisis climática y debemos pensar en un gran pacto eco-social y económico.

Monserrat Sagot de la Universidad de Costa Rica (FCS 2020), reafirma que la salida son sociedades más justas, estados de bienestar más fortalecidos, que piensen en el bien común. Estos han sido siempre resultados de luchas sociales, de fuertes presiones hacia los Estados. “Ni el capitalismo, ni los poderes de facto nos han dado nada por regalado. Todo ha sido un proceso de disputa constante”. Lo que pueda salir de bueno de todo esto surgirá de esa fuente.

Karina Batthyany (2020) por su parte destaca que la pandemia desajustó los modelos de vida a los que estábamos acostumbrados/as y puso en evidencia un concepto del feminismo: todos y todas somos interdependientes. Esa idea es fundamental para repensar un proyecto de sociedad, un nuevo pacto social que tenga a la vida en el centro, que cuide la vida. Los cuidados son uno de los eslabones más débiles de esa cadena, son relacionales, interdependientes e imprescindibles para la vida. En esta línea de reflexión propone la solidaridad y la interdependencia como aportes sustantivos de las ciencias sociales en el marco de la pandemia. Batthyany³⁶ plantea cinco oportunidades en el escenario pos pandemia: En primer lugar es una oportunidad para cambiar el modelo económico predominantemente neoliberal. En segundo término es una oportunidad para fortalecer las democracias en América Latina. Incentivar la deliberación y el diálogo de distintos actores, promoviendo una democracia participativa, donde las comunidades jueguen un rol fuerte. Es asimismo una oportunidad de garantizar el acceso universal a la atención integral de salud, mediante el desarrollo de sistemas de salud igualitarios y participativos que en la región sigue siendo un deber importante. Además es una oportunidad para acortar o eliminar las brechas de género, que las luchas feministas han hecho visibles. En quinto lugar es una oportunidad para construir una nueva relación con el ambiente, reemplazando las visiones antropocéntricas e instrumentales para retomar la idea de que somos parte de la naturaleza. El paradigma del cuidado implica revalorar la interdependencia entre las personas. La idea es colocar la vida en todas sus formas en el centro de las preocupaciones y las políticas.

América Latina

36 CLACSO 3 diciembre 2020 Foro de intercambios entre China y A.Latina.

Carmen Midaglia (FCS 2020) destaca que esta situación creada por la pandemia es muy relevante para un continente como el latinoamericano, con Estados incompletos para proteger a su población y más aún dar respuesta a la crisis sanitaria y social.

Para analizar las diferentes dimensiones de la pandemia es válido volver sobre el concepto de que América Latina recibió la pandemia de Covid-19 en un contexto crítico en materia económica y social. Sus sistemas de salud eran, en la mayoría de los casos, frágiles para responder a una crisis de las dimensiones actuales. El impacto fue mayor en una amplia población de personas que trabajaban sin cobertura de seguridad social o en zonas donde el hacinamiento urbano es muy marcado. Si bien las respuestas fueron diversas, en la mayoría de los países se utilizaron formas de aislamiento y distanciamiento físico y políticas públicas para sostener los ingresos de los sectores más afectados.

Algunos seguimientos del impacto de la pandemia en el plano socio-habitacional de América Latina (De Francesco, Ricardo y Mansueto Clara 2020) destacan el aislamiento general de las personas en sus domicilios, el vaciamiento de las calles en centros urbanos y en particular analizan las modalidades distintas desarrolladas en barrios populares. Desde el Proyecto Habitar (<http://www.proyectohabitar.org/>) se relevó que en las zonas donde los habitantes son mayormente trabajadores informales y poseen escasos recursos, las redes de colaboración entre las personas se refuerzan y multiplican ante la pandemia. Al estudiar la situación de 12 países latinoamericanos se abordaron preguntas interesantes : ¿Cómo continuaron las medidas políticas inicialmente implementadas? ¿Qué transformaciones se registran en términos espaciales? ¿Qué conflictos sociales y nuevas demandas aparecen? ¿Qué sucede en los barrios populares?

Surge del relevamiento que el aislamiento profundiza el empobrecimiento de las personas relacionadas con el sector de la economía popular y los trabajadores informales. El confinamiento incrementó las tareas de cuidado dentro de los hogares recargando sobre todo a las mujeres, aumentando las desigualdades preexistentes. En países como Argentina la consigna de “quedarse en casa” no se pudo sostener y fue necesario plantearse aislamientos barriales.

Programas sanitarios como “El barrio cuida al barrio” incorporaron la labor de promotores y referentes barriales que acompañan a los grupos de riesgo, apoyan medidas de prevención y aportan insumos de higiene. Las penurias económicas llevaron más gente a los comedores y comenzaron a crearse ollas populares. La colaboración entre vecinos y la labor de organizaciones sociales para resolver cuestiones diversas (acceso a Internet , tareas escolares, etc.) incluyó también el apoyo a las personas contagiadas y sus familias. El crecimiento de las redes de solidaridad, de colaboración comunitaria y los espacios de referencia barrial abordaron la alimentación como prioridad y otras necesidades como cuidados, atención sanitaria, vacunación, abrigo y entrega de medicamentos. Más

que paralizarse por el confinamiento las dinámicas de los barrios populares de Latinoamérica se incrementaron. Las organizaciones sociales reorganizan sus objetivos y acciones para responder a las necesidades de los pobladores frente a la crisis sanitaria. Los espacios se reconvierten para posibilitar su utilización en formas y términos que impone la nueva situación social. En estos barrios surgen y se reproducen las ollas populares y los centros de asistencia conformando puntos de encuentro comunitario.

El Foro Social Mundial 2021 recogió propuestas y acciones alternativas de los movimientos Economías Transformadoras, Internet Ciudadana y Soberanía Digital ³⁷. Las economías transformadoras ponen el centro de la economía en la vida en común y la sustentabilidad. Según Andrea Rodríguez Valdes (FSM 2021) existen alrededor de 400 organizaciones latinoamericanas vinculadas a la economía social y solidaria, la economía feminista, la gestión comunitaria, agroecología y soberanía alimentaria, que están construyendo mundos diferentes. Desde estos movimientos se desarrollan luchas por lo común, el derecho al agua, la electricidad y las tecnologías digitales. En la pandemia de la Covid 19, como en otras crisis, la economía social y solidaria surge como una alternativa.

Crisis alimentaria

Según la CEPAL y la FAO (FAO 2020) la pandemia del COVID-19 tiene efectos sobre las actividades del sistema alimentario (producción, transformación, distribución, comercio y consumo de alimentos) y sus resultados, sobre todo en términos de seguridad alimentaria y bienestar social. La alimentación es un complejo de relaciones sociales, culturales y económicas, que afectan de manera directa a la salud. Cuando la alimentación es inadecuada, nos enfrentamos a padecimientos relacionados con la deficiencia o exceso de nutrientes y energía. Desde estos organismos se reivindica la discusión sobre la importancia de los sistemas alimentarios y la seguridad alimentaria y nutricional (SAN) durante y después de la pandemia. Uno de los grandes desafíos del momento es asegurar que la población acceda a los alimentos adecuados para lograr un mejor estado nutricional reduciendo las dos formas prevalentes de malnutrición, por exceso (epidemia de sobrepeso y obesidad) y por déficit como el hambre, la desnutrición aguda o crónica y las afectaciones al desarrollo. Las cuatro dimensiones de la SAN: disponibilidad, accesibilidad, estabilidad y utilización, son imprescindibles para lograr la seguridad y soberanía nutricional.

Está claro que la crisis producida por la pandemia y sus respuestas implica graves riesgos para el bienestar nutricional. Las perspectivas en lo socio-económico son críticas, con una reducción

37 [https://dialogosdosul.operamundi.uol.com.br/brasil/68431/ha-diferentes-movimentos-construindo-outros-mundos-possiveis-diz-articuladora-do-fsm?](https://dialogosdosul.operamundi.uol.com.br/brasil/68431/ha-diferentes-movimentos-construindo-outros-mundos-possiveis-diz-articuladora-do-fsm?utm_campaign=boletim_diario_0502&utm_medium=email&utm_source=RD+Station)
utm_campaign=boletim_diario_0502&utm_medium=email&utm_source=RD+Station

drástica del PBI y más de 30 millones de nuevos pobres que se suman a los 180 millones de personas que estaban en esa condición. De acuerdo al Grupo de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, la infancia es afectada por tres vías, la infección del virus, el impacto socio-económico inmediato y los efectos a mediano plazo por fracasar en los ODS Objetivos de Desarrollo Sostenible. La región logró la menor prevalencia de desnutrición aguda en el mundo (1.3%) y en los inicios del siglo XXI abatió la prevalencia de desnutrición crónica (de 16.8% a 9%). En los últimos años sin embargo, comenzaron procesos de deterioro que determinaron que entre 2014 y 2018 las personas que sufren hambre pasaron de 38 a 42,5 millones y las que padecen inseguridad alimentaria de 155 a 187 millones. Las mujeres, los habitantes de zonas urbanas, las comunidades rurales, las poblaciones indígenas y los sectores marginados, las migrantes y las personas con VIH fueron las más afectadas. La epidemia de obesidad y sobrepeso por el consumo excesivo de sodio, grasas y azúcares continuó creciendo y agravó las enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión, cardiovasculares, cerebro vasculares o cáncer. Al mismo tiempo significan un mayor riesgo de cuadros graves de COVID 19 y fallecimientos. El incremento del consumo de productos ultra procesados con exceso de azúcares, grasas y sodio está directamente relacionado con esta malnutrición que agrava la situación alimentaria. Faltan en la región las acciones prioritarias recomendadas por FAO, UNICEF y OMS que apuntan a garantizar la disponibilidad y el acceso a alimentos nutritivos promoviendo la producción sostenible de alimentos. Entre ellas el etiquetado frontal por excesos, las restricciones a la publicidad de alimentos no saludables, políticas fiscales acordes, facilitar el acceso de los pequeños productores a los mercados, estimular la producción y el consumo de alimentos frescos y naturales, programas de apoyo alimentario a personas vulnerables con alimentos fortificados bajos en grasas, sodio y azúcares.

Salud mental

En junio 2020, las Naciones Unidas realizaron un llamado a los gobiernos, proponiendo una inversión sustantiva para evitar una crisis de Salud Mental. Dévora Kestel (directora del Departamento de Salud Mental y Uso de Sustancias en OMS) planteó la ampliación y reorganización de los servicios de Salud Mental ante los impactos de la pandemia, como oportunidad, además, para generar un sistema de Salud Mental que responda a las necesidades del futuro.

Desde algunos autores ³⁸ se ha denominado “cuarta ola” a los efectos sobre la Salud Mental que se acumulan por las diversas dimensiones de la pandemia y sus respuestas en distintos niveles. La primera ola serían los impactos directos de la morbilidad y mortalidad por el virus SARS Cov 2 , los temores que genera y los efectos del confinamiento. Una segunda ola serían las consecuencias económicas de la crisis y la tercera ola los perjuicios ocasionados por la suspensión o postergación de la asistencia, prevención y promoción en relación con las demás enfermedades. La cuarta ola es producto de los impactos sumados de las otras tres sobre la salud mental. Ya han comenzado a investigarse esos efectos y publicarse artículos al respecto. Se constataron efectos psicológicos negativos como estrés postraumático, confusión, ira, temores a la infección, a la inseguridad económica y alimentaria, entre otros..

La sociedad digital

La pandemia incrementó de manera sustancial el avance de la era digital en la sociedad. Toda la vida en sociedad se vio afectada por esa mayor digitalización, incluyendo las relaciones sociales, las organizaciones comunitarias y el cuidado de la salud. Ha sido un salto en calidad en una tendencia que ya existía anteriormente.

Como señala Nick Srnicek (2018) en la sociedad capitalista actual la economía digital se expande constantemente y constituye un modelo hegemónico incluyendo no solo las empresas vinculadas directamente a las TIC sino todos los negocios que dependen de la tecnología de la información, datos e Internet . Los datos se han vuelto esenciales para las empresas y su relación con clientes, trabajadores y otros capitalistas. Las plataformas se convirtieron en un nuevo modelo de negocios capaz de extraer y controlar una cantidad enorme de datos.

Esta nueva realidad digital tiene efectos significativos sobre otras dimensiones de la sociedad como las comunicaciones, la socialización, la recreación, la educación, las formas de hacer política y la gestión del Estado. La creación de redes sociales en Internet ha sido una transformación drástica en las interacciones humanas con componentes contradictorios. Por un lado significó un resquebrajamiento del monopolio de los grandes medios de prensa, haciendo posible muchas comunicaciones horizontales, que se reproducen y multiplican en forma instantánea en todo el mundo. Al mismo tiempo el control sobre las personas que implica la extraordinaria cantidad de información que acumulan las grandes plataformas de internet y su poder para convertir en mercancías todo tipo de productos es ahora mucho mayor. Estas tendencias contradictorias en un contexto de rápidos cambios tecnológicos, caracterizan una dimensión cada vez mas relevante en la

38 Véase N. Bagattini, D. Dogmanas, L. Villalba, R. Bernardi |Revista de Psiquiatría del Uruguay|Volumen 84 N° 2 Diciembre 2020|página 111

sociedad. En este sentido cabe destacar que el Foro Internet Ciudadana del FSM (2021) se planteó la necesidad de incorporar la soberanía digital en las diversas luchas generando ejes transversales, denunciar la violación de derechos a la protección de datos, y apoyar los proyectos políticos de emancipación digital .

IX LA SALUD PUESTA A PRUEBA. ESTRATEGIAS ANTE LA COVID 19

La pandemia puso a prueba los sistemas de salud en todo el mundo. Aquellos países que invirtieron en su salud, que crearon o fortalecieron sistemas de salud sólidos, sobrellevan mejor la epidemia. Los que recortaron recursos para la salud o arrastran problemas estructurales en este campo padecen consecuencias más severas . La pandemia del coronavirus ha demostrado que los sistemas de salud no pueden responder a las lógicas del mercado. Un elemento fundamental ha sido tener una financiación adecuada y solidaria donde el acceso a los servicios no dependa del poder adquisitivo de cada persona. Esos niveles de inversión y la forma como se distribuyen esos recursos, se traducen en la dotación del personal, en la disponibilidad de infraestructuras, en la capacidad de resolución en todos los niveles de atención. Junto con los recursos invertidos importan mucho las estrategias que se llevan adelante.

Existen fundamentos para caracterizar un abordaje predominante de la Covid que no incorpora claramente los aspectos de salud mental y salud vincular, y no considera los demás problemas de salud que se agravan con una priorización unilateral de la pandemia. Hay una impronta biologicista y asistencialista que condiciona las miradas, los recursos y las acciones.

El fortalecimiento del primer nivel de atención y la participación de la comunidad ante la pandemia son dos puntos claves. En este sentido la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar sostuvo (CIMF 2021 <http://cimfwonca.org/>) que las estrategias predominantes ante la pandemia están orientadas por enfoques biomédicos. Esos enfoques están centrados solo en la enfermedad y la atención en hospital. Este modelo de atención es fragmentado e invisibiliza un amplio abordaje en territorio muy necesario para un problema que tiene fuerte impronta comunitaria. La orientación hospitalocentrista subestima el primer nivel de atención llegando a

cerrar centros de salud concentrando el sistema sanitario en los hospitales, con el consiguiente deterioro de la atención. En esos casos la accesibilidad es menor y muchos pacientes (sobre todo la población mas vulnerable) no son atendidos. La vigilancia epidemiológica ha adoptado en muchos casos una modalidad centralizada dejando de lado las fortalezas del primer nivel y las posibilidades de alianzas locales para testear, rastrear, aislar y controlar la evolución de la pandemia. En lugar de construir mecanismos eficientes de contención en los territorios se recarga la atención hospitalaria, aumentando los riesgos de contagio y de saturación, disminuyendo la calidad de la asistencia.

Al mismo tiempo la atención oportuna de todas las patologías no Covid 19 se debilita o se posterga por un abordaje unilateral de la pandemia y por el desmantelamiento del primer nivel de atención.

Estos problemas de salud se vieron agravados en muchos países porque se dejaron de hacer acciones de promoción y prevención, controles de salud, vacunaciones, tamizajes e incluso tratamientos. En particular las enfermedades crónicas ENT principal causa de enfermedad y muerte en nuestras sociedades. Se resiente la falta de trabajo comunitario, desarrollando una visión integral, longitudinal, con participación de las personas, colectivos y comunidades, constituyendo equipos multidisciplinarios y coordinaciones territoriales en el sector salud e intersectoriales.

Señala también la CIMF (2021) que la situación del personal de salud se vio afectada con altos niveles de contagio por Covid 19 que se suman a problemas como el multiempleo, la precariedad laboral, falta de equipos de protección, dificultades para la educación continua, el estrés y la fatiga acumulados, la ausencia de previsiones para reforzar las dotaciones ante la crisis y cubrir los ausentismos por enfermedad. No han existido acciones claras para resolver estos problemas, ni se instrumentaron formas de remuneración que reconocieran el trabajo directo con los pacientes en el contexto Covid .

La implementación de la vacunación en forma rápida, planificada, equitativa y gratuita, es una “urgencia de salud pública” y las demoras en este aspecto tienen graves consecuencias sanitarias y humanas para las poblaciones afectadas.

Sin embargo es importante tener claro que no alcanza con las vacunas, se precisan medidas “no farmacológicas” para resolver o mitigar los puntos críticos de contagio y toda una estrategia que incluya al conjunto de los problemas de salud.

Se necesitan políticas contra la desigualdad, que reconozcan y actúen sobre los problemas sanitarios, sociales, económicos y culturales involucrados.

En el abordaje de la pandemia es importante salir de una visión reduccionista , de manera similar a la ruptura con una concepción acotada de la salud que plantearon en su momento el Informe Lalonde en 1974 y la Conferencia de Alma Ata en 1978 (Anzalone 2021b).

La mirada exclusivamente biologicista, asistencialista, fragmentada, vertical, ha tenido malos resultados en materia de salud. Ese modelo de atención deja de lado los factores determinantes socio-ambientales, piensa en lo curativo sin vincularlo a la prevención y rehabilitación, prioriza solo un tipo de tecnología, es funcional a los intereses de lucro y concibe a las personas como entes aislados, subordinados a un poder técnico superior a ellas, sin un rol activo en todo el proceso de salud-enfermedad. En esta coyuntura es como si las personas fueran aparatos que responden a las “perillas” que mueven los gobernantes de turno, y son culpabilizadas cuando se apartan de esos mandatos.

La diferencia conceptual entre distancia física y distanciamiento social es un ejemplo claro y significativo. Fundamenta bien Francois Graña (Graña 2021) que el entretreído de relaciones sociales que nos involucra de por vida desde que nacemos desborda ampliamente el simple contacto físico y utiliza signos cuya comunicación no depende de la presencia física compartida. Cada vez más los medios de comunicación masiva, internet, celulares y “redes sociales” combinados generan un conjunto intrincado de relaciones sociales donde participan una cantidad creciente de personas. Graña afirma, en este sentido, que muchas veces estamos socialmente próximos, más allá de la distancia física. Desde este punto analiza las respuestas a la pandemia y cuestiona por qué se elimina la distinción entre “físico” y “social?”. La explicación de esta cancelación de una diferencia tan marcada no puede adjudicarse a la ignorancia sino a la hegemonía de un biologismo decimonónico en pleno siglo XXI. Esta concepción en plena pandemia tiene consecuencias negativas para la salud y bienestar. El enfoque exclusivamente biologicista del Covid-19 es un boomerang, concluye Graña, porque produce un efecto contrario al deseado.

En esa línea de pensamiento debe considerarse fundamental promover un fortalecimiento de los lazos sociales, en lugar del distanciamiento social. Eso no se contradice con mantener distancia física, usar tapabocas, evitar aglomeraciones y tomar las medidas necesarias para prevenir contagios (Anzalone 2021c).

Las formas de atención más próximas a las familias y comunidades son un componente a jerarquizar. El cierre de policlínicas zonales no es una buena estrategia global pero tampoco en relación con el COVID 19. El sistema de salud no puede retraerse sino por el contrario debe fortalecer un Primer Nivel de Atención resolutivo, evitando la concentración de personas en las puertas de urgencia, disminuyendo las internaciones y los cuadros graves. De esta forma se puede realizar en domicilio o en dispositivos territoriales, la atención básica de los casos leves, acotando la cantidad de casos complicados y derivándolos correctamente. Para ello el personal de los centros de

Primer Nivel deben contar con todos los elementos de protección, la infraestructura y la capacitación adecuadas. Debe ser capaz de rodearse del apoyo, la solidaridad y la colaboración de las vecinas y vecinos y las organizaciones e instituciones de la zona.

Es decir que, como se dijo más arriba, en el abordaje de la epidemia no solo deben considerarse los riesgos de contagio sino también la manera de prevenir y tratar adecuadamente otros problemas relacionados, como los de salud mental, salud ambiental, inseguridad alimentaria y las Enfermedades Crónicas ENT.

Sistemas de Salud proactivos

Ante la epidemia es imprescindible un monitoreo de la organización y el funcionamiento efectivo del sistema de salud. Una mirada parcializada se limita a una lógica de “caja negra” donde los únicos indicadores considerados son: cantidad de personas infectadas, cantidad de internados (comunes y CTI) y fallecidos. Pero ese enfoque es demasiado limitado.

Se requieren estrategias integrales y evaluar su funcionamiento en sus componentes operativos. Es necesario un monitoreo de los mecanismos de atención telefónica y a domicilio, la atención en puertas de urgencia y las policlínicas zonales, y no solo las internaciones. Importa corregir rápidamente las iatrogenias y omisiones que se produzcan. Existen situaciones donde medidas motivadas por una actitud de prevención crean situaciones de mayor riesgo en la población afectada. Un ejemplo de ello son procedimientos de atención donde las personas tienen que hacer colas para acceder a medicamentos u otras prestaciones porque se limita el ingreso a los locales o porque no hay respuesta descentralizada. Esta evaluación es responsabilidad de cada efector, pero también la autoridad sanitaria debe hacer un seguimiento permanente. Crear un cuadro de indicadores de información obligatoria frecuente sobre calidad y condiciones de la atención es parte de la rectoría. Es imprescindible abrir espacios para que los usuarios, individual o colectivamente, puedan plantear sus cuestionamientos y sin embargo muchas veces eso no está implementado o no hay respuestas adecuadas a sus señalamientos.

Este seguimiento no se puede limitar a la epidemia de coronavirus. Es preciso abarcar todas las patologías priorizadas. No se puede desatender otras patologías relevantes, porque de hacerlo se produce mayor morbilidad y mortalidad por las causas ya existentes. Incluso en los picos de la pandemia, hay otros problemas de salud que no pueden dejarse de lado ni ser subestimados. Por ejemplo, se estima que 5 millones de personas (9% de la mortalidad) morirán este año por consecuencias directas o indirectas de la obesidad. Las llamadas ENT Enfermedades Crónicas

como el cáncer, los problemas cardiovasculares y cerebrovasculares, la hipertensión y la diabetes originan alrededor de 38 millones de muertes anualmente y de ellas 15 millones (42%) serán prematuras (menores de 70 años) y podrían haberse evitado. Las tendencias observables señalan un incremento sustantivo de esas causas de enfermedad y muerte. En los últimos años Uruguay dio un paso importante con la delimitación de problemas críticos prioritarios y Objetivos Sanitarios Nacionales. Vale la pena volver sobre ellos, pensar la coyuntura desde esa mirada y planificar con perspectiva de mediano plazo. Ninguna patología puede abordarse adecuadamente en forma aislada.

Una Salud

Los problemas sanitarios producidos por coronavirus, en particular el SARS-CoV-2, pusieron en evidencia que las infecciones zoonóticas emergentes han sido continuas y se repiten en el tiempo (Pineda 2020). La presencia de animales está en el origen de la COVID 19 y los aspectos ambientales son claves.

Esa combinación de tres elementos básicos Animal-Humano-Ambiente requiere volver al concepto de “Una Salud”. Es decir que no puede haber salud humana sin salud animal y ambas no pueden darse si el ambiente no es saludable (Garza y Arvizu, 2012). El concepto “Una salud” jerarquiza la existencia de los seres humanos como parte del ecosistema total. Es así que las actividades y condiciones de cada elemento afectan a los demás.

Desde este enfoque han sido posibles alianzas entre OMS, Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y la FAO. Hay muchas enfermedades que se transmiten entre animales y humanos, en los nuevos contextos de avances urbanos sobre el ambiente. La vigilancia permanente de las zoonosis requiere una mirada integral y gran coordinación de esfuerzos.

La concepción de “Una Salud” implica un abordaje de epidemias y pandemias como asuntos cuyas dimensiones incluyen la medicina, la biología, la epidemiología y también lo social, lo antropológico, lo psicológico, lo vincular. La mirada holística incorpora siempre las representaciones culturales de la enfermedad y la salud y más aún en el actual contexto de pandemia.

Los enormes impactos propios de las enfermedades crónicas ponen en cuestión los estilos de vida y de alimentación. Es necesario tener en cuenta que en la presente pandemia por COVID-19, la obesidad, diabetes o la hipertensión son co-morbilidades que aumentan el riesgo de padecer la enfermedad, de presentar cuadros graves y de muertes.

Desde una mirada de epidemiología crítica Gonzalo Basile (2020 a,b,c) analiza la respuesta a la emergencia de salud pública del SARS-CoV-2 con el concepto de eslabones críticos que la

caracterizan. En particular señala las pretensiones totalizantes, reproducibles, monoculturales, únicas y universales que buscaron aplicarse en los estados y las sociedades latinoamericanas y caribeñas.

Basile define cuatro eslabones críticos: a) el metabolismo sociedad-naturaleza como determinación del proceso pandémico y el fortalecimiento de una geopolítica de poder basada en la creciente expansión de la agenda de seguridad sanitaria global como prioridad del sistema mundo imperante. Un sistema mundo acelerado, asimétrico y deshumanizado.

b) Las bases de una epidemiología y salud pública gobernada por la microbiología en el diseño y gestión de las intervenciones frente al riesgo epidémico individual y colectivo.

c) La reactualización de la doctrina del contagio en el siglo XXI como gramática preeminente del lenguaje socio-político de las relaciones humanas y sociales. Se piensa la pandemia a partir de la transferencia de los clásicos protocolos clínicos e institucionales de prevención y control de infecciones hospitalarias como medidas sanitarias poblacionales masivas reproducidas hacia la sociedad.

d) Los híbridos y rápidos arreglos institucionales en Sistemas de Salud fragilizados, segmentados y desfinanciados históricamente .

A partir de este análisis Basile (2020) esboza las posibilidades de un horizonte de refundación de los sistemas sanitarios sobre las bases del pensamiento crítico en salud para construir la defensa del “Vivir bien” de las sociedades del Sur.

El contexto mundial del siglo XXI se caracteriza por un proceso crítico de aceleración inédita de la acumulación económica, mercantilización y financierización de la vida, con producción de inequidades por género, clase social y étnico-racial, con deshumanizante exclusión social y destrucción ecosistémica (Breilh y Tillería Muñoz, 2009). El origen de la Covid 19 parece ser un trasvasamiento de la naturaleza a la sociedad y como tal puede analizarse dentro del metabolismo entre la Naturaleza y la Sociedad y la interdependencia del ser humano con la naturaleza (Basile 2020a). Esta aceleración global es la principal amenaza a la salud colectiva y la vida. Al mismo tiempo se profundiza durante las últimas dos décadas una medicalización de la seguridad, vinculando salud y seguridad. Las enfermedades infecciosas (gripe aviar, Sars-Cov y Sars-Cov 2, ébola) y nuevos patógenos son consideradas amenazas internacionales. Hay una geopolítica de la seguridad sanitaria global (Flor 2018, Basile 2020a).

Como otros autores referidos anteriormente Basile (2020a,b,c) considera que el “estado de guerra” a una enfermedad puede debilitar fuertemente las acciones mas importantes de los servicios de salud pública generales, de atención centrada en la comunidad, vacunación, respuestas a las enfermedades endémicas, salud de las mujeres, cuidados y protección sanitaria. Se produce

una espiral de patologización de la sociedad, neohigienismo y conductismo individual que sirve como base teórica-metodológica y se traduce en una “microbiologización” del gobierno de la salud pública (Basile, 2020b).

El paradigma desde el que se aborda la salud y también el que permite evitar o resolver la enfermedad son determinantes de las estrategias que las sociedades llevan adelante. Para Edmundo Granda (2004) las concepciones hegemónicas de la salud pública convencional deberían ser llamadas “Enfermología Pública”. Sus principales pilares son: a) El presupuesto filosófico- teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la explicación de la salud; b) El método positivista para explicar el riesgo de enfermar en la población y el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social; c) El poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad y control de riesgos ; basado en los supuestos funcionalistas de interpretar como objeto individual a las personas u objeto colectivo a las poblaciones. La epidemiología tradicional del siglo XX utiliza las categorías de “lugar”, “tiempo” y “persona” con una mirada empirista que congela los procesos de salud enfermedad como fenómenos individuales, estáticos, pasivos, asistenciales y curativos, que se registran como hechos aislados (Breilh, 2013) . Es en este contexto doctrinario que se produce una colonización de la respuesta, gestión, planificación y atención de la pandemia del Covid 19 por un enfoque donde predomina la biomedicina microbiológica (Basile, 2020a). Cada epidemia presenta una complejidad específica, en un momento histórico concreto, en territorios y poblaciones determinadas, pero son estudiadas con unidades de análisis y escalas individuales centradas en lo asistencial curativo y lo biomédico, sin advertir sobre esos sesgos. Al mismo tiempo se difunden conclusiones de carácter general y totalizantes.

Desde otro paradigma la medicina social y salud colectiva (Paim, & Almeida Filho, 1999) planteó que la salud es un proceso social históricamente determinado, que tiene un movimiento dialéctico con niveles y dimensiones de lo general, lo particular y lo singular.

Las premisas de la epistemología tradicional aplicadas a las emergencias de salud pública determinaron (Basile 2020a) : a) Una paralización de las redes de primer nivel de atención, los programas de prevención y promoción en enfermedades crónicas, salud materna, salud infantil, y en general de los sistemas y servicios de salud pública. b) Gran retraso u omisión total de la territorialización de la respuesta activa ante la pandemia, para desarrollar una epidemiología de proximidad, inteligente, basada en redes de salud trabajando en cada área, barrio, municipio, territorio y comunidad. La detección oportuna, la investigación, el seguimiento epidemiológico cercano al territorio incorpora las situaciones concretas en que las personas viven la pandemia y son por ello mas eficientes. c) La existencia de un modelo “caja negra” en el manejo de la pandemia.

Es decir un proceso donde se desconoce o se desestima lo que ocurre entre el comienzo y el final. Esa fue la situación en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe durante 2020. La atención concentrada en las internaciones, las camas de CTI y las muertes omite el estudio y las mejoras en las respuestas en todo el proceso. En muchos países hubo carencias de reactivos para los test diagnósticos y baja respuesta de laboratorios, sin investigación y monitoreo epidemiológico familiar. En otros como Uruguay hubo capacidad de testeo y seguimiento epidemiológico con aportes fundamentales de la Universidad de la República y el sistema científico nacional, que funcionó bien en los primeros meses de la pandemia y fue desbordado en 2021. Sin embargo el sistema de “caja negra” operó en esos casos concentrando el seguimiento en tres datos fuertes : casos positivos, internaciones/CTI, muertes, desestimando un análisis pormenorizado de cada paso del proceso.

Una propuesta innovadora en Argentina : BARRIO CUIDA AL BARRIO

Como ya se mencionó antes a través de un trabajo conjunto entre las organizaciones populares, el Estado Nacional Argentino y los gobiernos municipales se implementó desde abril de 2020 un programa denominado “El Barrio Cuida al Barrio”³⁹. Esta es una iniciativa dónde los mismos vecinos y vecinas organizan postas sanitarias y entregan folletería en los accesos de su barrio para procurar más control sanitario e implementación de medidas de higiene. El programa “El Barrio Cuida al Barrio” incluye que promotores y promotoras comunitarias recorran el barrio para poder realizar acompañamiento específico a grupos de riesgo, difundir medidas preventivas y distribuir elementos de seguridad e higiene. Se realizan jornadas de entregas de garrafa social, vacunación antigripal, capacitación en género, y en general se procura una cercanía del Estado con la población y sus necesidades así como garantizar el mayor aislamiento posible en los barrios populares. Los promotores y promotoras comunitarias trabajan coordinadamente con comedores, merenderos y centros comunitarios para asegurar el acceso a los alimentos. También se vincula con otras políticas sociales como el proceso del Registro Nacional de Trabajadores de la Economía Popular (ReNaTep), para obtener datos precisos sobre el universo de personas que no poseen ingresos formales y que forman parte de la economía popular.

Situación social y salud

³⁹<https://www.argentina.gob.ar/noticias/arranco-barrio-cuida-al-barrio>

El incremento de la desigualdad, la pobreza y la vulnerabilidad social son factores que inciden en la salud, hacen más complejo el abordaje de la pandemia y deterioran la calidad de vida de la población. El deterioro de la situación social y económica requiere de políticas y acciones que aseguren la calidad de vida de las personas durante la pandemia. No se puede sostener la salud si hay más desocupación y pobreza, si aumenta la inseguridad alimentaria, si salarios y jubilaciones son rebajadas, si se recortan recursos para el sistema sanitario, el sistema de cuidados y la protección social. En un libro reciente denominado *Desigualdades en el Marco de la Pandemia* Nora Goren (Goren 2020) sostiene que la fragmentación social y las desigualdades influyen decisivamente en este contexto. Enfrentar a la pandemia es asimismo actuar sobre las desigualdades, sobre las diferencias y déficit en los sistemas de salud, en los mecanismos de protección social, en las condiciones laborales, en los cuidados, en el acceso a la tecnología, en la violencia institucional, social y de género, en el acceso a la vivienda y el agua, entre otras dimensiones .

En Uruguay un estudio reciente (Briozzo 2021) de docentes e investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, publicado en *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* hizo un análisis comparativo de los nacimientos en el Hospital Pereira Rossell entre marzo y setiembre de 2019 (3.225 nacimientos) y el mismo período de 2020 (3.036). Se encontró que la prematuridad pasó de 12,2% de los nacimientos al 14,5 %, el bajo peso al nacer pasó de 9,8% a 12% y el tamaño pequeño para la edad gestacional de 5,5% a 6,9%. Las conclusiones de Briozzo y el equipo de investigadores refieren a las consecuencias a corto, mediano y largo plazo del entorno desfavorable para el embarazo. En particular enfatizan la reprogramación epigenética que desarrolla el feto ante ambientes adversos relacionados con las condiciones de vida, que si no se corrigen determinan mayores riesgos de desarrollar enfermedades crónicas socialmente transmisibles. El aumento de los partos prematuros es significativo y está vinculado con los efectos socio-económicos y el estrés generados por la pandemia, que tuvieron impactos “absolutamente devastadores en el proceso reproductivo” (Briozzo 2021).

Primer Nivel de Atención en los debates de estrategia sanitaria

La discusión de estrategias ante la Covid 19 atravesó el 2020 también en Uruguay. El rol del Primer Nivel de Atención es uno de los nudos estratégicos de cualquier política de salud y de todo sistema de salud. También del SNIS. Vale la pena destacar los debates promovidos desde y con la comunidad, combinando el saber académico, la experiencia de los técnicos en el terreno y la de los usuarios y sus organizaciones. En esa línea el 23 de julio de 2020 la Red de Municipios y

Comunidades Saludables realizó un Taller Abierto sobre Primer Nivel de Atención (Anzalone 2021b,). Aportaron a este intercambio las exposiciones de Giovanni Escalante representante de la OPS/OMS en Uruguay, Analice Berón Directora de División Salud de la Intendencia de Montevideo, Gabriela Lamique Directora de la RAP Metropolitana, Jorge Bentancur fundador de la Organización de Usuarios de la Salud del Cerro y Jacqueline Ponzó presidenta de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria. Moderaron el taller Adriana Robaina de ONAJPU y Gerardo Falco médico de familia integrante del grupo de MCS en el Municipio A. Además de este abanico de exposiciones, se discutió en cinco subgrupos y luego en plenaria con una participación muy activa de los asistentes.

Giovanni Escalante fundamentó que la mejor manera de construir sistemas de salud basados en APS es mediante el ejercicio del derecho a la salud, a través de la participación plena de todos los actores de la comunidad. Está comprobado en el mundo que el mejor modelo es el que se adapta a las necesidades y demandas de la población, para desarrollar sistemas basados en la APS. Entonces el primer elemento a relevar es la participación social incluyendo la cogestión por parte de la comunidad. ¿En qué medida las redes de servicios de salud tienen mecanismos de cogestión por la vía de involucrar la comunidad en la gestión integral de los servicios? Destaca asimismo experiencias muy ricas en Uruguay de participación de la población, en la cogestión, no solo en las demandas, sino también en la planificación, la implementación y la evaluación sobre la marcha de los servicios.

Se pregunta Escalante en qué medida es bueno seguir usando un término como APS que se identifica con atención simple, básica, perdiendo un aspecto original relevante: los cuidados esenciales de salud. El imperativo categórico es promover la salud y los cuidados a las personas. No solo la atención a la enfermedad. En una actualidad marcada por la pandemia no debe verse solo la atención a los pacientes con Covid, sino como asegurar los cuidados esenciales y velar por la salud. Al mismo tiempo ¿Cómo prevenir la Covid? ¿cómo se puede incidir en los escenarios futuros?. Hay que mirar la prevención para que los servicios de la salud puedan responder adecuadamente. Ya no es solo atender la enfermedad, sino cambiar el chip y promover la salud. No es una cuestión retórica sino algo esencial para procurar la supervivencia de la humanidad. La promoción de la salud habla de los escenarios de relación entre las personas para transformar su realidad. A modo de ejemplos concretos : ¿podrán gestionarse bien los residuos sólidos, reciclar la basura en mejores condiciones, lograr una mejor calidad del aire? ¿Podrán desarrollarse programas de alimentación saludable donde se evite el consumo de productos ultraprocesados con altos niveles de sodio, grasas y azúcares.? ¿Cómo promover espacios saludables en el trabajo, o en los municipios? .

Hay un paradigma centrado en que los servicios de salud atiendan a los usuarios, con un PNA como puerta de entrada. Pero este paradigma piensa en los dispositivos fijos de atención. La policlínica es un elemento fundamental del PNA. Las personas pueden ir allí para atender las patologías y problemas de salud desde una mayor cercanía. Las experiencias en Uruguay son muy ricas, hay un trabajo construido durante décadas. Cabe preguntarse ¿Cómo se puede sistematizar esas experiencias para considerar PNA no solo los espacios fijos sino todos los lugares de interacción en la comunidad?. Por ej. con programas para involucrar otros protagonistas. El escenario donde solo está la policlínica para recibir a los pacientes es un modelo que ya se agotó. Más aún ahora con el desafío de la Telesalud. No solo la telemedicina, donde un médico atiende por un mecanismo remoto, para facilitar una conexión entre menor complejidad y mayor complejidad. La Telesalud tiene también otras aplicaciones: campañas, tele-educación, capacitación al personal de salud y a la propia comunidad. El representante de OPS en Uruguay dejó planteada como interrogante: “¿en qué medida vamos a hacer realmente que el nivel que traccione la atención a la salud y proteja a la población sea el PNA?”.

Nada de esto empezó ahora. Hay una historia a valorar, a tener en cuenta, para analizar la situación actual y los desafíos de la crisis sanitaria y social. En este sentido Analice Berón desarrolló la trayectoria que ha tenido la Intendencia de Montevideo en la APS y en el PNA. La experiencia de la IM y sus aportes en este plano, lo que hoy se conoce como SAS Servicio de Atención a la Salud fue creado como Unidades Sanitarias de Desarrollo en 1968. En 1985 se realiza un convenio entre IM y el MSP pero es en el 90 cuando estos servicios se amplían con 10 nuevas policlínicas. El modelo de atención llevado adelante por el SAS ha sido un precursor del promovido por el SNIS por sus vínculos con la comunidad, su énfasis en la prevención y promoción, su trabajo en equipos interdisciplinarios y sus programas de salud. Actualmente la IM tiene 20 policlínicas polivalentes. En setiembre 2020 se inauguró una nueva policlínica en el “Complejo Crece”, un nuevo centro SACUDE Salud Cultura y Deporte, en la zona del Municipio F. Ese modelo SACUDE ha sido una experiencia exitosa en el Barrio Municipal del Municipio D. Destacó también la atención odontológica integral y la labor de un Policlínico Móvil en el municipio A. Hizo énfasis asimismo en el diseño e instrumentación del Primer Plan de Salud de Montevideo. Entendiendo la salud como un derecho, que implica la satisfacción de las necesidades humanas, con miras a un desarrollo humano cada vez más pleno, con mayor calidad de vida. A eso apunta el Plan de Salud Montevideo, integrando las políticas que lleva adelante la IM en sus distintos departamentos. Este Plan fue aprobado por el intendente en diciembre de 2019 para que cada uno de los departamentos de la IM, incorpore una mirada de salud en sus acciones.

Gabriela Lamique, directora de la RAP Metropolitana hasta enero 2021, señaló que Uruguay tiene un Sistema de Salud cuyos pilares fundamentales son la territorialidad, la longitudinalidad, la integralidad y la accesibilidad. El PNA es la puerta de entrada y genera una atención longitudinal. La RAP Metropolitana es una de las unidades ejecutoras más complejas de la Red de ASSE. Atiende al 30% de los usuarios de ASSE de todo el país, 419 mil usuarios. Tiene catorce centros de salud, 6 de ellos con puerta de urgencia y 76 policlínicas. Lamique reafirmó que un objetivo fundamental de esta gestión es avanzar en la territorialización, en un proceso que la RAP ya viene trabajando desde hace años. Esos territorios de salud son compartidos con aliados estratégicos, como la IM con sus 20 centros y también el BPS con sus 4 centros. En ese proceso de territorialización se vienen definiendo las áreas de responsabilidad, las zonas mínimas de responsabilidad, después las áreas de salud, y luego un tercer plano que es la subregión donde ya hay servicios de segundo y tercer nivel. Por último la región metropolitana, que es una de las cuatro regiones de todo ASSE. La territorialización es una manera de marcar la cancha, para ver los jugadores, identificar los usuarios y adscribirlos a un efector en el territorio. Un punto fundamental, razón de ser del PNA es la planificación local en salud. Esta será una de las líneas estratégicas, pero además con un enfoque de participación. Esa planificación participativa será un gran desafío para funcionarios y usuarios, y para todos los actores desde la intersectorialidad. Lamique compartió con Escalante que el PNA no son solo los centros de atención. Jerarquizó las actividades de prevención y promoción, el diagnóstico de las enfermedades agudas y también los determinantes de los problemas crónicos. Mencionó que la RAP metropolitana tiene atención domiciliaria, atención individual y grupal. La priorización de los problemas y los factores protectores, es necesaria para elaborar los planes y luego hacer el seguimiento. Esto nos enriquece a los gestores de todos los niveles y también a los usuarios. La planificación local y la territorialización son fundamentales para la coordinación de la atención y asegurar la continuidad asistencial. “Ojala los hospitales nos pregunten por los planes locales de salud para poder encarar su propia labor” afirmó. El equipo de referencia del PNA debe poder tener contacto con la atención especializada en el territorio, con un plan de cuidados conjunto. Analizando las perspectivas, propuso tomar la pandemia como una oportunidad, que puso en evidencia debilidades y fortalezas, planteando un gran reto para los sistemas de salud. “Uno de estas crisis tiene que aprender”, concluyó.

La presidenta de la CIMFC Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria Jacqueline Ponzo alertó frente a la confusión que generan algunos nombres : se asocia el PNA como sinónimo de prevención y promoción. Sin duda es un lugar de excelencia para ello pero es

mucho más. Se asocia prevención y promoción con una charla en la escuela o sala de espera y aunque pueda incluirse está lejos de limitarse a esas actividades. Una confusión es identificar el PNA con atención básica, mínima, cuando en realidad no lo es, todo lo contrario. También concebir el PNA como la planta baja de los sanatorios donde se hace atención ambulatoria. Se piensa PNA como policlínicas periféricas, pero lo central de un sistema de salud no son los servicios sino las personas. Las policlínicas no son para nada periféricas. Otra confusión es considerarlo como atención de baja complejidad, identificando complejidad como tecnología dura, aparatos complejos o caros, específicos para ciertos diagnósticos, que abarcan problemas focalizados. En realidad la alta complejidad de los problemas que se abordan en el PNA, implica trabajar integralmente cuestiones como el tabaquismo, la obesidad, la violencia doméstica, ahora el Covid, o las pluripatologías que tienen los pacientes, junto a las familias reconstituidas o monoparentales. Por eso se resiste a usar el término PNA con esas connotaciones. Una expresión más adecuada es la Atención a la Salud en el Ámbito Comunitario. Atención en un sentido amplio, incluyendo prevención y promoción pero también asistencia en todos sus pasos, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación. Es una atención en todas sus dimensiones en la que los problemas de salud están en etapas iniciales con la incertidumbre que ello implica. En el ámbito comunitario no solo se brinda esa atención a la salud sino que da la posibilidad de cuidar a la salud, desde los equipos de salud y también desde la propia comunidad. Cuando decimos el ámbito comunitario no nos referimos solo a los centros de salud, sino también al domicilio de las personas y a múltiples espacios comunitarios, o instituciones diversas con las cuales se interactúa permanentemente. Los servicios basados en la APS son necesarios para ese Espacio de Cuidado de Salud en el Ámbito Comunitario. Para evaluarlos se cuenta con la operacionalización de Barbara Starfield de Alma Ata⁴⁰ que define como atributos: accesibilidad, integralidad, atención a lo largo de la vida, atención coordinada o continua en el sector salud, con enfoque familiar, orientación comunitaria e idoneidad cultural. Los equipos de salud deben contar con permanencia y diversidad de acuerdo a las necesidades del territorio, Deben ser ámbitos de formación de excelencia para el personal de salud. Este es un nuevo modelo médico, que se está formando, con equipos de salud y usuarios de salud comprometidos con esta perspectiva. Es territorial, es un modelo clínico comunitario, es multimedia para la comunicación con la población y planetario para cuidar el planeta. Es un modelo que en Uruguay se desarrolla dentro del SNIS.

La discusión en cinco subgrupos, el chat del Taller, el intercambio en la plenaria, las respuestas a un formulario de evaluación enviado posteriormente enriquecieron la actividad con muchas opiniones

40 <https://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?4936,23240>

de referentes comunitarios y técnicos con trabajo en territorio. En el trabajo en subgrupos del Taller sobre PNA se abordaron los interrogantes sobre ¿Cuáles son las fortalezas y cuáles son las debilidades del PNA? ¿Cómo incrementar la capacidad de resolución del PNA? ¿Se ven articulaciones, complementación, prioridades coordinadas entre las policlínicas? ¿Cómo mejorar la accesibilidad de las personas? ¿Que tipo de vínculo tiene el PNA con las organizaciones sociales? ¿Cómo se relaciona el PNA con el segundo nivel de atención? ¿cuánta dificultad se reconoce para la llegada a la atención de un especialista? ¿Cómo incrementar la capacidad de resolución del PNA? ¿Formación continua, telemedicina, acceso rápido a estudios, mayor planificación, otro tipo de planificación, protocolos claros?. En esos intercambios los participantes destacaron los problemas estructurales en la relación entre primer y segundo nivel de atención, demoras en la consulta con especialistas, en la referencia y contrareferencia. Estos problemas se agravaron sustantivamente con la pandemia. Por otro lado la pandemia nos ha llevado a “descubrir” otras formas de comunicación entre médico y paciente como la consulta por celular, videoconferencia, telemedicina, plataformas como Zoom. El desarrollo del PNA tiene mucho de participación ciudadana, hay una visión mas integral de la persona y del contexto. Permite sostener en lo cotidiano el dialogo con la comunidad, teniendo en cuenta que el sistema de salud como tal no tiene todas las respuestas. Es fundamental la "humanización" de la atención y de los profesionales para que comprendan al paciente como un ser integral y no solo como un número. Se trata de sintetizar y compartir los distintos saberes. Importa recoger las experiencias de creación de una cadena de información intersectorial y talleres de intercambio para que los usuarios puedan informarse y ser vínculo con la población. El vínculo entre municipios y organizaciones sociales con el PNA, es un aspecto a priorizar. El PNA debe abordarse como unidad de estudio en los centros educativos y rescatar la experiencia de delegados escolares de Cruz Roja para la formación de promotores escolares de salud. El vínculo de redes rescata el pensamiento de la equidad sanitaria y se refleja en acciones de recreación, de trabajo en género y trabajo comunitario. Existen algunas coordinaciones entre servicios de salud en actividades de promoción de salud pero son insuficientes y menos aún en complementación de recursos asistenciales.

Objetivos Sanitarios Nacionales

Para profundizar en el debate sobre estrategias de salud y en la misma línea de combinar saber experto, organizaciones sociales y academia, se realizó un Taller Abierto sobre Problemas Críticos de Salud donde expusieron referentes de OPS, UNFPA, SUMEFAC y la Organización de Usuarios del Cerro. Wilson Benia de OPS desarrolló el proceso realizado para definir los Objetivos

Sanitarios Nacionales 2015-2020. El diseño general identificó cuatro grandes objetivos estratégicos: favorecer entornos saludables, prevenir morbimortalidad evitable, mejorar la atención a la salud en todo el curso de vida, generar una cultura de bioseguridad, avanzar hacia un sistema centrado en las necesidades de las personas. En cuanto a la metodología se partió de la información sistematizada, incorporando a diferentes organizaciones e instituciones y la mayor cantidad de actores poniendo en el centro a la población. El proceso tiene tres grandes movimientos: conocer lo que pasa y está afectando la salud, priorizar qué es lo mas importante, identificar las rutas de acción y tratar de darle a esa ruta un abordaje lo mas intersectorial posible. Asumiendo que no solo desde el sector salud se interviene para mejorar la salud .

X LA PANDEMIA EN URUGUAY

En Uruguay durante los primeros meses de 2020 se logró no solo aplanar la curva de contagios sino aplastarla. Existieron pequeños brotes que fueron controlados. La tasa general de ocupación (COVID-19 + No COVID-19) de las camas de UCI a nivel nacional, nunca llegó a superar el 60 % de las disponibles y en la mayor parte del período considerado estuvo por debajo del 50 %. El promedio diario durante las primeras 30 semanas no superó los 21 casos y en muchas semanas estuvo por debajo de 10 casos por día. En un contexto internacional y regional de agravamiento, con una amplia frontera seca con Brasil, sin contar con vacunas ni tratamientos efectivos, el escenario tuvo muchas incertidumbres en los primeros nueve meses pero se mantuvo controlado.

A partir del 13 de marzo se declaró ⁴¹ la emergencia sanitaria y se implementaron diversas medidas. No se estableció confinamiento obligatorio sino una exhortación a extremar las medidas de higiene personal, como lavado de manos, evitar aglomeraciones, mantenerse lejos de las personas que tosan o estornuden, consultar con médico a domicilio ante la constatación de síntomas, activación de protocolos de higiene en oficinas públicas. También se realizó una exhortación a no abandonar las viviendas sin una necesidad específica, a que las personas mayores de 65 años cumplan con una cuarentena preventiva, a que los propietarios de locales comerciales de gran porte los cierren de forma preventiva y provisoria (con excepción de la venta de alimentos y farmacias). La implementación de teletrabajo fue obligatoria en oficinas públicas y se incentivó en las empresas privadas. Fue obligatorio el uso de tapabocas en comercios y oficinas. Se definió también la circulación de móviles policiales para exhortar a la población a evitar aglomeraciones en la vía pública, como forma de contribuir a la prevención de la propagación del virus.

En el plano social se resolvió la duplicación, (por única vez y reiterándose en algunas ocasiones puntuales) del monto de la Tarjeta Uruguay Social TUS destinada a cubrir las necesidades de alimentación y de las AFAM Asignaciones Familiares del Plan de Equidad (que no tuvieran TUS), así como la entrega de canastas de alimentos en abril y mayo para 118.000 hogares con Asignaciones Familiares del Plan de Equidad, complementarias de las brindadas por las intendencias de Montevideo y Canelones. Hacia las empresas se ofrecieron líneas de crédito y

41 <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/medidas-gobierno-social-emergencia-sanitaria-covid19>

aplazamiento de pagos de DGI y BPS. También se establecieron exoneraciones por 6 meses del pago por cargo fijo y potencia contratada de las tarifas eléctricas y de agua potable para los sectores educación, cultura, deportes, inmobiliarias, agencias de viaje, hoteles, restaurantes, salones de fiesta. Se implementó una flexibilización y extensión del seguro de desempleo. Se extendió la cobertura del Seguro Nacional de Salud a los trabajadores que la habían perdido por cese de la actividad laboral durante la pandemia.

A efectos de financiar estos gastos se creó el Fondo Coronavirus con el aporte por dos meses de los funcionarios públicos con sueldos líquidos superiores a 80 mil pesos (poco menos de 2 mil dólares) según un descuento por franjas de 5%,10% o 20 %, y una parte de las ganancias de las empresas públicas.

Las capacidades acumuladas del sistema de salud y de la matriz de protección social, sumadas a la respuesta de la sociedad uruguaya y la posibilidad de tomar medidas inmediatas ante la experiencia de los países que ya habían sufrido las primeras olas, permitieron un relativo control de la pandemia. Durante este período hubo un seguimiento epidemiológico de los brotes asegurando las medidas de cuarentena y cuidados. Se puede considerar que en los nueve primeros meses de la pandemia Uruguay no tuvo una primera ola, que comenzó a partir de noviembre.

La pandemia se agravó sustancialmente en Uruguay desde noviembre en adelante, con un gran aumento del número de personas contagiadas, internaciones y fallecimientos. Como señala Miguel Fernández Galeano (2021a,b) la crisis sanitaria se profundizó a pasos agigantados. El fracaso de la propuesta del GACH de “blindar abril” por la inacción deliberada del gobierno fue enorme y tiene un alto costo en vidas humanas. Mientras en todo 2020 fallecieron en Uruguay 181 personas, en enero de 2021 fueron 255, en febrero 172, en marzo 366 y en abril 2021 hubo 1.642 muertes por Covid. La cantidad de casos diarios en abril 2020 estaba en 14 y en abril de 2021 llegan a 2700 por día. Los fallecidos por día eran menos de uno en abril de 2020 y ahora superan los 55 diarios. En los meses de noviembre y diciembre el aumento de casos fue sustantivo y se superaron los 800 casos diarios a mediados de enero y manteniéndose por encima de 500 en febrero. A fines de abril el promedio diario de casos es 2.518 casos y llegó a estar en 3.842. La positividad era menor a 4% en abril de 2020 y en la misma fecha de 2021 supera el 20%. La cantidad de test ha descendido mucho desde enero de 2021 lo que genera elementos de incertidumbre en el diagnóstico de la situación de la pandemia y no permite acciones eficaces en los puntos de mayor contagio (Fernández Galeano 2021c).

Se perdió la capacidad de seguimiento epidemiológico es decir el control de cada caso para identificar de dónde vino el contagio y a quienes pudo afectar generando las cuarentenas y cuidados necesarios. Las cifras del MSP hablan de más de 50% de los casos sin nexo epidemiológico. Las situaciones de los diferentes departamentos del país no fueron iguales en este proceso, pero en todos se fueron agravando hasta niveles críticos. La información sobre nuevos contagios brindada diariamente por el Sistema Nacional de Emergencia no detalla los casos por localidad, municipio o barrio, omisión que impide un abordaje local más próximo a las situaciones concretas.

Brasil fue durante todo este tiempo un epicentro gravemente descontrolado de la pandemia y la frontera seca dio origen a brotes permanente en los departamentos limítrofes. Las residencias de larga estadía para adultos mayores fueron asimismo un punto crítico con brotes en distintos momentos.

Hay varios factores que contribuyeron al desempeño inicial de Uruguay ante la pandemia e hicieron que pesaran más los aciertos que los errores en los primeros meses de 2020. De ambos hubo sin duda y los movimientos sociales han señalado con claridad algunos de los errores. Las fortalezas acumuladas por el SNIS y la protección social generada a partir de 2005 explican en gran parte la evolución favorable de la pandemia a nivel nacional en el primer período. Sin embargo el SNIS es un proceso inconcluso, hay muchos desafíos pendientes y la pandemia del Covid 19 ha agregado nuevos en un contexto de deterioro socio económico y crisis.

En abril de 2021 el sistema de salud está saturado en todos los niveles de atención, sometido a enormes presiones y dando una atención de mala calidad. La situación social es crítica y las cifras de indigencia y pobreza son mucho más altas.

Fortalezas acumuladas

La matriz de protección social construida durante las décadas anteriores permitió abatir la pobreza desde 32,5% de la población en 2006 al 8,1 % en 2018 y casi hacer desaparecer la indigencia o pobreza extrema (pasó de 2,5% al 0,1% en ese mismo periodo). En cuanto a la equidad los ingresos del 40% más pobre de la población uruguaya aumentaron más rápidamente que el crecimiento promedio de los ingresos de toda la población (Banco Mundial 2021). Un conjunto de políticas sociales y herramientas como las AFAM Asignaciones Familiares del Plan de Equidad y la TUS Tarjeta Uruguay Social, dejaron instrumentos consolidados para su utilización en el nuevo contexto crítico. La alta cobertura de la seguridad social (90% de los mayores de 65 años acceden al sistema de jubilaciones y pensiones) y la mayor formalización del empleo (la informalidad descendió de

40,7% en 2004 a 25% en 2019) junto con el Seguro de Paro y otros beneficios vinculados contribuyeron a disminuir los impactos de la crisis económica. La reforma laboral, con la consolidación de la negociación colectiva y los Consejos de Salarios, fue un factor importante (aunque las pautas del nuevo gobierno en 2020 fueron de rebaja del salario real).

El SNIS a lo largo de 15 años logró un conjunto de avances notorios para el sistema de salud. Entre ellos la cobertura universal con un Plan Integral de Prestaciones obligatorias para todos los efectores (PIAS) y un Seguro Nacional de Salud que incluye un FONASA Fondo Nacional de Salud con aportes del Estado, las empresas y las personas según sus ingresos, que brinda sostenibilidad al sistema. También es claro el fortalecimiento de la capacidad de rectoría del MSP con equipos técnicos, protocolos y guías clínicas, programas integrales y un mecanismo de gobernanza participativa a través de la JUNASA Junta Nacional de Salud. El incremento sustantivo de la inversión en el sector público (ASSE) y el Fondo de Inversiones a nivel privado construyeron una infraestructura renovada. La capacitación on line con incentivos económicos y contenidos actualizados y consultados con los diferentes actores del sector tuvo una amplia llegada al personal de salud. La elaboración de OSN Objetivos Sanitarios Nacionales y la implementación de metas asistenciales, promovieron un rol proactivo hacia los problemas críticos de salud.

El aporte de la comunidad científica nacional y en especial de la Udelar fue de gran importancia desarrollando tecnologías de diagnóstico, que permitieron al país contar con la cantidad necesaria de Tests en un momento de gran demanda mundial y dificultades para el acceso. La Udelar tuvo la capacidad de identificar las distintas cepas del SARS Cov 2 presentes en el territorio, su relación con las formas de ingreso del virus al país y su distribución geográfica. Desde las ciencias sociales y la psicología se promovieron una multiplicidad de conferencias, seminarios y debates sobre otras dimensiones de la pandemia y se produjeron muchos artículos al respecto. La conformación del Grupo Asesor Consultivo Honorario fue una decisión gubernamental importante que permitió generar un marco científico adecuado, asesorando cada etapa de la pandemia, evaluando escenarios posibles y generando propuestas y protocolos. Las decisiones siempre estuvieron a cargo del gobierno y en varios momentos se apartaron o fueron en dirección contraria a lo aconsejado por el GACH, en particular durante el año 2021.

En cuanto al desarrollo de las comunicaciones digitales, Uruguay es uno de los países con mayores avances en las TIC. El avance de las comunicaciones via internet se basó en grandes inversiones desde 2005 a 2019 del ente estatal ANTEL (un ejemplo fue la inversión para colocar

una amplia red de fibra óptica) y la digitalización de muchas actividades, así como diversas formas de gobierno digital. Programas como el Plan Ceibal dirigido a niños y adolescentes, Plan Ibirapitá en personas mayores, ampliaron el acceso digital de sectores con menos posibilidades en ese plano como niños, adolescentes y personas mayores de menores ingresos. Importa destacar aquí la actualización en materia tecnológica pero también la democratización en el acceso. Es así que el quintil de mayores ingresos tiene en un 99% acceso a internet, los quintiles 3 y 4 más del 90%, el quintil 2 más del 84% y en el quintil 1 de menores ingresos más del 70% de los hogares tiene internet. También en el sector salud se utilizan crecientemente los medios electrónicos (los registros digitales fueron empleados por 74% de las instituciones y 80% de los profesionales).

Distintas etapas de la pandemia

Según algunas opiniones hubo cuatro factores relacionados ⁴² que permiten analizar los efectos de la pandemia en su primera etapa : un relativo control de la pandemia, una participación responsable de la población, la rapidez de respuesta de los sectores involucrados y la colaboración entre el sector sanitario y el científico.

La sobrecarga del sistema de atención a la salud medida en cantidad de camas de CTI ocupadas en relación con la capacidad instalada se mantuvo en niveles relativamente bajos durante todo el período inicial . Sin embargo hay otros elementos que muestran el impacto del estrés acumulado durante el año en todo el sistema de salud en sus distintos niveles.

Como se señaló antes a partir de noviembre el escenario cambió, con un crecimiento exponencial del número de personas contagiadas y pérdida del nexo epidemiológico.

Diversos actores académicos, el GACH, los gremios de la salud, las organizaciones de usuarios alertaron sobre la necesidad de acciones que permitieran retomar el control de la pandemia. Las medidas adoptadas por el gobierno no fueron en esa dirección, sino por el contrario flexibilizaron las anteriores. El informe del GACH de febrero 2021 hace una adecuada caracterización de la evolución de la epidemia y jerarquiza la importancia de realizar un monitoreo de la situación desagregando indicadores por territorios (departamentos- municipios), convocando a la participación y el involucramiento de los actores técnicos y comunitarios locales. También plantea una estrategia de comunicación que fomente la adhesión informada y protagónica de la población. Es decir apuesta a un paradigma de intervención integral y rectificación del rumbo, potenciando la participación local.

42 Véase N. Bagattini, D. Dogmanas, L. Villalba, R. Bernardi (2020) *Atención en salud mental y covid-19: algunas respuestas iniciales en Uruguay* |Revista de Psiquiatría del Uruguay|Volumen 84 N° 2 Diciembre 2020|página 111 http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2021/01/04_TO04.pdf

La Unión Europea y los principales institutos responsables de la vigilancia epidemiológica señalan que una positividad superior al 4% (cantidad de test positivos en relación con la cantidad total de test) significa riesgo alto de transmisión del virus. Uruguay estuvo desde diciembre en cifras del 10% y llegó a superar el 24 % en abril. Estas mismas instituciones refieren un máximo de 20% de contagios sin nexo epidemiológico, y Uruguay supera el 50%.

La vacunación es un instrumento adecuado para mitigar los contagios y bajar la cantidad de cuadros graves y muertes en los grupos de riesgo. Sin embargo una visión exitista de los primeros meses de la pandemia llevaron a demoras e ineficiencias en las compras de vacunas, siendo Uruguay el último país de Latinoamérica en acceder a ellas, con momentos de gran incertidumbre sobre entregas, fechas y cantidades. Luego la vacunación se desarrolló rápidamente alcanzando un porcentaje alto de la población. La vacunación al 2 de mayo de 2021 alcanzó a 1,1 millón de personas con una dosis y 668 mil con dos dosis. En los sistemas de agenda se produjeron sobrecargas y colapsos que dificultaron el acceso de la población en particular de aquellas personas con menor manejo de las TIC, y agregaron una carga de estrés a la vacunación. Varios grupos de riesgo (cómo las personas entre 70 y 80 años) no fueron contemplados adecuadamente. La existencia previa de patologías que constituyen factores de riesgo para cuadros graves de Covid, no fue tomada en cuenta para la vacunación, aunque existen registros adecuados en las historias clínicas electrónicas que poseen las instituciones de salud.

Reduccionismo o integralidad

La orientación reduccionista con fuerte sesgo hospitalocéntrico, biomédico y asistencialista de abordaje de la pandemia y los debates con otros enfoques más integrales y descentralizados, que fueron referidos en el capítulo anterior, existieron a lo largo de todo el año y se profundizaron en el último tramo. El rol de las organizaciones sociales, del SMU, del PitCnt, de Onajpu, de Sociedades médicas como SUMEFAC y de nutricionistas como AUDYN, los movimientos de usuarios de la salud, fue importante en estos debates que se desarrollarán en otros capítulos de esta tesis. La subestimación de los problemas de salud no Covid, de la afectación de salud mental y de salud vincular, el debilitamiento del primer nivel de atención, la interrupción de programas de prevención y promoción, la no convocatoria a las instancias de participación social del SNIS, la lógica centralizadora en materia de vigilancia epidemiológica, forman parte de una estrategia predominante en esferas de gobierno. Este enfoque llevó al cierre de muchas policlínicas zonales (mas de 60 en Montevideo y área metropolitana a comienzos de la pandemia, 13 nuevos cierres en

el Dpto de San José en enero 2021) lo que generó cuestionamientos fuertes de los usuarios organizados y sociedades como SUMEFAC.

Como señalan varios de los actores sociales desde una perspectiva holística de salud pública era necesario apostar decididamente a garantizar la integralidad de la respuesta. Las condiciones económicas y sociales de las personas, han sido siempre un elemento fundamental en tanto determinantes que influyen sobre la situación sanitaria de la población. Mucho más en tiempos de pandemia donde la crisis sanitaria se vincula rápidamente con una crisis alimentaria, económica y social. Al mismo tiempo los factores sociales y económicos operan como facilitadores o como obstáculos del cumplimiento de las medidas ante la epidemia, ya que la vulnerabilidad aleja las posibilidades de cuidados adecuados.

Según estimaciones del Instituto de Economía de la Universidad de la República, en abril de 2020 la pobreza habría aumentado en tres puntos porcentuales (asumiendo un escenario de caída del PIB de 3,5%). Esto implica que entre 94.000 y 127.000 personas habrían caído por debajo de la línea de pobreza, en el primer mes de la pandemia, cifras confirmadas posteriormente por el INE.

Los efectos de la crisis económica y en particular la contracción de la actividad económica impactan de manera desigual a diversos sectores de la población. En tal sentido puede mencionarse que, en marzo de 2019 las mujeres eran el 36% de las personas en el seguro de desempleo, y pasaron a ser 46% en marzo de 2020. Las causas pueden ser varias pero debe tenerse en cuenta que la población femenina ha presentado históricamente peores indicadores que los varones en diversas dimensiones asociadas al mercado laboral. Por lo tanto la pandemia estaría agravando una situación ya previamente desigual e inequitativa. Además del mercado laboral remunerado el trabajo doméstico y los cuidados han recaído generalmente en las mujeres. Las personas sin empleo formal fueron las más afectadas por la crisis económica generada por la pandemia, así como las que perdieron sus empleos, las micro y pequeñas empresas que debieron cerrar o vieron sus ingresos drásticamente reducidos.

Al final del año 2020 el gasto final del Fondo Covid ha sido de 711 millones de dólares o sea 1.3% del PBI. Estos recursos se invirtieron en las medidas de apoyo social mencionadas, un refuerzo para el ASSE y el MSP y el subsidio al transporte interdepartamental para la implementación del aforo del 50% de los pasajeros.

De acuerdo a la experiencia internacional (CEPAL, FMI y Unión Europea) estos gastos están entre los niveles más bajos del continente y del mundo. El gasto específico en protección social llegó a

144 millones dólares, 0,26 % del PBI, 769 \$ por mes para cada persona apoyada (Olesker 2021). Un monto extremadamente exiguo.

El refuerzo para ASSE significó 2,5% de su presupuesto en plena pandemia y con 90 mil usuarios más que en 2019. Una vez más el monto fue completamente insuficiente.

El proyecto económico del gobierno tiene como eje el abatimiento del déficit fiscal y los resultados de 2020 muestran un leve aumento de 1,4 (4,8 a 6,2) que lo sitúa entre los más bajos del mundo. Mientras el promedio mundial en materia de déficit fiscal era 3,8% en 2019, aumentó 8 puntos en 2020 por la pandemia y llegó a 11,8. Para los países de ingreso medio como Uruguay el déficit aumentó 5,5% mientras aquí fue 1,4 %.

En la ley de presupuesto se estimaba que el gasto público primario aumentaría 0,7% y se incrementó solo en 0,4%. En 2020 los salarios reales y las jubilaciones disminuyeron 1.5% . En 2021 existirá una pérdida salarial mayor todavía a la de 2020. El descenso en el poder adquisitivo de trabajadores y jubilados tiene un impacto directo en las micro, pequeñas y medianas empresas que trabajan para el mercado interno, lo que redundará en más desempleo. La reducción del gasto público en 2020 estuvo centrada en la caída de la inversión pública (7,7%) con consecuencias significativas en el empleo.

Además del Fondo Covid el gobierno asignó 530 millones de dólares al Sistema de Garantías del Estado SIGA para respaldar los créditos otorgados en este período ante eventuales incumplimientos. Desde marzo 2020 el SIGA respaldó 18.482 préstamos que sumaron 718 millones de dólares. La presentación pública del MEF sumando Fondo Covid y SIGA fue muy cuestionada y también la inclusión en el Fondo Covid de la licencia de la construcción al inicio de la pandemia que fue un acuerdo con aportes de los trabajadores (un jornal de la licencia y uno del aguinaldo) y empresas del rubro (17 millones de dólares), donde el Estado aportará solo el 30%.

El cumplimiento de los objetivos fiscales previos a la pandemia es un indicador de las políticas del gobierno ante la crisis sanitaria y socio económica. No hubo modificaciones en los objetivos a partir del nuevo contexto y el componente fiscal fue priorizado por encima de una visión global de la economía y la protección social donde se tomaran en cuenta la producción, el empleo, el consumo, los ingresos y las diversas formas de sufrimiento social. Las ollas populares son indicadores de la grave situación alimentaria de decenas de miles de personas durante todo 2020 y comienzos de 2021.

Para la Asociación Nacional de Micro y Pequeña Empresa (ANMYPE) “El Estado uruguayo ha sido uno de los peores del mundo en cuanto a la inversión para el sostenimiento de la realidad socio-económica”⁴³.

El contexto internacional y regional y la ausencia de medidas de reactivación local hacen previsible una nueva caída del PBI del orden del 6% en 2021. El enfoque del gobierno va en dirección contraria a lo que se está haciendo en todo el mundo. El FMI señala en su monitor fiscal de enero de 2021, que el déficit fiscal del mundo en su conjunto pasó de un 3,8% del PIB en 2019 a un 11,8% en 2020.

En suma : mínimo aporte a los sectores más vulnerados, débil apoyo a las micro y pequeñas empresas, ningún aumento en la inversión pública, nuevos impuestos solo a funcionarios públicos y nada a la riqueza o el capital, con una inversión ante la pandemia de 1,5% del PBI, dejan como síntesis un Estado ausente ante la crisis económica y social .Los resultados fueron cien mil nuevos pobres, 65 mil de ellos mayores de 18 años, 80 mil en el interior del país, 60 mil empleos perdidos, caída del salario real, cierre de diez mil Mypes (micro y pequeñas empresas). Los anuncios oficiales proponen para 2021 una inversión total de 430 millones de dólares frente a los 452 de 2020 que ya eran muy insuficientes (Olesker 2021).

Por otro lado los impactos de la crisis multidimensional en los sectores mas vulnerables se expresaron también en los embarazos y nacimientos. Como ya se mencionó antes un estudio retrospectivo de cohorte transversal hizo un análisis comparativo entre los nacimientos registrados en la maternidad del hospital Pereira Rossell del 15 de marzo al 30 de setiembre de 2019 y el mismo período de 2020. En esta investigación se consideraron tres variables de los recién nacidos: bajo peso al nacer (peso menor a 2,5 kilos), parto prematuro (anteriores a la semana 37 de gestación) y pequeño para la edad gestacional (peso inferior al del percentil 10), y los resultados fueron un aumento significativo en las tres variables.

Aspectos de un abordaje integral

Hay varios elementos que deben tenerse en cuenta para un abordaje integral de la pandemia.

a) **Los problemas de salud mental** asociados a la pandemia, el miedo, la incertidumbre, la ansiedad, la depresión, se suman a una situación anterior grave donde los suicidios alcanzaban una de las mayores cifras de América Latina. En las personas mayores la soledad es un problema importante. Nada de esto puede dejarse de lado en aras del Covid, por el contrario se precisan

43 <https://ladiaria.com.uy/articulo/2021/2/el-presidente-de-anmype-dijo-que-el-estado-uruguayo-ha-sido-uno-de-los-peores-del-mundo-en-el-sostenimiento-de-la-realidad-socio-economica/>

programas, líneas de acción, intervenciones, desde el sistema de salud y también desde la comunidad. No son problemas o padecimientos individuales, secundarios, daños colaterales, que se arreglarán o no con el tiempo. Son temas graves y deben motivar acciones conscientes y organizadas de los servicios de salud y de otros muchos actores.

b) La crisis alimentaria generada por la pandemia continuó en el país incrementando los problemas de malnutrición por déficit y por exceso. En 2021 todavía hay decenas de miles de personas que deben comer en las Ollas Populares y sigue sin haber una respuesta institucional adecuada para resolver este aspecto de la emergencia. Son los sectores populares quienes están respondiendo ante una omisión muy relevante del Estado. Por otro lado sigue pesando mucho la “comida chatarra” en la alimentación y ese exceso de azúcares, sodio y grasas se traduce en hipertensión, diabetes, sobrepeso y obesidad. Como destacamos antes, estas enfermedades son factores de agravamiento de los cuadros Covid y también determinantes de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y cáncer. Es decir inciden en las principales causas de enfermedad y muerte en Uruguay. En lugar de avanzar fuertemente en este plano, el gobierno modificó a último momento el decreto de etiquetado por excesos flexibilizando los límites para disminuir los hexágonos de advertencia, sin ningún fundamento científico. Es decir se retrocedió en un problema grave de salud, que la pandemia incrementó.

c) Los problemas de salud no Covid requieren políticas de prevención y promoción y su suspensión durante la pandemia tendrá efectos negativos importantes. Es necesario un plan de contingencia para hacer los controles no realizados de cáncer (mamografías, PAP, fecatest, etc.) y problemas cardiovasculares durante este período. En los estudios de detección temprana del cáncer se constató de marzo a diciembre de 2020 una reducción de 44% en los PAP, 41% Mamografías 45% en test de sangre oculta, 28% en las primeras consultas oncológicas, respecto al mismo período de 2019. Las personas mayores requieren controles periódicos que no se han hecho. El control de las embarazadas y la primera infancia debe volver a reforzarse. El aumento de la prematurez, bajo peso al nacer y retraso de talla en relación con la edad, en los nacimientos del H.Pereira Rossell, señalan la punta del iceberg de lo que no se está haciendo en los territorios para cuidar a madres e hijos.

Jerarquizar el primer nivel de atención como escenario privilegiado para estas estrategias de prevención y atención esencial, es lo contrario al cierre de policlínicas y al repliegue del sistema de salud en los territorios. No existen respuestas locales que se apoyen en las fortalezas sociales e

institucionales de los distintos territorios o municipios. Los gobiernos locales (municipales y departamentales), las organizaciones comunitarias, los movimientos de usuarios, las organizaciones de trabajadores, de jubilados y pensionistas y una cantidad de otros colectivos, son actores de primera línea en estos procesos, que no están siendo incorporados en las políticas nacionales ante la crisis.

d) Los vínculos sociales y afectivos, la subjetividad, son elementos centrales para la salud. Las afectaciones en la salud mental que mencionamos antes son el resultado muchas veces de lesiones o fracturas de esos vínculos. También la violencia doméstica, la violencia de género y generaciones la violencia patriarcal en todas sus formas golpean los vínculos. El aislamiento y la soledad, el individualismo exacerbado, el egoísmo y la competencia, el afán de consumir como objetivo vital, cuestionan esos vínculos imprescindibles con los demás. Al mismo tiempo la solidaridad, “formar parte de”, la amistad, el amor en su diversidad, sentirse útil para los demás, los ideales y valores compartidos, refuerzan los vínculos y le dan sentido a la vida.

Una cierta mirada de la pandemia apuesta al quietismo y la parálisis de las personas (y más aún las personas mayores) con argumentos sanitarios. Confunden distanciamiento físico con distanciamiento social. Critican las movilizaciones sociales por el riesgo de contagio y dejan pasar aglomeraciones de otros tipos, reprimen a los jóvenes que se juntan en alguna plaza y son permisivos con situaciones laborales de incumplimiento total de protocolos de cuidado o fiestas de personas ricas.

La pasividad no es buena para la salud en ninguna de sus dimensiones, ni en relación con la pandemia ni con respecto a todos los demás problemas. La promoción de la salud es más que la prevención de la enfermedad y tiene todos esos componentes de proactividad, de acción colectiva, de cuidado mutuo, de construir estilos de vida saludables y condiciones adecuadas a ese fin.

La promoción de salud implica el fortalecimiento de los vínculos entre las personas. Los lazos familiares, barriales, sociales, culturales o comunitarios, son factores imprescindibles a cultivar, construir, hacer perdurar.

Por eso la continuidad, el enriquecimiento, la ampliación de los vínculos sociales es un objetivo prioritario para la salud. Más que nunca en esta crisis pandémica y social.

Agravamiento y vacunación

La ausencia de medidas adecuadas desde noviembre de 2020 permitió que la pandemia creciera exponencialmente, se saliera de control y supere en varios momentos los 3000 casos diarios. Las medidas adoptadas en marzo y abril de 2021 fueron tardías y muy insuficientes.

Uruguay pasó de ser un ejemplo en el control de la pandemia en los primeros meses de 2020 a estar primero en el mundo con mayor cantidad de contagios nuevos y en muertes por millón de habitantes. La cantidad de personas internadas en CTI y fallecidos aumentó drásticamente. En todo el año 2020 hubo 181 fallecimientos, en los tres primeros meses de 2021 llegó a 974 y ya supera largamente los tres mil.

La vacunación, aunque comenzó tarde y tuvo grandes problemas con la agenda centralizada, avanzó rápidamente. Ese es un hecho muy positivo, pero no resolvió el aumento de los contagios y de los casos graves en esta etapa. La larga experiencia del Plan Nacional de Inmunizaciones, el personal capacitado y la adhesión de la población permitieron vacunar masivamente. A pesar de cierta prédica contra las vacunas en general y contra la Covid en particular, la población confió en el sistema científico nacional y las instituciones gubernamentales y académicas que promovieron la vacunación con las vacunas disponibles.

Las recomendaciones del GACH el 7 de febrero 2021 para disminuir la cantidad de contagios, que se convirtieron en una referencia de lo que habría que hacer y no se hace.

Las respuestas del gobierno y sus apoyos ante este agravamiento de la pandemia fueron el silencio, la omisión o el ataque a quienes como el SMU alertaron frente a la situación e hicieron propuestas de salida.

En este difícil contexto se creó una amplísima articulación de actores científicos y académicos, de incuestionable capacidad y solidez en el diagnóstico y las propuestas. Sus pronunciamientos del 22, 27 y 31 de marzo de 2021 definen muy bien la situación crítica del país y sus salidas posibles.

El 22 de marzo esta gran conjunción de organizaciones vinculadas a la salud planteó su profunda preocupación ante la grave situación de incremento incontrolable de casos. Para evitar más muertes, casos graves y saturación de los servicios de salud reclamaron la adopción de medidas que reduzcan la movilidad como se hizo en marzo 2020 por tres semanas al menos, en todas las áreas no esenciales. Propusieron pasar a teletrabajo en todos los lugares privados y públicos donde sea posible, así como educación virtual por tres semanas. Para hacer posible esta suspensión transitoria de actividades plantean acompañar las acciones sanitarias con medidas económicas que apoyen a

la población en mayor situación de vulnerabilidad y a la afectada directamente por esta detención de la labor.

Al mismo tiempo apoyan la profundización de la vacunación masiva y continuar con la mejora en los sistemas de agendas. Reclaman asimismo mejorar la accesibilidad y rapidez de procesamiento de testeos. El desborde que ya está sufriendo el sistema de salud está determinando dificultades para hacer los hisopados y tener los resultados en tiempos adecuados. Además de afectar la calidad de la atención estas demoras complican la posibilidad de realizar las medidas de cuarentena en casos de brotes. La capacidad de testeo fue un factor clave para controlar la epidemia en sus primeros meses.

Por último exhortan a la población a no realizar reuniones, evitar aglomeraciones y disminuir al máximo la movilidad no indispensable.

Firmaron esta declaración el Sindicato Médico del Uruguay, las Facultades de Medicina.

Enfermería y Psicología, la Escuela de Nutrición, la de Tecnología Médica, Programa APEX, Instituto Pasteur, GUIAD-COVID 19, Asociación Odontológica y la Coordinadora de Psicólogos. También las Sociedades de Pediatría, de Medicina Familiar y Comunitaria, Cardiología, Medicina Interna, Nefrología, Reumatología, Dermatología, Gerontología y Geriatria, Hematología, Emergencia Pediátrica, Gastroenterología, Infectología Clínica, Psiquiatría, Neonatología, Neurología, Rehabilitación y Medicina Física, Neumología, Salud Colectiva, Medicina del Trabajo, Oncología, Radiología, Cuidados Paliativos, Médicos Toxicólogos, Endocrinología, Hemoterapia y Psicología Médica del Uruguay.

A pesar de la claridad y contundencia de los argumentos planteados y la amplitud de los respaldos no hubo respuestas gubernamentales y la situación continuó agravándose.

Pocos días después, el 27 de marzo 2021 este abanico de organizaciones (a las que sumaron la Federación Médica del Interior, el Sindicato Anestésico Quirúrgico, la Asociación de Dietistas y Nutricionistas, la Asociación de Química y Farmacia, la Sociedad de Neuropediatría y otros) formuló una “Solicitud urgente al gobierno y a la población” por la saturación del sistema de salud. Informaron que el alto número de casos de COVID 19 determina la saturación de camas de CTI, así como saturación de equipos de atención ambulatoria y testeos, puertas de emergencia y camas en hospitales y mutualistas tanto en Montevideo como en el Interior del país. Existe una gran cantidad de trabajadores de la salud en cuarentena y cursando la infección. En ese sentido estas organizaciones hacen un llamado al gobierno a que tome medidas efectivas para disminuir la movilidad y el contacto, y a toda la población a extremar los cuidados y a vacunarse. Advierten

sobre la catástrofe sanitaria inminente que requiere reducir la movilidad a su mínima expresión y la suspensión de toda actividad no esencial.

Las respuestas desde el Poder Ejecutivo continuaron en la línea de minimizar la situación, desmentirla o atacar políticamente al SMU, a pesar de que los pronunciamientos tenían el respaldo de casi 40 organizaciones. El Pit Cnt emitió un comunicado respaldando el pronunciamiento de las sociedades científicas y la academia.

El 31 de marzo 2021 una nueva declaración ratifica el espacio intersectorial e interdisciplinario de organizaciones del Comité de Emergencia y reafirma conceptualmente las declaraciones del 22 y del 27 de marzo en el sentido de extremar cuidados en la población, disminuir la movilidad, y fomentar la vacunación de la población. Todos estos colectivos informan a la población general para que proteja su salud, y propician el cuidado de los equipos de salud, quienes están trabajando con extrema tensión laboral y emocional en todos los niveles asistenciales. Cada vez más vienen padeciendo la enfermedad y muertes por COVID 19.

La Red de Municipios y Comunidades Saludables continuó funcionando en enero, febrero y marzo realizando el 8 de abril el primer Taller Abierto del año 2021, iniciando así un tercer ciclo de talleres. La temática abordada fue “¿Cómo debe ser la atención a la Salud en 2021?” con exposiciones de especialistas en las Enfermedades Crónicas, los embarazos, nacimientos y primera infancia, la salud mental, además de la situación de la Covid 19. Participaron también representantes de organizaciones de usuarios y gobiernos locales. Con esa pluralidad de enfoques se procuró compartir un análisis integral de la crítica situación sanitaria y de las perspectivas. El énfasis fue colocado en la participación comunitaria y el rol de las organizaciones sociales en la defensa de la salud.

En abril un movimiento amplio de personalidades de muy variada procedencia (eclesiásticos, periodistas, científicos, profesionales, sindicalistas, políticos) convocaron a un Dialogo por la Vida, para encontrar puntos de acuerdo para superar la situación crítica y tomar medidas que cambien el rumbo de la epidemia. Tampoco ante esta iniciativa hubo respuestas por parte del gobierno.

XI PANDEMIA Y ACCIÓN COLECTIVA

En Uruguay un elemento relevante de la participación de las organizaciones sociales de usuarios y trabajadores (profesionales y no profesionales) es su incidencia en los debates generales del sector salud, su capacidad de crítica y de propuesta, su disposición a movilizarse en pos de objetivos globales del sector, su rol en la escena nacional.

Esta dimensión de la participación no se contrapone a la labor en la base territorial o en la interna de las instituciones de salud o por asociaciones de pacientes con determinadas patologías. Por el contrario es difícil que la labor en la base pueda sobrepasar los límites que establecen las relaciones de poder establecidas sin una mayor incidencia en la escena nacional. El accionar de cada organización en su campo específico y su rol en la escena política nacional son dos planos de la participación a considerar, por separado y en su interacción. En ambos hay fortalezas y debilidades.

En plena pandemia del COVID, con fuertes restricciones a las reuniones presenciales, con una presencia central del gobierno a través de Conferencias de Prensa diarias, las organizaciones sociales de los usuarios fueron capaces de señalar problemas, cuestionar decisiones institucionales, elaborar propuestas y generar los ámbitos de diálogo con las autoridades para que su opinión fuera tenida en cuenta. Salieron a la opinión pública a expresar reclamos muy fundamentados y en varios casos obtuvieron respuestas positivas y correcciones a los problemas denunciados.

Sentimientos que desencadenó la pandemia

La Covid produjo a nivel general sentimientos de incertidumbre, miedo, inseguridad, soledad, preocupación, ansiedad. En primer lugar relacionados con la salud propia y de familiares; en segundo lugar con la subsistencia económica, el empleo, la alimentación, en tercer término con los vínculos sociales y el futuro. Instaló una parálisis recomendada fuertemente con argumentos sanitarios, muy vinculada con el confinamiento pero también con la sensación colectiva que no se podía hacer mucho en otros planos de la sociedad. En lo sanitario las medidas prescriptas fueron evitar el contagio y esperar la vacuna. En el discurso predominante esto se traduce en la postergación de todas las demás temáticas y en una fuerte indicación a las personas de quedarse quietas. Como ya fue analizado es muy expresiva la idea fuerza del “distanciamiento social” para referirse a la distancia física entre las personas fuera de su hogar.

En grupos específicos como las personas mayores de 65 años esta situación agravó el estereotipo de “pasividad” que la sociedad promueve hacia esta población y que se internaliza fácilmente. A pesar de que estrictamente no es la edad el principal factor de riesgo sino las patologías previas que las personas hayan sufrido.

La concentración de la comunicación pública en el nuevo gobierno con un mecanismo de conferencias de prensa diarias le otorgó un enorme poder mediático, sumado al vínculo privilegiado con los propietarios de los grandes medios.

La proliferación de noticias sobre la Covid a través de medios tradicionales y redes no generó mejor información sino que produjo saturación, incertidumbre, miedos, y promovió en las personas un rol pasivo de receptores.

Al mismo tiempo la comunicación via web ofreció mayores posibilidades de contacto, información e intercambio entre personas alejadas geográficamente dentro y fuera del país. Ese es un efecto a valorar para las prácticas colectivas. Un tema fundamental para la acción social y política es la posibilidad de razonar, de analizar las informaciones recibidas, para promover reflexiones críticas y conductas pro activas. La comunicación unidireccional de emisor a receptor, casi monotemática en un núcleo como la COVID asociado al miedo, opera fuertemente contra la acción social y política como práctica colectiva.

Se ha dicho bien que la pandemia agravó muchos de los problemas y desigualdades que ya existían. En el campo de la política profundizó lógicas de concentración del poder y debilitó la participación ciudadana.

Sin embargo hay “efectos pandemia” que van en una dirección contraria a los mencionados. El escenario de pandemia desencadenó también respuestas solidarias muy importantes (una explosión de solidaridad) a través de Ollas Populares, canastas de alimentos, apoyos psicológicos gratuitos y otras. Estas respuestas solidarias fueron sorprendentemente rápidas y extendidas. Su creación fue posible por fortalezas previas del entramado social. Como muestra “Solidaridad.uy” las ollas populares se sostuvieron en el tiempo, aún con dificultades dado el escaso apoyo estatal, pero además coordinaron entre ellas y con la Intersocial, se vincularon con emprendimientos de huertas comunitarias y familiares y otras acciones comunitarias. Las coordinaciones de Ollas y la propia Intersocial son fenómenos destacables, expresión de valores solidarios y de un fuerte sentimiento de unidad que caracteriza a los sectores populares uruguayos.

El surgimiento de respuestas solidarias tanto a nivel local como general, es un elemento a destacar como proceso societario y como respuesta ante la crisis. No fueron solo iniciativas aisladas. Surgió asimismo una página web “Solidaridad.uy” que recoge y colectiviza la información sobre las Ollas en todo el país, apoyando además con el suministro de alimentos para las mismas. Esta página

se crea por iniciativa de universitarios de Facultad de Ingeniería y otros centros de estudio, con la colaboración de organizaciones sociales como el SMU y la AUDYN. Ese tipo de alianzas son importantes en Uruguay, para el desarrollo de la participación social y el enriquecimiento de la democracia. Son intervenciones valiosas por sus contenidos y los valores que contribuyen a construir. Además son respuestas inmediatas a la emergencia alimentaria que golpea duramente a algunos sectores. En Uruguay estas acciones son muy valorables ante la insuficiencia total de las medidas adoptadas por el gobierno nacional para evitar el agravamiento de la situación social.

Comunidades en movimiento

Las personas no son solo pacientes y las comunidades no son conjuntos de pacientes sino protagonistas de su salud, también en el caso de la epidemia. Más allá del cumplimiento efectivo de las medidas resueltas por la autoridad sanitaria o las indicaciones de técnicos y científicos, hay una dimensión clave que es el autocuidado y el mutuo cuidado, la solidaridad, la prevención en y desde la comunidad. En Uruguay hay una cantidad de organizaciones y colectivos, Redes de Adultos Mayores, Redes de Salud, que conforman comunidades. Los actores locales, las coordinaciones intersectoriales en el territorio, son necesarios para una política integral de Salud. La creación de un entramado social activo no es un resultado espontáneo sino producto de múltiples experiencias y aprendizajes. En ese sentido la recién creada Red de Municipios y Comunidades Saludables llevó adelante un conjunto importante de acciones en este corto período (Red MCS ver página web: <http://redmunicipioscomunidadesaludables.com/>).

La estrategia de Municipios y Comunidades Saludables

La estrategia de MCS tiene un predicamento relativamente importante a nivel de OPS OMS. Da continuidad y operacionaliza algunas definiciones fundamentales de la Declaración de Alma Ata sobre el derecho de los pueblos a decidir respecto a su salud, participando en la elaboración y puesta en práctica de acciones intersectoriales.

Esto implica varios elementos interesantes en términos de acción colectiva, social y política en un sentido amplio:

a) Los protagonistas principales no son solo los servicios médicos, no se concentran en el segundo y tercer nivel de atención, no piensan la tecnología compleja vinculada al diagnóstico y terapéutica como las llaves fundamentales de la salud. El mensaje implícito se distancia del estereotipo: “quédese tranquilo que nosotros lo vamos a curar”, tan fuerte en el modelo bio médico.

b) El gobierno nacional no es el único ni principal actor, ni decisor inapelable, y se jerarquiza el rol de los gobiernos locales (municipales y departamentales). La dimensión territorial adquiere más fuerza con consecuencias en varios planos de la salud.

c) La salud se piensa desde una mirada intersectorial centrada en sus determinantes sociales, económicos y culturales, que no se conciben como algo dado, inamovible, sino como factores transformables. La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son enfatizadas en este enfoque, que cuestiona las condiciones de vida y los hábitos que producen los problemas o también la protección de la salud.

d) Las comunidades, es decir los colectivos sociales, son protagonistas de primera línea en esta estrategia, su saber es valorado, su accionar es requerido y sus intereses pesan más que en otras estrategias o diseños. Este rol va más allá de formular demandas a las autoridades para que resuelvan los problemas. Implica involucrarse en el diagnóstico, en la elaboración e implementación de las soluciones. Supone una evaluación participativa de los pasos que se van dando y la retroalimentación hacia nuevas etapas y acciones.

e) La construcción de alianzas amplias es la clave de la estrategia MCS, acuerdos entre sectores heterogéneos, que tienen intereses en común (y también diferentes). Se trata de un abanico de organizaciones sociales del territorio, gobiernos locales, servicios nacionales, junto con la Udelar y la colaboración técnica de organismos como la OPS/OMS, FAO, PNUD.

f) El diálogo de saberes es un elemento decisivo en esta estrategia. La academia, en el caso uruguayo, la Udelar, a través de mecanismos de extensión, de investigación/acción/participación, de docencia en territorio, contribuye y puede contribuir mucho más con sus conocimientos y aprender de los saberes de los demás actores. En particular los protagonistas de la comunidad tienen saberes y capacidades insustituibles y los gobiernos locales también. Este diálogo de saberes supone asimismo la construcción de nuevos conocimientos, su apropiación democrática por parte de los actores locales y su traducción en prácticas transformadoras de su medio.

La puesta en práctica de estas potencialidades enfrenta muchas dificultades de distinto tipo.

Algunos de esos obstáculos están relacionados con las correlaciones de fuerza y las hegemonías culturales existentes, los intereses que predominan, el peso del modelo biomédico y la industria internacional de la salud (medicamentos y tecnologías). Otras dificultades tienen que ver con las debilidades del entramado social, sus contradicciones, divisiones, las historias distintas y a veces divergentes, la dependencia del Estado, la existencia de lógicas clientelares, los micropoderes entronizados en las organizaciones, las lógicas sectarias, entre otros factores. Como sucedió con la APS, la estrategia MCS puede asimismo ser utilizada con otros fines y convertirse en formas de trasladar la responsabilidad a actores sociales o instituciones locales al mismo tiempo que no se les

dan los recursos necesarios. Un elemento clave a valorar es si se ponen en cuestión las estructuras que reproducen las desigualdades y afectan las condiciones de vida y salud.

Antecedentes en Uruguay

Un documento importante y poco conocido del MSP (2006) con apoyo de la OPS desarrolla la estrategia de Comunidades Productivas y Saludables. Recoge explícitamente los aportes del 1er Taller Nacional de Comunidades Productivas y Saludables realizado el 16 de diciembre de 2005, con participación de directores departamentales de salud del MSP, directores de salud de distintas intendencias, responsables de programas prioritarios de salud e integrantes de OPS. El documento fue redactado por Jorge Papadópulos y Susana Dornell con la colaboración de varios directores de salud (entre ellos el autor de esta tesis).

El MSP reafirma aquí que la estrategia de “Comunidades Productivas y Saludables” tiene como marco una concepción de la salud que privilegia la promoción y prevención a nivel poblacional, reconociendo el territorio y las comunidades como un espacio central para incidir en el desarrollo sustentable. Potenciar la participación a nivel comunitario es clave para el desarrollo de las políticas públicas que definen la salud como un derecho esencial a conquistar. El involucramiento ciudadano es imprescindible para mejorar la calidad de vida de la población. Esta concepción de la salud implica trascender al individuo como beneficiario de políticas, como objeto de acciones para considerarlo inter-actuando y construyendo hechos concretos, es decir, como sujeto de gestión en un contexto familiar y comunitario. Esta iniciativa trasciende ampliamente la esfera específica de la salud para construir un anclaje territorial e intersectorial.

El documento se refiere a los antecedentes de las políticas de Comunidades Saludables en América Latina, mencionando ejemplos en Colombia y Argentina en la década de los 90 y en Uruguay a fines de esa década. En 1997 la Dirección General de la Salud del MSP comienza a delinear acciones en esa dirección (MSP OPS 1997) conformando una Coordinación Nacional donde se discute el marco teórico y se promueven experiencias en los departamentos de Tacuarembó y Durazno. En 1997 se llevaron a cabo las Primeras Jornadas de Municipios y Comunidades Saludables en Tacuarembó. En 1998 las actividades de difusión de la Estrategia Nacional permiten la realización del Primer Seminario Taller “Municipios y Comunidades Saludables” y un taller con el mismo nombre en Durazno. Ese año la OPS reconoce como Comunidad Saludable al departamento de Tacuarembó.

La Estrategia Nacional definida a fines de los años 90 tenía como ejes: la creación de organismos de apoyo intersectorial y de los distintos representantes de la sociedad civil en Promoción de Salud; la capacitación de los mismos; la formulación de un Plan Estratégico a nivel nacional, la elaboración

de proyectos específicos para mejorar las condiciones locales de salud, educación, vivienda, empleo, alimentación, recreación, medio ambiente y transporte. El enlace entre las dimensiones saludable y productiva es un concepto relevante en esta estrategia.

Cabe señalar que no han quedado evaluaciones de impacto de estas experiencias, mas allá de la firma del documento donde la autoridad sanitaria “reconoce” a determinado territorio como Comunidad Saludable. Como plantea el documento MSP DIGESA en 2006 se avanzó en general en el diagnóstico y diseño de líneas de acción pero hubo un rezago en la implementación local de las mismas.

El MSP-DIGESA (2006) explicita la diferencia entre proyectos, programas, estrategias y la construcción de una política pública planteando como desafío en este caso comenzar con un proyecto para finalizar en una política pública. Especifica la necesidad de recursos institucionales, materiales, humanos y financieros que den sustentabilidad a la política pública en el largo plazo. “No existe política pública sin recursos” enfatiza. Propone crear los consensos para ir conformando una política intersectorial con un Fondo propio, con aportes económicos de múltiples organismos. Se trata de pasar de una noción individualista de los derechos y deberes a una noción colectivista y comunitaria, salir de modelos donde el mercado es quién asigna los recursos y el Estado compensa a quienes no pueden adquirir esos bienes, generando así “políticas para pobres”, generalmente de mala calidad. Cuestiona también la construcción corporativista del bienestar donde los beneficiarios son algunas categorías ocupacionales con vínculos privilegiados con el Estado y quedan al margen las personas que están fuera del mercado formal de empleo. Se destacan los conceptos más amplios del bienestar y el desarrollo, la participación, la cooperación y la confianza inter personal para construir los derechos. La perspectiva comunitarista agrega la dimensión territorial a las políticas públicas, contemplando las diferencias con una mirada inclusiva. Dos elementos destacados de esta estrategia son minimizar la exposición a factores de riesgo promoviendo hábitos saludables y crear las condiciones socio-económicas y ambientales para reducir esa exposición a riesgos (MSP-DIGESA 2006).

“No es posible (o al menos es muy dificultoso) mejorar las condiciones sanitarias de una comunidad sin mejorar concomitantemente las condiciones socio económicas de la misma” (MSP-DIGESA 2006 pp17).

Mientras el MSP actúa como garante de los derechos sanitarios a través de programas de salud, la estrategia general procuró potenciarse a partir de programas de desarrollo productivo territorializados.

Desde la conceptualización de los problemas individuales (en su mayoría) como problemas sociales, el documento plantea la creación de valor por dos actividades paralelas: la búsqueda de

soluciones concretas a las necesidades de las comunidades y el desarrollo de estrategias deliberativas y de concertación comunitaria. De esta forma se promueve involucrar a las comunidades en la resolución de los problemas. En particular en la definición de una agenda de prioridades y las mejoras formas de intervenir, el control y el monitoreo de las acciones. Ésta no ha sido la forma tradicional de construcción de políticas públicas. Hay un énfasis puesto en la creación de los individuos y las comunidades como sujetos de derechos, autónomos y capaces de construir concientemente sus condiciones materiales y simbólicas de vida.

Las tres fases propuestas para generar una política pública de Comunidades Productivas y Saludables son: a) la selección acotada de las primeras experiencias por la preexistencia del capital social local. Las “experiencias piloto” tomarán en cuenta antecedentes con niveles avanzados en factores como la descentralización, la intersectorialidad, los liderazgos locales, la negociación, concertación y consensos locales, la sensibilización y la comunicación, las oportunidades productivas, las identidades locales. La participación es considerada un derecho y un deber de cada uno de los actores individuales y colectivos.

b) Sistematización, evaluación y visibilización de las lecciones aprendidas y las buenas prácticas. A partir de la evaluación de cada experiencia concreta se plantea crear un Sistema de Acreditación para las Comunidades que den señales de mejora de su calidad de vida, a partir de distintas acreditaciones parciales, como estímulos por vía de reconocimientos formales. “Las experiencias piloto solo pueden contribuir a la formación de políticas si tanto objetivos y medios de intervención son objeto de reconocimiento público y acuerdos duraderos”. En ese campo la evaluación cumple un rol esencialmente político. Un plan de visibilidad es un elemento de legitimación que contribuye a la replicabilidad y continuidad de las experiencias acumuladas.

c) Consolidación de la política de promoción de salud basada en Comunidades Saludables y Productivas. Es una política de alcance nacional e implementación local. Por lo tanto a la fase inicial de experiencias con capital social preexistente deben seguir otras en contextos más adversos, generalizando paulatinamente con retroalimentación a través de la evaluación y el plan de visibilidad de la misma. Un modelo de intervención flexible con un rediseño permanente se basa en un diagnóstico confiable y participativo del territorio tanto en salud como en lo productivo. En esta tercer fase se apuesta a definir unidades territoriales que compartan problemáticas sanitarias y productivas. La participación local tiene elementos que involucran lo institucional, lo productivo, la dimensión intersectorial, los procesos de construcción de identidad (MSP DIGESA 2006).

ci)

Red de Municipios y Comunidades Saludables

En Uruguay el MSP promovió la estrategia MCS, durante los últimos gobiernos hasta el final de su mandato en marzo de 2020. Esto se tradujo sobre todo en intercambios con varios gobiernos municipales y la firma de cada uno de ellos y el MSP de un documento o compromiso de trabajo que los reconocía como Municipios Saludables.

A nivel del Municipio A de Montevideo el gobierno local conformó en 2019 un Grupo de Trabajo de MCS que además de la firma del documento generó una línea de trabajo sostenido con acciones que incluyeron la creación de una Mesa Coordinadora, la realización un encuentro amplio de puesta en común de las distintas experiencias comunitarias de la zona y una Feria de Salud. Esas fortalezas acumuladas permitieron un accionar importante durante el 2020 y 2021 en contextos de pandemia.

La riqueza en las experiencias de distintos territorios y comunidades, pero también la constatación de su dispersión, fragmentación e invisibilización, llevaron a la idea de crear una Red de Municipios y Comunidades Saludables. Las conversaciones con este objetivo se desarrollaron desde fines de 2019 y comienzos del 2020 entre varios municipios de Montevideo (A,B, C, F y G), ONAJPU, Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud, Organización de Usuarios de Salud del Cerro, División Salud de la Intendencia de Montevideo y la de Canelones, Asoc. De Nutricionistas, entre otros. También el proyecto Udelar CSIC “Descentralización y Promoción de Salud. Integrando la trama local a los cuidados” con equipos de Facultad de Medicina, Ciencias Sociales y Enfermería.

El Encuentro fundacional de la Red estaba planificado para el 31 de marzo, pero la pandemia cambió esos planes y la realidad del país. Puestos en la disyuntiva de postergar y esperar tiempos mejores, o adaptarse a la nueva situación manteniendo el impulso inicial, los colectivos e instituciones resolvieron multiplicar las acciones utilizando las herramientas de comunicación web. Es así que se generó un funcionamiento regular de la Red MCS y se organizaron varias iniciativas. Paradójicamente se realizaron más reuniones y acciones que las previsibles en un contexto normal. En particular los Talleres Abiertos de la Red MCS con temas priorizados en conjunto, obtuvieron una amplia convocatoria y generaron una gran riqueza de intercambios. Además de los Talleres la Red MCS realizó un Curso de Animadores de Redes Comunitarias que permitió la elaboración de 6 proyectos de acción comunitaria, puso en marcha una Página Web, un Canal de You-Tube y apoyó varias iniciativas de las organizaciones integrantes.

Desde el 23 de abril al 29 de octubre la Red MCS realizó 16 talleres abiertos con el apoyo del zoom del Instituto de Higiene de Facultad de Medicina. Alrededor de 2500 personas participaron por esta vía a los talleres con un promedio de 160 personas por taller. Los temas fueron acordados en las reuniones de la Red recogiendo las preocupaciones y prioridades de los colectivos que la integran. La variedad de temas y su vínculo con la situación sanitaria en contexto de pandemia puede ser considerado como un ejemplo de integralidad en el abordaje de la misma. En lugar de reducir los problemas a una sola patología y abordarla solo desde la atención técnica específica se promovió la discusión y el aprendizaje sobre temas importantes priorizados en conjunto. Es así que se hicieron talleres sobre *Salud Mental en tiempos de Coronavirus*, sobre *Suicidios y los dilemas de la prevención*, sobre *Drogas y el abordaje comunitario de los consumos problemáticos*. Temas relevantes como la *Seguridad y Soberanía Alimentarias*, *Violencias Patriarcales*, *Cuidados*, *Discapacidades* y la *Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes*, fueron abordados a lo largo del año. Las *Personas Mayores* (sus Redes, su participación y ejercicio de derechos), la *Primera Infancia* y las *Adolescencias*, también motivaron talleres abiertos con aportes valiosos de la academia y la comunidad. La atención a la salud fue encarada con globalidad en talleres sobre la situación de los trabajadores de la salud en la jornada *Entre aplausos, miedos y violencias*, así como en instancias sobre *Primer Nivel de Atención* y también *Problemas Críticos de Salud*. Se buscó una reflexión prospectiva en el taller *Después del Covid, reconstruyendo la trama social*, donde los componentes sanitarios se vincularon con los aspectos económicos, sociales y culturales⁴⁴. La idea fuerza fue promover el entramado social y el accionar colectivo de las personas, las organizaciones sociales, las comunidades y los gobiernos locales para construir una salud mejor, desde la combinación del conocimiento científico y el saber comunitario. Desde una perspectiva de investigación-acción-participación hay herramientas utilizadas que merecen destacarse :

- a) Metodologías participativas, que evitaron el formato de conferencias magistrales y optaron por exposiciones disparadoras, intercambios en subgrupos, puesta en común y discusión en plenaria.
- b) En los expositores se combinaron el saber académico, las experiencias comunitarias y la gestión de políticas públicas. Esa diversidad de miradas complementarias y la calidad de los expositores aportaron riqueza a los intercambios.
- c) Los talleres no se limitaron al evento en sí, sino que se ampliaron instrumentos para recoger opiniones incluyendo el formulario de inscripción, preguntas previas a los inscriptos, Chat, formulario de evaluación del Taller y Foros de la página Web.

44 Ver en canal de You-Tube https://www.youtube.com/channel/UC0jE-fNJH-sQ1_8OiCMWcBw/featured
<http://redmunicipioscomunidadesaludables.com/>

- d) La utilización de herramientas web y la amplitud de la convocatoria permitió la participación de personas y colectivos de muy distintos lugares del país. También participaron expositores y asistentes de otros países de Iberoamérica (Colombia, Argentina, Ecuador, México, España, Perú).
- e) Formación de tutores y coordinadores. Se promovió que personas con experiencia de los distintos colectivos realizaran un pre-curso para tutores brindado por el área de educación permanente de Facultad de Medicina. Estas personas coordinaron los subgrupos en los Talleres y participaron u orientaron la elaboración de proyectos comunitarios en el Curso de Animadores de Redes Comunitarias.
- f) La realización de relatorías de los talleres buscó recoger los contenidos principales de las exposiciones, las discusiones en subgrupos y plenaria, junto con aportes recibidos por otras vías, para sistematizar los conocimientos trabajados colectivamente. Dichos registros se utilizaron para difundir las acciones y conceptos en distintos artículos de prensa.
- g) Al subir los audios o videos de todos los Talleres al canal de You-Tube de la Red de Municipios y Comunidades Saludables y la página web, quedó un material de consulta para todos los que quieran analizar los temas abordados (ver https://www.youtube.com/channel/UC0jE-fNJH-sQ1_8OiCMWcBw/featured; <http://redmunicipioscomunidadesaludables.com/>)
- h) La participación de la Udelar en estas actividades se basó en un enfoque de Investigación Acción Participación. El diseño IAP como una estrategia metodológica de investigación social tiene una rica historia en América Latina. En Uruguay ha tenido menos desarrollo, pero el nuevo contexto revaloriza su rol como herramienta fermental para pensar la investigación científica junto con la acción colectiva vinculando la academia con los movimientos sociales.

Desafíos para la acción comunitaria en este período

La labor de los colectivos y organizaciones sociales en este contexto no es sencilla y enfrenta desafíos importantes. Entre las preocupaciones que surgieron de los intercambios realizados están las formas de consolidar el vínculo de las personas involucradas con dichos colectivos y al mismo tiempo llegar al conjunto de la población. Otra preocupación es romper el aislamiento de cada demanda, de cada tema, de cada organización y de cada territorio. Esto implica construir puentes, intercambios, plataformas e iniciativas para pensar en conjunto los distintos temas y luchas, entre colectivos y personas que provienen de territorios y prácticas diferentes.

La formación/acción es una necesidad clara para los movimientos sociales. No hay acción innovadora sin formación permanente de sus protagonistas. Los escenarios actuales son complejos, hay que conocerlos en profundidad para poder construir líneas de acumulación y enriquecer las prácticas colectivas. El pensamiento crítico solo puede renovarse a partir del análisis de las

realidades donde estamos insertos, apoyándose en las mejores experiencias para elaborar ideas y propuestas transformadoras.

Como conclusión puede sostenerse que en un contexto adverso organizaciones sociales, gobiernos locales y academia fueron capaces de desarrollar acciones colectivas, debates, instancias de formación/acción en el marco de un proceso innovador.

Los movimientos sociales y la discusión sobre estrategias sanitarias.

A lo largo de todo el año las organizaciones sociales hicieron oír su voz ante los desafíos de la pandemia. Cuestionaron errores, elaboraron propuestas, promovieron acciones, dieron sus análisis y opiniones. Algunos de estos pronunciamientos fueron:

.- Apenas iniciada la pandemia el 2 de abril la Organización de Usuarios del Cerro recogió reclamos de los usuarios sobre la imposibilidad de acceder a la atención. Cuestionaron el cierre de las policlínicas de ASSE descentralizadas que obligó muchos usuarios a hacer largos desplazamientos en ómnibus y prolongadas esperas que generan riesgos. Exigían que se reconsiderara la decisión de cierre de las Policlínicas descentralizadas de ASSE en el municipio A y una pronta respuesta a las carencias de medicación y atención. Pocos días después el 7 de abril plantearon cuatro preocupaciones frente al rumbo tomado ante la emergencia sanitaria: a) Que se hiciera público el Protocolo de Atención Médica referido a los test diagnósticos ante el incumplimiento de la cantidad comprometida y el intento de cobro de ticket para su realización en los efectores privados. b) Sobre los cientos de pasajes a seguro de paro de trabajadores de la salud privada, en momentos de emergencia sanitaria, mientras estas empresas siguen recibiendo del Fondo Nacional de Salud los mismos aportes económicos (cápitales). c) Reafirman la importancia del Primer Nivel de Atención continuando con la reapertura de policlínicas descentralizadas y el fortalecimiento de los recursos humanos y técnicos, medicamentos y recursos materiales necesarios para enfrentar la pandemia realizando una atención basada en la comunidad y en sus necesidades de salud. Con la estrategia de APS, se puede contar con el apoyo de la comunidad organizada para transmitir mensajes de lo que hay que hacer. d) Exigían la aplicación del protocolo de prevención de la COVID 19 para cuidar el contagio y propagación a nivel de todos los centros de salud.

.- El 16 de abril un conjunto de organizaciones de la salud manifestó su preocupación por el rumbo de la emergencia sanitaria. El Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada, la Organización Nacional de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas del Uruguay (ONAJPU), la

Organización de Usuarios de Salud del Zonal 17-Municipio A, el colectivo “Pocas y Poderosas” del municipio F y la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria (SUMEFAC) destacan que la crisis del Covid pone a prueba a los sistemas de salud y las estrategias de abordaje. En ese sentido cuestionaron que :

- a) Las decisiones de la estrategia para enfrentar la pandemia de covid-19 se toman desconociendo la estructura de gobierno del SNIS como la JUNASA y las Juntas Departamentales y Locales de Salud. Reclaman el restablecimiento inmediato de toda la estructura de participación social para recoger la mirada de todos los actores y privilegiar la acción de la comunidad en la implementación de las estrategias sanitarias.
- b) Critican la estrategia de centralización de los servicios (y de la toma de decisiones) que atenta contra la posibilidad de aplicar políticas de prevención y contención de la pandemia.
- c) El cierre de las policlínicas del primer nivel de atención en ASSE tuvo un fuerte impacto en las necesidades de los usuarios, el congestionamiento del segundo nivel de atención y en el seguimiento de patologías que no admiten postergaciones .
- d) La reducción de horario y servicios en muchas policlínicas del mutualismo argumentado por la utilización de call centers está fuertemente discutida por su calidad y escasa resolutivez. Esto se suma a las carencias del primer nivel en los efectores no estatales del SNIS.
- e) La falta de recursos materiales necesarios para la protección de funcionarios, técnicos y médicos, así como el envío a seguro de paro de cientos de funcionarios de la salud privada, en medio de la epidemia, van en contra de las necesidades actuales.

Las organizaciones sociales firmantes exigieron que las acciones ante la Covid tengan en cuenta la integralidad del problema y sus efectos sanitarios, económicos y sociales. Valoran positivamente las respuestas solidarias de la comunidad y adhieren a las demandas planteadas por la Intersocial a las autoridades.

.- El Sindicato Médico del Uruguay SMU, la Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas AUDYN y la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria SUMEFAC, entre otras organizaciones, han participado activamente en estos debates con señalamientos y propuestas. El SMU enfatizó desde el inicio la necesidad de medidas claras de cuarentena que evitaran la propagación del virus, presentando propuestas concretas en esa dirección.

.- La SUMEFAC cuestionó el cierre de policlínicas de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) en la región metropolitana y la reducción de horarios y servicios en el sector mutual. Denunciaron que de esta forma se altera mucho la atención de personas con Covid o síntomas similares pero también toda clase de problemas de salud no Covid. Ni las intervenciones centralizadas del MSP en los casos Covid ni la atención telefónica tienen la misma calidad que

cuando la atención se lleva adelante por un equipo de salud que conoce a las personas, sus familias y el territorio. El 26 de marzo de 2020 la SUMEFAC realizó una declaración donde reivindica el rol de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC) en territorio como primera línea de acción ante la pandemia y defiende el Primer Nivel de Atención por ser el ámbito de resolución del mayoría de los casos. Señala asimismo que la pandemia y las medidas para su contención originan nuevos problemas de salud que no pueden atenderse desde la distancia de un segundo o tercer nivel de atención. La atención de problemas crónicos o agudos, de salud sexual y reproductiva o de otro tipo, no pueden postergarse porque darán lugar a una morbilidad evitable. Reclama las medidas de protección para el personal de salud y su testeo masivo que son imprescindibles para disminuir la transmisión comunitaria, el ausentismo y el desgaste propio de aislamientos prolongados.

.-El SMU desde marzo y abril 2020 elaboró y propuso una estrategia basada en 5 medidas inmediatas (SMU 2020): 1) Cuarentena general con medidas drásticas de prevención, cierre de fronteras y espacios públicos como restaurantes, centros comerciales y otros. 2) Redistribución de profesionales y redistribución administrativa y médica hacia teleasistencia (audiovisual y telefónica). 3) Medidas de atención que incluyen redistribución de recursos materiales y humanos de policlínica y block quirúrgico hacia atención extra hospitalaria, centros de teleasistencia y unidades de cuidados intensivos. 4) No atender sin bioseguridad, no brindar asistencia presencial a pacientes respiratorios o con síntomas de Covid sin medidas de protección personal. Cierre presencial donde no hay elementos de bioseguridad. Proteger a población más vulnerable de ASSE de contagio. 5) Test diagnósticos. Exigir amplia disponibilidad y accesibilidad de test diagnósticos para mejorar la estrategia de prevención, de aislamiento en contactos y a su vez en personal sanitario para no mermar los recursos humanos del sistema de salud. En abril desde el SMU su presidente Gustavo Grecco, llamó a extender el testeo realizado a la población de personas mayores que vive en residencias de larga duración hacia otras poblaciones vulnerables como las personas privadas de libertad o la que concurre a ollas populares y merenderos (SMU 2020) .

.- Abordaje Local de la Pandemia ⁴⁵ . El 22 de diciembre un conjunto de organizaciones sociales como Onajpu, Mov. Nal de Usuarios de Salud, Org. Usuarios del Cerro, MYSU Mujer y Salud Uruguay, Grupo intersectorial de salud del Cerro, Apex, Audaag (As. Aux. Gerontológicos) y diversas personas relacionadas con la salud presentaron al ministro de Salud Pública una propuesta de abordaje local, comunitario y participativo. Los Municipios son ámbitos privilegiados de articulación en territorio, aprovechando las sinergias preexistentes de redes interinstitucionales e

45 <https://abordajelocalmunicipalemergencia.wordpress.com/2020/12/22/abordaje-local-y-comunitario-frente-a-la-pandemia-centros-de-emergencia-locales-y-municipales-2/>

intersectoriales que coordinan policlínicas, centros educativos, clubes sociales y deportivos, asociaciones de vecinos, movimientos de usuarios, entre otros colectivos sociales. La labor articulada de los servicios de salud por zona permite un enfoque integral de la pandemia y de los demás problemas prioritarios de salud. Optimiza recursos y aumenta la calidad de las respuestas sanitarias. Se trata de poner a todo el entramado comunitario organizado como actor de prevención y seguimiento epidemiológico, como agente de cooperación para asumir los desafíos y no reducirlo a un rol de objeto pasivo. De esta forma se puede alcanzar un diagnóstico preciso de la evolución de la pandemia en cada localidad, identificar los “puntos críticos” de mayor riesgo de contagio, facilitar el seguimiento de los contactos de las personas afectadas, acompañar a las personas y colectivos en situación de mayor riesgo sanitario para el Covid y otros problemas prioritarios de salud. También permite identificar las situaciones críticas en lo socio económico que comprometen derechos básicos como alimentación, vivienda y cuidados, y dificultan la implementación de medidas de prevención. La comunicación horizontal y la participación social potencian el diálogo, para que los mensajes sean más efectivos y crezca la acción solidaria.

En este sentido se propuso reconocer y potenciar esa fuerza comunitaria desde el nivel de gobierno municipal, departamental y nacional mediante la creación de Centros Coordinadores Locales de Emergencia en cada municipio y/u otras jurisdicciones territoriales, fortaleciendo el componente local del sistema de emergencias. La Intendencia de Canelones y la de Montevideo han dado pasos en esta dirección ⁴⁶.

Nuevo gobierno, crisis y resistencias

La sociedad civil organizada tuvo sobre sus hombros resistir la ofensiva conservadora contra los derechos y avances sociales (Padrón 2020). El gobierno dejó de lado los planteos del Frente Amplio de generar un diálogo nacional y un acuerdo o compromiso ciudadano para enfrentar la coyuntura excepcional de la pandemia. Las condiciones impuestas por la Covid dificultaron e hicieron más compleja la movilización social, que fue permanentemente acusada desde filas gubernamentales y de la prensa, de poner en riesgo la salud de la población, aumentando las posibilidades de contagio por las marchas y concentraciones.

Las disidencias fueron cuestionadas por irresponsables y antipatrióticas. Como destaca Alvaro Padrón (2020) el movimiento popular fue construyendo formas de lucha que procuraran amplitud para evitar el aislamiento y la fragmentación; capacidad de propuesta para resolver los problemas del país; movilización con los cuidados sanitarios correspondientes y comunicación con la

46 <https://www.imcanelones.gub.uy/es/noticias/abordaje-comunitario-de-la-pandemia-en-canelones>

población rompiendo el cerco mediático que instaló el gobierno con la complicidad de los medios de comunicación. Desde las fortalezas acumuladas en el campo popular el movimiento sindical convocó junto con otros actores a la creación de una Inter-Social.

Padrón caracteriza en la Intersocial su lanzamiento y propuestas ⁴⁷, la organización de Ollas Populares y solidaridad ⁴⁸, su estrategia de comunicación ⁴⁹ y su internacionalismo⁵⁰.

El 1 de mayo fue una demostración de la fuerza de la Intersocial con una convocatoria multitudinaria, buena organización, comunicación y protagonismos de las distintas organizaciones sociales ⁵¹. En la Marcha del Silencio, convocada todos los 20 de mayo por la Agrupación Madres y Familiares de Desaparecidos en Uruguay, por Verdad y Justicia, la Intersocial participó acompañando modalidades creativas para producir intervenciones urbanas descentralizadas y en forma virtual (como promovió Madres y Familiares de Desaparecidos). Posteriormente la Intersocial ha llevado adelante varias otras actividades. Luego de un debate interno importante resolvió impulsar una recolección de firmas para la realización de una consulta ciudadana contra la LUC, Ley de Urgente Consideración, que es uno de los pilares de la política del gobierno para el recorte de derechos. El recurso constitucional acordado por la Intersocial requiere reunir una cantidad muy grande de firmas y huellas dactilares (750 mil) en un plazo relativamente breve (mediados de 2021) para que la Corte Electoral convoque a la ciudadanía a votar sobre la LUC. Las organizaciones mas representativas de la Intersocial optaron por cuestionar 133 artículos de la LUC (aunque otras promueven la impugnación de la totalidad del texto) sumando fuerzas con el Frente Amplio y sus comités de base. Uruguay tiene una experiencia importante en materia de consultas a la ciudadanía, con resultados diversos, pero en general fueron instancias de fortalecimiento de la democracia. El contexto de pandemia hace muy compleja esta campaña de resistencia.

Como destacamos anteriormente en Uruguay un elemento relevante de la participación de las organizaciones sociales de usuarios y trabajadores (profesionales y no profesionales) es su incidencia en los debates generales del sector salud, su capacidad de crítica y de propuesta, su disposición a movilizarse en pos de objetivos globales del sector, su rol en la escena nacional.

47<https://www.montevideo.com.uy/Noticias/Nueva-plataforma-Intersocial-pone-enfasis-en-crear-una-renta-transitoria-de-emergencia-uc754506>.

48<https://wopita.com/intersocialuy><https://www.montevideo.com.uy/Noticias/Ollas-populares-una-solucion-de-emergencia-que-ya-lleva-meses-uc756567>

49<https://wopita.com/intersocialuy>

50<https://www.pitcnt.uy/novedades/noticias/item/3602-trabajadores-del-cono-sur-frente-a-la-pandemia>

51(<https://www.youtube.com/watch?v=lkkizwfn0I8>, <https://www.youtube.com/watch?v=naN-SMVuvME>).

XII SALUD MENTAL EN CONTEXTOS DE PANDEMIA

Hemos señalado anteriormente que un enfoque reduccionista de la pandemia y de los problemas críticos de salud suele subestimar la afectación en materia de salud mental de la población y también del personal de salud o servicios esenciales. Por eso es interesante la publicación reciente de varios artículos que abordan el tema en general y en particular la situación de Uruguay. Entre ellos una investigación internacional muy amplia, un informe del GACH ⁵² (comentado en un artículo de La Diaria <https://ladiaria.com.uy/tags/salud-mental/>) recogiendo un artículo publicado en la Revista de Psiquiatría del Uruguay, el capítulo Uruguay del libro sobre “Psicología de la Salud en el marco del Covid” redactado por Luis Gimenez (2020) y los artículos de Lía Maciel y otras en una revista de Salud Pública argentina sobre Salud Mental y Asistencia Psicosocial para Emergencias (Maciel 2020). Aunque las publicaciones son recientes en la mayoría de los estudios nacionales los datos y el análisis son previos al agravamiento de la pandemia en Uruguay que se produjo desde noviembre/ diciembre 2020 en adelante.

Al mismo tiempo nos importa destacar los abordajes realizados tempranamente desde la comunidad como el primer taller abierto de la Red de Municipios y Comunidades Saludables el 23 de abril de 2020, la Mesa de Salud Mental y diversas iniciativas innovadoras, con fuerte impronta de participación social.

Una investigación ⁵³sobre la Covid 19 recientemente publicada en la revista científica [Psychiatry Research](#)⁵⁴ realizó un metanálisis con datos de 55 estudios internacionales (con más de 190.000 participantes) de China, Estados Unidos, Perú, España, Irán, entre otros. La investigación revela que en todos los países (sin grandes diferencias entre ellos) la prevalencia del insomnio fue del 24%, la del trastorno por estrés postraumático 22%, la de la depresión 16% y la de la ansiedad un 15%. El trastorno por estrés postraumático fue cinco veces mas frecuente que las cifras habituales, la ansiedad cuatro veces mayor y la depresión el triple de las cifras anteriores de OMS. Según la

52 Bagattini, Nicolás; Dogmanas, Denisse; Villalba, Luis; Bernardi, Ricardo (2021) Informe GACH *Atención en Salud Mental y Covid 19. Algunas respuestas iniciales en Uruguay*. |Revista de Psiquiatría del Uruguay|Volumen 84 N° 2 Diciembre 2020|página 111 http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2021/01/04_TO04.pdf

53<https://elpais.com/ciencia/2020-12-23/las-cifras-confirman-el-impacto-de-la-pandemia-sobre-la-salud-mental.html>

54 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120332601#bib0084>

OMS la crisis sanitaria aumentó la necesidad de servicios de salud mental pero redujo sustantivamente o paralizó dichos servicios en 93 % de los países (NU 2020⁵⁵).

En mayo de 2020 Naciones Unidas (NU 2020 ⁵⁶) advertía que ya antes de la aparición de la COVID-19 la atención a trastornos mentales (incluidos trastornos neurológicos, relacionados con el consumo de sustancias adictivas, el riesgo de suicidio y las discapacidades psicosociales e intelectuales) presentaban un panorama sombrío. En países de ingresos bajos y medianos, es decir la mayor parte del planeta, de 76 % al 85 % de las personas con problemas mentales no reciben ningún tratamiento. Este es uno de los planos mas desatendidos de la salud, con muy escasas inversiones, sobre todo en servicios comunitarios, aunque los impactos de los problemas mentales son muy importantes para las personas, las familias y las sociedades. La población afectada por COVID 19 sufren de manera generalizada un angustia psicológica y no pueden subestimarse los impactos a mediano y largo plazo sobre las personas y la sociedad toda. Según el informe de NU las consecuencias sociales de la pandemia pueden afectar al desarrollo de la salud cerebral de niños y adolescentes y producir un deterioro cognitivo en las personas mayores.

En Uruguay el informe del GACH destaca que en el marco de la colaboración entre la academia y el sector salud la Academia Nacional de Medicina propuso tempranamente atender los aspectos de salud mental (comunicado del 29 de marzo 2020 ⁵⁷) producto del confinamiento y la soledad a través de estrategias como la creación de una línea telefónica específica y la promoción de nuevas formas de relacionamiento y cooperación en lo familiar y social. La línea telefónica fue implementada por el MSP y ASSE a partir del 14 de abril de 2020 y se basó en la participación de voluntarios (150 licenciados en Psicología y 16 supervisores) con las dificultades que ello implica para la sostenibilidad del servicio. Mas de 10.000 llamadas fueron atendidas en esta línea 24hs entre marzo y agosto 2020. Según los registros 11% de las situaciones fueron calificadas como severas, 33% moderadas y 43% leves. La mayoría fueron mujeres (74%) y en menor medida hombres (22%) y LGBTI (2%), sobre todo personas adultas entre 40 y 70 años. Se elaboraron protocolos de actuación, guías y recomendaciones técnicas. Síntomas depresivos, de ansiedad, soledad y aislamiento fueron los problemas predominantes y surgió clara la necesidad de escucha y

55 <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

56 NU (2020) *La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental*. Naciones Unidas. Disponible en : https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_spanish.pdf

57 http://www.anm.org.uy/index_htm_files/Comunicado%20ANM%2029%20de%20marzo%202020.pdf

orientación. Muchas personas mostraron una agudización de problemas previos, que no habían sido atendidos por el sistema de salud.

Entre marzo y junio 2020 la línea de ayuda psicológica ante el riesgo suicida Línea VIDA (0800-0767) tuvo 321% de aumento en la cantidad de llamadas respecto al mismo período de 2019. Tanto en el sector público como en el privado se adoptaron modalidades de tele-asistencia en atención psicológica y psiquiátrica pero con mucho menos demanda. En un relevamiento del Área Programática de Atención en Salud Mental del MSP sobre la asistencia ambulatoria en el subsector privado del SNIS en el período 13 de marzo-30 de mayo, 58% de las instituciones informaron una disminución en la demanda en psicoterapia y 29 % en la consulta psiquiátrica. De acuerdo a un informe de la Sociedad de Psiquiatría la tele-asistencia fue útil para el seguimiento de pacientes crónicos, pero tuvo dificultades en las primeras consultas de evaluación y diagnóstico.

Con el propósito de aumentar la oferta asistencial en el Sistema Nacional Integrado de Salud , el MSP solicitó a los prestadores de salud la implementación de abordajes grupales como respuesta frente a la situación de crisis por coronavirus. El objetivo fue asegurar la accesibilidad a las prestaciones de Salud Mental para las personas en situación de riesgo y/o crisis.

El comunicado del Área Programática de Salud Mental del MSP sobre la medida establece que dentro de las prestaciones en salud mental (Decreto 305/011, Modo 1) que establece intervenciones grupales para determinadas poblaciones (sin lista de espera) se suman otros grupos priorizados. En este caso las poblaciones priorizadas por el MSP fueron los familiares con niños/as en edad preescolar o escolar con afectación por el coronavirus o distanciamiento físico, los adolescentes, los usuarios y/o familiares que cursan o cursaron coronavirus, las personas mayores con afectación emocional por sentimiento de soledad y aislamiento, los adultos con afectación emocional por los cambios, inestabilidad y pérdidas en su situación socio-económica-laboral, entre otras. Según el Director General de la Salud del MSP Dr. Miguel Asqueta el paradigma de cambio en salud mental incluye aspectos terapéuticos, de prevención, laborales y educativos incluidos en el Plan Nacional de Salud Mental .

Los autores del informe GACH destacan la multiplicidad de las respuestas, su coordinación y el valor de la colaboración de la población como indicador de resiliencia en materia de Salud Mental. No se conocen evaluaciones de resultados de las acciones desarrolladas, y eso no es menor para el desarrollo de una política pública .

Para abordar la situación durante la pandemia Luis Gimenez (2020) caracteriza la atención en la salud mental en Uruguay y destaca la aprobación del nuevo marco normativo, la ley 19.529 que establece una perspectiva de derechos, y concibe los abordajes en salud mental, en consonancia con el cambio de modelo de atención propuesto por el SNIS. Señala en particular dos aspectos: la apuesta a la conformación de equipos interdisciplinarios (incluyendo psicólogos) y el impulso a los abordajes en salud comunitaria, en lugar de los hospitales monovalentes cuyo cierre debería concretarse en el año 2025. Sin embargo, tres años después de su aprobación, los avances para la implementación de la ley son pocos.

Giménez describe el proceso inicial de la pandemia en Uruguay en tres fases. Una primera fase definida como “repliegue y desconcierto”. Con la declaración de emergencia sanitaria y una mirada oficial centrada en lo biomédico el énfasis fue evitar los contagios y preparar el segundo y tercer nivel de atención en perjuicio de los servicios con inserción comunitaria. Luego de esa etapa inicial, en una segunda fase se mantienen las medidas restrictivas para la presencialidad pero una parte de los profesionales van desarrollando nuevas estrategias de intervención, adaptando creativamente sus acciones. En un contexto de epidemia controlada se retoman algunas actividades. Los impactos socio-económicos se mantienen o crecen y los temores relacionados con esa situación se superponen al miedo original por el coronavirus. La tercera fase está marcada por la reducción de las medidas más restrictivas y el reintegro progresivo de las actividades presenciales. La posibilidad de cumplir con las medidas sanitarias de distanciamiento físico e higiene, choca con problemas de espacios y equipamientos y nuevamente los equipos de salud mental son postergados.

Como problema estructural la primacía de un modelo de atención biomédico no incorpora suficientemente las estrategias psicológicas. Al mismo tiempo muchas intervenciones psicológicas tienden a reproducir el diseño tradicional de consulta individual, orientada a lo curativo, centrada en los problemas de las capas medias y altas (Giménez 2020). Esta matriz conceptual y práctica limita fuertemente las posibilidades de respuestas adecuadas al contexto de pandemia.

La atención en salud mental ante catástrofes o emergencias tiene desarrollos propios y ha generado un conjunto de herramientas y experiencias, que deberían tenerse en cuenta en la actual crisis pandémica. Lía Maciel (Maciel 2020) muestra cómo es posible utilizar metodologías y técnicas de prevención primaria y secundaria de la Atención Psicosocial para Emergencias (APSPE) y Sostén Psicosocial (SPS) inmediato en el primer nivel de atención a partir de la experiencia desarrollada

en el Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de Montevideo. Fundamenta Maciel la importancia de capacitar al personal de salud del primer nivel de atención en estas técnicas ya que la prevención y promoción en salud como también la concepción salutogénica del trabajo son parte fundamental de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). En Uruguay existe una arraigada cultura de solidaridad en la adversidad, que fue enriquecida por experiencias de educación en salud integral como derecho humano esencial. Esas fortalezas se expresaron en la capacidad de las comunidades auto organizadas para dar respuestas rápidas a las necesidades básicas de alimentación generadas por la pandemia (Ollas Populares).

Red MCS y Salud Mental

La salud mental en el contexto de pandemia fue una de las primeras preocupaciones compartidas de la Red de Municipios y Comunidades Saludables. El 23 de abril se realizó el primer taller abierto sobre este tema. En este tipo de talleres gobiernos locales, organizaciones sociales y la academia, articulan acciones para pensar la salud desde los territorios y la comunidad, generando espacios y estrategias de participación e intercambio entre los diferentes agentes involucrados desde una lógica de formación/acción e investigación-acción.

La salud mental es una temática que muchas veces no se trata de forma integral, sino desde una visión que tiende a la patologización de las conductas, la psiquiatrización de los conflictos, la medicalización de los problemas. Diversos movimientos y colectivos sociales están trabajando por un cambio en las formas tradicionales de tratamiento de la salud mental, denunciando prácticas que tienen que ver con el encierro y la medicalización que deben ser superadas.

El intercambio del taller se apoyó en las experiencias de trabajo de Graciela Loarche (Fac. De Psicología), Marcela Jubín (Movimiento Para las Autonomías) y Allyson Rodríguez (Frente Antimanicomial). Coordinaron la realización del Taller y lo moderaron Ricardo Larrañaga (Organización de Usuarios de Salud del Cerro) y Beatriz Fernández Castrillo (Fac de Psicología).

Como destacó Marcela Jubín el Movimiento para las Autonomías es una experiencia que se desarrolla desde el año 2017 en el PTI del Cerro y el Parque Público Punta Yeguas, al oeste de Montevideo. Son espacios reconocidos a nivel social por sus fortalezas en cuanto a las redes territoriales, la solidaridad y las estrategias de organización con participación de los colectivos de

vecinos y vecinas. En ese contexto una de las principales problemáticas es la alta prevalencia de personas en situación de pobreza y desempleo, que presentan de forma asociada un padecimiento subjetivo.

Este movimiento se sostiene por “un colectivo mancomunado en un quehacer ético y político que crea un dispositivo socio comunitario alternativo a las lógicas manicomiales, sustentado en la promoción de salud colectiva y derechos humanos, que busca atravesar los planos individuales, familiares, sociales, técnico-práctico, sanitario, políticos y culturales” (Jubín 2020). Es un dispositivo de integración sociocultural y productivo, que se constituye como un espacio de promoción e inclusión social. Articula diferentes ejes que tienen que ver con las políticas públicas, la academia, la cultura, la salud, lo productivo laboral y la tecnología. Está dirigido a usuarios de salud mental y vecinos y vecinas de la zona, co-gestionado por ellos mismos y por equipos de salud mental comunitaria.

Inicialmente se conformó a partir de una huerta comunitaria denominada Colectivo COMPAZ que funciona en el espacio agro ecológico comunitario en el PTI. La misma ha sido llevada adelante por personas usuarias de salud mental con fines de auto abastecimiento. Paulatinamente ha ido creciendo a partir de la participación intersectorial de diversas organizaciones sociales, programas territoriales e institucionales que se entranan en un abordaje de red y la consolidación de experiencias territoriales y comunitarias. Se han ido incorporando cursos de panadería, informática, bio construcción, carpintería rústica, guitarra, reciclaje, huerta, senderismo, entre otros cursos, e incluso se acompañan procesos de alfabetización a aquellos que no han culminado educación primaria.

Jubín destaca que a nivel más programático, la instalación de la Mesa Local de Salud Mental plantea entre sus propósitos la incidencia en los procesos de desmanicomialización, nucleándose con otros colectivos en el Espacio del Frente Antimanicomial, que fomentan diversos ámbitos de apoyo emocional y de acompañamiento basados en una dinámica colectiva.

Se identifican como principales problemas la emergencia alimentaria y habitacional, problemas asociados a situaciones de desempleo, pobreza y de precariedad laboral, situación de calle, la estigmatización, eventualmente el maltrato intrafamiliar, situaciones de violencia de género. Estos

contextos agudizan las afectaciones en la salud mental de los participantes a raíz de diversas circunstancias críticas que los dejan expuestos a un alto grado de vulnerabilidad y de riesgo vital.

Reconocen que todas estas situaciones se agudizaron a partir de la pandemia y el aislamiento social. En este nuevo contexto la virtualidad adquirió centralidad para sostener esos espacios de interacción y acompañamiento, que si bien no sustituye el apoyo presencial es una vía por la que se sustenta el soporte afectivo en el día a día y facilita el contacto entre todos los participantes. Les ha permitido estar al tanto sobre la situación de las personas a nivel emocional, poder difundir información seria y confiable en momentos en que es clave saber cómo cuidarnos en medio de una rutina que va cambiando. Destacan a nivel grupal lo valioso de trabajar en equipos interdisciplinarios que posibilitan la problematización y el ajuste de las metodologías de trabajo a partir de instancias de reflexión y creatividad. De esta forma se trabajan diversos procesos que hacen a la construcción de autonomía.

“Vilardevoz” es un proyecto de comunicación participativa que funciona en el Hospital Vilardebó hace 22 años de forma autónoma y autogestionada. Allyson Rodríguez integrante de Vilardevoz y del Frente Antimanicomial fundamenta que es un proyecto político que se basa en la participación comunitaria y también es un dispositivo alternativo en materia salud mental colectiva.

El Frente Antimanicomial es un espacio político no partidario de articulación en defensa de los Derechos Humanos, integrado por varios colectivos y organizaciones que se conformó a mediados del 2019 con el cometido de avanzar hacia el proceso de desmanicomialización en Uruguay. Ponen el énfasis en una salud mental integral, que atraviesa diversas dimensiones de la vida de una persona. Involucra aspectos que tienen que ver con medio ambiente, género, diversidad, economía, trabajo, vivienda, entre otros. Implica una ruptura en el modo en que pensamos la salud a nivel general y la salud mental en particular, dejando de hacer foco en problemas de salud enfocados exclusivamente en lo biológico.

Rodríguez plantea que el contexto de la pandemia y su vinculación con la salud mental permiten problematizar aquellos impactos subjetivos del aislamiento y del encierro, no solo para una persona que está en su casa, sino aquella que está en un hospital psiquiátrico o en un refugio, son formas diferentes de padecer esta coyuntura, este momento tan particular.

En relación a este punto, desde el Frente Antimanicomial han hecho énfasis sobre la importancia de poder visualizar que el encierro y el aislamiento no pueden ser pensados como prácticas de salud. Se trata de una oportunidad para sensibilizarnos y reflexionar sobre estas modalidades de atención. Implica repensar además la concepción que se tiene en relación a la salud mental y reconocer la existencia de identidades y subjetividades que son apartadas, negadas, recludas, encerradas. Es necesario problematizar las prácticas desarrolladas desde un modelo fuertemente hospitalo céntrico y manicomial. Desde esas concepciones no se entiende la salud mental como un tema atravesado por múltiples factores determinantes que tienen que ver con problemas de género, de violencia, con la vivienda, con el trabajo, entre otros. Se limita su atención a la órbita de psicólogos y psiquiatras, recurriendo a prácticas como el abuso de medicación, situaciones de violencia y de vulneración de los derechos humanos. La salud mental es una problemática que involucra a toda la sociedad en su conjunto y todos los mecanismos de atención están atravesados por la lógica sanitarista y manicomial. Esta lógica alcanza a personas que se encuentran en instituciones psiquiátricas privadas o públicas, o que se atienden una vez cada tres meses en una policlínica, o quienes realizan un tratamiento únicamente medicamentoso con psiquiatra.

Hay muchos aspectos que este contexto debieran hacer reflexionar. Es algo a lo que todos estamos sujetos directa o indirectamente (Allyson Rodríguez 2020). Es preciso problematizar el modo en que socialmente es tratada la salud mental, y eso no tiene que ver sólo con la crisis. Tiene que ver también con el modo en que el Estado responde en este contexto de pandemia con una óptica limitada, biologicista, y que no contempla aspectos humanitarios y sociales en este contexto de la pandemia. Por ejemplo, el problema de la gente que se está quedando sin trabajo, o que trabajaba de manera independiente y no está pudiendo trabajar.

Hay que reconocer los impactos subjetivos, que involucran la salud mental, el Estado y la sociedad en su conjunto. Es preciso abarcar una multiplicidad de enfoques en la búsqueda de soluciones, de respuestas posibles, poniendo el foco en primer lugar en los Derechos Humanos. Para Rodríguez debemos evitar respuestas basadas en la lógica de los poderosos, de los médicos, de lo biológico, y olvidando tantos otros aspectos tan importantes para la vida, que hacen a la convivencia, al buen vivir, a la salud mental.

Primeros Auxilios Psicológicos

Graciela Loarche desarrolla una de las líneas de trabajo de la Facultad de Psicología y el Instituto de Psicología de la Salud que se vincula específicamente con la atención psicológica en contexto de emergencias y desastres. Desde allí se llevan adelante varias acciones que buscaron intervenir en eventos de gran impacto en el país como el accidente del tren en la ciudad de Young en el año 2006, las inundaciones, el tornado que golpeó la ciudad de Dolores en 2016 o la pandemia derivada del Covid 19. Estas acciones tienen que ver con la formación en psicología y desastres, en primeros auxilios psicológicos, en gestión de riesgo asociado a la línea de trabajo del Sistema Nacional de Emergencias en territorios vulnerables y ciudades resilientes, entre otros espacios.

En lo que tiene que ver con primeros auxilios psicológicos, se reconoce como una formación sumamente necesaria en diversos contextos. Se brinda la instrucción a los estudiantes y después ellos como práctica replican el curso a las organizaciones comunitarias que lo demandan. Es una capacitación que se da en la modalidad de curso de formación permanente. Se reconoce como primeros auxilios a los diversos mecanismos de atención que pueden recibir todos los afectados por cualquier evento o cualquier incidente crítico que tiene gran impacto emocional. Está destinado a brindar una primer ayuda inmediata a los afectados. Los objetivos básicos que tienen los primeros auxilios psicológicos apuntan a reducir el nivel de estrés primario que causan las situaciones de impacto emocional, favorecer la adaptación y fortalecer las estrategias de enfrentamiento a esos eventos. En ese sentido tienen algunos objetivos relacionados con promover seguridad física y emocional. Tiene que ver también con la atención a las necesidades básicas, como ser agua o alimentación, y luego brindar ayuda práctica de información veraz sobre lo que está sucediendo. Se procura estabilizar aquellas personas que puedan estar más desorientadas o desbordadas, promover la calma, para eso es necesario contemplar desde los modos de hablar, el modo en que brindamos el espacio de escucha, permitir que el otro se exprese, que la información sea sencilla y clara, cuestiones de amabilidad en el encuentro con el otro.

En estos contextos la conexión con las redes sociales de apoyo es muy importante, desde lo más básico que puede ser el tema de la reunificación familiar como primer medida. También establecer contacto con otras redes, dependiendo de las características de la población con que se trabaje,

niños, niñas y adolescentes, adultos mayores entre otros. Fundamentalmente tienen que ver con promover el contacto con redes de apoyo sociales y comunitarias, respetando posibles normas culturales o cuestiones que tengan que ver con género o costumbres familiares y comunitarias, pero siempre apuntando a la promoción de la autonomía de las personas o grupos afectados. Es importante ser eficaces en las estrategias, hacer énfasis en que las personas recuperen el control de sus vidas, que no pasen a depender de otros o se refuerce la dependencia hacia otros en estas circunstancias. Resulta fundamental promover iniciativas grupales y comunitarias, y activar incluso redes que no fueron pensadas o relacionadas para el evento, pero que presentan sus fortalezas ya sea por ser de confianza para quienes están pasando por un incidente, sean referentes de la comunidad o de las organizaciones, que tengan trato y conozcan a la población con la que se pretende colaborar.

Es importante tomar en cuenta que en muchos casos la actuación de estos equipos se genera en situaciones en que las reacciones que tienen las personas son normales, lo anormal es el evento. Ya solo contemplar ese elemento ayuda a mitigarlas y controlarlas, reconocer las emociones derivadas de la situación y generar mecanismos de atención. Se complejiza aún más la situación si consideramos que como país no tenemos una cultura preventiva, por lo que ante cualquier evento estamos inventando herramientas y protocolos de atención al mismo momento que éste ocurre. Sucede también en muchos casos en que hay un ideal de actuación para una determinada situación que no contempla la multiplicidad de realidades que viven las personas. No todos cuentan con un lugar cómodo para vivir o un espacio de apoyo de contención emocional.

Lo central en estos contextos es dar el mensaje de poder controlar los miedos. Se trata de ver el modo en que los sujetos se coloquen en el lugar de protagonistas, ayudar a desplegar las diversas estrategias y capacidades de afrontamiento de la crisis, aprender a convivir en escenarios de incertidumbre, contemplando las múltiples secuelas que estas situaciones generan. Estas situaciones no solo tienen que ver con la salud mental propiamente dicha, sino también con cuestiones del contexto social, desempleo, seguro de paro, cosas que están pasando a nivel de la sociedad cuyos efectos van a durar por mucho tiempo. Por eso se vuelve indispensable la atención de estas cuestiones con un enfoque que contemple la salud mental y sus derivaciones desde una mirada territorial y comunitaria.

Las exposiciones y los intercambios del taller dieron cuenta de los diferentes aspectos que implica repensar la atención a esta problemática desde un enfoque integral y comunitario. Destacaron la importancia de fomentar la participación de diversos movimientos y colectivos sociales en la

generación de espacios de cuidado y acompañamiento psicoemocional. Ello implica atender las múltiples dimensiones que involucran la salud mental por fuera de la visión acotadamente sanitarista y fomentar el intercambio y la reflexión crítica sobre las prácticas y los modos de abordaje. Teniendo claro que la salud mental no refiere solo a patologías, sino que abarca todo un campo de promoción donde la interacción social es clave.

Plan Municipal de Salud Mental

Durante todo 2020 la Red MCS siguió trabajando en esta dirección. En marzo de 2021 la Red MCS elaboró aportes a los Planes de Desarrollo Municipal. Entre esas propuestas está : “Apoyar a la población ante la afectación de la salud mental y la salud vincular generadas por la nueva situación sanitaria y social, con líneas de acción y programas específicos coordinados con los servicios de salud, de protección social y de organización comunitaria. Elaborar un Plan Municipal de Salud Mental basado en un diagnóstico territorial que incorpore los problemas prevalentes como: depresión, suicidios, consumo problemático de alcohol y drogas, alta mortalidad por siniestros de tránsito, problemas de vínculos con impacto en la convivencia, dificultades de aprendizaje derivados de desórdenes de conducta y de dinámicas familiares y vinculares enfermizas. Relanzar y profundizar modalidades innovadoras de abordaje comunitario y principalmente el abordaje grupal y familiar, Trabajar en red con servicios y apoyos de primer, segundo y tercer nivel, incluidos los apoyos de teléfonos específicos para el tema (Red Drogas Portal Amarillo, Línea de Prevención de Suicidio, Instituto de Toxicología)” .

XIII PARTICIPACIÓN Y PERSONAS MAYORES

Uruguay es un país con una transición demográfica acelerada, definida por un envejecimiento pronunciado de la población, a raíz de la caída de la tasa de fecundidad y la mortalidad infantil y el aumento de la expectativa de vida al nacer.

Al contrario de lo que postulan algunas concepciones esta situación demográfica constituye un gran logro para la sociedad uruguaya. Al mismo tiempo es un desafío importante en distintos campos que incluyen la matriz de protección social, el sistema previsional, de salud, de cuidados, así como aspectos económicos, culturales, urbanísticos y de convivencia. Como advierte OPS (2019a) la ganancia en esperanza de vida, no necesariamente se ha acompañado en América Latina de un incremento equivalente de la esperanza de vida con salud. Tampoco existe una superación de las desigualdades respecto a la esperanza de vida observadas entre los países de la región y al interior de cada uno. Estos procesos permiten que las personas puedan vivir más años pero muchas no tengan acceso a una buena vida en la edad avanzada. Las deficiencias de los servicios de salud, de cuidados y de las políticas económicas, sociales y culturales impiden un desarrollo humano pleno y la participación de la población añosa en la vida comunitaria (OPS 2019b).

En función de esta realidad demográfica y epidemiológica, en un contexto de estilos de vida no saludables, la principal causa de enfermedad y muerte prematura son las enfermedades crónicas (ENT), es decir las enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias y diabetes. Cada vez lo son en mayor medida. Las condiciones y los estilos de vida juegan un rol determinante en estos problemas de salud. En cuanto al sistema de salud un elemento clave es el modelo de atención y las estrategias de abordaje de los problemas críticos de salud. Un modelo limitado a lo curativo, de carácter asistencialista genera costos cada vez mayores, sin resultados acordes. El manejo concentrado y acrítico de la tecnología y la medicación operan como aceleradores de costos pero no garantizan calidad de atención.

Para hacer frente a estos procesos demográficos y sociosanitarios se requiere una estrategia de APS renovada, con un modelo integral que jerarquice la prevención y promoción, retrase la dependencia, aumentando la capacidad de resolución del primer nivel de atención y generalizando la rehabilitación.

La definición de una política de cuidados y la creación de un Sistema de Cuidados así como su articulación con el sistema de salud son factores fundamentales en esta perspectiva demográfica y epidemiológica. Prevenir y retrasar la dependencia requiere dispositivos y programas donde ambos sistemas se complementen y potencien.

Una mirada con perspectiva de género debe considerar que históricamente la mayor parte de la actividad de cuidados ha reposado sobre el trabajo no remunerado, no reconocido, invisibilizado, de las mujeres. Esta estructura determina desigualdades e inequidades que responden a un mandato patriarcal de distribución de roles.

La participación social es un nudo crítico para las políticas hacia el envejecimiento, directamente vinculado a las diferentes concepciones en la materia. La existencia de distintos paradigmas o concepciones en este plano ha marcado la situación, los avances y también las contradicciones y debilidades de los procesos en curso.

En el marco del proyecto de investigación sobre Trama Local de Cuidados realizamos 20 entrevistas a referentes sociales, institucionales y académicos durante el año 2020 que permiten caracterizar estos procesos.

Diferentes paradigmas

Diversas opiniones como las de Adriana Rovira, Mónica Lladó, Susana Kaufmann señalan que más allá de los grandes avances sociales hay lógicas que están presentes, a través de una confrontación de formas muy radicales de comprender a las personas mayores como objeto directo de intervención del Estado. Una es la vieja concepción de los Estados de Bienestar del siglo XX cuyo eje son los derechos a partir de la seguridad social y los regímenes en materia previsional. En esta visión todas las personas llegan al sistema previsional de mayor o menor calidad, ya que en un sistema bismarckiano siguen un proceso de ingreso al mercado laboral y obtienen algunas prestaciones. Esa es la puerta de entrada del Estado para resolver los intereses o necesidades de las personas. Este fenómeno tiene limitaciones de proyección a raíz de diferencias más integrales de clase y de género pero es una lógica muy arraigada y difícil de contrarrestar o de discutir.

Por otro lado hay otra forma, otra visión que se ha ido tratando de poner en marcha con mucha dificultad, que viene de la lógica de los Derechos Humanos. Es decir ven las personas mayores como una categoría específica de población dentro de la agenda de Derechos Humanos y no tanto como sujetos universales.

Uruguay ha sido uno de los países que más ha avanzado en integrar esta perspectiva pero siempre tensionada con la otra. Adriana Rovira considera que lo realizado por el FA en sus 15 años de

gobierno puede ser considerado como un proceso de articulación entre ambas visiones. Como resultados se logra avanzar en algunas cosas con grandes rezagos en otras y todavía sin poder dar el salto definitivo para entender que las personas viejas ya no son las que se presentaban sobre finales del siglo XX,

Para Susana Kaufmann las políticas públicas dirigidas a las personas mayores estaban pensadas para paliar algunas situaciones donde las personas mayores estaban en desventaja frente a la sociedad o desde el punto de vista del trabajo, es decir, jubilaciones y pensiones. No se concibieron desde el punto de vista de los derechos de las personas.

El BPS tenía y tiene un lugar muy relevante dentro de las políticas públicas. Las decisiones de todas las políticas con respecto a personas mayores (que no fueran en el tema deficitario, es decir, enfermedades o discapacidades) pasaban por el BPS. El BPS tiene no solamente una gran historia en el país sino también mucho poder económico y una burocracia muy importante. Cuando nace el Mides el planteo sobre las políticas públicas asume otra perspectiva, la de los derechos humanos.

Mónica Lladó enfatiza que las políticas públicas en este campo hasta la aparición del InMayores tuvieron dos ejes, el eje sanitario y el eje de la seguridad social. Ambos ejes están muy matriciados por lo que sería un modelo sanitarista y de deterioro por el envejecimiento. Si bien hay intentos de introducir el paradigma del envejecimiento activo la forma de hacerlo siempre estuvo atrapada en la lógica de que quién sabe la verdad de lo que le pasa a las personas es el médico o la medicina como disciplina. En esta mirada lo que importa es la salud de la gente y su calidad de vida pero sin considerar su poder de decisión, su capacidad política, su capacidad crítica.

La política hacia las personas mayores desde Inmayores y desde la Secretaría Nacional de Cuidados (Susana Kaufmann) no estuvo referida solamente al cuidado de las personas con dependencias severas, sino a la prevención. En esa prevención hay distintos paradigmas, como el envejecimiento saludable que previene posibles dependencias posteriores.

La forma como se construyen esos paradigmas y de qué manera se constituyen en estereotipos con capacidad de reproducción social es un tema a estudiar. Para Leonel Molinelli (responsable de la Secretaría de Personas Mayores de la Intendencia de Montevideo) el principal problema es como concebimos la vejez en la sociedad. La vejez es una construcción social que depende muchos factores. No todas las sociedades tiene concepciones similares ni basadas en derechos. Existe un punto importante en la relación con los medios de comunicación. “Los viejos y viejas no son

noticia”. Estos determinantes no se cambian de un día para otro. Es una problemática compleja. Hoy no hay nadie pensando en esta dimensión sostiene Molinelli. Ese es un desafío relevante y sin resolverlo va a ser muy difícil modificar los prejuicios hacia la vejez.

Desde el enfoque hegemónico de la vejez, plantea Valentina Perrota, se la considera como una etapa de deterioro, como una carga para la sociedad, como sinónimo de enfermedad y de muerte. Sin embargo es un período de la vida que cada vez es más largo y que es muy heterogéneo ya que depende mucho de las trayectorias vitales de las personas y con qué recursos llegan a la vejez (Valentina Perrota).

En cuanto a los cuidados el modelo uruguayo es de tipo “familista” en términos del reparto de quién carga con los cuidados de las personas mayores. En los niños hay coberturas más extensas del Plan CAIF y los centros de educación primaria y pre escolar que están llegando a edades más tempranas. En las personas mayores los cuidados recaen en la familia y las opciones existentes son muy focalizadas, con grandes diferencias de género. Las mujeres viven más años y en general hay más viudas que viudos. En general no se vuelven a casar, viven en menor medida en hogares nucleares. Esta situación hace que las mujeres que cuidaron toda su vida al llegar a la vejez no tengan recursos para ser cuidadas. La política pública en este punto es escasa, fragmentada y no cuenta con establecimientos públicos suficientes. En el tema de cuidados las personas mayores son un activo fundamental para garantizar el cuidado de sus parejas y de sus nietos. Con el cuidado de los nietos las personas mayores, permiten que sus hijos puedan trabajar pero ese rol está, en buena medida, invisibilizado para las políticas respecto a este tema.

En términos normativos, de institucionalidad, el reconocimiento del cuidado como un derecho es un avance enorme. Sin embargo, acota Valentina Perrota, algo típico de Uruguay es tener una ley que es vanguardia, que el mundo admira pero luego en términos de las propuestas concretas y de cómo eso aterrizó en la vida de la gente es insuficiente en cuanto a las coberturas mínimas que propone para cada uno de sus programas.

El rol de las organizaciones sociales en la construcción de políticas públicas durante los gobiernos frenteamplistas ha sido un tema central de esta investigación. Para Mónica Lladó el Frente Amplio con sus políticas habilitó a los interlocutores sociales a través de la sociedad civil organizada, que tiene herramientas como para sostener sus reivindicaciones y reclamar sus derechos. Por otro lado señala Lladó, es muy difícil de romper con la imagen del sujeto de asistencia y los prejuicios en relación a la vejez que hasta los propios viejos tienen. Es preciso hacer una operación cultural,

política y social fuerte para desarmar eso y salirse de ese lugar. Las experiencias construidas desde 2009 muestran que mucha gente creció en conciencia, saliendo del lugar que podríamos caracterizar como “pobrecitos los viejos” para empoderarse de un lugar distinto para pensar la vejez.

También los cuidados a la niñez han sido objeto de debates y de políticas públicas. Desde las visiones del “binomio madre-hijo” que reproducen la distribución de roles patriarcal concentrando en las mujeres el cuidado de los niños, hasta políticas como el Plan Caif que extendieron los cuidados a la primera infancia o programas como Uruguay Crece Contigo que pusieron el énfasis en la primera infancia. Margarita Percovich destaca que en relación con la niñez hubo un proceso en el que fue cambiando la mirada tutelar (de acuerdo a la Convención de Derechos del Niño) a la autonomía progresiva de los niños.

En el caso de las poblaciones de personas mayores y discapacitados siempre hubo una política tutelar. Percovich considera muy difícil cambiar el enfoque de organismos como el BPS o el MSP que han tenido siempre una mirada tutelar. Sin embargo tanto las poblaciones de discapacitados como las de viejos, tienen ahora Convenciones internacionales que promueven la autonomía.

En el caso del sistema sanitario, Percovich considera como un problema relevante el hecho de que la Facultad de Medicina está muy centrada en la salud física de las personas. El sistema de cuidados no puede estar centrado solo en la dependencia física. No todas las personas tienen dependencia y menos aún dependencia física. La superación de las políticas tutelares implica un cambio en la cabeza de los profesionales y eso depende de la formación que reciban tanto de grado como posgrados y su formación permanente. Cambiar un paradigma es un proceso trabajoso y contradictorio en cuidados como ha sido en el sistema de salud promover el primer nivel de atención y desarrollar una estrategia de APS.

Formas de organización

ONAJPU es una organización amplia, una central de asociaciones de jubilados y pensionistas, creada en 1991 y con presencia en todo el país. Como destaca su secretario general Daniel Baldasari su constitución estuvo muy vinculada a la representación de los jubilados y pensionistas en el directorio del Instituto de la Seguridad Social BPS. Esa representación estaba prevista en la constitución aprobada en 1967 pero solo en 1992 se aplicó realizando elecciones para los representantes. Trabajadores, jubilados y empleadores forman parte de un directorio de 7 miembros. Esta participación institucional ha generado un aprendizaje muy importante para todos los actores.

Es la experiencia mas relevante de participación social en la conducción del Estado. En ese proceso los diferentes actores fueron aprendiendo sobre la gestión misma de la seguridad social, que es muy amplia.

ONAJPU está en plena batalla por la Seguridad Social frente a los peligros de reformas que recorten derechos. Desde el año 2020 se conformó a instancias del gobierno una Comisión de Expertos para analizar el sistema de Seguridad Social con miras a su reforma. Onajpu y el PitCnt participaron activamente en dicha Comisión y promueven un debate amplio sobre el tema a nivel nacional. Desde su periódico Nuestra Voz han mantenido una prédica sobre este tema y sobre la crisis sanitaria. Onajpu ha coordinado actividades con los sindicatos de la salud como FUS, FFSSPP y el SMU, y también con la recientemente creada Intersocial. Participa activamente de la Red de Municipios y Comunidades Saludables. Ha reclamado como organización su participación en las instancias del SNIS como la JUNASA y JUDESAS, y coordina con el Movimiento Nacional de Usuarios de Salud a esos efectos.

La Red Pro Cuidados es una de las formas de organización mas importantes y recientes en este campo. Margarita Percovich una de sus animadoras explica que la Red Pro Cuidados es una organización creada a impulsos de las personas que desde los 90 trataron de que se construyera una mirada, una visión y por ultimo una política, para los cuidados. Este proceso que culmina en 2013 con la creación de esta Red responde a la necesidad de un actor que pudiera representar las organizaciones de las poblaciones a incluir en el Sistema de Cuidados. Se destaca el rol de distintas militantes feministas y académicas. Como antecedente cabe mencionar la Red de Género y Familia que inició acciones y publicaciones destinadas a poner el tema en la agenda organizando Mesas de Dialogo, invitando a los actores que definirían una política de corresponsabilidad en los cuidados. Percovich refiere que en el segundo gobierno del FA se valoró la necesidad de conformar un actor mas representativo de las poblaciones dependientes. Para ello se hizo un llamado a muchas de las organizaciones sociales en discapacidad, en género, en las personas mayores y en la niñez. La intención fue preservar los principios que se habían ido construyendo desde los 90 y sobre todo desde el 2000, contemplando la participación de las organizaciones involucradas. Actualmente hay unas 20 organizaciones integrantes de la Red Pro Cuidados.

Es en el 3er gobierno frenteamplista cuando se logra que en el marco legal se formara un Comité Consultivo. La integración al Comité Consultivo fue muy amplia y su producción muy significativa, con muchos documentos producidos en este ámbito. Está integrado por las empresas que brindan cuidados, la Udelar, la Universidad Católica, varios Centros de Estudios (Flacso y

Ciedur), el Pitcnt, y varias organizaciones relacionadas con la discapacidad. Ha sido muy difícil lograr un interlocutor único de esas organizaciones, aunque luego se creó una Alianza. También está la ANONG (Asociación Nacional de ONG Orientadas al Desarrollo) ⁵⁸ que comenzaron a pensar en los cuidados cuando se integraron al Consejo ya que habían estado muy centradas en la primera infancia (Plan Caif). Entre los avances puede mencionarse la integración de las cooperativas de asistentes personales (esa prestación se definió por la modalidad cooperativa). También es destacable que se organizaran sindicalmente los asistentes personales financiados por el Estado que dependían del BPS.

En cuanto a los actores que participan de las Redes de Personas Mayores por lo general lo hacen desde las asociaciones de jubilados y pensionistas (AJUPEN) . También desde las UNITRES⁵⁹, centros de la Universidad Abierta de Educación No Formal de Adultos. participan en algunas redes junto con otras fuerzas sociales,

Las Redes son más permeables a un trabajo integrado con toda la sociedad. Participan allí desde los bomberos, la policía comunitaria, enfermeras de distintas instituciones , el curso de trabajo social del CURE, policlínicas barriales, comisiones barriales, iglesias, etc. Son actores muy variados y heterogéneos. También es heterogéneo el peso que tienen algunas personalidades, o líderes comunitarios. En algunos casos estos liderazgos tienen incidencia en términos de acción social en general y en otros están vinculados a partidos políticos. Esto determina movimientos distintos en cada una de las redes.

Como problematización de la participación social de las personas mayores Mónica Lladó fundamenta que en este proceso se construye un “sujeto muy usuario de la salud”. Cuando se crea el SNIS y el FONASA se abre la posibilidad de la participación de los usuarios con sus representantes dentro del sistema. Muchos de esos usuarios son viejos y algunos tienen una participación importante de defensa de derechos pero en su mayoría quedan también capturados dentro de lo que es el propio sistema sostiene Lladó. “Son funcionales al sistema y se desdibujan en relación a los derechos que tiene que reclamar”. También interpreta que ONAJPU participa porque ocupan el lugar pero sin tener una actitud proactiva hacia InMayores. Percovich señala que Onajpu integra el Comité Consultivo de Cuidados, con una impronta similar a su labor en el BPS. Caracteriza que existe una fuerte incidencia de viejos sindicalistas que se jubilaron y muchas veces

58 ANONG se fundó en setiembre de 1992 como asociación civil sin fines de lucro que nuclea a 90 ONG dedicadas a actividades en diversas áreas: agro, ciencias sociales, comunicación, consumidores, cultura, derechos humanos, drogas, economía, educación, infancia, integración regional, juventud, ambiente, mujer, promoción social, Pymes, salud, sindicalismo, tercera edad, violencia, etc.

59 Universidad de la Tercera Edad (UNI-3) es una institución de educación no formal para adultos, creada en Montevideo en 1983 que cuenta hoy con 22 filiales en todos los departamentos del país y más de 3500 alumnos.

la mirada se acota a los trabajadores formales, dejando afuera a toda la población de informales. En ocasiones priorizan las reivindicaciones en materia de prestaciones pero no los aspectos relacionados con cambios cualitativos en el rol de la mujer o en la consideración tutelar hacia las personas.

Sin embargo es interesante destacar que ONAJPU tiene una gran cantidad de organizaciones o asociaciones de jubilados que integran las redes territoriales. A nivel local muchas asociaciones de jubilados participan de las redes de organizaciones que trabajaban con InMayores.

La presencia de personas mayores y en particular mujeres en las organizaciones barriales y comunitarias es muy importante. Se puede decir que son el sostén fundamental de estos colectivos. Señala Mónica Lladó que muchas personas que participan en ámbitos comunitarios son viejos pero no trabajan por los derechos de la vejez. En su opinión tal vez espacios como la Red de Municipios y Comunidades Saludables les permiten conectarse con otras organizaciones e instituciones. Considera interesante ese proceso porque implica conformar un colectivo con equipos distintos. A veces los pasajes y articulaciones de estos actores sociales que son activistas en muchos temas con las organizaciones que solo trabajan los temas de la vejez puede ser como una instancia enriquecedora para todos. También puede pasar que esos activistas tengan los prejuicios que existen respecto a los viejos, y no se quieran poner en ese lugar. Algo de eso sucedió con organizaciones sociales que estaban bien pertrechadas para defender los derechos de sus poblaciones, ya sea en temas de género, cárceles, migrantes, afro, ambiente, con posicionamientos fuertes en su campo pero grandes dificultades para incorporar la mirada y los intereses de las personas mayores.

Los gobiernos departamentales, salvo Montevideo y Canelones, han tenido la mirada tutelar que se expresa entre otras cosas en las casas o centros diurnos de los distintos departamentos .

Desde la Red Pro Cuidados apuntaron a cambiar la política hacia las personas mayores. La descentralización del SNC se basó en la descentralización de las políticas sociales generada anteriormente y coordinada por el Mides. La REDAM tuvo mucho apoyo de In Mayores, que fue un actor institucional relevante para cambiar las lógicas tutelares. Junto con el aporte del sector académico, la REDAM desarrolla el vínculo con los territorios, creando Redes por Municipios. También existen algunas organizaciones que realizan un trabajo valioso en los territorios sobre niñez y adolescencia como El Abrojo o Gurises Unidos. La Red Pro Cuidados tiene comisiones de infancia, de personas mayores y de discapacitados.

El cambio de paradigma en cuidados requiere una revolución cultural que no se ha logrado todavía concluye Percovich. La realidad de los cuidados se ha basado históricamente en un sistema que explota una parte de la población, la población femenina. Sin embargo el SNC visibiliza esa situación y apunta a un cambio de paradigma. En esa dirección se lograron pasos interesantes como por ejemplo el convenio del INAU para incluir el tema de la igualdad en niños y niñas. También se ha trabajado mucho con las comisiones de trabajadoras por sindicato y la central de trabajadores.

Movimiento por los Derechos de las personas que viven en Residenciales

La situación de los centros de larga estadía para personas mayores viene siendo denunciada desde hace años. En el contexto de pandemia las personas que viven en ese tipo de residencias fueron una población especialmente vulnerable a los contagios por SARS Cov 2, y se produjeron varios brotes, en algunos casos con resultados de muchos fallecimientos. Al mismo tiempo el confinamiento y las dificultades para mantener el vínculo con las familias ha sido un factor de agravamiento de la situación en estos centros. Sin embargo cabe señalar como un hecho positivo y muy significativo de las fortalezas existentes en la sociedad civil, la conformación de un Movimiento para el Cuidado y Garantía de Derechos de Personas que viven en Establecimientos de Larga Estadía y de sus Familiares en setiembre de 2020. Vale tener presente la fecha, en plena pandemia. En su documento fundacional este movimiento cuestiona el paradigma de cuidado como una propuesta sanitaria asistencialista de cubrir necesidades sin la participación de las personas involucradas, y denuncia que tiene efectos negativos sobre las personas cuidadas como aumentar el estigma, la dependencia, pasividad y desvalorización.

El movimiento reivindica un modelo de cuidados que garantice los Derechos Humanos de las personas mayores acorde a lo definido en la Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (aprobada en 2015 por la OEA y ratificada en el año 2016 por el parlamento uruguayo). Destaca que este modelo debe basarse en la participación y toma de decisiones de las personas involucradas y sus familias en todos los aspectos que hacen a su cuidado. A partir de su constitución este movimiento ha realizado varias actividades públicas y convocatorias abiertas por vía virtual.

Debilidades del movimiento social

La pandemia debilitó a las organizaciones sociales. En particular hacia las personas mayores el mensaje de parálisis fue muy fuerte y asociado a los miedos, naturales en una situación tan crítica.

Las asociaciones de personas mayores estuvieron cerradas durante casi todo el 2020 en su mayoría por la pandemia. Antes tenían actividades sociales que acompañaban mucho a los adultos mayores: clases de yoga, gimnasia, clases de zumba, actividades lúdicas de distinto tipo. Algunas asociaciones retomaron varias de sus actividades luego de la primera etapa de la pandemia. Desde Onajpu Carmen Millán enfatiza la soledad que introdujo la pandemia como problema grave para más de cien mil jubiladas y jubilados que viven solos y quedaron muy aislados. Hay adultos mayores sin discapacidad total pero que requieren ayuda para higienizarse o tomar la medicación. La teleasistencia sirve pero también tiene un costo y eso se recarga sobre las familias. En la mirada de Carmen Millán la valoración sobre el estado de situación de las organizaciones sociales es crítica. Este gobierno todavía tiene mucho respaldo, sostiene. Es necesaria una autocrítica del período anterior, porque junto con los avances hubo muchas equivocaciones y errores. Las organizaciones sociales están muy fragmentadas cada una defiende su corporación. No hay un planteo real de unificar fuerzas para contrarrestar las políticas de retroceso en materia social. Hay pocos vínculos de las organizaciones sociales nacionales y los territorios. Prácticamente nulos. A nivel del PitCnt no existen los Plenarios Intersindicales y ni las Mesas Zonales que existían antiguamente. La potencialidad es que hubiese un entramado social fuerte, pero estamos en una situación con muchas dificultades de convivencia, para encontrar las cosas que nos unen. Como ONAJPU están participando en la Intersocial y el principal aliado debería ser el Pit Cnt. Pero no tienen condiciones para salir a una movilización a las 6 de la tarde. Los colectivos femeninos también son aliados. También los vínculos con la academia requieren una visión crítica. “Esta Universidad no es la de los años 50, que tenía una alianza con los trabajadores. Cada facultad está en su carrera, en su metié”. Hay muchos problemas para lograr acuerdos y acciones conjuntas. Desde los movimientos sociales no han podido trabajar mucho con la academia, señala Millán. Aún así las asociaciones del interior de jubilados y pensionistas continuaron con algunas acciones políticas y sociales reuniéndose con los representantes políticos nacionales y departamentales, para modificar puntos de la LUC o resistir cambios negativos en Inmayores. Como Onajpu la utilización de herramientas informáticas para el funcionamiento y la acción fue dificultosa pero dieron pasos como la reunión por vía zoom de los Consejos regionales. No es menor la realización de un relevamiento por parte de Onajpu con el apoyo de la Red MCS sobre cómo vivieron la pandemia las personas mayores, cómo afectó la atención a su salud, su convivencia familiar, sus vínculos y la disposición a participar en acciones colectivas de formación en temas de salud y en el manejo de programas informáticos de comunicación. Doscientas personas respondieron el formulario y las respuestas aportaron a una visión más certera de la situación de personas que tienen un vínculo con las organizaciones y redes comunitarias. Se recogieron datos de

15 departamentos, de los cuales Montevideo tuvo el 56% de las respuestas, Colonia 20% , Canelones 11%. De los 48 barrios de Montevideo identificados las respuestas se distribuyeron en porcentajes similares entre la periferia, el centro-costa y las zonas intermedias. El promedio de edad fue de 67 años con un rango de 34 a 84. Mas del 71% de las respuestas fueron mayores de 65 años. La cantidad de personas que mantiene contactos trimestrales con su médico es significativa (39%) y también es importante la cantidad que presenta dificultades como irregularidad (17%), mayor distanciamiento y falta total de contacto (25%). La mayoría de las personas pertenecían a Onajpu aunque un 43% no la integraban. Ante la pregunta sobre cómo sufrió el confinamiento (calificando del 1 al 5) la respuesta mayoritaria , opta por un valor promedio, una cantidad significativa se identifica con impactos mayores y otro tanto con efectos menores. Es decir que se puede analizar que el confinamiento afectó de manera diferente a esta población, con impactos altos en algunos casos y menores en otros. Una gran mayoría (87%) acudiría a un centro de salud ante síntomas Covid, 3% a sus familias y 6% no llamaría a nadie. La convivencia no se vio afectada por la pandemia según un 73%, 16% sostiene que empeoró y 9% afirma que mejoró. La población relevada tiene mayoritariamente (63%) vínculos con formas de organización social . Un porcentaje significativo (44%) participó de actividades grupales , talleres o charlas en 2020. Una amplia mayoría (70%) manifiesta su interés en participar de cursos o actividades de formación .La comunicación por vía internet es un elemento clave para la comunicación y la acción de este tipo de población. Las respuestas sobre los programas que maneja habitualmente muestran una fuerte prevalencia de Facebook, Whatsapp, Correo electrónico y más recientemente Zoom. También hay muchas respuestas que evidencian dificultades en el manejo de programas. Una amplia mayoría (78%) manifiesta su interés en adquirir mayor capacitación en el manejo de programas de comunicación . La cantidad de personas con interés en participar en actividades vinculadas con la promoción de salud es muy amplia (76%).

Es decir que las personas que respondieron el cuestionario mostraron en muchos casos una relación esporádica con el médico, la amplia mayoría continuó tomando su medicación y tiene como referencia para el Covid los centros asistenciales. Saben que lo mejor para su alimentación es un consumo alto de verduras y frutas. Reconocen un impacto negativo por el confinamiento con niveles diferentes de afectación. Una cantidad importante manifiesta haber participado en talleres o actividades colectivas y una amplia mayoría tiene interés en participar de ese tipo de acciones. La mayoría dice tener un cierto manejo de algunas herramientas de comunicación digital y sobre todo está interesada en capacitarse más en esa área. Las percepciones y disposiciones evidenciadas en el relevamiento son un punto de apoyo valioso para el desarrollo de estrategias de acción colectiva y fortalecimiento de las organizaciones sociales.

Pensar las políticas hacia las personas mayores en términos de derechos humanos implica visualizar las luchas y demandas para su reconocimiento y su ejercicio efectivo. Valentina Perrota destaca la existencia de debilidades respecto a la organización de la sociedad civil de las personas mayores, que son un actor clave desde lo comunitario para llevar a la práctica sus derechos. Cuando se habla de la dimensión territorial de las políticas de cuidados implica que debe ser algo demandado por las comunidades, que se debe incorporar a la sociedad civil organizada en la demanda. Es decir se requiere construir la demanda para luchar por estos derechos e involucrar a las personas mayores en estas respuestas del Estado.

Por otro lado está claro que la REDAM ha sido un gran logro en el plano de la organización y participación social. Históricamente las personas mayores en el Uruguay siempre se organizaron como jubilados y pensionistas a través de ONAJPU y no había otro lugar para la participación social en la política pública hacia esta población. La REDAM amplió el espectro de la participación, incorporó una diversidad grande de organizaciones que no solo lucha por las cuestiones referidas a la jubilación sino por otros derechos.

Las debilidades en estas formas de participación social se deben a muchas razones, pero una de las más importantes es que se trata de un colectivo al que nadie quiere pertenecer. Valentina Perrota cita a Sandra Huenchan (2018) cuando analiza las barreras que existen para la participación política de las personas mayores para ser consideradas como sujetos de derechos. Una de las barreras consiste en que cuando existe una representación de la vejez y una identidad social tan devaluada a la que nadie quiere pertenecer es difícil poder formar colectivos políticos potentes. Eso tiene que ver con una construcción social en la que nadie quiere ser o reconocerse como viejo. Sin embargo, en muchos casos la gran mayoría de los dirigentes o activistas sociales y políticos son personas mayores. Allí hay un problema que también pasa con el feminismo. Recién ahora, porque las feministas históricas están llegando a la vejez se van incorporando temas asociados al envejecimiento, pero nunca fue un tema abordado por el feminismo o la sociedad civil.

Por otro lado desde el Estado se sigue construyendo un abordaje tutelar que no los piensa como sujetos de derechos o que no los invita a participar tomando decisiones sobre la política pública. La percepción de buena parte de la sociedad es que para los viejos ya hay muchos beneficios, se gasta mucho en ellos y son privilegiados. Sin embargo eso es absolutamente erróneo porque si bien hay un gasto importante que tiene que ver con las jubilaciones existieron previamente una vida entera de aportes.

También puede considerarse una contradicción desde Inmayores entre procurar potenciar la Red como un actor autónomo pero mantener todavía mucha dependencia hacia el propio Inmayores (Valentina Perrota 2020). En este sentido los referentes territoriales de Inmayores han jugado un rol importante, junto con los liderazgos locales de la REDAM.

Al mismo tiempo transformar el envejecimiento activo en un estereotipo termina colocando a la vejez exitosa como un deber, como una obligación que tienen los viejos ya que si no hacen toda esa cantidad de cosas prescriptas fracasan respecto al ideal de vejez.

Entre las debilidades cabe señalar también que en las intendencias en tanto actores locales importantes en relación con la vejez, tienen pocas áreas específicas sobre esta temática y cuando existen son débiles. Muchas veces sus propuestas se limitan a ayudas puntuales a determinados hogares cada tanto o promover cuestiones recreativas. No están pensadas como espacios donde fortalecer la participación política y social de estas personas.

Estrategias descentralizadas de prevención: Centros Diurnos

La ley 19.353 del 27/11/2015, de creación del SNC incluye en su artículo 9 inciso G una referencia expresa a *“Impulsar la descentralización territorial, buscando contemplar las necesidades específicas de cada comunidad y territorio, estableciendo acuerdos y acciones conjuntas con Gobiernos Departamentales y Municipales cuando correspondiere.”*. La puesta en marcha de programas de prevención y reducción de las situaciones de dependencia está previsto por el Decreto 427 / 2016 de aplicación de la Ley N° 19.353 que señala que *“Los Programas de Prevención y Reducción de las situaciones de dependencia tienen por finalidad prevenir, reducir, eliminar o retrasar la aparición de dependencia o adaptar el entorno para promover la autonomía de las personas en situación de dependencia”*.

Para ONAJPU la soledad de las personas mayores es un problema preocupante. Viven solas más de cien mil personas según un relevamiento del Mides. Ante esa situación los centros diurnos son una respuesta y varias de las asociaciones integrantes de Onajpu crearon o participan de ese tipo de centros. Algunas de ellas desarrollan muchas actividades. Las mejores experiencias lograron una interrelación buena entre la dirección de la Asociación, los vecinos y los técnicos (Baldasari).

Los “Centros de Día” son lugares donde las personas mayores que tienen una mínima dependencia o discapacidad (y también si no la tuvieran) construyen no solamente un lugar de encuentro sino un espacio donde realizar actividades que previenen el aumento de la dependencia (Susana Kaufmann). ¿Qué es lo que promueven? Sobre todo promueven la actividad. Las personas

mayores cuando se jubilan (especialmente los hombres) pierden sus redes de contención, sus redes de sociabilidad y empiezan a quedar relegados al hogar. Las mujeres sufren esta situación en menor medida porque durante toda su vida han generado contactos con la sociedad de distinta manera. A menos que tengan alguna dependencia severa, una discapacidad severa, en mayoría de los casos salen del hogar y siguen realizando actividades. Hay departamentos con fortalezas destacables en este plano. En el departamento de Colonia es muy significativa la experiencia de los Centros de Día, también en Paso de los Toros, en La Paz, en Melo, en Montevideo. Entre las debilidades de experiencias como la del Departamento de Colonia se menciona por parte de algunos de sus impulsores que no se logró incrementar sustantivamente la participación de los hombres, más allá de ciertos liderazgos masculinos(Kaufmann).

Los avances en la instalación de nuevos centros diurnos en el marco del SNC son interesantes como experiencias y escasos todavía en cuanto a su cantidad e impacto. Para algunas opiniones como la de Mónica Lladó un elemento de preocupación respecto a estos nuevos centros diurnos es no caer en trabajar con las personas mayores porque tengan una dependencia y se transformen así en objeto de cuidado, desdibujando la potencialidad que tienen las personas para decidir sobre sus vidas.

La experiencia de la Intendencia de Montevideo

La experiencia del Gobierno Departamental de Montevideo IM desde hace 30 años en políticas hacia el envejecimiento debe tomarse en cuenta. Como destaca Leonel Molinelli la política impulsada en Montevideo difiere de las aplicadas por la mayoría de las Intendencias del interior. Una de las líneas estratégicas ha sido el envejecimiento activo. Montevideo y Buenos Aires fueron pioneras en América en estas estrategias.

Las políticas de prevención y cuidados tienen una larga experiencia en la capital. La IM tiene un Centro diurno para personas auto válidas que cumplió 26 años en 2019. Los dispositivos que tiene la IM van en la dirección de un sistema de cuidados mutuos. La socialización es parte de los cuidados y ese un punto fuerte de la modalidad aplicada en Montevideo.

La estrategia principal de la IM fue construir redes de personas mayores, como línea sostenida durante décadas, destaca Molinelli. El hecho de que todos los meses se junten referentes de las personas mayores, miles de personas que interactúan en esas redes, es un gran logro. Las redes tienen como base grupos, mas de 300 en Montevideo, que se juntan para hacer actividades,

interactuando con la IM. Por ej en el Festival de Coros, participan cerca de 4000 personas. Cada uno de esos grupos tiene vínculos con la Secretaría de Personas Mayores. La base de constitución de estos grupos es territorial, las zonas comunales y los municipios. El tercer nivel de gobierno, los municipios trabajan en esta estrategia. Los gobiernos municipales tienen áreas sociales con las cuales interactúa la Secretaría de Personas Mayores de la IM. En algunas zonas de Montevideo son muy fuertes. En el ejemplo del Municipio A hay redes en cada zonal (14, 17 y 18) y una vez por mes se reúne la Inter-Red. En otros como el municipio Ch no han podido conformar una red todavía. En estos procesos existen tres tipos de actores: los grupos de personas mayores, los equipos sociales de los CCZ (integrantes de los gobiernos municipales) y la Secretaría de Personas Mayores IM. Entre los actores territoriales en esta materia hay además tres o cuatro CREA Centro de Referencia en Envejecimiento Activo promovidos por Fundación ASTUR con fondos del BID, que a veces interactúan con las redes. También las policlínicas IM se han sumado a estas redes y tienen una participación activa.

La Secretaría de Personas Mayores realiza 1500 talleres por año y a ellos se suman los que realiza la Secretaría de Deportes apuntando a los cuidados.

Otros actores a mencionar son los centros diurnos del SNIC que son aliados en esta estrategia. A medida que la población ha ido envejeciendo el SNIC brinda la posibilidad de derivar a las personas que van perdiendo autovalidez. Otros actores son los clubes de barrio, que juntan grupos de personas de cada zona y desarrollan actividades pero sin vínculo orgánico a la IM.

Desde el año 2007 existe en Montevideo el Consejo Asesor de Personas Mayores con un carácter consultivo convocando a los referentes de las instituciones de personas mayores como Onajpu, UNITRES y personalidades referentes. Luego hubo un período de discontinuidad y el Consejo retomó su funcionamiento en 2016 dándole carácter territorial. Hoy lo componen los referentes de cada una de las redes en los diferentes municipios, con reuniones mensuales. En 2016 la Intendencia se incorpora a la Red de Ciudades Amigables con las Personas Mayores.

Este Consejo Asesor es un órgano de seguimiento de las políticas que se llevan adelante. En sus primeras reuniones definió varios puntos relevantes para trabajar. La primera prioridad fue el tema de la movilidad, que es un elemento central para esta población a través del sistema de transporte colectivo de Montevideo. El transporte público es su principal forma de movilidad. Se creó una subcomisión de movilidad que elaboró un documento de fortalezas y debilidades del sistema público de transporte con recomendaciones, que se presentó al Consejo Consultivo de Transporte. Entre esas recomendaciones se fundamentó que todos los ómnibus tuvieran piso bajo, propuesta que

tuvo buena receptividad y comenzó a implementarse. En ese caso la participación social permitió dar una respuesta importante para la población, generó un resultado concreto y positivo.

Además de los grupos y las redes Molinelli destaca la experiencia de los centros diurnos de Parque Rivera y el centro diurno N° 2 en Arenal Grande y Fernández Crespo. En una primera etapa de su desarrollo estos dispositivos tenían una debilidad por un cierto carácter estático de sus participantes que no permitía nuevas incorporaciones. Desde la Secretaría de PM de la IM se cambió la dinámica, promoviendo de lunes a sábados un conjunto de talleres abiertos. Ello permitió pasar de 25 personas a 350 personas participando. Están intentando replicar la experiencia en todo Montevideo.

Gobierno, organizaciones sociales y Sistema Nacional de Cuidados

Durante las primeras décadas del siglo XXI, con los gobiernos del Frente Amplio los movimientos sociales estuvieron en una situación relativamente fluida en su relación con los actores institucionales. Los avances logrados en materia de protección social y la elaboración de una política nacional en materia de cuidados permiten asumir las dificultades de este nuevo período desde otros puntos de partida.

Con el cambio de gobierno el Sistema de Cuidados y la Secretaría de Cuidados dejaron de ser algo importante para las políticas públicas. A partir de marzo de 2020, la Ley de Urgente Consideración y la presentación de la ley de presupuesto promovieron cambios muy importantes. Desde el inicio se planteó la desaparición del Instituto de las Personas Mayores para llevarlo a un rango institucional mucho menor, asociando esta área con el Programa de Discapacidades.

Según Percovich los sectores que integran la coalición de gobierno son resistentes a los cambios sociales. Para Lladó es posible sufrir un retroceso importante en muchos avances y se hará muy difícil abordar los problemas pendientes, las cosas por hacer, en campos donde estaban trazadas algunas líneas estratégicas. Hay sectores muy conservadores que culpan a los movimientos feministas por reclamar que los cuidados se asuman en forma coparticipada.

Recién en setiembre de 2020 se reunió el Comité Consultivo en el nuevo período de gobierno. La Red Pro Cuidados mantuvo un contacto cercano con las organizaciones para defender los avances alcanzados. En el Consejo Consultivo plantearon al Mides su preocupación por el devenir del SNC

en la nueva administración, por la unificación de cuidados y discapacidad, por los recursos presupuestales, y la financiación de actividades como la formación, supervisión y nuevos servicios. Se les aseguró que los recursos previstos en la ley de presupuesto se mantendrían durante todo el período pero no hubo respuesta respecto a la provisión de los recursos humanos y materiales para poner en funcionamiento los 40 Centros CAIF cuyos nuevos edificios se entregarán próximamente. La nueva dirección de Políticas de Discapacidad y Cuidados del MIDES afirmó que se mantendrán los principales programas del Sistema y se estimularían los Centros Siempre y las Casas Comunitarias, así como la apertura del Centro de Día del Municipio CH de Montevideo. Se mantendría el programa de Asistentes Personales luego de una pausa en la recepción de nuevas demandas.

Desde la Red Pro Cuidados se reclamó asimismo la discusión y aprobación del Plan Nacional de Cuidados para el quinquenio cuya fecha límite era finales de junio de 2020, de acuerdo a la ley 19.353.

En diciembre 2020 un conjunto de organizaciones sociales, sindicales e instituciones vinculadas a derechos humanos -algunas integrantes del Comité Consultivo de Cuidados- denunciaron el proceso de desmantelamiento que sufre el Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay, enumerando los hechos cuestionados y reclamando que se tomen medidas concretas para contrarrestarlo ⁶⁰.

Así como algunas referentes caracterizaron distintos paradigmas sobre el envejecimiento y los cuidados y su influencia en los procesos de las últimas décadas, cabe analizar la fortaleza actual del paradigma del Estado mínimo, de la responsabilidad individual y del retroceso del Estado en las políticas de protección social y ejercicio de derechos. No es una concepción nueva. Ya tuvo su período de auge en los años 90 alineando organismos internacionales, gobiernos, centros de producción académica y grandes medios de comunicación. Llegó a postularse como el fin de la historia, el estadio definitivo de la humanidad. En su versión uruguaya actual este paradigma reduce sustantivamente las respuestas del Estado a las crisis originadas por la pandemia. Choca, en ese sentido, con las organizaciones sociales que no renuncian a los derechos alcanzados ni a los reclamos de mayor profundización de los procesos iniciados y reclaman respuestas acordes a la dimensión de la crisis.

60 <http://www.redprocuidados.org.uy/ante-el-desmantelamiento-del-sistema-de-cuidados/>

XIV DISCAPACIDADES : *NADA SOBRE NOSOTRAS, SIN NOSOTRAS*

La problemática de las discapacidades es un área donde coexisten graves dificultades para el ejercicio y el cumplimiento de derechos. Existe asimismo una contraposición de modelos o formas de abordaje. La pandemia acentuó estas problemáticas (Anzalone 2021).

La Red de Municipios y Comunidades Saludables realizó un taller abierto *DISCAPACIDADES. En los barrios, entre la crisis, el estigma y las acciones*, el 3 de setiembre de 2020 donde participaron más de 90 personas, expusieron referentes de organizaciones sociales del colectivo de la discapacidad, Facultad de Psicología y Secretaría para la Accesibilidad y la Inclusión de la Intendencia de Montevideo. Se produjo una discusión fermental que interesa compartir en este capítulo, como parte de la investigación sobre participación social.

Noelia Baillio vicepresidenta de la Unión Nacional de Ciegos del Uruguay expuso que la UNCU es una organización sin fines de lucro que reivindica los derechos de las personas ciegas o de baja visión. Ante la situación de emergencia sanitaria la UNCU se abocó a acompañar al colectivo más vulnerable que en esta coyuntura fue mayor que lo habitual. En particular las personas discapacitadas con una seguridad social muy débil, cuyos trabajos no son formales y que se vieron interrumpidos por la pandemia. La UNCU recolectó alimentos para esas familias que no tenían pensión que los cubriera. Juntaron 150 canastas. Para las personas que no están muy cercanas de la discapacidad visual, aclaró que los ciegos tienen una comunicación con el mundo a través del resto de los sentidos. Con la pandemia movilizarse se volvió peligroso. Fueron saturados por los medios de comunicación. Les interesa ahondar en el tema de la participación social. Saben que Montevideo está intentando llegar a una sociedad más inclusiva. Aspiran a una accesibilidad universal. Pero la participación se piensa como “hacer para”. Eso genera que la persona a la que va destinada no se siente parte de ese proceso, de ese “hacer para la accesibilidad”. Lo ven con un tinte asistencialista. Piensan la participación desde el derecho a ser parte, a participar del proceso. Consideran la palabra participación como punto de partida hacia un camino en común. Eso hace la diferencia. En los barrios todos se benefician de estas acciones y no solo los que tienen discapacidades. Las personas con discapacidad han construido una caja de herramientas, que implican formas, maneras de hacer las cosas. Buscan determinadas técnicas para ser lo más autónomas posibles en la sociedad. Algunas son específicas pero muchas otras se fueron construyendo colectivamente. Creen que esa caja de herramientas suma para toda la comunidad. Una rampa ayuda a las personas con discapacidad motriz pero también para todos, como una vereda en buen estado. A eso apuntan. Que la

participación sea “construir entre todos”. Como dice la Convención de Naciones Unidas por los Derechos de las Personas con Discapacidad : “Nada sobre nosotros sin nosotros” resume Baillio.

María José Bagnato, docente de Facultad de Psicología fue responsable del Programa de Discapacidad del MIDES y decana de su facultad. Bagnato fundamenta que hay un antagonismo intelectual en cómo se mira la discapacidad entre un modelo médico hegemónico y un modelo social. Tratan de superar ese antagonismo, planteando que la condición de salud es fundante de todas las personas. En ese proceso hay personas que pueden tener limitaciones a nivel físico, y requieren determinados apoyos para ejercer las actividades cotidianas. Si quedáramos anclados en un punto de vista biológico o médico no podríamos ver a la persona en su globalidad. Para algunas concepciones la discapacidad es abordada como un proceso de enfermarse. Pero nuevos enfoques plantean que la discapacidad se produce socialmente porque no se puede acceder a los bienes y servicios de la comunidad. Muchas veces el lugar donde se denomina la discapacidad parte de un discurso técnico, médico y jurídico. Tiene que ver con la salud como condición de toda persona. Las personas consumen servicios de salud . No por la discapacidad transitamos un proceso de enfermar. Ahí las personas ven limitadas sus posibilidades de acceso a la atención de salud, a las policlínicas, a la prevención y promoción, a la información (por ej. en la pandemia). Ven allí una serie de barreras de los servicios para las personas con discapacidades, físicas, comunicacionales, que afectan la comprensión de las necesidades de las personas. Han notado por algunas investigaciones que la atención de salud de las personas con discapacidad, no mira a la persona sino a la discapacidad. La discapacidad se impone ante el equipo de salud. Existe una cobertura casi universal a la salud pero los abordajes son parciales y están referidos a la discapacidad. Si una persona va una emergencia con un diagnóstico de patología psiquiátrica , llaman a un psiquiatra aunque consulte por una gripe.

Reivindica la convocatoria a tomar el tema desde los territorios, desde la salud y la discapacidad. Haciendo énfasis en el lugar que se le da a las personas.

Consejo de Personas con Discapacidad

Fiorella Buzeta, presidenta del Consejo de Personas con Discapacidad de Montevideo, destaca que hay situaciones negativas y también procesos positivos. Lo negativo es que venían de un período con dificultades para acceder a los derechos. La pandemia genera una situación mas compleja, impacta en todo el país pero hay sectores mas vulnerados, si no se abordan políticas que mantengan a las personas conectadas, protegidas, circulando. Había empresas que venían ingresando personas

con discapacidad y ahora es más difícil que puedan trabajar. Cualquier crisis económica, social o política, complejiza mucho más el acceso al trabajo, a la alimentación, al ejercicio de derechos de las personas con discapacidad .

Por otro lado el zoom los ha acercado. Muchas compañeras y compañeros se han acercado.

El zoom implicó una oportunidad, no estaban solos dentro de sus casas.

Les impactó también el cambio de gobierno. Las personas con discapacidad tienen que adaptarse a todos esos cambios.

El Sistema de Cuidados se vio invadido por la pandemia. Las personas dejaron de trabajar, dejaron de salir . La creación del SNIC es un avance importante para nuestro colectivo, sostiene Buzeta.

Los cuidados no quedaban solo en la familia sino que ingresaban otras personas a colaborar . Con la pandemia eso se cortó. Había muchas familias que dependían de eso para que otro integrante del núcleo familiar pudiera ir a trabajar. Eso implicó una problemática y más en aquellos con discapacidad severa. Toda su vida diaria se afectó.

Desde el Consejo de Personas con Discapacidad consideran que es muy importante abordar el tema en los territorios.

Federico Lezama, director de la Secretaría para la Accesibilidad y la Inclusión de la IM hizo énfasis en la oportunidad que el Ciclo de Talleres de la Red MCS brinda para poder compartir información y reflexiones, y reafirma la intención de mantenerse vinculados a este proceso de trabajo. Es una instancia de intercambio, con una perspectiva de proceso, que ha sido explosiva en cantidad de gente y de redes de los distintos municipios que participan. Lezama relató la forma como se construyó el primer Plan de Accesibilidad en el año 2017, con objetivos que pudieran ser cumplidos. Este Plan reafirmó el compromiso con el mandato legal respecto a los temas de la Discapacidad que establecen la Convención y varias leyes (18.651 y otras) que son complementarias.

Se trató de generar una trazabilidad entre el derecho establecido en las normas y las acciones o las metas para cumplir con los derechos, para que pueda ser medible el avance. Porque los derechos requieren un buen manejo de información de la ciudadanía. Siempre los derechos se van consolidando en relaciones de conflicto, de tensión entre intereses y concepciones distintas.

Este Plan se organizó en tres ejes: Urbanismo y Movilidad ; Igualdad, Participación e Inclusión y el tercer eje es la Institucionalidad y Gestión del Cambio. Son los arreglos institucionales para hacer efectivas las acciones. Adelantó los resultados del Primer Plan que se presentaron públicamente unos días después, el 9 de setiembre de 2020.

En la elaboración del Segundo Plan intentan incorporar con fidelidad la perspectiva de la vida, la perspectiva de las personas que viven la discapacidad en los barrios.¿Qué necesitan? ¿Cuáles son

los problemas que enfrentan? En la manifestación de estas problemáticas ver como se pueden traducir en demandas y propuestas convirtiéndolas en metas que la IM y los Municipios se pueden comprometer a implementar. Los Planes Municipales están integrados al Plan Departamental de Accesibilidad. El Consejo de Personas con Discapacidad es el ámbito colectivo donde se puede priorizar y sintetizar, es un factor clave en este proceso.

Estas propuestas se van a enriquecer en la medida que se vinculen con otras redes, con otras personas con mucha experiencia de trabajo comunitario, que permita pensar la accesibilidad en un sentido más amplio. Apuestan que las metas tengan mayor precisión, no solo que se puedan cumplir, sino que generen impactos en la vida de las personas.

Si las redes de organizaciones sociales, cooperativas, de mujeres, sindicales, que tienen incidencia en los territorios, pueden integrar estas perspectivas podrán generar procesos de inclusión social más amplios, sostiene Lezama.

El contexto de pandemia ha instalado la perspectiva del aislamiento. Esa es una vivencia de todos. Esa experiencia para muchas personas con discapacidad es algo cotidiano, ya antes de la pandemia, por la falta de posibilidades y apoyos para movilizarse en la ciudad. Esto nos permite llegar a una mayor empatía social. Lezama afirma que la experiencia de estos meses de cada uno puede conectar con la vida cotidiana de las personas con discapacidad. Convocan a vincular las reflexiones, elaborar propuestas, tirar ideas, que puedan integrarse en el nuevo Plan de Accesibilidad. Este taller los encuentra en esa situación. Quieren integrar la inteligencia colectiva que se expresa en estas redes a las propuestas que tendrán a consideración los nuevos gobernantes en los próximos cinco años.

En los subgrupos del taller participaron personas de departamentos muy distantes del país como Artigas, Salto, Paysandú, Montevideo, Rivera, Canelones y también de otros países de la región como Perú.

Se tomó como premisa fundamental : NADA SOBRE NOSOTRAS SIN NOSOTRAS.

Aparecieron dos elementos centrales : por un lado la necesaria participación del Estado en sus distintos niveles e instituciones para brindar los soportes necesarios a las personas en situación de discapacidad. Pero, por otro lado, también la necesidad de construir la demanda. Porque hay actores sociales que están invisibilizados. Ambas cosas deben articularse. La participación de las personas debe estar en el diseño mismo y en las propuestas. Las organizaciones se forman por determinadas discapacidades y otros colectivos quedan más invisibilizados. Aún queda mucha gente en la invisibilidad ante la comunidad. Se planteó la necesidad de que se incorporen más colectivos, para que ninguno quede invisibilizado. Ven la necesidad de interactuar con redes de distintos municipios, creando una articulación interinstitucional que confluya en los municipios.

Hubo acuerdo en la importancia de la organización civil en el territorio. Además del gobierno en todos sus niveles, es importante que los vecinos tengan una organización propia en el territorio. Que sean interlocutores con los municipios. No solo pensar en políticas focalizadas, sino incluir la temática de forma más universal. Todas las personas tienen el mismo derecho. Eso permite que no quede solo como actividades para algunas personas. La integración social requiere generar alianzas entre distintos colectivos. Por ej. las rampas no solo para los discapacitados sino para todos. Se solicitó que los integrantes del Consejo de Discapacidades contaran su experiencia. Una experiencia destacada fue la posibilidad que brindó el Consejo de conocer los problemas de distintos tipos de discapacidades, generando seis comisiones de trabajo. Una meta del Consejo fue la accesibilidad, la ruta para lograr “accesibilidad para todos”. No algo que favorece a unos sino a todos. También se jerarquizó la labor del Consejo para que se escuchen las voces de las personas con discapacidad. Es importante saber los derechos y que las personas sean conscientes de ellos. Uno de ellos es el acceso a la inclusión educativa. Es importante ponerse en el lugar del otro. Hubo acuerdos en la importancia de incorporar estos temas en los Planes de Desarrollo Municipal. El intercambio desde las distintas situaciones mostró que en varios municipios de Montevideo como el E y el G hay una comisión de Accesibilidad e Inclusión en el Consejo Vecinal, con personas que son concejales y otras que no. En el municipio A hay una Red con vecinos y trabajadores sociales que se reúne mensualmente. Surgió la constatación de que, a veces, los esfuerzos quedan muy acotados cada uno en su municipio y sería bueno conocer lo que se hace en otras realidades. Un participante de Perú relató la experiencia en el gobierno regional de El Callao : las personas con discapacidad se organizaron, mapearon la situación del territorio y encontraron que había una Secretaría de Discapacidad en cada municipio. Después de estar organizados crearon una asociación legalmente constituida, para lograr más peso y que los gobiernos locales puedan tener incentivos para responder a los requerimientos de las personas con discapacidad.

Se valoró la importancia de incluir los derechos de las personas con discapacidad mental, como está definido en la ley de salud mental, que muchas veces quedan marginalizadas. En la Comisión Nacional de Contralor de Salud Mental hay participación de usuarios, que se están organizando, aunque es incipiente.

El cierre del taller fue la pregunta *¿Qué pasa con los que no llegan ?*

XV COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

En todos los procesos sociales la comunicación es un elemento fundamental y la salud es una construcción social. Sin embargo hay poca formación específica en ese campo para los trabajadores de la salud y en general los distintos actores tienen una concepción muy restringida de la comunicación. Algunas instituciones han confundido comunicación con marketing empresarial, con publicidad para lograr más afiliados. Otras visiones piensan la comunicación como educación para la salud pero la conciben desde el conocimiento y el poder técnico al no-conocimiento y no-poder de los usuarios o las poblaciones.

Para abordar esta temática desde una mirada integral la Red de Municipios y Comunidades Saludables dedicó a la Comunicación el segundo Encuentro del Curso de Formación de Animadores de Redes Comunitarias. Se contó con valiosos aportes de docentes de la Facultad de Información y Comunicación FIC, y fue posible una discusión fructífera con mucha participación de los asistentes. Se enfatizó que vivimos tiempos de cambios en la comunicación. Como fortalezas se mencionó el gran impulso de las plataformas virtuales, la difusión masiva de la comunicación vía web. Se afirmó también que las herramientas de comunicación permiten armar mejor los planes de trabajo, promover una participación mayor y el acercamiento de la población. Son elementos necesarios para una construcción sistemática en este campo.

Al mismo tiempo una de las conclusiones fue que hay más medios de comunicación, más información pero estamos más desinformados. En ese fenómeno inciden la saturación, la manipulación y la falta de garantías de las fuentes. Hay debilidades que surgieron siendo fortalezas.

Las redes sociales y la comunicación por internet tuvieron una explosión de crecimiento en las últimas décadas. Son un fenómeno complejo, con aspectos muy positivos y también problemas. Como señala Adriana Cabrera (2021) la masividad del uso de las redes sociales irrumpió en la vida de las personas sin que tuvieran tiempo de analizar sus posibles consecuencias. Al inicio destacó la democratización de la información que permitió la fluidez en la organización, mayores convocatorias y como caja de resonancia de las denuncias y demandas. Sin embargo casi inmediatamente comenzó un proceso de manipulación, comercializando los datos, percepciones, opiniones, gustos de las personas. Al poco tiempo un ejército de perfiles falsos, “trolls” y mercenarios cambiaron las formas de relacionamiento en las redes utilizando noticias falsas,

agresiones y acoso. En la actualidad las TIC son un escenario de diversas formas de violencia moral, simbólica, psicológica basada en género y generaciones. Paradójicamente con herramientas que posibilitan la comunicación horizontal más amplia, crecen los círculos cerrados, bloques divididos y grietas profundas .

La comunicación en salud como campo de tensiones

Este ha sido un campo de tensiones donde operan concepciones e intereses diversos.

Un ejemplo claro fue el primer período de la reforma sanitaria cuando el MSP exigía que los mensajes de las instituciones de salud en los medios de comunicación tuvieran un contenido de educación para la salud. Varias empresas de la salud se resistieron y presentaron recursos hasta que el Tribunal de lo Contencioso Administrativo les permitió volver a la lógica comercial. De esta forma luego de varios años desaparecieron los mensajes institucionales relacionados con temas de prevención y promoción de salud. Algunos actores lograron boicotear asimismo todo intento de establecer por ley la necesidad de educar en salud a través de las comunicaciones institucionales en los medios de prensa.

Los grandes medios han sido, en general, ajenos a su responsabilidad en materia de comunicación/educación sobre cuestiones de salud.

En 2014 luego de diversas consultas públicas y con una amplia participación de actores de la sociedad civil se aprobó la llamada ley de Medios N° 19.307 . Vale la pena destacar entre varios puntos relevantes lo que establece en su artículo 95 inciso A consagrando legalmente “el uso gratuito de hasta quince minutos diarios, no acumulables, para realizar campañas de bien público sobre temas tales como salud, educación, niñez y adolescencia, igualdad de género, convivencia, seguridad vial, derechos humanos y combate a la violencia doméstica y la discriminación”.

Algunos medios de comunicación impugnaron ante la Suprema Corte de Justicia una gran parte de los artículos de la ley 19307 pero finalmente la Corte rechazó casi todos esos recursos dejando firme la ley. Las Campañas de Bien Público comenzaron recién en abril de 2018, cuatro años después de aprobada la ley. La ley fue promulgada en diciembre de 2014 pero su reglamentación demoró varios años, concretándose en 2019 mediante el Decreto N° 160/019. La aplicación de los artículos de la Ley de Medios que refieren a Campañas de Bien Público, no solo fue tardía sino que no involucró de manera amplia a los actores de la sociedad civil en sus objetivos, contenidos y formas. De todas maneras tuvieron cierto impacto y abrieron un camino. El gobierno de coalición

que asumió en marzo 2020 envió al parlamento un nuevo proyecto de ley de medios donde se eliminan las campañas de bien público, entre otras medidas que favorecen al oligopolio mediático. Lo hicieron en abril de 2020 en plena pandemia cuando la comunicación era (y es) la herramienta decisiva para el manejo de la enfermedad.

Por otro lado los actores políticos e institucionales frecuentemente conciben comunicación como difusión de logros. Varias explicaciones reduccionistas de las derrotas electorales las asocian con fallas en la transmisión pública de los resultados de las políticas aplicadas. La comunicación está limitada, en esta acepción, a un mensaje unidireccional que se reduce a información transmitida al público.

¿Receptores pasivos y uniformes?

Muchos puntos de vista suponen que las personas son receptores pasivos de la comunicación que emiten algunos. Esa separación estructurante de emisores y receptores consolida relaciones de poder asimétricas y subestima la complejidad de los roles en la sociedad.

En la discusión del Encuentro de la Red MCS se enfatizó que el “poder” en el proceso de comunicación no opera solo en los grandes medios, sino también en las relaciones interpersonales, en las dinámicas de grupo y en lo comunitario. Un elemento relevante es ¿quién tiene “la voz”? ¿cómo trabajar para habilitar otras voces?, ¿qué medios elegimos desde las instituciones y organizaciones para comunicar? ¿a quiénes dejamos afuera?

Ese poder desigual no es solo estructural sino también condiciona las prácticas de los diferentes actores. No es algo inamovible, se construye o se debilita con las acciones que se llevan adelante. Ese tipo de comunicación se relaciona con los procesos de toma de decisiones en los campos donde opera, en las instituciones, las organizaciones o la escena nacional. La participación social en salud está muy relacionada con las diferentes formas de comunicación que se desarrollan.

Como sostuvo Alicia García (FIC Udelar) en el Encuentro de la Red MCS (Anzalone 2020a), la comunicación es un campo complejo y situado, ubicado en un contexto determinado y en un momento histórico. La definición de comunicación es producción de vínculos y sentidos (ideas que hay sobre las cosas en cada coyuntura). “Buscamos promover mejores vínculos y poner en discusión sentidos. Todo comunica y nos comunicamos todo el tiempo. Todo quiere decir algo”. No son solo las palabras, las imágenes, los sonidos sino también las actitudes, los gestos, las acciones, comunican, nos comunican.

Cuatro campos de la comunicación en salud

La comunicación en salud puede organizarse en cuatro campos que interactúan entre sí.

a) Dentro de las instituciones o las organizaciones.

La forma como se comunica dentro de cada institución influye en el clima organizacional, en la manera como se cumple con sus funciones específicas y como se relaciona con el medio. No es lo mismo si los trabajadores conocen cuales son los objetivos y metas de la institución donde se desempeñan laboralmente que si las ignoran. No es igual si existen mecanismos y climas internos que les permitan aportar sus saberes a la elaboración de los planes institucionales que si se los concibe como piezas no pensantes y no comunicantes de un engranaje. El reconocimiento del saber del trabajador, del profesional y del no técnico, y su incorporación a las políticas institucionales contribuye a enriquecerlas y a generar mayor compromiso con las mismas. Las instituciones modernas y las de salud en particular son organizaciones complejas, que no funcionan bien con lógicas verticales y sistemas de “orden y mando”, más allá de las responsabilidades específicas de cada uno. La circulación de la información requiere mecanismos ágiles, con fácil accesibilidad, con claridad en sus contenidos y formas adecuadas. Al mismo tiempo comunicación es más que transmisión de información. Incluye recepción y capacidad de escucha frente a las dificultades y posibilidades, intercambios y análisis de las situaciones y los procesos, que se relacionen con las prácticas institucionalizadas permitiendo problematizarlas, modificarlas cuando es necesario. El trabajo en equipo, tantas veces mencionado y en menos ocasiones implementado como práctica efectiva, requiere y genera comunicación productiva.

b) Hacia el entorno inmediato.

Para las instituciones de salud sus usuarios son el principal entorno además de ser la razón de ser de su existencia como organización de servicios. El modelo asistencialista reduce la atención de salud a la respuesta frente a la demanda individual en los episodios de enfermedad. Omite por lo tanto una relación permanente con los usuarios cuando están “sanos”, para proteger esa condición y prevenir la enfermedad. Concibe los problemas de salud como fenómenos individuales centrados en las afecciones del cuerpo, dejando de lado los aspectos psicológicos, emocionales y vinculares involucrados siempre en la vida de las personas. En lo que se ha llamado el “síndrome radar” los usuarios aparecen en el radar de las instituciones cuando consultan y desaparecen cuando son dados

de alta. No hay continuidad longitudinal, falta una mirada hacia la familia y la comunidad, no se jerarquizan las condiciones sociales, económicas, ambientales y culturales de la vida de estas personas. Un modelo de atención integral, en cambio, jerarquiza la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, actuando sobre los factores determinantes de ambos, tanto a nivel individual, como familiar y social. También se preocupa por la rehabilitación y la reinserción de las personas luego de los episodios de enfermedad o cuando cursan enfermedades crónicas.

La comunicación con y desde los usuarios es un elemento central en un modelo integral de atención. En la relación médico-paciente (una clave de calidad asistencial) y en la atención en el mostrador, en la enfermería, en el consultorio o en domicilio, es necesaria la existencia de tiempo suficiente y empatía para que se produzca un diálogo y se construyan relaciones de confianza. El Primer Nivel de Atención es un espacio fundamental, aunque no el único, para afirmar estas relaciones de comunicación e interacción.

Los Consejos Consultivos por institución podrían ser organismos motores de esta comunicación/participación. Sin embargo, en lugar de considerarlos una oportunidad para construir un relacionamiento nuevo basado en una comunicación de doble vía, se los minimizó, se desvalorizó su función o directamente no se los convocó en forma regular.

c) Los territorios como dimensión comunicativa.

En el entorno cercano, pero en un plano distinto, es preciso pensar los territorios donde están insertos los servicios de salud. Lejos de ser espacios neutros, meros lugares de residencia, existe una trama local que construye comunidades. Puede ser más o menos densa, más o menos fuerte, con procesos de mucha trayectoria o con emergentes recientes, pero siempre existe. Las personas no son solo individuos receptores de las indicaciones médicas sino que integran colectivos, comparten percepciones, hábitos, formas de ver el mundo y de actuar sobre él. Para la salud este escenario comunitario es la base de alianzas decisivas para el logro de sus fines. Allí entran los centros educativos, los centros de primera infancia, las organizaciones de personas mayores, los centros culturales y deportivos, las organizaciones de mujeres, una multiplicidad de colectivos y también los gobiernos locales, que van conformando la trama de la vida en comunidad. La dimensión territorial es uno de los ejes de las políticas de salud, que requiere construir redes de salud, redes de personas mayores, redes ambientales y otras muchas formas de asociación local. Por eso los municipios son un nivel de gobierno a priorizar en las estrategias sanitarias y sociales. Asumir la

integralidad del abordaje de la salud exige intersectorialidad, articulación de políticas y actores diversos tanto en el plano nacional como local.

En esa dirección la idea-fuerza de centros de salud con población y territorio asignados, permite una planificación territorial donde la gestación de alianzas y redes es un eje fundamental. La elaboración de diagnósticos locales de problemas priorizados en forma participativa y Planes Locales de Salud son una palanca poderosa para las orientaciones sanitarias. Una herramienta muchas veces subestimada cuando el sistema de salud actúa en forma autoreferencial y sigue la inercia de las lógicas asistencialistas y centralizadoras.

La estrategia de Municipios y Comunidades Saludables es una teorización fecunda para este tipo de acciones territoriales e intersectoriales. En ese contexto la comunicación comunitaria es un campo prioritario. El encuentro de la Red de MCS sobre Comunicación Comunitaria realizado el 30 de julio de 2020 permitió profundizar en esta temática⁶¹.

Como destacó Sabrina Martínez (docente de la Facultad de Información y Comunicación FIC) es necesario pensar quienes son aquellas personas con las que nos queremos comunicar. Propone que dejemos de hablar de los mensajes “como si fueran un avioncito de papel con nuestros contenidos”. Consideremos que son procesos de comunicación. Analicemos la existencia de una multiplicidad de mensajes. Estos mensajes no llegan asépticos, hay mediaciones. Las personas desde su realidad, desde lo que las moviliza, lo que conecta con su historia, tienen el derecho a interpretar lo que es pertinente y relevante. Todas las personas somos emisores y receptores de comunicación, somos “EmiRec”, afirma Martínez.

Por otro lado no siempre comunicamos lo que queremos. Mensaje emitido no es igual a mensaje recibido. Nos puede pasar que quisimos comunicar algo y termina recibándose otro mensaje.

En cada caso hay que ver quien puede hablar, quien puede ser escuchado. Por ejemplo en la cultura predominante los niños y adolescentes no son escuchados. Durante mucho tiempo las mujeres, o más en general las víctimas de violencias patriarcales y abusos no eran escuchadas, porque el relato dominante las silenciaba.

Para pensar la comunicación hay que ponerse en el lugar de las demás personas. Muchas veces nos parecen centrales los temas que nos ocupan pero no siempre valoramos los que preocupan a otras personas.

61

Hablamos de comunicación de doble vía, dialógica. Construir esa comunicación exige una actitud comunicativa. Para escuchar y para decir. Este proceso requiere construir un “nosotros”. Eso implica lidiar con las diferencias, diversidad, conflictos y acuerdos. Al mismo tiempo toda comunicación implica un compromiso, concluye Sabrina Martínez.

Visibilizar los procesos más fecundos en esta materia, generar intercambios y aprendizajes colectivos es la mejor estrategia para romper la fragmentación. Hay experiencias donde acciones de gran riqueza comunitaria no se comunican, permanecen invisibilizadas, no forman parte del relato de ninguno de los actores relevantes.

En un contexto como el actual tan lleno de amenazas, incertidumbres y desafíos es fundamental evitar que las organizaciones sociales se anquilosen, debiliten su acción comunitaria y su comunicación. Los procesos de formación/acción son herramientas en esa dirección.

d) Hacia la escena nacional y la sociedad en su conjunto

Hay una dimensión nacional en la comunicación referida a la salud que no puede ser minimizada ni contrapuesta a los demás campos. No alcanza con lo interno de las instituciones ni con la dimensión local. Es preciso abordar una comunicación a nivel nacional que debe ser coherente y generar sinergias con la comunicación interna y local.

Al sistema sanitario le resulta difícil construir una comunicación de ida y vuelta, con muchos actores, que sean a la vez emisores y receptores. Está acostumbrado a una comunicación unidireccional desde el conocimiento técnico, el interés mercantil o el poder político.

Hay ejemplos notorios de éxitos en esta materia. La campaña contra el tabaquismo y en particular contra fumar en lugares cerrados es un ejemplo de política de comunicación exitosa en el plano sanitario. No fue la coerción desde el Estado sino la comunicación lo que hizo entender los graves daños a la salud que causa el tabaco y que las personas tienen derecho a no ser perjudicadas por los fumadores. Pocas veces hemos visto un cambio de hábitos tan importante en un período breve de tiempo. Fue el respaldo ciudadano apoyado en una comunicación clara quién lo hizo posible.

Ninguno de los grandes problemas sanitarios puede abordarse sin jerarquizar la comunicación a nivel nacional. Los Objetivos Sanitarios Nacionales OSN como compromiso global y como planificación requieren multiplicar la comunicación, ampliando la voz de muchos actores dispuestos a trabajar por ellos. Evaluar los OSN 2020 y construir los OSN 2025 es un rumbo central para las políticas de salud. Desde el SNIS como sistema pero promoviendo la intersectorialidad

imprescindible. Solo desde esa comunicación es posible promover un cambio cultural tan amplio como el que se necesita. Promover formas de comunicación donde se escuche la voz de los sectores postergados, subordinados o invisibilizados, es de la mayor importancia.

Comunicación y pandemia

La incertidumbre y el miedo que produce la situación de pandemia exige un énfasis especial en la comunicación. El aislamiento es una medida para evitar la propagación de la enfermedad pero al mismo tiempo es, en sí mismo, un problema de salud, cuyas consecuencias serán duraderas. Como se ha señalado anteriormente la confusión de términos entre distanciamiento físico y distanciamiento social es significativa. La utilización del término distanciamiento social introduce un conjunto de otros relacionamientos entre las personas. Es un mensaje contraproducente en términos de salud. No es recomendable de ninguna forma evitar el relacionamiento social, debilitar los vínculos familiares o comunitarios. Por el contrario fortalecerlos es un objetivo fundamental. Se requiere mantener el distanciamiento físico entre las personas. En particular las personas mayores han sido más afectadas por el confinamiento porque potenció un problema de soledad pre existente. Agravó un estereotipo de “pasividad” que la sociedad construye hacia las personas mayores y que éstas internalizan muchas veces como la conducta esperada.

En la actualidad a los temores reales generados por la crisis sanitaria y la saturación de información al respecto, se suman las amenazas y las incertidumbres económicas y sociales. La perspectiva de un deterioro fuerte de la situación social, con un agravamiento de la pobreza, tendrá efectos sanitarios, tanto físicos como psicológicos. Como ya hemos señalado antes, la priorización unilateral del Covid 19 va a traducirse en mayores problemas vinculados con las Enfermedades Crónicas, por la falta de controles y políticas activas para prevenirlas en este nuevo contexto. Las embarazadas y niños pequeños que no hayan sido controlados adecuadamente tendrán mayores riesgos para su salud. En todos estos problemas se requiere una comunicación fuerte, más educación para la salud, mayor diálogo y construcción de códigos comunes. Los contenidos deben basarse en la evidencia, se insistió en el Encuentro de la Red MCS. En salud eso es importante. Las “fake news” conviven con todas las informaciones.

Comunicación y acción van juntas en el campo de la salud. A veces problemas detectados en la comunicación se basan en lógicas donde la acción no está clara o ha sido recortada a prácticas asistencialistas, que no asignan un lugar en estos procesos a la gente. Culpar a las personas por las prácticas que afectan su salud ha sido un discurso oficial en los últimos tiempos, que soslaya las

condiciones reales para la implementación de medidas o deja de lado las responsabilidades de gobierno en la materia.

Perspectivas de la comunicación comunitaria

Hay que volver a la detección de los actores, saber que entiende la gente por salud, por comunitario. Se trata de cómo construir sentidos comunes con otras personas (Martínez 2020). Para pensar en clave de estrategia debemos preguntarnos ¿desde dónde estamos y hacia dónde queremos ir?. Cuando está claro ese marco de referencias importa analizar las herramientas de comunicación. Salir del paradigma donde unos comunican y otros reciben y asumir que todos somos comunicadores y comunicadoras. Poder pensar estratégicamente la comunicación es un gran impulso de transformación. No son verdades absolutas, más allá del espacio y el tiempo, somos seres en situación, que vivimos en una determinada comunidad y un tiempo. No existen tablas rasas, cada persona es una unidad referencial con preconceptos, creencias, intereses e intencionalidades. La comunicación incluye todos esos elementos. Por eso compartir códigos en común es fundamental y no siempre es fácil hacerlo. Requiere espacios de encuentro, donde sortear las diferencias. No hay mejor manera de transformar las realidades que primero aprender a verlas. Todos tenemos la posibilidad de conocer y transformar el mundo sostiene Martínez (2020).

La comunicación comunitaria no es solo un intercambio de conceptos sino que las experiencias de organización y de acción social tienen un componente emocional fuerte, son parte importante de la vida de las personas, crean vínculos y sentimientos, generan motivaciones. El clima interno de las organizaciones sociales y por lo tanto las formas de comunicación dentro y fuera de las mismas, son aspectos a considerar y cuidar para operen positivamente hacia los objetivos colectivos y eviten las dinámicas centrífugas que expulsan a las personas. En situaciones críticas la resiliencia personal se apoya en formas colectivas de enfrentar los problemas y construir soluciones. El orgullo por lo que se hace y el estatus que las personas y los colectivos se brindan entre sí hacen que valga la pena dedicar horas y esfuerzos para un bien común.

XVI ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES DE LA RED MCS

Los seis grandes ejes del accionar de la Red MCS en 2020 son: 1) las reuniones de la Red; 2) los Talleres Abiertos; 3) la página Web y canal de You-Tube ; 4) el Curso de Animadores de Redes Comunitarias; 5) los proyectos de acción comunitaria elaborados; 6) la evaluación participativa y sistematización de lo realizado.

El período temporal que analizaremos es de febrero 2020 hasta abril de 2021 destacando además antecedentes significativos en 2019 en el Municipio A.

Experiencias en el Municipio A durante 2019

En el año 2019 el gobierno del Municipio A de Montevideo creó un grupo de trabajo “Municipio y Comunidad Saludable”. Tenía como antecedente próximo un encuentro realizado en abril de ese año en la zona rural del Municipio, en Pajas Blancas, donde expusieron múltiples colectivos sobre sus acciones en la comunidad durante dos jornadas completas.

Entre las acciones más relevantes de este grupo de trabajo estuvo la realización el 2 de agosto de 2019 de un Encuentro denominado “Convivencia, Participación y Salud” en el Club Defensa Agraria en Paso de la Arena.

Se reafirmó allí que el Municipio A tiene una larga trayectoria de experiencias comunitarias en pro de la salud. Recordaron los esfuerzos de mujeres y hombres de la zona que se pusieron al hombro la salud y construyeron policlínicas comunitarias, hicieron campañas educativas, enfrentaron problemas ambientales y culturales, promovieron estilos de vida saludables.

Por eso se aclaró que la estrategia de Municipios Saludables de OPS OMS, asumida por el MSP, no es algo nuevo ni externo. Esa reivindicación de todo lo hecho en ese rumbo, fundamentó la voluntad de dar un salto en calidad para difundir, intercambiar y aprender de las distintas experiencias, sumando las fuerzas de todos los actores en torno a los problemas priorizados colectivamente, fijando objetivos, líneas de acción y metas concretas.

El Encuentro fue convocado por el Gobierno Municipal, el Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud. A través de tres mesas de intercambio se recogió una variedad de experiencias de promoción de salud que se están llevando adelante en el Municipio A. En ese sentido se recordó que los Gobiernos Municipales poseen una cercanía con la población en los territorios que es una fortaleza para el desarrollo de políticas públicas intersectoriales y

mecanismos amplios de participación social. Montevideo y su proyecto de descentralización desde 1990 tienen una fecunda trayectoria en ese plano.

Se reafirmó asimismo que los Objetivos Sanitarios Nacionales han sido un instrumento de planificación importante en el campo de la salud, identificando problemas críticos, acordando acciones y metas concretas. Aclarando al mismo tiempo que su adecuación a los distintos territorios es relevante para contemplar las diferentes situaciones existentes. Para ello es necesario elaborar diagnósticos locales que prioricen los problemas en función de las realidades existentes y tengan en cuenta los actores de cada territorio.

Desde los actores locales se acordó que la estrategia de Municipios Saludables asume que la salud es una construcción social basada en las comunidades. Para actuar sobre los determinantes sociales de la salud es necesario definir políticas con una mirada territorial articulando los distintos sectores relacionados con la calidad de vida de la población. El sistema de salud con sus distintos efectores es uno de esos sectores debiendo articular eficazmente con el sistema educativo, el sistema de cuidados, de protección social, de convivencia, de promoción de ambientes saludables, de desarrollo urbano y utilización de los espacios públicos, entre otros.

Las comunidades y los colectivos son sujetos de dichas políticas, promoviendo su participación activa, generando mecanismos transparentes para definir prioridades, líneas de acción y metas. La rendición pública de cuentas y la retro-alimentación de planes locales, son herramientas para lograr el involucramiento de la población en dichas acciones.

En el Encuentro “Convivencia, Participación y Salud”, se reunieron muchos colectivos de la zona para intercambiar y sumar fuerzas. En la apertura participaron el Alcalde del Municipio A, la Directora de División Salud IM, un representante de OPS y el Ministro de Salud Pública. Varias Concejales Municipales y los equipos sociales del Municipio acompañaron toda la jornada y su preparación, desde un equipo integrado además por la Dirección Dptal del MSP, la OPS y técnicos con larga experiencia en el territorio.

Participaron del Encuentro emprendimientos como el Parque Tecnológico del Cerro PTI que desarrolla un amplio conjunto de actividades que van desde la robótica a las huertas, siendo soportes para diversas acciones productivas, educativas y de promoción de salud. Un ejemplo destacable es “Entramando”, un dispositivo de inclusión socio productiva para personas con sufrimiento psíquico y vecinos de la zona, premiado en el llamado del MSP-OPS 2018 a “Buenas Prácticas en Capacidad Resolutiva”.

La Sociedad de Fomento y Defensa Agraria planteó sus aportes en materia de alimentación saludable, un aspecto relevante para la salud. Refirieron sus preocupaciones por la contaminación con químicos (y en particular por glifosato), por el cuidado de la tierra, reivindicando el rol de la granja.

También estuvieron colectivos vinculados a la creación y cogestión de espacios públicos como el Parque Deportivo y Recreativo “7 Hectáreas” en la zona del barrio Casabó que entiende la recreación y la convivencia integradas como parte de la salud. La cohesión social y la integración barrial caminan allí con un proyecto social y cultural de gestión participativa.

Grupos de vecinas y técnicas de la “Comunidad 6 de Diciembre” (“6 de Diciembre” es uno de los asentamientos más grandes de Montevideo) integrada por la policlínica, el Caif, el colectivo GiraLunas, Municipio A, el Socat (Mides), entre otros, expusieron las acciones desarrolladas en dicho barrio. Una de ellas en la escuela 236 implementa un taller agrario para niños y adolescentes con discapacidad intelectual, realizan huertas, talleres, donde los contenidos agrarios son parte de las actividades educativas y de promoción de la salud. La organización Gira Lunas realiza talleres de danza y percusión para vecinos de todas las edades. Luchando contra muchas dificultades las vecinas consiguieron la instalación de la policlínica zonal, la creación de espacios públicos recreativos, promovieron salidas barriales al Teatro Solís, al Parque Jardín Botánico, etc.

El Grupo de Vecinas “Juntas Podemos” en el barrio La Boyada promovió una huerta comunitaria, talleres sobre reciclaje y se vincularon al PTI Parque Tecnológico Industrial (IM), con la consigna *“En el Oeste tenemos un saber : el trabajo en red de los vecinos”*. También los vecinos de la zona del barrio La Teja aislada por los accesos a Ruta 1 se organizaron y movilizaron para resolver los problemas de esa comunidad.

Se escuchó también la experiencia del Centro Educativo Agrario “Rincón del Cerro” de la UTU con la producción de los MEN Micro-organismos Eficientes Nativos, que son formas de control biológico, plaguicidas y fungicidas naturales para obtener alimentos sin agregados químicos. Los MEN son el resultado de una labor de enseñanza-investigación-experimentación de niños y maestros de las escuelas del barrio Casavalle (Municipio D) que tienen una acción pro-biótica y también se utilizan como productos de limpieza para baños, pisos y pozos negros, lo que constituye una acción sanitaria significativa en zonas sin conexión a la red de saneamiento. Salud, educación, alimentación, experimentación, se articulan creativamente en el relato de los estudiantes.

La voz de niñas y niños fue jerarquizada a través del Cabildo de los Niños, un espacio participativo para pensar la ciudad desde su mirada. Muchas veces se habla sobre los niños pero pocas veces se los escucha, se promueve su reflexión y opinión. Para este Cabildo se invitó a las instituciones que trabajan con niños y cuatro de ellas se comprometieron con el Municipio en el

proyecto. 150 niños participaron de la reflexión sobre el espacio urbano. Se recogieron propuestas, que fueron luego analizadas por los equipos técnicos para ver su viabilidad. Están en la última etapa para definir los proyectos y ver los recursos para su implementación.

El “Espacio Infancia” es una propuesta reciente (2017) orientada a la primera infancia en las tres zonas del municipio (14, 17 y 18) orientada inicialmente a la psicomotricidad, ampliando luego a todo el campo del desarrollo, realizando evaluaciones de cada niño, utilizando el juego como herramienta fundamental.

Voces adolescentes relataron la propuesta “Jóvenes con Vos, Voz” trabajando con las “Habilidades Para la Vida” según los lineamientos de OMS, con grupos y proyectos para su barrio.

Desde la Universidad de la República, la labor de APEX, orientada al Primer Nivel de Atención con estrategia de APS, en un programa integral, toma todas las tareas de la UDELAR en sus diversas disciplinas, abordando enseñanza, investigación y extensión. Promueven la interdisciplina que exige reconocimiento de lo que no sabemos. Reivindican el diálogo de saberes, entre el saber académico y el saber popular, que debe ser incorporado para generar conocimientos pertinentes. Apex trabaja y coordina con las organizaciones de la zona y citando al Movimiento de Usuarios plantea que las personas no son pacientes, son sujetos y la autonomía es uno de los objetivos más sustantivos. Apex integra la Red Latinoamericana de Salud Mental, lo que permite intercambiar experiencias para promover el cumplimiento de la nueva ley 19.529, que exige el cierre de las colonias y sanatorios monovalentes. También promueve huertas comunitarias y Terapias Asistidas con animales trabajando desde la salud y no desde la enfermedad. En el zona comunal 17 se creará un Centro de Día en el marco del Sistema Nacional de Cuidados y Apex fue invitada a promover la investigación en dicho centro y colaborar con la política pública de cuidados.

En un momento donde las luchas feministas crecen en todo el país el Equipo de Equidad y Género del Municipio A relató su labor en los últimos 4 años, con Foros Cine por zona, talleres sobre acoso sexual, sobre género, corre-caminatas contra la violencia de género, la creación de la Plaza de la Equidad, entre otras acciones. Desde estos equipos se plantea cuestionarse individual y colectivamente los conceptos sobre lo que implica ser mujer y ser hombre, actuando contra toda forma de opresión y pérdida de derechos.

Particular importancia tiene la experiencia de la Organización de Usuarios de la Salud del zonal 17 que se inició en una asamblea de usuarios el 30 de abril de 2005, convocando a formar un Movimiento Nacional de Usuarios, promoviendo asambleas por barrio y definiendo prioridades sanitarias en la zona. La Primera Infancia y las Adicciones fueron las prioridades definidas colectivamente en aquel momento, conformando para ello la Red de Primera Infancia y el movimiento “Mi Cerro Sin Drogas” que siguen siendo muy activos en la zona. Trabajan con la

estrategia de Red de Redes, con un Grupo Promotor que se reúne semanalmente y una coordinación mensual con el Centro Coordinado de ASSE y las policlínicas IM. Realizan además el Campamento “A Tu Salud”, todos los años como una instancia abierta al barrio de encuentro, intercambio, reflexión y propuestas. Participan también en la Mesa de Salud Mental abordando problemas de violencia, suicidio y la implementación de la ley de salud mental. Reivindican la estrategia que hace 40 años propuso Alma Ata pero hacen énfasis en que está costando mucho realizar el cambio cultural necesario para su implementación.

Desde una mirada socio sanitaria es muy relevante la labor de la Inter-Red de Adultos Mayores del Municipio A, que nuclea las redes de adultos mayores de las zonas 14, 17 y 18. Formada en 2014, se reúne todos los meses, organizando una enorme cantidad de actividades que van desde paseos, gimnasia, coros, caminatas por la Semana del Corazón, contra la violencia hacia la mujer, talleres y cursos. Hay grupos de adultos mayores, que hacen danza, música y actividades como Talleres de prevención de enfermedades, alfabetización digital, fiestas, bailes, festejos, carnaval. Son muy conscientes que estas actividades contribuyen a su calidad de vida. Hacen intercambios con experiencias diversas a nivel de todo el país. Entre los testimonios expresados en el Encuentro se reafirmó como pasos positivos haber disminuido el consumo de medicamentos, “sentirse mucho mejor” y generar un impacto en el ámbito familiar que apoya sus actividades .

En esta misma línea un grupo de vecinas de los barrios Cadorna y Tres Ombúes residentes en un Complejo de viviendas del BPS relataron como revirtieron situaciones complejas en el barrio y experiencias personales dolorosas a través de actividades colectivas y solidarias como meriendas, reparto de ropa, talleres.

También la rica experiencia de las policlínicas de la zona se expresó por parte de la Policlínica de Pajas Blancas de ASSE, con un proceso de 30 años de luchas para obtener un local digno y llevar adelante programas con fuerte contenido de prevención comunitaria en el territorio. La policlínica Parque Bellán de la IM, relató la realización dentro de su local de ejercicio aeróbico, baile, meditación y relax, dos veces por semana regularmente, uniendo la prevención y promoción de salud con la recreación. Los participantes del Encuentro tomaron esta propuesta y la pusieron en práctica, agregando a un momento de distensión y actividad física a la dinámica de intercambios, testimonios y reflexiones.

Entre los participantes hubo testimonios muy movilizadores en lo emocional y varios señalaron como un hecho no menor haber podido participar y transmitir lo que están haciendo.

Desde esta multiplicidad de acciones, junto con todos los colectivos e instituciones de la zona se desarrolló la estrategia de Municipios Saludables en el territorio del Municipio A. Ha sido la continuidad de esfuerzos realizados durante muchos años. Los actores locales se plantearon dar un

salto en calidad para difundir, intercambiar y aprender de las distintas experiencias. Se propusieron sumar fuerzas en torno a los problemas priorizados colectivamente, fijando objetivos, líneas de acción y metas .

En esta dirección se definió:

a) la creación de una Mesa por Municipio Saludable integrada por los distintos colectivos e instituciones, con funcionamiento trimestral y un equipo coordinador.

b) Implementar una página dentro del sitio web del Municipio denominada: MUNICIPIO SALUDABLE donde se compartan las experiencias de promoción de salud como plataforma para intercambios y aprendizajes.

c) Sistematizar las acciones en curso y el diagnóstico local de problemas prioritarios en una matriz que combina 11 grandes áreas como: 1) Infancia y Adolescencia. 2) Adultos Mayores 3) Mujer y Salud .4) Salud de los trabajadores. 5) Salud Mental . 6) Salud bucal. 7) Ambiente y Salud. 8) Alimentación saludable. 9) Actividad física y recreación. 10) Vínculos y Convivencia. 11) Comunidad y Participación.

Son áreas que se superponen en forma transversal y se enlazan entre sí en una visión de Ciclos de Vida. En cada una de ellas se propuso realizar un diagnóstico con indicadores y una línea de base. Se recogerán las acciones y experiencias en curso como puntos de partida y fuente de aprendizajes. Desde allí se formularán las líneas de acción a futuro, las articulaciones y sinergias, el trabajo en red y el involucramiento de la comunidad hacia los objetivos acordados.

d) Elaborar un Plan “ OESTE Municipio Saludable 2020-2030” (que incluya también acciones priorizadas para lo inmediato) tomando como base el diagnóstico local y las acciones en curso, para formular líneas de trabajo, objetivos y metas.

La Mesa por Municipio Saludable del Municipio A se reunió en dos oportunidades durante 2019 y el equipo coordinador funcionó mensualmente. Una actividad de cierre del año se realizó en diciembre en el barrio La Teja con la modalidad de Feria de Salud con diferentes stands e intercambios. Durante todo 2020 el equipo coordinador funcionó semanalmente, creándose un ámbito de intercambios y propuestas hacia la zona y hacia la Red MCS. Desde los primeros días de enero de 2021 el equipo coordinador retomó su funcionamiento semanal con grandes preocupaciones por el avance de la pandemia.

Red de Municipios y Comunidades Saludables

Desde fines del año 2019 comenzaron distintos intercambios entre la Mesa del Municipio A con otros municipios, la División Salud de la IM y organizaciones sociales de usuarios para construir una Red de Municipios y Comunidades Saludables, a nivel de todo el país.

En los primeros meses del año 2020 acordaron en tal sentido los municipios A, B, C, F y G de Montevideo, la División Salud de la Intendencia de Montevideo, la Dirección de Salud de la Intendencia de Canelones y organizaciones sociales como la Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas, el Movimiento Nacional de Usuarios de Salud, la Organización de Usuarios del Cerro, la Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas, entre otros.

Desde la Universidad de la República participó de esta iniciativa el Proyecto de Inclusión Social “Trama Local de Cuidados” que incluye equipos docentes de Facultad de Medicina, Ciencias Sociales y Enfermería, contando con la aprobación y apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica CSIC.

“La creación de una Red de Municipios y Comunidades Saludables donde instituciones y colectivos sociales sumen esfuerzos con participación de la academia tiene como objetivo fortalecer experiencias en el abordaje intersectorial y comunitario de los problemas de salud con énfasis en la prevención y promoción. La cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud aporta en el marco de la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables”⁶².

Análisis de las reuniones de la Red MCS

Los parámetros seleccionados para el análisis de las reuniones de la Red MCS son: cantidad de reuniones realizadas, sus participantes, las temáticas abordadas y las resoluciones adoptadas. Otro parámetro es la creación de nuevas articulaciones e iniciativas a partir de la actividad de la Red MCS. Cabe destacar que se hicieron informes escritos de cada una de las reuniones lo que aportó al registro ordenado de las actividades realizadas.

Si bien la Red se reunió periódicamente durante todo el año, en los primeros meses se realizaron reuniones semanales que permitieron acordar los ejes del accionar, prioridades y formas de abordaje de los grandes temas, a través de intercambios significativos entre los actores involucrados. Desde mediados de año se optó por un diseño más descentralizado de trabajo y se

62 Presentación de la Red MCS <http://redmunicipioscomunidadesaludables.com/>

agregaron grupos específicos para llevar adelante el Curso de Animadores de Redes Comunitarias por un lado y la página web y el canal de You-Tube por otro.

El panorama institucional en lo local varió significativamente por la realización de las elecciones departamentales y municipales en el mes de setiembre. La campaña previa, el período anterior a la asunción de las nuevas autoridades locales y el comienzo de su mandato determinaron un período de cierta incertidumbre. La mayoría de los alcaldes elegidos en 2010 fueron reelectos en 2015 pero no podían serlo en 2020 y se produjo una renovación total de alcaldes y alcaldesas en Montevideo. A partir del mes de octubre se agregó a la Red MCS el Grupo Motor de Evaluación Participativa y Sistematización de los Aprendizajes.

Desde el 27 de febrero de 2020 al 28 de abril se realizaron 7 reuniones de la Red, dos de ellas presenciales y el resto por internet (mediante los programas Jitsy Meet y Zoom). Participaron regularmente representantes de la Div. Salud IM, de los gobiernos municipales A, B, C, F y G (a través de Concejales designados a esos efectos) y también integrantes de los equipos sociales (incluyendo además los del municipio CH) y del Grupo MCS del Municipio A. La Dirección de Salud de la Intendencia de Canelones se sumó a la Red. También participaron referentes de las organizaciones sociales ONAJPU, MNUSPP, Org. Usuarios de Salud del Zonal 17, REDAM, AUDYN, Consejo Vecinal de la zona 2 del Municipio B, Consejo Vecinal de la zona 11 del Municipio D. La academia participó activamente a través del Proyecto Descentralización y Trama Local de Cuidados de la Udelar (Fac. Medicina, Fac Ciencias Sociales y Fac. Enfermería), Facultad de Psicología y en algunas reuniones participó también APEX (Udelar Municipio A).

Además de las reuniones de la Red MCS, se realizaron instancias regulares de grupos MCS de los Municipios A y C. A partir de abril se constituyeron articulaciones de Coordinación del Curso de Animadores, reuniones mensuales de referentes de la Página Web y a finales del año reuniones del Grupo Motor de Evaluación. En forma más puntual cabe mencionar las reuniones con la Red de Salud del Municipio B, las reuniones con referentes de salud mental, la reunión presencial con el Consejo Vecinal de zona 11 del Municipio D, entre otras.

En cuanto a las temáticas abordadas en las reuniones presenciales de febrero y marzo 2020 se discutió la creación de la Red de Municipios y Comunidades Saludables, sus participantes, fundamentos y líneas de acción. Ambas reuniones abordaron las características del Encuentro constitutivo de la Red previsto para el 31 de marzo, las exposiciones, talleres, temáticas y resoluciones. También se avanzó en propuestas para una agenda de actividades del año. Se informó sobre la Red Latinoamericana de Municipios y Comunidades Saludables que se reunió en Colombia en 2019.

La declaración de estado de emergencia sanitaria el 13 de marzo modificó estos planes. El 31 de marzo se realizó el encuentro pero por internet. Allí se pusieron en común los intercambios para crear la Red con un amplio espectro de participantes y una mirada intersectorial. El tema central fue la pandemia. Cada organización y gobierno local informó sobre las acciones en curso con motivo de la pandemia. En los municipios se estaban relevando necesidades para el suministro de canastas de alimentos. Surgieron ollas populares en casi todos los barrios. Las redes de salud y de adultos mayores todavía no habían retomado su funcionamiento usando internet, constatándose dificultades para el uso de los programas informáticos de comunicación. La labor de la Red MCS en ese plano de la comunicación contribuyó a que se fueran resolviendo esos problemas.

La División Salud IM informó que las policlínicas que dependen de la Intendencia estaban funcionando todas (salvo las dos policlínicas odontológicas que postergaron tratamientos y derivaron las urgencias a las demás), a diferencia de las de ASSE que cerró alrededor de 60 policlínicas zonales en Montevideo y el área metropolitana.

Audyn informó que estaban trabajando en protocolos para los aspectos alimentarios en Ollas Populares, Canastas Solidarias y servicios colectivos de alimentación, aportando criterios para que la acción solidaria no genere más contagios y una calidad adecuada de los alimentos. No hay precedentes de una emergencia sanitaria que se tradujera en una emergencia alimentaria en muy pocos días. Las personas sin ingresos fijos sufrieron un impacto muy fuerte que creó inseguridad alimentaria. Audyn tomó contacto con entidades de pequeños empresarios como Cambadu y Centro de Feriantes, para promover el acceso a precios adecuados de los alimentos de la canasta básica. La disponibilidad de alimentos se convirtió en un elemento clave. Recibieron una respuesta de la Cámara de Industrias de Alimentos, que manifestó su buena disposición, pero no compromisos sobre los precios. Estuvieron trabajando con el área de Montevideo Rural de la IM. Se desarrollaron muchas iniciativas. Audyn hizo público un comunicado llamando a las instituciones públicas a asumir la emergencia alimentaria en forma coordinada. Recibieron una buena respuesta del MSP, Div. Salud IM, y otros. El MSP convocaría a una coordinación de todos los organismos involucrados.

En el Municipio A la Mesa de Municipios y Comunidades Saludables acordó priorizar la situación de los adultos mayores y la atención en salud mental. En tal sentido agendaron reuniones por internet con la Inter-Red de Adultos Mayores (que agrupa las Redes de Personas Mayores de las zonas 14, 17 y 18 del municipio). Y también una reunión con técnicos de los servicios de salud mental de la zona y referentes comunitarios.

Se informó de la labor del Mercado Popular de Subsistencia, una organización social que conformó una red de familias agrupadas por barrios (más de 20 núcleos barriales en Montevideo y algunos

lugares del interior) para generar compras colectivas de alimentos y artículos de primera necesidad a cooperativas, emprendimientos autogestionados, pequeños y medianos productores, a precios sustantivamente más baratos. En la pandemia los núcleos del MPS además de la compra colectiva mensual, armaron y distribuyeron canastas solidarias de alimentos, apoyaron la labor de las Ollas Populares, y en el correr del año se sumaron con la Intersocial a la campaña de firmas para la realización de una consulta popular sobre la LUC (Ley de Urgente Consideración).

Facultad de Enfermería informó sobre una instancia de consulta de enfermería abierta a la población sobre temas ligados a la epidemia, bioseguridad y otros.

Del intercambio en la primera reunión de la Red surgen tres temas priorizados: a) Situación de la epidemia y acciones al respecto. b) Salud mental en tiempos de coronavirus. c) Emergencia alimentaria. Se acuerda un funcionamiento semanal vía internet e iniciar la realización de talleres abiertos sobre los temas priorizados.

En las siguientes reuniones se abordaron distintos temas como:

-La presentación del proyecto Udelar (con apoyo CSIC): “*Promoción de salud, descentralización territorial y participación social para integrar la trama local del cuidado al Plan Nacional de Cuidados: activos territoriales y perspectiva de actores locales*”. Participan del proyecto distintos servicios universitarios de la Facultad de Medicina, Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Enfermería. Tiene un diseño de “Investigación-Participación-acción”, con el compromiso de interactuar en una relación horizontal con los participantes sociales. La Red de Comunidades y Municipios Saludables es un vínculo relevante para el proyecto. Sus objetivos son :

“1) Identificar la trama local del cuidado (infraestructura, políticas, actores locales, dispositivos sanitarios y sociales referidos a poblaciones potencialmente beneficiarias del SNIC), y sus dinámicas, elaborando un mapa de activos locales del cuidado para la promoción de la salud y la atención socio sanitaria.

2) Aportar a la implementación de redes departamentales/municipales y al relevamiento de las acciones posibles en el terreno sanitario y social para el desarrollo de procesos intersectoriales orientados al cuidado, la salud, la inclusión social y respeto de los DDHH de los adultos mayores. De esta forma se tiende a incrementar el empoderamiento de los actores locales, la accesibilidad y calidad de la atención brindada en todo el territorio.

3) Apoyar la estrategia de Municipios Saludables desarrollada por la OPS y asumida por el MSP para el desarrollo de diagnósticos participativos a nivel local, elaboración de planes locales referidos a los problemas abordados en el proyecto, jerarquizando la articulación del sistema de salud, el sistema de cuidados y las comunidades.

4) Sistematizar los aprendizajes con valor universal para el diseño, implementación y evaluación participativa de planes locales de prevención y reducción de las situaciones de dependencia y atención de las necesidades socio-sanitarias de las personas adultas mayores potencialmente beneficiarias del SNIC.

5) Promover una plataforma de intercambios para recoger las distintas experiencias en la materia, con el objetivo de construir una Red de Socialización y Aprendizajes entre los distintos territorios, que pueda servir de apoyo a diferentes iniciativas de formación de miembros de la comunidad y

funcionarios abocados al tema en actores institucionales. Desarrollar planes de formación/acción junto con las organizaciones sociales y actores institucionales involucrados.

6) Generar una agenda de conocimientos necesarios al desarrollo de un programa de prevención y reducción de las situaciones de dependencia, incluyendo la problemática de los costos y financiamiento, con enfoque de promoción de la salud e inclusión de las necesidades socio sanitarias de las personas adultas mayores potencialmente beneficiarias del SNIC”.

Desde Facultad de Psicología se informa que se aprobó un llamado de CSIC sobre el COVID, uno de cuyos aspectos es la situación de la población vulnerable y eso puede ser consistente con la masa crítica que se va generando en la Red MCS.

Desde la Red MCS se realiza un seguimiento de la labor de las Ollas Populares. Audyn destaca que junto con el SMU resolvieron generar una línea de apoyo conjunto a las Ollas Populares para que cumplan con sus objetivos sin generar riesgos de contagio. En el municipio A se crea una Coordinadora de Ollas Populares.

En el Municipio B, la Red de Género junto con la organización “Nada Crece a la Sombra” abordaron el tema de las mujeres privadas de libertad y su situación en el contexto de crisis pandémica.

Nuevas articulaciones

En un contexto de confinamiento e incertidumbre surgieron, sin embargo, nuevas organizaciones y articulaciones para sumar fuerzas y generar acciones conjuntas. La Organización de Usuarios del Cerro informa de su participación en un esfuerzo para organizar una Intersocial de la Salud, con el Movimiento Nacional de Usuarios, el Espacio Participativo y la Organización de Usuarios del Cerro, y los sindicatos de la salud como la FUS, FFSSP y SMU. El comunicado conjunto de varias de estas organizaciones el 16 de abril de 2020 recoge la preocupación por la forma como se está respondiendo a la epidemia y en especial el debilitamiento del Primer Nivel y la falta de ejecución masiva de los tests.

Se instaló en este período una reunión regular con referentes del Municipio C, Comisión de Salud de Onajpu, Comité de Jubilados de la Salud Privada (COJUSAPRI) e integrantes del Proyecto Udelar CSIC para promover una Red MCS en dicho municipio, apoyándose en todas las instancias grupales existentes (entre ellas la Red de Salud y la Red de Personas Mayores) .

A lo largo de estos meses la Red MCS tomó contacto con diversas organizaciones para generar vínculos e invitarlos a participar. Entre ellos Apex (Udelar), Parque Público Punta Yeguas, Municipio de Juan Lacaze, Municipio de Piriápolis, Intendencia de Paysandú, Municipio de Ciudad de la Costa, Municipio CH de Montevideo.

A solicitud del Consejo Vecinal de la zona 11 del Municipio D de Montevideo se realizó una reunión presencial que discutió sobre las necesidades y posibilidades en materia de salud en esa zona así como las experiencias del “Plan de Salud Montevideo” de la IM y de la Red de Municipios y Comunidades Saludables.

Talleres abiertos

La Salud Mental en tiempos de coronavirus fue uno de los temas más discutidos en las reuniones de la Red, acordándose iniciar el Ciclo de Talleres Abiertos con esa temática, analizando ampliamente las características a darle a dicha actividad. La Organización de Usuarios del Cerro informó de la reunión realizada (por zoom) el 3 de abril desde la Mesa de MCS del Municipio A con referentes de servicios de salud mental y de distintos colectivos como Vilardevoz, Movimiento para las Autonomías, Colectivo Carancho, Grupo “Juntas Podemos”, que trabajan desde lógicas antimanicomiales.

Se tomaron en cuenta los elementos aportados por el webinar realizado en ese momento por OPS sobre respuestas de salud mental en la epidemia.

El trabajo realizado por la Red de Salud del Municipio B (premiado en su momento por el MSP) sobre la incidencia de los factores socio-emocionales en la salud fue considerado un antecedente importante. Entre los temas que aparecen relacionados a la salud mental están la depresión, el suicidio, el uso problemático de drogas, la discriminación de los enfermos, el rol de las familias de las personas con problemas de salud mental, el papel de la comunidad.

La metodología utilizada en los talleres fue objeto de discusión permanente en la Red. Para ampliar la participación de los asistentes a los talleres se les envió un formulario de evaluación posterior del taller, solicitando reflexiones sobre el tema abordado, experiencias que quieran compartir y propuestas para seguir dialogando al respecto. Los elementos que surgieron de cada taller fueron recogidos en relatorías y constituyeron insumos para artículos y publicaciones o nuevas jornadas que dieron continuidad al intercambio y la formación/acción. El trabajo en subgrupos durante el transcurso de cada taller fue un mecanismo eficaz para enriquecer el intercambio con consignas o preguntas definidas por subgrupo, que luego vuelcan lo discutido en la plenaria.

Luego de varios intercambios se acordó que el segundo taller abierto de la Red MCS abordara el tema: “Situación de las Personas Mayores. La experiencia de las Redes”. Esta actividad estuvo centrada en la experiencia de las Redes de Adultos Mayores, teniendo en cuenta que la problemática es muy amplia y amerita nuevas instancias de formación/acción e intercambio. Se destacan las actividades que está promoviendo (via facebook) la Secretaría del Adulto Mayor de la IM.

Entre los expositores estuvieron docentes de Fac Psicología y el CIEN⁶³, la Secretaría del Adulto Mayor de la IM, la Comisión de Salud de Onajpu, y referentes de las Redes de Adultos Mayores de los municipios A, B, C y G. La idea fue combinar el análisis de la situación creada por la epidemia con la trayectoria acumulada de las Redes de Adultos Mayores. Estas instancias apuntaron a situar problemáticas, compartir experiencias y dejar planteada la continuidad de los intercambios.

La emergencia alimentaria y la perspectiva de la Seguridad y Soberanía Alimentarias fueron analizados largamente con el aporte de la AUDYN, el área de Montevideo Rural de la IM, y las Redes de Agroecología, de Semillas y de Huertas Orgánicas. La temática generó un enorme interés y en el Taller Abierto participaron más de 400 personas de todo el país.

En varias reuniones fue discutido el concepto de “El Día Después” o “Los futuros posibles”, valorando la necesidad de abordarlo en su complejidad incluyendo los diferentes debates instalados en torno a él. Se consideraron distintos planos a incluir en el enfoque y la posibilidad de incorporar opiniones de referentes de otros países, lo que se tradujo en la participación como expositores en el Taller Abierto de referentes académicos de Colombia y México. Las experiencias de otros países contribuyeron a enriquecer la reflexión sobre el tema.

El primer ciclo de Talleres tuvo una dinámica semanal y abarcó 4 jornadas⁶⁴. Los talleres se llevaron a cabo por la plataforma virtual zoom aportada por el Instituto de Higiene de Facultad de Medicina durante abril y mayo de 2020. El 23 de abril se realizó el Taller sobre *Salud Mental en tiempos de Coronavirus*; el 30 de abril el Taller sobre *Situación de las Personas Mayores. La experiencia de las Redes de Personas Mayores*; 7 de mayo el Taller sobre *Seguridad y soberanía alimentarias. La emergencia actual y los retos futuros*; 14 de mayo el Taller sobre *Después del Covid 19. ¿Como reconstituimos la trama social?*.

La creación de la Red de Municipios y Comunidades Saludables enfrentó un conjunto de desafíos. En primer término el contexto de confinamiento hizo imposible el encuentro presencial, y obligó al uso de herramientas de videoconferencias sobre las cuales existían pocos conocimientos, tanto colectivos como individuales. Fue un aprendizaje para todos los actores. Un ejemplo de esos primeros pasos fue el primero de los talleres que iba a realizarse el 16 de abril y la plataforma colapsó cuando llevaban ingresados 75 participantes, debiendo postergarse una semana el taller y

63 Centro Interdisciplinario de Envejecimiento de la Udelar.

64 Los talleres fueron compartidos en el canal de youtube de la Red MCS : https://www.youtube.com/channel/UC0jE-fNJH-sQ1_8OiCMWcBw/featured

recurrir a una plataforma zoom que permitía 300 participantes. Pero incluso esa plataforma resultó insuficiente en el taller sobre Seguridad Alimentaria que tuvo más de 400 participantes.

Es necesario tener en cuenta que la difusión de los talleres corrió por las redes virtuales sin presencia en los medios de comunicación tradicionales.

El carácter reciente de la Red MCS, la heterogeneidad de los actores involucrados, las problemáticas que enfrenta cada institución u organización social en este contexto especial agregaron complejidad a estos primeros pasos.

Como fortalezas cabe señalar la amplitud de la convocatoria con la participación de varios gobiernos municipales, áreas de salud de dos intendencias, movimientos sociales de usuarios, organizaciones de la sociedad civil, así como de la Udelar. Son fortalezas también la creciente percepción sobre la necesidad de intercambios y de una labor coordinada entre actores diferentes en los territorios. El enfoque intersectorial, muchas veces mencionado pero poco instrumentado en la práctica, es un elemento destacable de la labor de la Red MCS.

Los Talleres no pretendieron agotar las temáticas abordadas que son enormes, ni encarar todos los aspectos que tiene cada una de ellas y sus interrelaciones. El objetivo fue abrir la consideración de los temas, desplegar diferentes miradas sobre los mismos, despertar el interés en mayores profundizaciones, en dinámicas de formación-acción. Son instancias para tejer redes entre actores diversos y estimular una actitud de compromiso con la labor comunitaria para mejorar las condiciones de vida de las poblaciones. Estas acciones se apoyan en una reflexión amplia sobre problemas relevantes priorizados en conjunto.

Taller sobre Salud Mental en tiempos de coronavirus

En capítulos anteriores se realizó una síntesis de las exposiciones de las referentes de Facultad de Psicología, del Movimiento para las Autonomías y del Frente Antimanicomial. Durante el Taller se planteó el informe conjunto de la INDDHH y la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental que proponen avanzar hacia el cierre definitivo del Hospital Vilardebó. En esa línea valoraron la situación actual como una oportunidad para dar continuidad a las medidas progresivas tendientes al cierre de estas estructuras en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado uruguayo a partir de la aprobación de La Ley No. 19.529. El cierre de los manicomios y la adopción de otra forma de atención es lo que recomiendan la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y otros tratados y estándares internacionales sobre salud mental y derechos humanos.

Las opiniones de los participantes en los subgrupos y la plenaria, en los formularios de evaluación y los Foros de la página Web fueron considerados aportes valiosos y tenidos en cuenta en la Red

MCS. Entre las sugerencias recibidas de quienes respondieron al cuestionario de evaluación estuvo que la actividad contenga una visión interdisciplinaria del tema, abordar las problemáticas por franjas etáreas, profundizar en la convención sobre DDHH en el adulto mayor, en el aislamiento como problema, la diversidad sexual, los tabúes y maltratos en esta población. Propusieron seguir profundizando en los movimientos por la autonomía que combaten las lógicas manicomiales y promueven la integración socio-comunitaria. Plantearon analizar el funcionamiento de los servicios de salud en tiempos de epidemia, la conformación de los equipos en el primer nivel, la integralidad en la atención y las prácticas profesionales que puedan considerarse novedosas y éticas, alejadas de las prácticas sanitaristas y la medicalización.

Los participantes mencionaron sus experiencias en la problemática que incluyen varias referidas a personas mayores, niños pequeños, violencia de género en el plano psicológico, prevención de suicidios, Proyecto Vilardevoz, el sistema de casas de medio camino y la labor de la Comisión DDHH -ONAJPU. Las percepciones sobre los recursos existentes en el territorio recogieron una variedad de actores, pero claramente sin la prevalencia de ninguno: personas, grupos sociales organizados, grupos sociales informales, instituciones públicas departamentales, instituciones públicas nacionales, instituciones privadas, recursos físicos y recursos económicos.

En cuanto a los talleres varias opiniones señalaron que aportan espacios de reflexión, permiten compartir saberes o experiencias, comprender las problemáticas, interesar a otras personas y ampliar las redes existentes. También plantean que a nivel de Municipios hay aún mucho por hacer, ya sea a nivel de articulación como de aportar información y relevar las organizaciones existentes así como las barreras que aún encuentran en la cotidianidad de su labor.

En lo que refiere al funcionamiento varios participantes propusieron exposiciones más acotadas, más intercambios, fijando una duración máxima de dos horas. Es ampliamente mayoritaria la voluntad de seguir participando de las actividades de la Red.

Taller sobre Situación de las Personas Mayores. La experiencia de las Redes

En este taller se inscribieron por correo 90 personas y pudieron ingresar y participar más de 130. Expusieron Robert Perez (Fac de Psicología), Leonel Molinelli (Sec. Personas Mayores IM), Elizabeth Meizoso (Com.Salud Onajpu), Agueda Restaino (REDAM), Mirtha Villasante (Municipio A), Norma Espino (Red de Personas Mayores Municipio D), Maria del Carmen Carrión y Beatriz Rocha (Red de Personas Mayores Zona Comunal 12 Municipio G) y Adriana Da Silva (Red de Personas Mayores Zona Comunal 13 Municipio G).

Junto a una conceptualización fuerte de la condición de las personas mayores en nuestra sociedad y los elementos que se agravan en la pandemia, hubo un conjunto importante de testimonios sobre la experiencia de las distintas redes y organizaciones.

Entre las opiniones de los participantes se señaló que muchas personas mayores residen solas y se auto abastecen pero no saben cómo utilizar una tablet ni poseen un celular. Tampoco poseen recursos que les permitan contratar asistencia. Una sugerencia fue la realización de un taller donde se aporten recursos concretos de ayuda para personas en esta situación. Se alentó a seguir trabajando en el empoderamiento de las personas mayores, tanto en lo que hace al propio grupo etario, como a los ojos del resto de la sociedad promoviendo el cambio del estereotipo sobre las personas mayores, viéndolos de forma integral como sujetos de derechos, superando la mirada asistencial. Se propuso explorar pasos concretos hacia estrategias de concientización en referencia a la discriminación etaria en nuestra sociedad, via cultura, arte, políticas. Por ejemplo: identificar programas de radio y TV donde personas mayores puedan exponer y denunciar la "minimización" sistemática. También hubo sugerencias de incluir la discusión de la LUC Ley de Urgente Consideración aprobada en 2020 en relación a los aspectos que conciernen a las Personas Mayores. Las personas que contestaron el formulario de evaluación aportaron también las experiencias a las que están relacionadas como la participación en UNI 3, Asociaciones de Jubilados, REDAM de Montevideo, Red de Personas Mayores de Rivera, REDAM Salto, REDAM nacional, Complejo de viviendas del BPS, trabajo en el BPS.

Respecto a los principales recursos que, en su municipio, contribuyen a la protección y cuidado de las personas mayores se registra una variedad de recursos con una mayoría relativa de percepciones que valoran a los grupos sociales organizados.

El taller fue valorado como un aporte en el crecimiento personal, logrando una mirada más amplia, escuchando otras voces, contribuyendo a que el tema deje de ser invisible, a cambiar paradigmas, a promover formas de apoyo a las personas mayores. Con relación a la dinámica del taller varias opiniones lo consideraron muy extenso, plantearon mayor control de los tiempos de exposición, menos panelistas y más tiempo para el debate.

Taller sobre Seguridad y Soberanía Alimentarias.

En este taller se inscribieron 400 personas y participaron aproximadamente esa cantidad (aunque hubo dificultades técnicas que implicaron cambiar la dirección zoom para permitir hasta 500 personas). Expusieron en el taller Silvina Carrato (Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas AUDYN), Isabel Andreoni (Unidad de Montevideo Rural Intendencia de

Montevideo), Mariano Beltrán (Red Nacional de Semillas Nativas y Criollas), Viviana Azar (Red de Huertas Comunitarias), Raquel Malan (Red Nacional de Agroecología) y Zenia Toribio (AUDYN).

Por la mayor convocatoria y como el formulario de evaluación se envió casi enseguida de la actividad se recibieron una cantidad importante de respuestas (92).

Según las opiniones recogidas estos talleres aportan información sobre aspectos importantes del tema, permiten conectar con otros actores, con trabajadores-investigadores y conocer nuevas experiencias o fundamentos teóricos, “ayudan a abrir la cabeza” y a optimizar recursos para que lleguen a todos los que lo necesitan. Permiten tomar conciencia de la importancia de un observatorio nacional de nutrición como tal, que apunte al cruce de todos estos datos.

Se valoró como esencial “construir espacios de encuentro significativos, en los que la escucha y la palabra jueguen un rol central”. “Las instancias virtuales que la Red de Municipios y Comunidades Saludables está propiciando en este momento, tienen el potencial de germinar futuros encuentros que nos permitan tomar decisiones de forma colectiva, participativa y en Red. Red entendida no como una instancia de control, sino como un vínculo solidario, que nos permita dar continuidad a los procesos, que construya acervo y memoria viva”. Varias opiniones apuntan a relacionar la vida cotidiana de los vecinos y vecinas con las orientaciones presentadas con el apoyo de los Municipios. Ponen el énfasis en poder llegar a las zonas más vulnerables con proyectos de huertas familiares, y en los recursos, materiales, técnicos y económicos que se cuentan y las capacitaciones para apoyar dichas huertas comunitarias. La idea es compartir experiencias, éxitos y fracasos que permitan significar las acciones, y afinar los proyectos, aumentando el acervo de estrategias y abordajes para construir soberanía alimentaria. Destacan la importancia de generar redes, en estos momentos que estamos mas alejados, abordando temas que no están muy difundidos. Aparecen preocupaciones acerca de como llevar la información sobre uso y contenido de agrotóxicos en los alimentos a la población. En cuanto a alimentación saludable plantean tener en cuenta preparaciones con una buena calidad nutricional, sencillas y con pocos ingredientes para que todos puedan acceder a una alimentación completa. El sistema de distribución de alimentos surgió vinculado a la necesidad de cadenas de distribución cortas, autocultivo y acceso a la tierra.

En cuanto a la dinámica de los talleres se sugirió manejar estas instancias en clave de conversatorio, con momentos de trabajo en pequeños grupos. Se destacó que la convocatoria de estas sesiones, las redes sociales y plataformas virtuales, habilitan la participación de personas que se encuentran lejos de Montevideo y no podrían asistir de forma presencial, reivindicando la necesidad de explorar distintas formas de trabajo con grupos (incluso grupos muy grandes) para que estas instancias permitan fortalecer lo comunitario y complementen los conversatorios que están

realizando. Se propuso también usar los correos electrónicos como forma de comunicación de las personas que participan del taller.

Entre los temas a priorizar a futuro se propusieron : Soberanía alimentaria, fomentar la producción orgánica de alimentos, la situación de comunidades alejadas de los centros poblados, Huertas Comunitarias, proyectos como: "34° Sur: Productos orgánicos", "Red de Agroecología del Uruguay", "Mercado popular de subsistencia", "Cooperativa Molino Santa Rosa"; para comenzar a fortalecer una red que permita concretar procesos de economía solidaria y soberanía. Se destacó la importancia de compartir experiencias de proyectos que se han podido construir y sostener en el tiempo. También la elaboración de planes alimentarios conjuntamente con actores barriales y organizaciones sociales, la realización de huertas en muchos puntos del territorio y la optimización de las respuestas alimentarias frente a la crisis del Covid de modo de que lleguen a todos en forma oportuna.

Las experiencias propias referidas por las personas que respondieron el formulario van desde huertas comunitarias en zonas muy diversas, al seguimiento del tema en organizaciones e instancias como los Consejos Vecinales, la entrega de viandas del Programa de Alimentación Escolar, ollas populares, acciones solidarias en Cerro Largo, Clubes de Baby Fútbol de Ciudad de la Costa, “34° Sur: Productos orgánicos”, Red de Agroecología del Uruguay, Asociación de productores Orgánicos del Uruguay – APODU, huertas con comunidades charrúas (Tacuarembó), Animadores comunitarios, miembros de centros juveniles, de ONG, Socat, mujeres rurales, docentes de primaria, secundaria y UTU , integrantes de equipos universitarios, personas vinculadas a proyectos de huertas comunitarias, y también personas que se acercaban al tema por primera vez.

Taller Después de la Covid. Reconstituyendo la trama social

A este taller se inscribieron 290 personas de las cuales pudieron participar 185 en el momento de mayor concurrencia. Por primera vez se incorporaron expositores internacionales, en este caso de México y Colombia. Expusieron en el taller : Argelia Carrera Chaves (Tecnológico de Monterrey México) , Oliver Tabares (Universidad de Medellín, Colombia), Enrique Cal (FUCVAM) y Pablo Hein (Facultad de Ciencias Sociales UDELAR).

Se recibieron 69 respuestas evaluando el taller, con un abanico muy amplio de preocupaciones referidas al futuro próximo. Dichas opiniones mencionaron los temas del empleo juvenil, del sedentarismo, de las tecnologías, de la salud mental y emocional en la comunidad, el suicidio, la incertidumbre, los vínculos saludables en épocas de distanciamiento, la Renta Básica Universal, la inocuidad de los alimentos en ollas populares, seguridad y soberanía alimentaria, agricultura

agroecológica, producción familiar, acceso a tierra, economía circular, huertas comunitarias y domésticas, las situaciones económicas, seguridad y salud en el trabajo, las Viviendas Colaborativas(Co-Housing) para la Tercera Edad, dar voz a las comunidades indígenas (charrúas e internacionales).

El rol de los talleres se reivindicó como asesoría, como reflexión con personas de diferentes disciplinas y culturas, pensando el quehacer, contextualizando, ayudando a organizarse y planificar en el nuevo escenario las alternativas o perspectivas sobre la recuperación social post Covid. Estos aportes se valoran como fundamentales ya que en la urgencia, muchas cosas no se piensan o se analizan en profundidad. Faltan asimismo estrategias novedosas frente a una situación que también nos interpela desde lo impensado. Nos encontramos ante el desafío de recuperar a familias ya carenciadas frente a situaciones de indigencia a las que fueron arrastradas por esta crisis económica. El reconocimiento de las nuevas realidades y las dimensiones del tejido social, aportan pistas para definir acciones para dinamizar la participación de los colectivos en las nuevas necesidades de transformación social. Asumiendo la desigualdad como causa y no consecuencia de la pobreza se planteó pensar en propuestas para la nueva realidad tomando como ejes el acceso a los servicios de salud de calidad para todos, acceso a alimentos de calidad para todos y no solo para quienes puedan pagarlo (relacionado con la producción local), abordar el estado sanitario desde la mirada de las personas como seres humanos integrales y no solo números. El primer aporte del taller es poner las dificultades en palabras, darle un lugar a los vínculos e intervenir desde un lugar pero sin ignorar el contexto .

Muchas opiniones resaltaron la riqueza que aportó la participación de personas de diferentes países y el intercambio de saberes y formas de actuar. Conocer problemáticas de países latinoamericanos permite valorar mejor las acciones llevadas a cabo en la realidad más cercana.

Se propuso “profundizar esta problemática con mas talleres buscando soluciones alternativas, mantener este tipo de contacto, que conservando su alto valor educativo, permita relacionarse con todos los departamentos del país, en forma regular y permanente.”

Segundo ciclo de talleres abiertos

El segundo ciclo de talleres comenzó el 28/05/20 abordando el tema VIOLENCIAS

PATRIARCALES con 253 participantes. El 11 de junio se discutió el tema “SUICIDIOS Nuevos y viejos dilemas de la prevención” con 194 participantes. “DROGAS. Abordaje comunitario.

Consumos problemáticos. Redes de prevención y atención en la comunidad” fue el taller realizado el 25 de junio con 169 participantes. Quince días después, el 9 de julio se efectuó el taller

“PROBLEMAS CRÍTICOS DE SALUD. Objetivos Sanitarios y Comunidad con 113 participantes.

Luego el 23 de julio se llevó a cabo el taller “PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: actualidad y perspectivas” con 180 participantes. La situación de los trabajadores de la salud se abordó el 6 de agosto en el taller “Entre aplausos, miedos y violencias. Trabajar en la salud en tiempos del Covid” con 90 participantes. El tema de los “CUIDADOS, crisis social y derechos humanos en tiempos de pandemia. La problemática psicosocial y el enfoque socio sanitario” se desarrolló el 20 de agosto con 89 participantes. El 3 de setiembre se encaró el tema “DISCAPACIDADES. En los barrios, entre la crisis, el estigma y las acciones” en un taller con 110 participantes. A las dos semanas el 18 de setiembre se realizó un taller sobre “Explotación Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes” con 121 participantes. Con motivo del Día Internacional de las Personas Mayores se realizó el 1º de octubre un nuevo taller sobre “PERSONAS MAYORES: Derechos y Participación” en el que hubo 53 participantes. El 15 de octubre fue el taller sobre “PRIMERA INFANCIA : familias, territorios, comunidades protectoras” con 110 personas participantes. Para finalizar el segundo ciclo el 29 de octubre de 2020 se realizó un taller sobre “ADOLESCENCIAS. Voces y Derechos”, en el que participaron 45 personas. Los múltiples elementos que surgieron en estos talleres relacionados con la participación social, la descentralización en las políticas socio-sanitarias y de cuidados serán abordados en otros capítulos de esta tesis.

Evaluación y sistematización de experiencias

A partir del mes de octubre se discutió la importancia de la evaluación y sistematización de las experiencias de lo realizado por la Red MCS durante 2020. Se contó con el apoyo del investigador español José Carlos Suárez en esta materia y se tuvieron en cuenta aportes de distintos autores que han trabajado el tema, así como las conferencias de la Udelar al respecto (en particular la que presentó Humberto Tommasino). Se acordó llevar a cabo este proceso durante los meses de noviembre y diciembre 2020, incluyendo una evaluación específica del Curso de Animadores que se realizó en octubre. Para organizar este proceso se convocó a la formación de un Grupo Motor de Evaluación de la Red MCS, integrado por referentes de los colectivos interesados en trabajar en este tema. Este grupo tuvo la tarea de recoger y ordenar los insumos existentes, promover la elaboración de otros insumos, organizar las discusiones e intercambios y coordinar todo el proceso.

En todos los casos las decisiones se tomaron por consenso, lo que es un elemento destacable dada la heterogeneidad de los participantes y la excepcionalidad de la situación. Luego de cada reunión se elaboró un informe para permitir informar a todas las organizaciones e instituciones sobre lo

conversado y colectivizar los intercambios y las resoluciones . La realización de estos informes contribuyó a registrar adecuadamente las discusiones y acciones acordadas y validarlas entre los participantes. Volveremos sobre esta labor en otros capítulos.

Curso de Animadores de Redes Comunitarias

A partir de un intercambio de la Mesa de MCS del Municipio A, la Red MCS discutió y aprobó una propuesta de Curso de Animadores de Redes Comunitarias que se desarrolló desde julio a octubre de 2020, incluyendo 8 talleres y la elaboración de 6 proyectos de acción comunitaria. Estas experiencias se explicitarán en otro capítulo de esta tesis.

ACTIVIDADES DE LA RED MCS EN 2021

La primera reunión de la Red MCS en 2021 fue el 11 de febrero (aunque durante enero hubo varias reuniones en el Municipio A con motivo de las respuestas a la pandemia y sus efectos) . Participaron la dirección de División Salud IM, el alcalde del Municipio D, referentes de Onajpu y Cojusapri, integrantes de los Concejos Municipales de los Municipios B y C, de los equipos sociales de los municipios A, C, CH, referentes del MNUSPP, de la Org. Usuarios Salud del Cerro, de REDAM, del Proyecto Trama Local de Cuidados Udelar y del grupo MCS del Mun. A. Las elecciones departamentales y municipales realizadas en setiembre de 2020 produjeron cambios en los elencos de gobierno en la Intendencia de Montevideo y en los 8 gobiernos municipales de la capital. La asunción de las nuevas autoridades implicó un proceso de conversaciones e intercambios para replantear su participación en la Red MCS, lo que se concretó en la reunión de febrero. Luego de una breve reseña de lo realizado en 2020 y las reuniones realizadas en enero se intercambiaron ideas sobre las líneas de acción conjunta en 2021. Entre las propuestas estuvo retomar la actividad de Talleres abiertos y analizar otras líneas de acción como cursos de formación, e impulsar los proyectos elaborados en 2020. Se analizó cómo profundizar la relación entre las organizaciones sociales y los municipios. Se acordó una periodicidad mensual para los talleres abiertos estableciendo los temas priorizados en un plan que tenga flexibilidad, dado lo cambiante del panorama sanitario. El análisis de la situación de la pandemia recoge muchas preocupaciones por el agravamiento y por la falta de información de su desarrollo en cada territorio y al mismo tiempo la existencia de infodemia, es decir, exceso de información poco ordenada y no siempre confiable. La salud mental fue considerada nuevamente como un aspecto relevante a priorizar, como tema social y comunitario donde todas las personas pueden hacer algo, en este contexto de gran

incertidumbre y de sufrimiento social creciente. La salud mental no incluye solo las patologías sino también las distintas formas como se vive la situación crítica. Los suicidios volvieron a la agenda pública y se propone incluirlos en el abordaje de los problemas de salud mental.

La alimentación, la seguridad y la soberanía alimentarias son también temas a seguir priorizando. Las ollas evidencian la crisis, el retroceso social, la falta de respuestas por parte del Estado pero también expresan la respuesta solidaria y comunitaria. Dos dimensiones a jerarquizar son las huertas comunitarias y profundizar en la economía social y solidaria como alternativa. Un ejemplo de acción hacia la salud mental de mujeres que vivían en refugios, se construyó a partir de un espacio de huerta comunitaria y capacitación que se hizo en el Jardín Botánico con muy buenos resultados.

La REDAM emitió en esos días un comunicado público cuestionando el deterioro de la atención sanitaria en el país. Se planteó jerarquizar también los cuidados como un campo fundamental para la salud y la calidad de vida y en especial promover un abordaje local de los mismos.

También se consideraron prioritarios los impactos de la pandemia en los embarazos y nacimientos, y particularmente el aumento de la prematuridad y el bajo peso al nacer como surge del estudio del equipo de investigadores del Hospital Pereira Rossell.

En el plano de la formación/acción la Red MCS se propuso pensar un Espacio permanente de Formación de Promotores de Salud e ir construyendo un plan nacional en esa materia.

Se vio conveniente retomar los proyectos elaborados durante el curso de animadores realizado en 2020 que refieren entre otros temas a Seguridad y Soberanía Alimentarias, Comunicación Comunitaria, Abordaje local en Drogas, Explotación sexual de niñas, niños y adolescentes, Personas Mayores. El apoyo de OPS podría facilitar la implementación de los mismos a partir de la realización de videos, jornadas de formación y la publicación de un libro.

En el correr del mes de marzo de 2021 se elaboraron dos propuestas de cursos de formación. Una de ellas dirigida a profundizar sobre Investigación-Acción-Participación (IAP) y Evaluación Participativa en Salud (EPS). La otra fue la creación de un Espacio permanente de Formación de Promotores Sociosanitarios, que incluye 9 seminarios en cada uno de los cuales los talleres abiertos se complementan con instancias específicas sobre técnicas concretas, metodologías y experiencias para la promoción de salud (ver Anexos).

En estos meses se desarrolló la elaboración de los Planes de Desarrollo Municipal y los Planes Operativos Anuales en cada municipio. Se definió hacer llegar aportes desde la experiencia de la Red MCS, aunque los plazos eran muy cortos. Se acordó un texto que se hizo llegar a varios municipios. Los problemas y los objetivos locales pueden variar de un territorio a otro pero al

mismo tiempo hay líneas de acción comunes. Con ese formato constituye un documento expresivo de las propuestas que se trabajaron durante todo este período en la Red MCS:

“NUEVO CONTEXTO SOCIO SANITARIO

La pandemia del COVID 19 y sus respuestas así como la grave crisis económica, social y alimentaria generaron una situación sanitaria nueva en todo el mundo y también en nuestro territorio. Entre sus efectos inmediatos está una afectación importante de la salud mental, de la salud vincular y de la alimentación. También existen efectos a más largo plazo que surgen del debilitamiento de los programas de prevención y promoción de salud, y del primer nivel de atención. Las enfermedades crónicas no transmisibles ENT como las cardiovasculares, cáncer, diabetes, hipertensión, ya eran la principal causa de enfermedad y muerte y van a incrementarse por la falta de controles y cuidados. Estudios recientes mostraron un aumento significativo de la prematuridad, el bajo peso al nacer y el retraso de talla en relación con la edad gestacional en los nacimientos en el Hospital Pereira Rossell entre 2019 y 2020.

En los próximos cinco años los municipios y las comunidades son protagonistas fundamentales para revertir esta nueva situación y promover la salud de la población con una mirada integral. Para ello necesitamos líneas estratégicas claras.

Al mismo tiempo se necesitan Medidas para la Emergencia en 2021 que mitiguen los problemas más urgentes de la población, actuando en conjunto con los demás niveles de gobierno y con fuerte participación de la comunidad.

UNA LINEA ESTRATÉGICA A JERARQUIZAR : LA SALUD COMO CONSTRUCCIÓN COMUNITARIA

Profundizar la Estrategia de Comunidades y Municipios Saludables articulando la labor del gobierno municipal con los colectivos y organizaciones sociales del territorio, con los demás niveles de gobierno, los servicios de salud y la academia para construir una mejor salud.

Acciones

- 1) Promover la identificación los problemas prioritarios mediante un diagnóstico participativo de salud a nivel local. Definir objetivos sanitarios locales así como líneas de acción para la consecución de las metas acordadas en cada uno de ellos.
- 2) Desarrollar una estrategia de prevención, de cuidados y solidaridad ante la actual pandemia y otras enfermedades transmisibles que puedan surgir en este período. Identificar los puntos críticos de contagio y actuar para mitigarlos o eliminarlos.
- 3) Apoyar a la población ante la afectación de la salud mental y la salud vincular generadas por la nueva situación sanitaria y social, con líneas de acción y programas específicos coordinados con los servicios de salud, de protección social y de organización comunitaria. Elaborar un Plan Municipal de Salud Mental basado en un diagnóstico territorial que incorpore los problemas prevalentes como: depresión, suicidios, consumo problemático de alcohol y drogas, alta mortalidad por siniestros de tránsito, problemas de vínculos con impacto en la convivencia, dificultades de aprendizaje derivados de desórdenes de conducta y de dinámicas familiares y vinculares enfermizas. Relanzar y profundizar modalidades innovadoras de abordaje comunitario y principalmente el abordaje grupal y familiar,

Trabajar en red con servicios y apoyos de primer, segundo y tercer nivel, incluidos los apoyos de teléfonos específicos para el tema (Red Drogas Portal Amarillo, Línea de Prevención de Suicidio, Instituto de Toxicología) .

- 3) Promover la seguridad y soberanía alimentarias, a través de programas para garantizar el acceso a alimentos suficientes y sanos, estimulando el cambio de hábitos y el descenso en el consumo excesivo de sodio, azúcares y grasas, apoyando el etiquetado por excesos, generando campañas educativas promoviendo una cultura de consumo de alimentos saludables . Promoción de la producción agroecológica, la producción hortifrutícola con tecnologías adecuadas, las huertas familiares y comunitarias y los circuitos cortos entre producción y consumo de alimentos. Desarrollo de planes de reducción de desperdicio y recuperación de alimentos en toda la cadena. Revertir la malnutrición por déficit (acceso a alimentos saludables y suficientes) y por exceso (exceso de azúcares, grasas y sodio que generan hipertensión, diabetes, sobrepeso y obesidad).
- 4) Llevar adelante un Plan de Actividad Física Saludable, que incluya la utilización adecuada y la creación de espacios públicos para tal fin, ampliación de las sendas para peatones y bicisendas para ciclistas, incremento de la cantidad de gimnasios al aire libre en plazas, parques y espacios barriales. La movilidad es un derecho de la población que debe promoverse y asegurarse en cada territorio de acuerdo a las situaciones específicas.
- 5) Promover un rol activo de las personas de todas las edades en relación con la mejora de la salud de la población incluyendo el autocuidado, el cuidado mutuo y la acción comunitaria. Impulso a un abordaje local de los cuidados en el marco del Sistema Nacional de Cuidados, con participación interinstitucional y social. Generar mecanismos de ayuda y cuidados de la comunidad, hacia las personas mayores, las personas discapacitadas y las afectadas por Covid .Creación de nuevos Centros de Día y dispositivos de comunicación para las personas mayores. Fortalecimiento de las Redes de Personas Mayores, de Primera Infancia, de Salud Mental. Promover la creación de Espacios Adolescentes y Jóvenes.
- 6) Llevar adelante procesos de formación/acción en la comunidad para la construcción activa de la salud, formación de promotores escolares, juveniles y comunitarios de salud, estímulo a la elaboración de proyectos de acción comunitaria, rescate de las experiencias destacadas, generación de ámbitos de intercambio y aprendizaje a partir de ellas.
- 7) Desarrollo de acciones contra todas las formas de violencia en los vínculos, concientizando sobre la importancia del buen trato y una cultura de solidaridad, tolerancia y respeto. En especial la violencia de género, la violencia hacia la infancia y las personas mayores, tanto en el plano físico como simbólico que denigra a las víctimas y afecta su salud mental y emocional. Promover Programas de Convivencias.
- 8) Promover programas para abordar y revertir las desigualdades que impiden el ejercicio de los derechos humanos, generando inequidades por razones de género, generaciones, discapacidades, etnias, clases, lugar de residencia. En particular las inequidades contra las mujeres, las personas mayores, la primera infancia, infancia y adolescencia, la población LTBTGI, los afrodescendientes, las personas que viven en asentamientos.
- 9) Salud ambiental, identificando y mitigando la afectación del suelo, aire y aguas, impulsando una cultura ciudadana de cuidado, con las tres R Reducir, reciclar y reutilizar como idea fuerza. Promover un compromiso con el manejo adecuado de los residuos urbanos.

Medidas de emergencia

- 1) Identificación y mitigación de puntos críticos de contagio. Seguimiento de la evolución de la pandemia en el territorio del municipio. Apoyo al seguimiento epidemiológico de los casos y adopción de las medidas correspondientes.

- 2) Desarrollo de programas de apoyo a personas afectadas por la pandemia en el plano psicológico, vincular y socio económico.
- 3) Atención a las situaciones críticas en materia socio económica en el contexto actual, mediante programas coordinados con el gobierno departamental, gobierno nacional y los actores locales.
- 4) Apoyo a las Ollas Populares como estrategia de emergencia basada en la solidaridad, facilitando la obtención de alimentos nutritivos, su procesamiento adecuado, las condiciones de higiene bromatológica y de prevención de los riesgos de contagio por Covid.
- 5) Implementación de formas de comunicación cercana con las personas y comunidades involucrando a diferentes colectivos de la zona.
- 6) Creación y formación de Equipos Juveniles de Apoyo Solidario, voluntarios que apoyen a las personas en situación vulnerable.
- 7) Creación y formación de Equipos de SOS Mujeres para tender redes de apoyo e intervención en casos de violencia doméstica.”

TALLERES ABIERTOS EN 2021

¿Cómo debe ser la atención a la salud en 2021?

El primero de los Talleres Abiertos de la Red de Municipios y Comunidades Saludables en 2021 fue la continuidad de los 16 talleres realizados en 2020. El 6 de abril por vía zoom con 240 personas inscritas se abordó de la atención a la salud en el 2021. Se realizó un homenaje a la Dra Beatriz Fernández Castrillo, docente de Facultad de Psicología y activa participante de la Red MCS.

El impacto de la Covid sobre el control de las enfermedades crónicas (ENT) fue desarrollado por la Dra Lucía Delgado profesora de Oncología en Facultad de Medicina. Si bien la primera ola de Covid ha generado una situación gravísima en el país hay otras enfermedades responsables de muertes evitables y prematuras. Luego de la pandemia habrá un aumento de estos problemas por la falta de prevención y por los controles que no se hicieron en este período. En todo el mundo esto se estudió y se exhortó a los gobiernos para, sin desatender la pandemia, evitar el descontrol de otras enfermedades. Más de 40 millones de personas fallecieron en 2018 por ENT. En Uruguay son 3 de cada 4 muertes. Un tercio de ellas son muertes prematuras, de personas menores de 70 años. Mas del 80% de las muertes evitables se deben a enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias y diabetes. Si hay detección temprana son curables.

El profesor Luis Giménez de Facultad de Psicología destacó que la Covid es un hecho social total, que conmueve todas las dimensiones de la vida humana y en pocas semanas ha cambiado la vida de modo comparable a las ficciones apocalípticas. Estamos en medio de la incertidumbre. El

conocimiento es lo que nos permite navegar en ese mar de incertidumbres, que se ha encabritado como nunca. Hay tres certezas que no se han tenido en cuenta adecuadamente:

- a) la salud como proceso integral. Las respuestas parcializadas se contraponen al carácter total de la “sindemia”.
- b) La determinación social de la salud. Se ha colocado una falsa contradicción entre salud y economía. Hay políticas que apuntan exclusivamente a la responsabilización individual de las personas.
- c) Las desigualdades sociales y su expresión en las inequidades de la salud. La crisis golpea a toda la sociedad pero no afecta a todos por igual. Incluso hay algunos están incrementando su riqueza.

Está amenazado el derecho a la salud. Es fundamental asegurar las condiciones sociales, psicológicas, culturales y económicas para tener salud. Este hecho social total que es la pandemia está afectando ese derecho. Proyectándonos en el 2021, se espera que triunfe la inmunización pero hay enormes riesgos. Muchas problemáticas se harán evidentes en los próximos meses. Toda la población será afectada pero habrá grupos muy vulnerables.

El sistema de salud y el de protección social no están preparados para responder a estos desafíos. El cambio del modelo de atención en el SNIS está incompleto. Los servicios de salud mental en particular presentan debilidades en recursos y tienen modos de intervención insuficientes.

¿Dónde depositar el optimismo de la voluntad? No puede ser en seguir haciendo lo mismo. Por lo tanto es necesario reafirmar las transformaciones en el modelo de atención.

¿En qué basarse? : en la capacidad de organización y movilización desde los territorios. Esa solidaridad histórica de las comunidades es un capital a preservar y desarrollar (Luis Gimenez).

Las organizaciones sociales han aportado mucho en este período. Mario Bentancor de la Organización de Usuarios del Oeste refiere las propuestas que han realizado y enfatiza que las mismas son mejoradas siempre en el entramado de organizaciones participantes. Hay preguntas básicas en la reflexión- acción que llevan adelante. “¿Debemos solo recibir las consecuencias de las decisiones de otros?”. Por eso están comprometidos con la participación de la comunidad. Para que no se llegue a la enfermedad ponen el énfasis en la promoción de la salud. La pandemia se suma a otros problemas ya existentes. Resaltan el debilitamiento de los vínculos educativos y los cuidados necesarios para la salud de niños y adolescentes. Hay mucha enfermedad acumulada. Los sentimientos de impotencia y parálisis social agravan la situación y los mensajes del gobierno van en esa dirección. “Quedate en casa” es una burla para quien no tiene una casa. Ante esta situación hay personas y colectivos que no aceptan la pasividad. Desde la organización de usuarios actúan en

múltiples redes. Trabajan con lógica de red, para que los distintos colectivos se reconozcan y coordinen. Promueven una dinámica de acción-reflexión-acción. Algunos ejemplos de esta forma de trabajo son actividades con motivo del día de prevención del suicidio, la Mesa Local de Salud Mental, la coordinación de ollas que agrupa 23 ollas en el Cerro, las Huertas colectivas y familiares que se extienden. Hoy las ollas están tensionadas por la necesidad de responder al hambre y al mismo tiempo cuidarse de los contagios.

Las líneas actuales de la organización de usuarios apuntan a que todas las acciones busquen sostenibilidad, generar espacios colectivos, promuevan inclusión en un entramado de redes y fortalezcan los vínculos con las Redes MCS y otras. Sus ejes pasan por crear posibilidades accesibles para los reclamos de las personas, por acciones interinstitucionales que amplíen los recursos comunitarios, avanzar en la articulación con los prestadores de salud. Le asignan gran importancia a impulsar la formación de agentes de promoción socio-sanitaria.

Los embarazos y nacimientos se han visto afectados por la pandemia, sostiene Leonel Briozzo docente de Ginecología en el Hospital Pereira Rossell. Estamos en el inicio de una era de pansindemia global. La Pan Sindemia fue propuesta como concepto en 2019. Es la suma de tres epidemias: la obesidad, la malnutrición y el cambio climático. El modelo agroindustrial genera estas epidemias. Y eso es lo que está en la base de la Covid.

Esta situación incrementa el riesgo de los dos síndromes prenatales :a) restricción de crecimiento, por el cual el bebé nace a término pero no creció adecuadamente. b) prematuridad, nacimiento antes de término. Las causas son variadas. Se sabe que la prevalencia es mucho mayor en los países subdesarrollados, hay un elemento socio económico y de discriminación de la mujer que es determinante.

A escala país la pandemia no cambió mucho esos dos factores. Pero en el Hospital Pereira Rossell entre 2019 y 2020 aumentaron los nacimientos, aumentó la prematuridad significativamente y también hubo un incremento muy notorio del bajo peso al nacer y la restricción de crecimiento. El grueso de causas que pueden explicar este fenómeno está en las condiciones socio económicas, los aspectos nutricionales, el estrés materno, Las enfermedades crónicas son transmisibles desde el embarazo. Son socialmente transmisibles. Son necesarias políticas de discriminación positiva desde el embarazo. Si se piensa en actuar recién en la primera infancia, llegamos tarde.

El estado actual de la pandemia fue analizado por Miguel Fernández. No es un hecho casual sino que es un fenómeno estructurado en la etapa que viven nuestras naciones. Estos procesos comenzaron antes de que el Sars cov 2 llegara a la escena. Hay una crisis ambiental, climática y una

crisis de la desigualdad. El gran tema es la re significación de las relaciones entre el Estado, la comunidad y el mercado. La salud como derecho humano esencial, como bien público y no mercancía, como responsabilidad de Estado y de gobierno.

En el abordaje de la pandemia hay un elemento clave : mientras no haya vacunación a la gran mayoría de la población la única manera de manejar la pandemia, es la estricta aplicación de medidas no farmacológicas que reduzcan la movilidad. Todos los actores nacionales tenían el diario de lunes con lo que pasó en Europa. En Uruguay no hubo primera ola en 2020 porque se aplicaron de manera drástica, las medidas que estaba haciendo el mundo. El confinamiento creo muchos problemas porque se hizo tarde y mal. Pero acá se creyó el cuento del éxito propio. Uruguay tiene hoy un 50% de las muertes por Covid 19. Más de la mitad de las muertes que se producen diariamente por todo tipo de causas. Se trata de vidas a proteger y de muertes evitables. Para pensar en el año 2021 hay que salir del modelo hospitalo-centrico, del mercado, de la salud como fenómeno aislado, reducido a la asistencia y la Red MCS es una forma de hacerlo, sostuvo Fernández Galeano.

Entre los aportes de los participantes se observó que el sistema de salud está centrado en los espacios físicos de la consulta pero sigue costando salir a la comunidad para construir redes. Otras opiniones reafirmaron que no se pueden perder derechos fundamentales como el trabajo, la salud, la alimentación. También hubo planteos de cambiar la metodología, salir de la burbuja, no desatender el contacto con las personas. Hay que lograr que el trabajo en Red entre en todas las comunidades. Elizabeth Meizoso de Onajpu consideró que el taller fue muy satisfactorio y dejó planteadas perspectivas, a partir de tres puntos fundamentales: “profundizar en el diagnóstico”, “conocer más de cada territorio, características y necesidades de sus habitantes” y “realizar valores civilizatorios”.

Canelones: Planes Locales de Salud y abordajes locales de la pandemia

El segundo taller de 2021 fue sobre la experiencia del departamento de Canelones en su programa Planes Locales de Salud y Comités locales ante la pandemia. Participaron mas de 80 personas. En su apertura el intendente del departamento Yamandú Orsi destacó que pandemia mediante se dieron cuenta de las fortalezas que tenían los “grupos motores” y las experiencias locales. El taller y su participación en la Red MCS es una oportunidad para que aprender mas, integrarse mas a nivel nacional. Es mucho lo que se puede hacer cuando se toma en cuenta lo que sucede en los municipios, que muchas veces no se conoce y sin embargo su potencial es grande. Han propuesto a la presidencia de la República que se planifique la respuesta a la pandemia desde los territorios.

“Muy embalados en integrarnos a esta Red, aportar lo que se pueda desde la experiencia de Canelones y aprender de otras”.

Desde la Dirección de Salud de Canelones Aracelis Delgado informó que Planes Locales de Salud es un programa que se propuso para los 30 municipios desde 2016. Se propusieron una meta ambiciosa, de trabajar la salud desde la integralidad, la intersectorialidad y la participación ciudadana. Existen una cantidad de realidades diversas en lo demográfico, social, sanitario. El aterrizaje de una política nacional no tendría una misma repercusión en cada zona. Se plantearon promover un cambio de actitud en el establecimiento de políticas municipales. Al comienzo la salud no estaba en la agenda de los municipios, que estaban más centrados en las calles, alumbrado, etc. No era considerado algo prioritario en los planes estratégicos de los municipios. Al trabajar sobre los determinantes de la salud se fue interactuando con diversos actores (líderes locales, religiosos, etc.). Hicieron un diagnóstico participativo, con la comunidad, contemplando los determinantes de la salud y desde un lugar de horizontalidad, para llegar a las necesidades sentidas por la población. Muchas personas empezaron a ir a esos talleres convocados por los referentes locales y las instituciones en el territorio. Eso posibilitó un intercambio entre instituciones y comunidad. Además se recogieron datos, se realizaron entrevistas a informantes calificados. De esta manera se pudo descubrir que esos saberes que venían de diversos participantes, modificaban las cifras de las estadísticas oficiales. Por ejemplo en la localidad de Colonia Nicolich se planteó la necesidad de políticas para las personas mayores, aunque su población era fundamentalmente joven. Otro de los ejemplos fue la localidad de Salinas, que desarrolló una actividad intensa. Cuando se presentaron los datos oficiales en Salinas la comunidad rechazó esas cifras porque en esos últimos años se había producido una explosión demográfica, que cambiaba la realidad que decían las cifras oficiales. La horizontalidad y el intercambio de saberes es fundamental para poder sentirnos parte. Finalmente participaron 14 municipios (13 municipios y una localidad). 230 hombres, 425 mujeres. 356 instituciones. Algunos de los problemas jerarquizados fueron la salud mental, los problemas ambientales, saneamiento, servicios en zonas rurales, consumo problemático de drogas. De allí surgieron los Grupos Motores en cada localidad. Se consideró necesario crear un plan local de salud. Para ello se implementó un fondo concursable asignando un presupuesto, para que los grupos motores pudieran presentar sus proyectos y tener los recursos necesarios. Ese aprendizaje que se logró en la etapa de diagnóstico pudo aplicarse para encontrar soluciones. Cuando llegó la pandemia la intendencia volcó sus recursos para responder ante la emergencia. Los grupos motores de salud fueron como los ojos del territorio, indicaron donde estaban las personas con vulnerabilidad, donde hacer focos. Canelones logró crear 30 comités locales de emergencia. Se generó un programa “La Salud en tu Barrio”. Con una estrategia de llegada con equipos de salud,

peinando los barrios, para detectar situaciones de salud que no estuvieran atendidas. Encontraron una realidad que evidencia las enfermedades que no están siendo atendidas por el sistema de salud. También la salud mental debe mirarse con más detenimiento. Los grupos motores y las estrategias de la Intendencia de Canelones tienen mucho que ver con estos procesos ⁶⁵.

Gustavo González, alcalde de la ciudad de Las Piedras, relató la experiencia de la implementación del plan “La Salud en tu barrio”, cuando en base a un análisis que determinó que se podría llevar adelante en algunos barrios como Santa Isabel, Las Torres, Talca. Llegaron a 300 familias en los barrios con el trabajo de los equipos pero también la participación de los vecinos que conocían más cada zona. Se procuró llegar con servicios para responder a problemas distintos (en algunos casos de drogas, otros con personas mayores, etc). El trabajo de médicos, psicólogos, enfermeros permitió detectar problemas algunos que no se estaban tratando por la Covid. En esas visitas que hicieron en febrero y marzo, además se brindó una canasta sanitaria y se trabajó en otros aspectos no atendidos adecuadamente. Conformaron un Comité de Emergencia Local ante la Covid con buena participación de los actores de salud. Están avanzando para alcanzar los cuatro municipios de la micro región de la ciudad de Las Piedras. Entre otras cosas reclamaron la necesidad de más vacunatorios. En estas zonas surgieron merenderos y ollas populares, porque se produjo un rápido incremento de la pobreza.

⁶⁵ Véase <https://www.jbcdepiriapolis.com.uy/2021/05/gobierno-de-canelones-comparte-su.html>

XVII FORMACIÓN - ACCIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

La preocupación por la formación para la acción ha sido un elemento importante en el desarrollo de la participación social en salud. A lo largo de varias décadas la formación de Promotores Escolares de Salud, Promotores Juveniles de Salud, Agentes Comunitarios de Salud ha surgido como forma de potenciar campañas de educación para la salud. Sin una adscripción institucional única, ni una currícula homogénea, este tipo de iniciativas tuvo buena convocatoria, concito adhesiones en las poblaciones a las que iba dirigida y permitió la realización de experiencias valiosas en promoción de salud.

En el caso de los Promotores Escolares de Salud fue una modalidad de educación para la salud en las escuelas públicas promovida por la Intendencia de Montevideo, que sustituía la realización de charlas dictadas por técnicos de las policlínicas zonales por la creación de un grupo de estudiantes voluntarios que a partir de varios talleres formativos transmitía al resto de los alumnos los contenidos consensuados. En varias ocasiones invitaban también a las familias y la comunidad de la zona a las actividades. Los promotores escolares de salud tenían un antecedente en la “Cruz Roja escolar”, por la cual algunos alumnos asumían responsabilidades en el cuidado de la salud del resto. Entre los temas priorizados por este programa estuvo la alimentación saludable a través de la merienda, la prevención del Dengue por la descacharrización de la escuela y su entorno, la prevención de las parasitosis y el lavado de manos, la salud bucal y el cepillado de dientes.

El programa de Promotores Juveniles de Salud fue llevado adelante entre 2005 y 2015 por parte de la División Salud de la Intendencia de Montevideo con el apoyo de diversas instituciones públicas y privadas como el MSP, ASSE, Min Interior, Colegio Don Bosco, etc. La labor docente fue encarada por técnicos de las instituciones participantes: IM (División Salud, Secretaría de la Mujer, División Tránsito, Centro de Estudios Municipales), MSP (en coordinación con los programas VIH Sida, Mujer y Adolescente), INDA, Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, Junta Nacional de Drogas, Facultad de Medicina y Ministerio del Interior. La formación estaba dirigida a jóvenes de entre 12 a 20 años, que participaban de 18 talleres teórico-prácticos de tres horas cada uno. Luego de culminada su capacitación, los participantes elegían el tema con el cual desarrollaban su proyecto de devolución a sus pares. Esos proyectos de promoción de salud incluyeron temas como cuidado y promoción de salud, salud cardiovascular, nutrición, sexualidad, reproducción,

salud mental, adicciones, accidentes y violencia. Estos jóvenes provenían del área pública y privada de Enseñanza Secundaria, UTU, espacios adolescentes entre otros lugares de nucleamiento. Los proyectos de promoción de salud se desarrollaron en los centros educativos y/o comunitarios donde estaban insertos los jóvenes para fomentar la participación y ejercicio de sus derechos a través de programas en la comunidad.

Los Agentes Comunitarios de Salud se han formado por iniciativas locales en distintos lugares del país. Existen múltiples experiencias latinoamericanas en este tipo de formación/acción para la salud. Especial destaque merece la experiencia de Brasil, donde los agentes comunitarios forman parte de los equipos básicos de salud. En Uruguay la Intendencia de Montevideo, ASSE y también las organizaciones sociales (Mov. Nal de Usuarios de Salud, etc.) han desarrollado a lo largo del tiempo una política de formación de este tipo. Permanentemente han tenido respuestas positivas de adhesión a estas convocatorias por parte de personas de distintas edades y géneros, aunque predominan claramente las mujeres. Es destacable asimismo la realización de cursos de agentes comunitarios de salud en muchas localidades del interior del país además de los barrios de la capital y área metropolitana.

Curso de animadores de redes comunitarias

En el año 2020 durante la pandemia surgió en el Grupo de Municipios y Comunidades Saludables del Municipio A la iniciativa de realizar un Curso de Formación de Animadores de Redes Comunitarias. Esta propuesta fue asumida por la Red de Municipios y Comunidades Saludables y el Proyecto Udelar “Descentralización y Participación en Salud integrando la Trama local de Cuidados” que incluye Fac. Medicina, Fac Ciencias Sociales y Fac. Enfermería. En lugar de optar por una currícula pre estructurada se realizaron tres reuniones preparatorias via zoom que permitieron interactuar con las personas interesadas (más de 40 personas en cada reunión) , recoger inquietudes para ir conformando el programa del curso. Se inscribieron al curso 171 personas de distintos departamentos entre ellos Rocha (La Paloma, Chuy), Canelones (San Luis, Solymar, Lagomar, Shangrila), Durazno, Maldonado, Florida y Montevideo. También de la ciudad de Cali en Colombia. En Montevideo la participación incluyó muchos barrios diferentes aunque hubo una presencia importante de personas residentes en el Municipio A. Participaron personas con diferentes perfiles, áreas de inserción social y laboral. Entre ellos educadores, asistentes personales, integrantes de CAIF, policlínicas, Colectivos socio-educativos, escuelas y liceos, centros culturales, secretaria de discapacidad del Pit Cnt, Bloque Antiracista, asociaciones civiles, huertas comunitarias, entre otras organizaciones. No todas las personas inscritas pudieron participar del

curso. Las elecciones departamentales y municipales, el reinicio de las actividades laborales y educativas presenciales, los problemas con la conectividad y el manejo de las herramientas informáticas y el cansancio de un año muy complejo para todos, incidieron en ese descenso de la participación (se consultó mediante un formulario a estas personas sobre las causas de sus dificultades para participar).

El Curso se inscribió dentro de los Cursos de Educación Permanente de la Udelar a través de la Unidad de Educación Permanente en Salud de la Facultad de Medicina . En el equipo docente se integraron referentes (voluntarios) de la Red MCS y docentes de la Facultad de Medicina (Levin 2020). Como forma de potenciar la labor de las personas de la Red MCS que contaban con mas experiencia comunitaria se organizó y llevó adelante un Pre-Curso de Tutores. Los “Tutores” fueron referentes de las organizaciones comunitarias que se formaron para apoyar la elaboración de proyectos de intervención social en el marco del curso. En los hechos colaboraron activamente en la coordinación de todo el curso y en las discusiones en subgrupos en cada jornada. El Pre Curso de Tutores trabajó en tres módulos : a) Las Tic y su realidad actual. Ventajas y desventajas. Competencias digitales necesarias. b) Comunicación mediada por tecnología. Características que debe manejar el tutor. c) Función tutorial en acción. Planificación de la planificación .

En la segunda parte del Curso se realizaron 8 encuentros quincenales, abordando distintos temas, conformando grupos para la elaboración de proyectos, promoviendo intercambios en Foros de la página web de la Red MCS. Tuvo una duración de 4 meses comenzando el 16 de julio y finalizando en octubre, utilizando una modalidad virtual . Estuvo destinado a personas que tuvieran o fueran a tener una labor en redes comunitarias, organizaciones sociales diversas y/o servicios relacionados con dichas redes.

La dinámica del curso incluyó : a) talleres quincenales sobre temas específicos, según programa del curso. Expositores e intercambios. Relatorías de cada taller. Total 8 talleres y una jornada final del curso . b) tareas a realizar por parte de cada participante o de grupos de participantes, con evaluación y devolución de los docentes. c) Elaboración de un proyecto de fortalecimiento de la labor comunitaria con tutoría docente. Análisis en taller de los proyectos elaborados por los participantes. Estudio de las condiciones de factibilidad para la implementación de los proyectos elaborados. d) Jornada de cierre del año con evaluación de los resultados obtenidos y perspectivas.

Desde el inicio se trabajó sobre el nuevo contexto económico, social y sanitario para profundizar en el rol de las organizaciones sociales y las redes comunitarias en el marco de las crisis superpuestas. A partir de estos encuentros se redactaron sistematizaciones de los aprendizajes logrados.

En el Curso el Economista Mauricio De Rosa del Instituto de Economía de la Udelar (IECON) caracterizó la nueva crisis económica como dura y larga, con grandes impactos inmediatos y mediatos sobre pobreza y desigualdad, explicitando que se trata de fenómenos sociales muy complejos, multidimensionales. Las estimaciones del IECON se confirmaron plenamente con las cifras del INE en 2021: 100 mil personas cayeron bajo la línea de pobreza aumentando 35% respecto a la población que estaba anteriormente en esa condición. A pesar de los avances anteriores en reducción de la pobreza, la indigencia y la desigualdad, hay un sector importante en condiciones de vulnerabilidad que fue golpeado duramente por esta crisis. Los apoyos de parte del gobierno nacional fueron muy insuficientes y no mitigaron los impactos de la crisis.

En relación con la situación sanitaria, la exposición del Dr. Miguel Fernández Galeano dejó claro que en esa fecha de julio la pandemia del Covid estaba lejos de resolverse. La pandemia aumentaba en ese momento en América Latina. Brasil y Estados Unidos tenían el 40% de los casos y de las muertes del planeta aunque son un 7% de la población. Al mismo tiempo la crisis económica tendrá efectos muy fuertes en la salud de la población. Hay fortalezas acumuladas por el país en esta materia. La construcción del SNIS (todavía inconclusa) es un elemento clave para el buen desempeño ante la crisis. Otro elemento destacable es la capacidad de la Comunidad científica nacional y en especial de la Udelar. La matriz de protección social se fue ampliando en las décadas pasadas. En la emergencia la capacidad de respuesta solidaria de la población y el compromiso de los trabajadores jugó un rol clave.

Al analizar las prioridades actuales ante la pandemia se reafirmó la necesidad de no bajar la guardia, cumpliendo y promoviendo medidas de distanciamiento físico y uso de tapabocas. Haciendo la diferencia de que no se trata de distanciamiento social sino por el contrario acercamiento, solidaridad, apoyo mutuo. La vigilancia en las fronteras, el control de las residencias de larga estadía y sobre todo el aumento de la capacidad de seguimiento de casos y contactos fueron considerados elementos decisivos para el manejo de la pandemia.

Por otro lado con los aportes de Miguel Fernández Galeano se discutieron en el Curso los desafíos para el SNIS en el nuevo contexto. En primer lugar se acordó repensar los Problemas críticos de salud y a partir de ellos definir Objetivos Sanitarios Nacionales y Locales al 2025. Entre esos problemas están las Enfermedades Crónicas, Salud Mental y los Suicidios, Violencias patriarcales, Salud Sexual y Reproductiva, Salud bucal, Salud de la Infancia, que se potencian con la Covid. En segundo término se plantearon como desafíos para el SNIS: sostener al Sistema, afirmando la Rectoría del MSP y el funcionamiento de los órganos participativos del SNIS. La salud no puede

ser conducida por el mercado o por el Ministerio de Economía. Un elemento clave es el fortalecimiento de ASSE, impedir su debilitamiento presupuestal, de gestión y de atención. Otro aspecto fundamental es desarrollar una Política Nacional de Personal de Salud basada en la interdisciplina, trabajo en equipos, formación continua y dotaciones adecuadas de personal.

En tercer término se identificaron como desafíos para el SNIS varios ejes estratégicos :

- a) Promoción de políticas de salud colectiva: rotulado de alimentos, control del tabaco, consumo problemático de sustancias, prevención de accidentes.
- b) Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención y funcionamiento de Redes Integradas de Servicios
- c) Desarrollar más participación social, organizaciones sociales, redes comunitarias. Impulsar la Estrategia de Municipios y Comunidades Saludables.

En el intercambio en subgrupos y la discusión en plenaria se ahondó en la consideración de que en los problemas críticos debe tomarse en cuenta las otras enfermedades además del Covid, no solo físicas sino también mentales como las depresiones, angustias, y los suicidios (se denunció la existencia de niños y adolescentes con severas depresiones que fueron reportadas por padres y maestros).

Entre los impactos de la pandemia estuvo el encierro por la cuarentena y por el miedo al contagio. Faltó más atención a las otras enfermedades presentes en la población y en particular a las enfermedades crónicas, principal causa de enfermedad y muerte en el país. También se discutió sobre los impactos de la angustia que se generó por el Covid y por la inseguridad en el trabajo, por los efectos económicos. Económicamente afecta mucho la pérdida del trabajo, el pase a seguro de desempleo y el cierre de comercios y empresas. La nueva situación afectó a todas las generaciones. Los problemas de salud mental están desatendidos en gran medida. Aumentó la violencia doméstica (de género, abuso a menores), la violencia producto del encierro: muchas personas en espacios reducidos, angustia por la falta de dinero, porque no hay suficiente comida, por el alcoholismo. Especialmente vulnerables son las personas en situación de calle y los migrantes. Surgió en la discusión colectiva que hay que considerar los impactos en la educación, en los alumnos, las familias y los docentes. Enseñar y aprender vía zoom o wp fue duro porque no estábamos acostumbrados. En este contexto debemos valorar el rol de las instituciones docentes y las familias.

Un elemento muy jerarquizado en las percepciones de los participantes fue la Solidaridad y la Empatía como dos valores centrales de la respuesta social. Se destacó la rapidez con que se organizó la comunidad para generar respuestas. Podemos hablar de una “*genética de la*

solidaridad” se dijo. En otras circunstancias el pueblo uruguayo ha tenido esa manera de reaccionar y aportar. En las respuestas solidarias jugó un rol clave la organización de los vecinos, en algunos casos pre existente y en otros con nucleamientos que surgieron ahora. Esa capacidad para mantener las redes y crear otras nuevas es muy destacable. Vale señalar las iniciativas para acompañar y contener a distintas poblaciones afectadas como adultos mayores y también a los equipos de salud. Ejemplos de ello fueron los dispositivos de psicólogos para la escucha solidaria, o los colectivos en muchos barrios que cocinaban varias veces por semana para llegar a poblaciones de otros barrios. Las Ollas Populares, un año después del comienzo de la pandemia, siguen siendo una respuesta importante a la crisis alimentaria.

Entre las percepciones sobre la pandemia también se mencionaron impactos positivos en la convivencia familiar. Se pudieron reunir muchos valores que no se iban destacando en el día a día. Se vio mayor tolerancia, mas cercanía y atención con los niños, más unión familiar. Una experiencia valiosa fue percibir que no es necesario buscar todo afuera, que podemos elaborar nuestros alimentos, “hacer nuestro pan”, sustituir las hamburguesas compradas por cocinar con verduras. “Vimos una mayor empatía dentro de la familia, aprender a oírnos, compartir lecturas, hacer juegos, usar creatividad, que la vorágine diaria no nos permitía”.

Cuatro aspectos relevantes de la situación actual de pandemia fueron la alimentación, la salud, el trabajo y la contención a mujeres sometidas a violencia. El surgimiento rápido de Ollas Populares, implicó múltiples acciones. Desde la recolección de alimentos en ferias y almacenes para llevarlos a donde se cocinaba para las ollas populares y luego organizar la entrega de la comida. También en el tema protección ante el contagio hubo muchas intervenciones (por ej distribución de kit de limpieza o la fabricación de tapabocas). La Red de Huertas se puso a disposición para hacer huertas comunitarias y familiares.

En el Curso una frase enfatizada y simbólica de este proceso fue “ME CUIDO Y TE CUIDO”. Cuidarme yo y cuidar al otro es una síntesis de un sentimiento colectivo que surgió en esta coyuntura. Es significativa la percepción de coincidencia entre los participantes del taller. “Deja la impresión de que estamos todos en la misma”. “Todos estamos haciendo algo que tiene que ver con las otras y otros”. La solidaridad emerge inducida por una crisis económica unida a una crisis sanitaria. Estas dos dimensiones dan como resultado un universo de acciones, de personas, individual o colectivamente, que le están poniendo freno a la mercantilización. Escuchamos como se han recompuesto los vínculos familiares. También aparecen otras cosas no deseadas como la violencia de género. “La pandemia sacó lo mejor y lo peor de todos” se dijo. Mostró una sociedad

vulnerable y equilibrada, un sistema de salud preparado y muchas fortalezas en el entramado social. Es una oportunidad para pensar desde una nueva cultura, para vivir mejor. Somos lo que hacemos pero principalmente lo que hacemos para cambiar lo que somos. Formarnos para eso es el sentido del curso, se concluyó.

La elaboración de proyectos de intervención comunitaria fue uno de los ejes principales del Curso. Como resultado de este proceso se formaron grupos de trabajo que discutieron y redactaron proyectos sobre seis áreas temáticas priorizadas : Seguridad y soberanía alimentaria, Comunicación comunitaria, Consumos problemáticos de sustancias, Personas Mayores, Infancia y Adolescencia y Mujeres en situación de vulneración. Cada proyecto fue elaborado por un grupo de participantes y discutido colectivamente en régimen de taller y se puso el énfasis en los componentes transversales que tienen. La impronta fundamental fue la participación social para el desarrollo de los proyectos. La planificación participativa y la elaboración de proyectos fue un tema desarrollado en una de las jornadas y ampliado durante todo el curso.

Se realizó un seguimiento del proceso de elaboración colectiva con desarrollos diferentes según el grupo y el tema. A partir de los intercambios realizados se trabajó en condiciones para ordenar : a) un estado de situación breve del tema abordado, con identificación de problemas, procesos positivos, vínculos entre ellos, actores involucrados así como antecedentes y referencias conceptuales (marco teórico). b) Selección y justificación de un problema priorizado y una forma de abordaje comunitario del mismo. c) definición de un objetivo general y objetivos específicos para un proyecto colectivo de intervención en el problema.

La conformación de grupos de trabajo comunicados por vía wp o grupos de correos apuntó a darle continuidad al curso entre encuentro y encuentro y avanzar en los proyectos. También se convocó a las personas que participaron de los encuentros preparatorios. En los Foros de la página web de la Red de MCS se intercambiaron opiniones y propuestas. Materiales de referencia para el abordaje de cada tema se subieron también a la página web.

Los primeros talleres respondieron a la currícula planificada : Taller 1 : Presentación del Curso. Contexto internacional, latinoamericano y nacional. Taller 2 : Elaboración de Proyectos y Planes. Herramientas de Planificación participativa. Taller 3 : Concepto de Redes Comunitarias, antecedentes, caracterización actual. Metodologías de comunicación comunitaria.

A partir del tercer taller la dinámica de elaboración de proyectos llevó a modificar la currícula mediante una discusión colectiva, poniendo el énfasis en los avances de cada temática seleccionada y las líneas de acción para su implementación. El Cuarto Encuentro realizado el jueves 27 de

agosto trabajó en 6 grupos abordando distintas temáticas con miras a la elaboración de proyectos de fortalecimiento comunitario.

PROYECTOS ELABORADOS EN EL CURSO

Proyecto sobre Seguridad y Soberanía alimentarias

El proyecto parte de identificar los problemas a priorizar: a) Crisis alimentaria, relacionada con la crisis sanitaria y con la crisis económica y social. Malnutrición por déficit, hambre. b) Incremento de hábitos alimentarios perjudiciales para la salud, por exceso de comida chatarra, exceso de sodio, grasas y azúcares y escaso consumo de frutas y hortalizas. c) Dependencia alimentaria de productos ultra-procesados cuya producción está en manos de grandes compañías internacionales. d) Circuitos largos entre la producción y el consumo con fuerte control de la intermediación comercial de grandes superficies. e) Descenso de la producción horti-frutícola, frente al avance del agro negocio, la agricultura extensiva y la forestación. f) Urbanización creciente y estilos de vida que debilitan el vínculo con la naturaleza y aumentan la contaminación ambiental.

Al mismo tiempo caracteriza también los procesos positivos en curso: a) Etiquetado por exceso de sodio, azúcar y grasas. Etiquetado de productos con componentes transgénicos. b) Respuestas solidarias a la crisis alimentarias: Ollas Populares. c) Interés creciente en los programas de huertas urbanas y semi rurales. d) Utilización de las huertas como estrategias terapéuticas y de organización social. e) Mayor organización social vinculada con la alimentación en los territorios. f) Mayor sensibilidad en relación con los temas ambientales.

Es un proyecto de carácter social que busca satisfacer necesidades de la población en el auto-abastecimiento de alimentos a través de acciones que tiendan a mejorar la calidad de vida. Se busca el fortalecimiento de un sector social que sufre privaciones, interviniendo a través de la educación, para que conozcan sus derechos a la soberanía alimentaria, y procurar que se aseguren el acceso a los alimentos necesarios y saludables.

Entre los objetivos del proyecto se definió buscar cuáles son las necesidades puntuales con el fin de concretar objetivos precisos. Para ello se cuenta con el conocimiento y la experiencia de instituciones, grupos sociales solidarios y otros emprendimientos similares, que incumben a la resolución de problemas: adiestramiento, investigación, formulación de políticas y tareas orientadas a la utilización de tierras y espacios ociosos, para la producción de alimentos que auto-abastezcan y quizá pudieran generar excedentes posibles de comercializar.

Como líneas de acción se consideró fundamental la recolección de información para tener un cuadro preciso de la situación existente al comenzar, para decidir qué se debe hacer y cómo y así poder medir en adelante los cambios producidos. Por lo tanto el trabajo de recolectar información es fundamental para ajustar el diseño del proyecto y su implementación. A nivel de los hogares se necesita un equipo de voluntarios comunitarios motivados e informados. A nivel de las organizaciones comunitarias, la planificación se basará en la capacidad de éstas para diagnosticar la situación.

Entre los resultados esperados están a) generar conocimiento y conciencia sobre la Soberanía Alimentaria, en la población y qué derecho los asiste. b) Tener conciencia de la gradualidad del proyecto a promover, evaluando periódicamente la marcha de los emprendimientos ya en acción como de los nuevos a implementar. c) Consolidar un equipo compuesto por todos los actores previamente organizados y aquellos que se constituyan a partir de la propia actividad y el compromiso de mantenerse en el tiempo y auto-evaluarse a fin de consolidar la acción a largo plazo. d) Aprender a gestionar y liderar el objetivo del proyecto para que éste sea viable.

Proyecto sobre Adultos Mayores en Pandemia

El proyecto “Autovalientes, Adultos Mayores en Pandemia” parte de los problemas generados por la pandemia en el plano psico-social, los riesgos biológicos de cuadros graves de Covid, la falta de comunicación dirigida al adulto mayor, las acciones de tutelaje, los problemas de control sobre patologías crónicas, el aislamiento social, la angustia, ansiedad, ira, miedo a la muerte y las mayores dificultades para su participación. Entre los objetivos que se formuló está : estimular la autonomía del Adulto Mayor; generar acciones para mejorar el conocimiento de la vida cotidiana del adulto mayor; promover la información simple y accesible hacia el Adulto Mayor para su cuidado; realizar un acercamiento a Adultos Mayores que participen activamente en sus comunidades investigando y apoyando proyectos comunitarios programados y mejorar la participación del Adulto Mayor así como el respeto a sus opiniones y decisiones. La estrategia que propone se basa en generar espacios en las diferentes comunidades y colectivos donde los Adultos Mayores puedan expresar sus sentimientos. También difundir mecanismos de resistencia en la vida cotidiana experimentados por Adultos Mayores en otros momentos de sus vidas. Apunta a mejorar la información dirigida a esta población a través de mensajes simples que consideren las reales necesidades sentidas. El proyecto propone herramientas de comunicación a Adultos Mayores referentes para que éstos logren una mayor participación del colectivo y determine, a su vez, un acercamiento mayor a la vida cotidiana

de estas personas descubriendo sus fortalezas y sus necesidades. En un sentido similar plantea capacitar a los Adultos Mayores referentes para la utilización de nuevas técnicas de comunicación y herramientas de Planificación Estratégica que colaboren en la realización de Proyectos Locales Participativos. La estrategia planteada implica trabajar desde los municipios para el apoyo de Proyectos Locales desarrollados por Adultos Mayores desplegando un trabajo multidisciplinario e interinstitucional. Se piensa en tres grandes grupos: personas auto-validas, discapacitadas y con algún grado de dependencia. Conciben el proyecto en tres etapas: corto plazo centrado en la salud de las Personas Mayores, mediano plazo todo lo que refiere al aislamiento, la participación, el SNIC. El largo plazo es el cumplimiento de la Convención Interamericana que establece los DDHH de las personas mayores. Proponen abordar también temas tabús como la sexualidad en las personas mayores.

La meta es lograr un cambio positivo de la vida cotidiana de los Adultos Mayores durante y luego de la pandemia. Los resultados esperados son aumentar la participación y ciudadanía del Adulto Mayor, ejecución de Proyectos Comunitarios con esta población y lograr una mejora en los planos bio-psico-social. Las líneas de acción pasan por la identificación y contacto con referentes de Grupos de Adultos Mayores, la realización de un diagnóstico de la participación de cada grupo, identificando sus fortalezas y sus debilidades y a partir de allí promover capacitaciones en comunicación y estrategias específicas de acercamiento, así como en Planificación Estratégica. Otra línea de trabajo es documentar y difundir experiencias de vida que incluyeron formas de resiliencia. El proyecto apunta a visibilizar, a través de medios de difusión masivos, los proyectos y actividades que los colectivos vienen realizando como incentivo de la participación. Para concretar estas líneas se propone articular a través de la Mesa de Municipio Saludable, el apoyo institucional e intersectorial para el desarrollo de Proyectos Comunitarios administrados por Adultos Mayores.

Proyecto sobre Consumos problemáticos de sustancias.

Se priorizó en este proyecto un enfoque comunitario y territorial con énfasis en el Primer Nivel de Atención en Salud. El consumo problemático de drogas, incluido el caso de adicciones (no todo consumo lo es) es considerado un capítulo de la salud mental. En cuanto a la caracterización de problemas a abordar se constata que: a) se trata de una cuestión con una demanda masiva mientras la oferta comunitaria y sanitaria es totalmente insuficiente. b) No solo es insuficiente por su cantidad. Lo es también por algunos enfoques y modalidades que se subrayan: Hay una dura rigidez institucional por parte de los dispositivos del Sistema de Salud, una rigidez de los profesionales de

la salud ante enfoques mas abiertos, una resistencia institucional y de los técnicos en el enfoque grupal de diversas patologías.

c) Existe una tendencia a circunscribir salud mental y drogas al abordaje médico, tanto desde las instituciones como de los pacientes. El propio término “pacientes” es expresivo del rol pasivo que se asigna al usuario.

d) El abordaje grupal y familiar está técnica y científicamente probado. Al igual que las pocas experiencias de abordaje comunitario. Existen experiencias como los denominados “Grupos T” que se desplegaron desde el Centro de Atención en Drogas “Portal Amarillo” y se procesaron en varias policlínicas. Darles continuidad y mayor amplitud es una línea de trabajo.

e) A su vez se registra que hay resistencias a nivel familiar y comunitario que excluyen y estigmatizan al “drogón” y al loco.

En el proyecto se reafirma la necesidad de construir redes de acogida, prevención, educación y apoyo social a la problemática, transformando lo que es una depositación masiva de dicha problemática en las instituciones médicas, en general en su modalidad de internación.

Entre las principales propuestas del proyecto está la realización de un Plan Municipal de Salud Mental para un abordaje saludable de esta problemática. Esto exige un diagnóstico territorial que implique la participación de la población del Municipio. Sin participación activa relevando necesidades y consultando respuestas, en un diálogo del saber popular y del saber científico, es imposible definir planes.

Algunos ítems de un Plan de Salud Municipal son relevar todos los recursos sociales, vecinales, religiosos, de salud, de protección social, de vivienda, de centros de enseñanzas, de deportes, de la UDELAR presentes en territorio y que pueden y deben inter-relacionar con el abordaje en salud. Restringirlo a la mirada médica es una visión limitada, insuficiente y que no puede contar con recursos suficientes a ser movilizados. Hay que prever recursos comunitarios como Casas de Medio camino, insertas en el Municipio, con atención de salud pero con apoyo comunitario de diversas redes.

También es necesario prever espacios de reducción de daños y gestión de riesgos como ha sido en todos estos años el dispositivo “El Achique de Casavalle”, que atiendan los aspectos sociales de la problemática de consumo de drogas.

El Plan Municipal debe prever, consultar y diseñar el aporte de docentes y estudiantes universitarios de todas las disciplinas en un vínculo de aprendizaje y extensión universitarios. Esto le brinda al territorio recursos humanos calificados y con compromiso, y a la UDELAR le ofrece un campo de aprendizaje renovador y concreto. El ejemplo del APEX Cerro es muy destacable por su historia, sus fortalezas y aportes que continúan al día de hoy.

Uno de los ejes del Plan es la formación de organizaciones de usuarios de salud en el territorio que conviertan a los pacientes en sujetos activos del tema salud. Esto implica también promover la formación de agentes de salud comunitarios, que sean recursos humanos de prevención y promoción de salud.

Son parte del Plan Municipal la promoción de un conjunto de actividades saludables que aporten a la comunidad formas de diversión, buenas prácticas de alimentación, deporte y salud.

Proyecto de Prevención de la Explotación Sexual de Niñas, Niños y adolescentes.

Uno de los proyectos apuntó a prevenir situaciones de Explotación Sexual, en el marco de la protección de derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, educando, informando sobre estos derechos. El proyecto apunta a sensibilizar a la comunidad, para prevenir y /o detectar casos de explotación y abuso, sexual de niños, niñas y adolescentes.

Para ello se promueve el fortalecimiento de redes y recursos comunitarios, buscando oficiar de nexo entre los programas existentes y agentes comunitarios, así como de organizaciones que trabajan en la comunidad y conocen el territorio. También facilitar el acceso a la información en relación a la temática por parte de adolescentes y jóvenes, a través de conectarlos con las instituciones que trabajan en el tema. Favorecer el empoderamiento y fortalecimiento de los niños, niñas y adolescentes, dándoles a conocer sus derechos. Conocer sobre su cuerpo y su sexualidad, es necesario para poder defenderse, valorarse, cuidarse y poder favorecer su autonomía.

Para alcanzar estos objetivos el proyecto se plantea como acciones : a) Informar por medio de talleres a comunidades de adultos (ej. Agentes comunitarios, Organizaciones Sociales, Instituciones educativas, Comisiones barriales, Comisiones de cultura, etc) acerca de formas de existencia de posibles situaciones de Trata , Abuso y ESCNNA. Estos talleres serían brindados por instituciones y organizaciones que trabajen con el tema, de forma que puedan Informar a los vecinos y comunidades, sobre su existencia, acciones y formas de conexión y comunicación con ellos. b) Crear vínculos entre las organizaciones y las comunidades para fortalecer las formas de prevención, detección y denuncia de la ESCNNA, dando a conocer, los derechos de los niños, niñas y adolescentes así como los deberes y responsabilidades de las personas adultas. c) Enfatizar la importancia de escuchar atentamente a los niños, niñas y adolescentes, dando un espacio a sus relatos, sin juzgarlos, siempre y cuando ellos quieran hablar. d) Dar a conocer instituciones, agrupaciones y colectivos que trabajan sobre el tema, para obtener herramientas y conocimientos sobre cómo, dónde y en qué situaciones denunciar y cómo evitar y/o

prevenir estas situaciones. e) Elaboración de guía de recursos sobre ESCNNA, a ser difundida por varios medios. f) Organizar talleres para niños, niñas y adolescentes en escuelas, liceos y agrupaciones de adolescentes y jóvenes. Dichos talleres serían brindados por organizaciones, grupos o colectivos que ya trabajan con jóvenes, para informarles sobre sus derechos como NNA, de forma lúdica e interactiva. (ej. Programa Claves).

Proyecto sobre Mujeres en Situación de Vulneración de Derechos

Los avances hacia la elaboración de un proyecto, en este caso, abordaron una cuestión central referida a la autonomía de las mujeres, que es lesionada generando una vulneración de derechos. Se considera a la cultura patriarcal como la base estructural de esta situación, determinando relaciones de dependencia. En el plano cultural existen fenómenos negativos y positivos en pugna. Al mismo tiempo hay acciones positivas en territorio y políticas de género que se abren camino. Hay muchas experiencias de mujeres que hacen un camino de empoderamiento que las fortalece. Los proyectos a elaborar deben ser de carácter asociativo. Uno de los temas priorizados fue el embarazo adolescente retomando un proyecto denominado “Casa Upa”, promovido en 2019 por la organización IPRU-INAU que trabajó diariamente con un grupo de 25 adolescentes (24 mujeres y un varón) de los municipios A y G, de entre 13 y 18 años. Entre los problemas detectados está que :

- a) el embarazo en la adolescencia está relacionado con las desigualdades sociales y económicas.
- b) La construcción del embarazo adolescente como problema coloca la responsabilidad en la conducta de las adolescentes, por tanto, oculta e invisibiliza la vulneración de derechos anterior al embarazo.
- c) Debilitamiento en las redes de sostén y de referencia adulta protectora.
- d) Fragmentación de la política en cuanto a las posibilidades de intervención.
- e) La necesidad de profundizar la transversalización de las políticas públicas desde una mirada integradora de y con las adolescencias.
- f) Necesidad de profundizar el diseño de políticas públicas centradas en una mirada integral del sujeto.

Entre los desafíos pendientes, el proyecto de IPRU plantea la transversalización del enfoque de derechos humanos en las políticas públicas; la articulación en territorio de las políticas públicas con mirada en adolescencia y maternidad/paternidad; políticas participativas para el desarrollo del territorio; monitorear avances y expresión de acciones en lo territorial. También son pendientes avanzar en dispositivos de cuidado para los hijos/as de adolescentes, que les permita el sostenimiento y la reinserción educativa y promover planes educativos que permitan el sostenimiento de las y los adolescentes de dicha trayectoria.

Proyecto de Comunicación Comunitaria

El proyecto identificó los problemas a abordar como : a) Atraso en formación en un periodo de grandes cambios en la comunicación. Existe mucha información , pero mal difundida, transformando a las personas en receptores pasivos. Problemas sistémicos, tecnológicos y problemas humanos. El tema de lenguaje es importante para poder comunicarse en los ámbitos comunitarios. b) Fragmentación de la comunicación dentro y desde las redes comunitarias. Contraposición de intereses, de identidades y lógicas de encerrarse cada uno en sus ámbitos. Hay proyectos buenos que terminan siendo para una pequeña comunidad. Operan actitudes de competitividad que llevan a atomizarse por diferencias mínimas. En algunas poblaciones hay dificultades de comunicación como por ejemplo las Personas Mayores que viven en los complejos del BPS o la falta de iniciativas para involucrar a la juventud en proyectos de bien común. Se analiza la necesidad de generar nuevos recursos para la acción comunitaria , aprovechando el boom de la tecnología. Como procesos positivos se destacó que estos talleres son una forma de intercambio de experiencias comunitarias variadas y de visibilizar el trabajo en red. El objetivo general del proyecto fue recoger la voz de las personas que están haciendo experiencias comunitarias destacables y generar puentes entre ellas, promover intercambios y aprendizajes desde ellas y entre ellas. Sus objetivos específicos fueron : a) Recoger testimonios de la historia de los colectivos comunitarios y las personas, como narración, comunicación y aprendizajes. b) Recoger experiencias destacadas actuales de las redes comunitarias, sus vínculos entre sí y con la población de sus territorios. c) Promover intercambios y aprendizajes a partir de esos testimonios y la generación de comunicaciones en tres niveles : dentro de las redes, hacia el entorno y hacia la población en general. d) Desarrollar la comunicación como incentivo de la pro-actividad, de la acción comunitaria.

Culminación del Curso

En las últimas jornadas del curso se realizó una presentación de cada proyecto en forma sintética y comentaristas calificados en cada materia realizaron sus consideraciones, para generar luego un intercambio con todos los participantes . Entre los aportes recibidos en estas jornadas cabe mencionar varias experiencias en curso :

-En el Oeste de Montevideo desde el Municipio A se trabaja en torno al tema Seguridad y Soberanía Alimentarias y actualmente APEX está acompañando procesos el área de agro-ecología y soberanía alimentaria.

- La labor de REDALCO Red de Alimentos Compartidos (<https://www.redalco.org/>) es muy valiosa. Esta organización social tiene como propósito entregar frutas y verduras a quienes más lo necesitan reduciendo el desperdicio de alimentos. Entregan más de 150 mil platos de comida por mes con la consigna “Alimentando la Solidaridad”.
- Entre los problemas del campo de la seguridad y soberanía alimentaria se identificaron: hambre y ollas populares, desconocimiento de la población, tierras abandonadas en el oeste rural de Montevideo, costos de los intermediarios, Ollas Populares sin verduras ni carnes. Como procesos positivos: el colectivo del Parque Punta Yeguas sembrando bosque de alimentos, emprendimientos micro de plantines en muchos lugares, el grupo “El Ombú” en el PTI, iniciativas de transformar jardines en huertas, proyectos de “huertas en casa”. También se tomaron como referencias grandes experiencias en Argentina. Entre esos procesos positivos hay experiencias chicas y grandes. Está etiquetado por excesos y una mayor preocupación de la gente por mirar lo que come. Están los movimientos por el agua, la labor de la FAO y otros actores.
- En el municipio CH se está implementando una experiencia piloto en adicciones con SND, IM Secretaria Infancia y Juventud, Municipio CH como un complemento de los tratamientos de rehabilitación.
- En materia de comunicación comunitaria se hacen propuestas en tres áreas: producción de los videos, uso de los videos y evaluación de todo el proceso. Se pone el énfasis en lo que otros podrían aprender de una experiencia, seleccionando de cada una lo que pueda ser útil para otros. “Pensar en el otro”, se propuso. El objetivo del proyecto es inter- aprender. Entonces vale preguntarse ¿Qué es lo distinto que vale la pena que otros conozcan?.¿Cómo se van a usar esos videos ?. Hay que pensar mucho en estrategias de uso, pueden ser disparadores de talleres, o emplearse en una actividad en una feria o a través de redes como WP, Instagram, etc. Según el espacio en que lo voy a usar el video es distinto. Se propone buscar formas de evaluar el aprendizaje, pensar qué herramientas permiten saber que aprendió la gente que los vio. Convendría pensar un libro también para recoger las experiencias. Algunas de las experiencias a recoger son para un libro y no para videos.
- En el Proyecto contra la Explotación Sexual de Niñas , Niños y Adolescentes se planteó enfocar más en algunos derechos, aclarar qué información se dirige a los niños, o a los adultos de las instituciones, o a los vecinos. Información para prevenir, información para develar las situaciones, información para actuar. Definir las acciones para proteger y para reparar. Se plantea poner mas énfasis en activar los recursos propios de la comunidad y las personas que tienen cercanía de la vida de los niños y niñas. El fortalecimiento de los niños y adolescentes es fundamental .

XVIII DESIGUALDADES Y PARTICIPACIÓN

Una investigación sobre democratización y participación social en el campo de la Salud no puede dejar de lado las desigualdades como problemática de hondo impacto.

El abordaje de esta temática puede considerar aspectos que van desde el concepto de desigualdad, sus distintos componentes y las percepciones de diferentes actores sobre la misma, a la realidad mundial y regional en esta materia en su matriz estructural, en su evolución histórica y en la coyuntura 2020 marcada por la crisis sanitaria, económica y social.

Importa analizar los progresismos en América Latina y sus impactos en materia de desigualdad en las primeras décadas del siglo XXI y los resultados de la ofensiva neoliberal-conservadora posterior.

Es preciso también analizar las desigualdades en el campo de la salud que incluyen resultados sanitarios muy disímiles por una variedad de factores. Los determinantes socio-económicos son trascendentes. Entre los elementos a tener en cuenta en lo sanitario están las desigualdades referidas al sistema de salud, su cobertura horizontal y vertical, los diferentes modelos de atención, de gestión y de financiación. A los efectos de la presente investigación son importantes las acciones de distintos actores sociales y políticos con perspectiva democratizadora de las relaciones de poder existentes y por lo tanto de las desigualdades en este plano .

Las luchas contra las desigualdades marcan la historia de América Latina. Las luchas de los trabajadores contra el capital, de los pueblos contra los grandes centros imperiales, de las mujeres contra el patriarcado, de las poblaciones afrodescendientes e indígenas contra el racismo y la opresión por etnia o color de la piel, son algunas de ellas que dejaron una huella histórica y una impronta actual.

La desigualdad ha sido denunciada como característica principal del capitalismo del siglo XXI (Piketty 2015) en muchos ámbitos y por parte de actores muy diferentes. En el Foro de Davos, BID, FMI, BM hasta organismos como CEPAL, OPS/OMS y también organizaciones como Oxfam. Para Piketty la historia es la relación de la ideología con la justicia, sin determinismos, aunque existen leyes que describen grandes mecanismos en juego para explicar la desigualdad. De sus investigaciones surge que la desigualdad ha retornado luego de períodos en que disminuyó. Hay

un conjunto de indicadores, que marcan un ascenso de la desigualdad desde la década de los 80 en el siglo XX. En este último período la desigualdad se equipara con la del tramo final del siglo XIX. Desde el punto de vista de Piketty los responsables políticos de este incremento de la desigualdad son tres : a) la revolución conservadora (Reagan y Thatcher), b) la falta de imaginación de la socialdemocracia europea. c) El omnipresente desastre comunista, no solo por lo que pasa hoy en la Federación Rusa, sino por una desilusión generalizada con un régimen mas igualitario.

Es relevante determinar las causas que provocan las desigualdades porque la teoría y los datos empíricos plantean en forma nítida que disminuir la desigualdad podría ser una forma de mejorar la calidad de vida de las personas.

En este contexto mundial América Latina destaca porque las desigualdades son extremas. Oxfam denunció que en el continente las 32 personas más ricas poseen una riqueza similar al 50% de las más pobres. El 10% de las personas con más dinero en la región se apropia del 70,8% de la riqueza y el patrimonio. El 1% más rico posee el 41% de la riqueza.

América Latina es una de las regiones más desiguales del mundo en materia de ingresos sostiene el BID (2020). El 10% más rico de la población recibe 22 veces más de la renta nacional que el 10% más pobre. El 1% mas rico capta el 21% de los ingresos globales de la región. Estas desigualdades duplican la media existente en los países industrializados (BID 2020).

Para medir la desigualdad varios organismos utilizan la brecha que existe entre la población que recibe el 20% de la renta más alta y la población con el 20% más bajo. Otros indicadores cómo el crecimiento económico y el aumento de la renta media, no dan cuenta adecuadamente del bienestar de la población mientras que la renta relativa de los distintos sectores es un factor de peso en los problemas sociales.

Pobreza, desigualdad y fracturas sociales son fenómenos que van unidos. Wilkinson y Pickett (2009) destacan que durante mucho tiempo los problemas sociales se atribuían a los países más pobres. Sin embargo a partir de una revisión minuciosa de la información recabada surge claro que el principal problema es la desigualdad. Es decir que los problemas sociales son, en buena medida, fruto de la brecha significativa entre las rentas de un mismo país.

La renta ha sido la principal dimensión utilizada para analizar las desigualdades, por la importancia del dinero en las sociedades capitalistas y por la mayor facilidad de estudio. Sin embargo en el plano económico se han estudiado asimismo las desigualdades en materia de riqueza o el patrimonio, que generalmente superan a las de ingresos.

Las diferentes desigualdades deben analizarse en su interrelación. Uno de los obstáculos que ha dificultado la atención de estos problemas sociales es la creencia de que están todos aislados entre sí y que deben atenderse de forma individual. De esta manera se comete el error de subestimar la relación que existe entre todas las dinámicas sociales y la influencia que ejercen entre sí, en el escenario de una sociedad (Wilkinson y Pickett 2009) .

En tanto fenómeno multidimensional Goran Therborn (2016) analiza sus terribles consecuencias para la vida humana, en la salud/enfermedad, en los grados de libertad, dignidad y respeto, y también en los recursos, el ingreso, la riqueza, la educación y el poder. Desde esta mirada la desigualdad es “una violación de la dignidad humana porque niega la posibilidad de que todos los seres humanos desarrollen sus capacidades” . Con una concepción holística Therborn (2016) analiza tres tipos de desigualdad: a) la desigualdad vital, construida socialmente por las oportunidades de vida, que se relaciona con las tasas de mortalidad, la esperanza de vida, la morbilidad y varios indicadores de salud infantil; b) la desigualdad existencial, que refiere a la asignación desigual de los atributos que constituyen a la persona, como la autonomía, la dignidad, el grado de libertad, el derecho al respeto y al desarrollo como personas; c) la desigualdad de recursos, que distribuye en forma dispar los recursos . Las tres dimensiones de la desigualdad se vinculan entre sí, pero cada una tiene su propia existencia y no siempre varían juntas. La producción de las desigualdades se desarrolla a partir de ordenamientos y procesos sistémicos y también por acciones distributivas según cuatro mecanismos, el “distanciamiento”, la “explotación”, la “exclusión” y la “jerarquización”. La desigualdad mata, demuestra Therborn.

La persistente desigualdad en América Latina constituye uno de los nudos que traban su desarrollo, el bienestar de sus poblaciones y el ejercicio de sus derechos. Algunos estudios analizan las desigualdades de excedente (Perez Sainz 2009) frecuentemente soslayadas por los estudios que suelen limitarse a analizar los ingresos, y el ámbito en el que se materializan: el mercado. Las acciones de redistribución a cargo del Estado van desde aquellas centradas en la esfera primaria, como la generación de empleo de calidad y oportunidades o las nacionalizaciones, hasta las que se orientan a la esfera secundaria, como las políticas sociales.

Al comenzar una reflexión sobre las desigualdades surgen generalmente dos preguntas: ¿desigualdad de qué? y ¿desigualdad entre quiénes? (Perez Sainz 2009) . Si las respuestas se limitan a los ingresos en la primer pregunta y a los individuos en la segunda, como hace el liberalismo, el análisis se restringe excesivamente. Otros enfoques inspirados en la tradición radical responden considerando las relaciones de poder en los mercados para explicar las desigualdades de ingresos e

incorporan las desigualdades entre clases sociales y entre grupos definidos por género, etnia y territorios . Este enfoque se centra en el análisis de las desigualdades de excedente a partir de procesos de des-empoderamiento entre distintos sujetos sociales que ocurren en los mercados (Perez Sainz 2009).

En la primera década del siglo XXI la caída de la desigualdad fue llamativa en América Latina porque fue muy generalizada y por contraste con las anteriores dos décadas. ¿Porqué fue? Sucedió en todos los países incluyendo los que no tuvieron gobiernos de izquierda (Colombia, Perú, México) (Benza y Kessler (2020). Podría ser por el “viento de cola”, por los precios de “comodities”. Pero América Latina transitó por varios periodos de crecimiento que no fueron acompañados por caídas de la desigualdad y en ocasiones incluso aumentó.

En nuestra opinión una explicación posible es tipo político. Luego de la avalancha neoliberal de los 90 y sus consecuencias en materia social se gestaron grandes luchas sociales y políticas que condujeron a derrotas electorales de las fuerzas neoliberales y permitieron que la izquierda asumiera el gobierno nacional (en muchos casos por primera vez). Ese nuevo contexto político influyó también en los países donde continuó gobernando la derecha, alertando a sus sectores dirigentes frente al peligro del triunfo progresista, si no habían políticas de redistribución que aminoraran las presiones sociales de los sectores populares. Como ha sucedido en muchas ocasiones en la historia los sectores dominantes hacen concesiones para no perder enclaves de poder mayores.

Pero, además, salieron desprestigiados en este proceso los soportes ideológicos de la arremetida neoliberal y en particular las ideas-fuerza de que el mercado resolvería todos los problemas y que la desigualdad es positiva porque estimula la iniciativa personal o empresarial. Perdieron predicamento las ideas de que las políticas de protección social son un signo de atraso, una rémora al progreso, un giro hacia un estado totalitario o populista que coarta la libertad individual. Se debilitaron las ideas de que las diferencias socio económicas se deben a que muchas personas no quieren trabajar y que los planteos igualitaristas son irrealizables e injustos porque esas personas no merecen que les vaya bien.

Sus personeros mas conspicuos y sus centros de producción intelectual salieron golpeados por la crisis que desencadenaron las doctrinas neoliberales y por las luchas populares que resistieron esos embates. Para gobiernos de derecha que lograron evitar derrotas electorales a manos de la izquierda, se hizo muy difícil dejar de contemplar la cuestión social, aunque fuera en forma limitada.

Si se compara con el ciclo neoliberal previo hay una mejora en desigualdad. Pero cabe preguntarse si hubo cambios en las bases estructurales de la desigualdad preexistente.

Algunas respuestas pueden afirmar que no hubo cambios estructurales, no hubo reformas agrarias, se respetó la propiedad privada de los medios de producción (aunque hubo nacionalizaciones en algunos países), los impulsos a la economía social solidaria fueron débiles, las exoneraciones al gran capital continuaron con el argumento de atraer inversiones. Si los cambios se redujeron a las políticas de transferencias focalizadas de ingresos, es posible argumentar en esa dirección.

Prestar atención a las bases estructurales de la desigualdad es importante. Es necesario estudiar las transformaciones estructurales y no solo la mejora de algunos indicadores puntuales. Con dos salvedades conceptuales: a) los cambios estructurales que determinan la desigualdad no son solo económicos sino también refieren a la salud, a la educación, a la vivienda, al plano ideológico, a la capacidad de organizarse, expresar sus opiniones y hacerlas valer en la construcción de las políticas públicas. En Uruguay se mencionan tres grandes reformas estructurales : la reforma tributaria que disminuyó las desigualdades de ingresos entre las personas (aunque no gravó más al capital), la reforma laboral y la reforma de la salud. La creación del SNIS redujo las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, construyó un sistema (que es más que un conjunto de servicios) , aumentó sustantivamente la inversión en el sector público y puso en práctica un Seguro Nacional de Salud con una financiación más equitativa donde los aportes personales son proporcionales a los ingresos y van a un fondo público común administrado por un organismo estatal con participación social de usuarios y trabajadores.

b) En todos los campos los cambios graduales pueden o no terminar generando transformaciones estructurales. Es preciso analizar cada proceso para ver hasta donde avanzaron unos sectores u otros, que fue lo que pasó realmente.

Un ejemplo claro en esta materia son los aumentos salariales durante el período progresista en Uruguay. Sin duda un aumento de salario real de 54% entre 2005 y 2019 es un cambio sustantivo para el bienestar de los trabajadores y los jubilados. Pero este cambio se relaciona con la re-instalación de los Consejos de Salarios, con aumentos mayores para los salarios más bajos, con una mayor formalización del empleo y con un incremento de la protección a la actividad sindical . En su conjunto hubo un cambio estructural en las relaciones laborales, donde los trabajadores aumentaron su poder relativo, obtuvieron mejores reglas de juego, los sindicatos crecieron en afiliados y en influencia en la sociedad.

En un continente con tantos padecimientos sociales no es razonable minimizar o desestimar cada avance, cada mejora en la condición socio-económica de los más postergados o cada paso que logran en el ejercicio de derechos. Sin embargo no solo es válido sino relevante analizar si esos cambios graduales forman parte de transformaciones más profundas, que modifiquen las prácticas y las estructuras de la sociedad y su sustentabilidad en el tiempo.

En el campo de la educación hubo un gran aumento de la cobertura educativa en toda América Latina. En 1960 la mitad de los niños terminaban la primaria y hoy es prácticamente universal. En Uruguay uno de los esfuerzos educativos significativos fue la universalización de cobertura en la primera infancia (0 a 3) mediante la expansión del Plan CAIF y la inversión en nuevos centros de educación inicial de ANEP destinados a niños y niñas de 3, 4 y 5 años de edad.

El gran aumento de la educación terciaria fue un avance notable en la región y aumentó la inclusión social en este campo (a veces también con altos índices de deserción). En materia de calidad no hubo tantos avances dicen Kessler y Benza. Hay mucha preocupación por la calidad en la educación pero está claro que no hay unanimidades sobre lo que eso significa o lo que prioriza. Por lo tanto discutir los parámetros de calidad es importante. Uno de los objetivos de la educación es formar ciudadanos. En este tema hay indicadores que deben motivar alertas. Los valores democráticos disminuyen en casi toda América Latina. Argentina y Uruguay son los países en que menos disminuyó.

Desigualdades socio territoriales

Danilo Veiga (2015) señala que Uruguay se distinguió desde las primeras décadas del siglo XX por un desarrollo social más elevado que otros países de la región que tuvo que ver con la confluencia de su nivel de desarrollo socio-económico, políticas de bienestar social y continuidad democrática. El modelo de “Estado Benefactor” impulsado por el Batllismo promovió una sociedad con relativamente altos niveles de integración social y baja desigualdad en términos comparativos con América Latina, aunque esa imagen no se correspondió con la realidad que vivían muchos sectores postergados.

Cuando analizamos las desigualdades socio territoriales (con indicadores sociales representativos) no alcanza con describir una realidad determinada. Para avanzar hacia una explicación de estos fenómenos hay que complementar ese análisis con un marco que establezca relaciones entre elementos de la dinámica social (Veiga 2015). No se trata de indicadores aislados sino procesos y tendencias que caracterizan distintas etapas del país, donde los sectores y clases sociales modificaron sus relaciones de poder.

En los años 90 se produjeron procesos marcados por algunas tendencias : pérdida de “marcos de socialización tradicionales”, debido a los cambios a nivel de las familias, la educación, el barrio, el mercado de empleo, y el aumento de la segregación urbana; retraimiento del Estado nacional, a través de privatizaciones, tercerizaciones y pérdida del espacio público; globalización del consumo, y su expresión diferencial en las clases sociales y en las ciudades; emergencia de conflictos urbanos y territoriales (Veiga 2015).

En cambio desde el año 2004 y hasta el 2019 se impulsaron un conjunto de políticas públicas del gobierno nacional y los gobiernos departamentales que procuraron el desarrollo diferencial de varias áreas del país, fortalecimiento de una matriz de protección social y varios cambios estructurales.

En este estudio se identificaron los factores principales de la estructura social de los 18 Departamentos (excluyendo a Montevideo por el sesgo que implica). Aplicando Análisis Factorial, resultaron una serie de dimensiones que contribuyen a describir la estructura socio-económica local. Los seis factores de la estructura social identificados resumen un conjunto de 26 indicadores sociales, y representan los siguientes fenómenos: 1) Nivel de vida que se compone de niveles de ingreso, consumo, cohesión social, acceso a internet y la participación de los estratos medios en la estructura local , 2) Desigualdad , que ha sido un factor con menor influencia representado por fenómenos del desempleo juvenil y femenino, así como la desigualdad de ingreso. Debe señalarse que entre 2008 y 2014 los índices Gini han decrecido a nivel departamental, 3) Población urbana, 4) Empleo no calificado, 5) Educación superior y 6) Localidades menores. Estos últimos factores representan otros aspectos de la estructura socio-económica departamental, como la urbanización, el empleo no calificado o la educación terciaria. No tienen un peso significativo en la diferenciación de las sociedades locales.

Destaca Veiga que la dimensión de la pobreza, que en los estudios anteriores de 2004 y 2009, resultaba muy significativa y constituía un factor independiente, no aparece en el 2014. Esto indicaría que la recuperación económica, la generación de empleo e ingresos, y el conjunto de las políticas públicas contra la pobreza, lograron reducir sustantivamente esta problemática en esta década. Se produjo una mejora significativa en la distribución del ingreso y asimismo la desigualdad tuvo un singular descenso.

Mirando un período mas amplio, durante los últimos veinticinco años la sociedad uruguaya sufrió diversas formas de segregación residencial y educativa, que profundizaron la segmentación entre diferentes estratos sociales (Katzman y Retamoso 2005). Estos procesos reproducen la distribución de las clases en el espacio urbano y la exclusión social (Portes et al 2005). Dentro de Montevideo

las distancias entre los barrios de la costa y la periferia norte, noroeste y noreste son muy significativas.

Los resultados obtenidos confirman las desigualdades socio-económicas existentes entre los Departamentos. Los Departamentos del norte del país presentan los menores grados de desarrollo, después los del Litoral, Centro, Sur y por último Maldonado, Colonia y Canelones, tienen los mejores valores en la mayoría de las dimensiones e indicadores.

Se corrobora asimismo la magnitud de los estratos medios y medio-altos a nivel nacional, superando el 50% de la población. En algunos departamentos como Maldonado y Colonia alcanzan a más del 70% de la población. Las tendencias de la estratificación social entre los años 2001-2014, indican que desde 2005, se produjo un aumento considerable de los sectores medios y altos, en lo que constituye un proceso de “movilidad social ascendente”. Estas tendencias se han comprobado también a nivel local en los estudios realizados en Montevideo, Paysandú, Salto Maldonado y Rocha (Veiga 2015). Aunque con metodologías distintas, los hallazgos sobre la magnitud de los sectores de clase media en Uruguay, coinciden con los resultados y análisis de CEPAL, (Franco 2011) y los más recientes de UNDP PNUD (2014), que ubican a Uruguay como el país con mayor proporción de clases medias en América Latina.

Es importante la conclusión sobre la segregación urbana, porque la misma no es una simple consecuencia de las desigualdades sociales. Es el resultado de la diferenciación social en el territorio y sus procesos se retro-alimentan. La posición y la identidad de un área, está condicionada por su estructura socio-económica y en ese sentido las diversas formas de segregación residencial y educativa; son manifestaciones de la distribución de las clases y la exclusión social en el territorio.

Según el MIDES (2015) se constatan avances en el acceso al mercado de trabajo y las condiciones laborales, el acceso y la condición de salud, en logros y acceso a la educación. Sin embargo estos resultados no han sido similares para todos los grupos de la población. Subsisten brechas significativas entre la capital y el resto del país y dentro de Montevideo existen disparidades importantes según las zonas.

En cuanto a la pobreza monetaria existió una reducción muy importante en todo el país. En Montevideo, existió un abatimiento menor en los barrios más pobres que en el resto. Esta reducción diferencial aumentó la brecha territorial ya que los barrios más pobres tenían en 2006 una incidencia de la pobreza 2,9 veces mayor que el resto de Montevideo y en 2014 esa relación

aumentó a 4. Algo similar sucede con la pobreza multidimensional que disminuyó a la mitad en los barrios pobres de Montevideo pero subsiste la brecha respecto al resto.

El mercado de trabajo mejoró en Montevideo en relación con la tasa de desempleo y con la tasa de informalidad. Las desigualdades territoriales son menores en la tasa de desempleo y todos los barrios tienen cifras de 11% o menores.

La tasa de informalidad presenta, en cambio, diferencias importantes entre los barrios, alrededor de cinco veces mayor en los barrios pobres que en el resto. En los barrios pobres 30% de las personas ocupadas estaban en situación de informalidad en 2014.

En materia de educación el porcentaje de personas con menos de 9 años cursados (equivalente a ciclo básico incompleto de enseñanza media) tiene diferencias sustantivas según los territorios. Esas brechas aumentaron en el período 2006-2014. Si bien el porcentaje global de las personas en esta situación mejoró, dichas mejoras fueron menores en los barrios más pobres. En promedio 25% de las personas que viven en el resto de Montevideo tienen menos de 9 años de educación y esa cifra sube a 57% de la población en los barrios más pobres.

Un análisis de la asistencia educativa en niños y adolescentes por tramos etarios muestra que mientras la asistencia es superior al 90% en el tramo de edad escolar (4 a 11 años), comienza a decaer cuando aumenta la edad, y llega grandes disparidades en el tramo de 15 a 17 años. En 2014 un cuarto de los adolescentes entre 15 y 17 años que viven en los barrios pobres de Montevideo no asiste al sistema educativo formal, mientras este porcentaje disminuye al 12% para el resto de Montevideo (Mides 2015).

COVID 19 : Crisis de las Desigualdades

Los trabajos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID 2009,2020) y del Banco Mundial (De Ferranti BM 2004) han procurado configurar el sentido común en torno de las desigualdades en la región .

El trabajo más reciente del BID (2020) en esta materia se inicia con una proposición provocativa: “Las sociedades de América Latina y el Caribe empezaron a practicar el distanciamiento social mucho antes de que la pandemia del coronavirus llegara a poner a prueba su resistencia y a exponer sus vulnerabilidades. Se trata de un distanciamiento social causado por la extrema desigualdad en la región, que socava la fe de los ciudadanos en el bien común .y amplía la brecha entre ricos y pobres” afirma Luis Eduardo Moreno, presidente del BID (BID 2020 pp 24).

De acuerdo al informe 2020 del BID las marcadas diferencias en materia de ingresos representan apenas una de las diversas formas de desigualdad que socavan la cohesión social y el sentido de pertenencia. El género, la raza y la etnicidad, al igual que los ingresos, son poderosos determinantes del acceso a la atención de la salud, la educación, el empleo y el sistema legal.

Para el BID la crisis de la Covid 19 tuvo un ritmo e impactos sin precedentes en este contexto de desigualdades estructurales, con fuertes efectos distributivos regresivos.

La pandemia afectó de forma desproporcionada a los hogares de bajos ingresos. Un mes después de iniciados los confinamientos, cerca del 65% de los hogares en el quintil inferior de la distribución de ingresos había sufrido al menos una pérdida de empleo entre los miembros de la familia. Mientras que, en el quintil superior, la cuota fue del 22%. El BID pone el acento en que esta recesión es muy particular y la desigualdad puede empeorar mucho más después de la COVID-19. Al igual que la crisis actual la mayoría de las recesiones anteriores produjeron un aumento del desempleo y la pobreza pero en el plano de la desigualdad la crisis del Covid es muy diferente. En muchas crisis del pasado las repercusiones golpearon a toda la sociedad pero sobre todo a la clase media. La pandemia del Covid afecta a los más vulnerables con graves pérdidas de ingresos que podrían arrasar con los avances logrados durante la primera década del siglo XXI. Según el BID esta situación exige una sólida respuesta de los gobiernos durante y después de la crisis sanitaria, para lograr un crecimiento inclusivo que contemple el bienestar y las aspiraciones de millones de personas “cada vez más descontentas”.

Según el BID (2020) los gobiernos de América Latina y el Caribe son ocho veces menos eficaces que los países más desarrollados en la reducción de la desigualdad a través de los impuestos y el gasto público. Las políticas redistributivas de los países de la región reducen la desigualdad en menos de un 5%, mientras que el mundo industrializado lo hace en un 38%. La incapacidad de redistribuir se puede resumir en pocas palabras: pensiones, gasto social y política fiscal fallida (BID 2020).

El BID recomienda a los gobiernos la implementación de cursos de acción que “limiten tanto las crecientes diferencias económicas entre las personas como la frustración que generó las explosivas manifestaciones callejeras en 2019”. No cabe duda que es sugestivo para esta investigación que las recomendaciones enfáticas del BID se apoyen en la necesidad de prevenir “la frustración que generó explosivas manifestaciones callejeras en 2019”.

Dimensiones subjetivas

Además de sus efectos económicos, sociales, políticos las desigualdades tiene dimensiones subjetivas, frecuentemente subestimadas. Gonzalo Saraví (2016) señala en este sentido que la forma en que los individuos significan y experimentan la desigualdad resulta fundamental para entender sus causas y consecuencias. Las representaciones sobre riqueza y pobreza, las construcciones recíprocas del “otro”, plantean tensiones entre dimensiones estructurales y simbólicas de la desigualdad.

Robert Crutchfield y David Pettinicchio (2009) se refieren a lo que denominan “cultura de la desigualdad”, es decir, el predominio de valores y creencias que favorecen una alta tolerancia hacia la desigualdad. Con algunas variantes conceptuales, pero dentro de este mismo enfoque, Patrick Sachweh (2012) analiza la “economía moral de la desigualdad”, definida como un conjunto de creencias morales y representaciones colectivas sobre la estratificación social que son compartidas por los miembros de una sociedad .

Aunque existen predominios o hegemonías en esta materia, ellas varían según las formaciones sociales, los períodos históricos, las clases sociales e incluso los territorios. En Uruguay Danilo Veiga refiere al Observatorio Montevideo de Inclusión Social (IMM-URBAL-UE-2007⁶⁶) para constatar distintos niveles de discriminación y “estigmas sociales” entre la población de Montevideo. Surgía de esta investigación que la “intolerancia social” era significativamente mayor entre las clases alta y media alta (residentes principalmente en la Costa), si se la comparaba con otras áreas de la ciudad. Estos elementos muestran la existencia y reproducción de diferentes “fronteras materiales y simbólicas” en el territorio, determinando que personas de diferentes clases sociales, enfrenten obstáculos para acceder a otras áreas y ámbitos de la vida social y comunitaria.

Desigualdades en salud

Durante las últimas décadas la mortalidad infantil y la esperanza de vida han mejorado sustantivamente en América Latina. La desigualdad en resultados de salud entre países de la región disminuyó considerablemente. La composición de la carga de las enfermedades ha ido cambiando con menor peso de las enfermedades transmisibles, asemejándose a la de los países de la OCDE. Mientras en 1990 tres de las cinco principales causas de pérdida de años de vida sana eran las

66 https://www.researchgate.net/figure/Fuente-Observatorio-Montevideo-de-Inclusion-Social-IMM-URBAL-UE-2007_fig2_270498819

enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales, ninguna de ellas ocupa ese lugar en 2017 (BID 2020).

Cada vez más los problemas críticos de salud en la región son las ENT, Enfermedades Crónicas como las cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer, diabetes. Cada vez más inciden factores de riesgo como la hipertensión, el colesterol alto y la obesidad. Las desigualdades socio-económicas juegan un rol relevante en estos procesos de salud-enfermedad.

Al mismo tiempo surgen nuevos desafíos sanitarios vinculados a enfermedades transmisibles como la Covid 19 y el dengue.

Ante esta nueva situación epidemiológica los recursos que disponen los sistemas de salud son limitados . No solo son limitados sino que están desigualmente distribuidos, surgen de una estructura de aportes injusta y dependen fuertemente de un modelo de atención reducidamente asistencialista y concentrado en el segundo y tercer nivel así como en tecnología cara para patologías no prevalentes. Los diferentes diseños de los sistemas sanitarios inciden en las decisiones que toman las políticas públicas, las instituciones de salud y las personas.

El informe del BID (2020) analiza los factores que determinan el nivel y la distribución del gasto sanitario de un país. Destacan en ese sentido que el gasto sanitario de la región sigue siendo bajo comparado con el de los países de la OCDE y con los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Solo tres de quince países tienen porcentajes de gasto en salud superiores al 6% del PBI recomendado por la OMS, Uruguay, Costa Rica y Cuba.

El paradigma del “libre mercado” no funciona en el campo de la salud. El BID (2020) reconoce que el sector salud es uno de los más regulados por los gobiernos en el mundo entero por dos razones fundamentales: la equidad y la eficiencia. En el primer caso porque las personas deben tener derecho a una atención de salud de acuerdo a sus necesidades y no a sus medios económicos. En relación con la eficiencia porque sin intervención gubernamental los “importantes fallos del mercado” no permitirían obtener un nivel óptimo de atención de salud.

Constata el BID (2020) que la región había conseguido notables avances en el plano de la salud, en particular por que la ampliación de los servicios de atención primaria incrementó el acceso a la atención. Pero importa señalar que persisten grandes diferencias socio-económicas que se traducen en diferentes situaciones de salud. La tasa de mortalidad (2010-2015) de los niños (menores de cinco años) con madres con mayor nivel educativo fue la mitad respecto a los niños cuyas madres tenían menor nivel de educación.

Los países de la región no solo redujeron la mortalidad de los menores de cinco años, sino que aumentaron la esperanza de vida al nacer desde los 60 años en la década de los setenta a los 75 años en 2019.

Como se señaló más arriba el aumento en la esperanza de vida fue acompañado de una transformación espectacular en la carga de las enfermedades. En los años noventa las enfermedades infecciosas y las enfermedades materno-infantiles eran las principales causas de años de vida sana perdidos. En cambio, en 2017 la carga de las enfermedades se debía principalmente a enfermedades cardiovasculares, neoplasmas, diabetes y enfermedad renal crónica.

Analizando la desigualdad en los factores de riesgo metabólicos (obesidad, diabetes, hipertensión y colesterol alto) puede constatar una gran heterogeneidad pero es frecuente la mayor prevalencia entre las personas con niveles socio-económicos más bajos. En casos como Argentina y Uruguay la prevalencia de algunos factores de riesgo metabólicos es de 5 a 8 puntos porcentuales más alta en personas de nivel educativo primario (BID 2020). En Brasil la obesidad se distribuye igualitariamente pero la hipertensión afecta más a las personas con menor nivel educativo.

Estas transformaciones en la estructura epidemiológica y el aumento de las ENT en la población adulta hace muy relevante la necesidad de una política de prevención amplia, diagnósticos precoces y tratamientos adecuados junto a cambios en los estilos de vida. Es importante tener en cuenta que las ENT suponen mayores riesgos económicos para los hogares, porque sus tratamientos son prolongados, costosos, pueden generar complicaciones y se prolongan hasta el fallecimiento. Es decir que la atención sanitaria de las personas mayores con mayor riesgo de ENT es un enorme desafío para los sistemas de salud y las sociedades como un todo. Al mismo tiempo una mirada de curso de vida, implica pensar en la salud desde el embarazo y la primera infancia, para llegar en condiciones saludables a la edad adulta.

La Conferencia Mundial sobre el Envejecimiento en el 2002 dio lugar a diversos programas. En América Latina el envejecimiento rápido de la población es la principal tendencia demográfica de los próximos 50 años (Banco Mundial 2011). Es importante analizar los impactos de esta transición demográfica sobre el estado de salud, las estrategias sanitarias, los modelos de atención y las desigualdades. Para algunas concepciones cuyo dogma central es la reducción del Estado y sus políticas de protección social el envejecimiento significa una carga para las sociedades, un obstáculo para el desarrollo y una fuerte presión que aumentará el déficit fiscal. Es un problema de costos y como siempre que la apuesta es a las reglas del mercado eso implica mayores desigualdades en el acceso a la salud. La relación entre la estructura de edades y los costos de la

atención a la salud, de la educación y las prestaciones sociales existe y es previsible que el envejecimiento incrementará los costos de la salud y hará más compleja la sostenibilidad de los servicios involucrados. Pero no es automática, ni inexorable, ni independiente de las estrategias sanitarias y sociales que predominen, de los estilos de vida y las condiciones socio-económicas, laborales, urbanísticas y culturales en que se llegue a envejecer.

En la mitad del siglo XX la esperanza de vida al nacer en América Latina y el Caribe era solamente 52 años y la mortalidad infantil era de 128 por cada 1000 nacimientos. En 2011 la esperanza de vida al nacer era de 73 años y en 2019 es de 75,2 años en América Latina. La mortalidad infantil se ha reducido a 22 de cada 1000 nacimientos. La esperanza de vida al nacer en Uruguay es de 77 años, una de las más altas de América Latina y el Caribe, según la Organización Mundial de la Salud. La mortalidad infantil en 2019 fue 6,7 cada 1.000 nacidos vivos en Uruguay.

Uruguay está en el grupo de países latinoamericanos en que las personas mayores tienen una situación claramente mejor, relacionada con sistemas de pensiones más amplios y con mayor cobertura. Esta situación tiene que ver con el poder, los niveles de organización y la capacidad de movilización de esta población, que se plasmó en dos reformas constitucionales muy importantes: la que estableció la participación de jubilados y pensionistas en el directorio del BPS y la que asoció el ajuste de las jubilaciones a las variaciones del salario real promedio. De esta forma las luchas de jubilados y pensionistas tuvieron una alianza natural con el movimiento obrero, beneficiándose de los aumentos salariales y resistiendo en conjunto las ofensivas patronales y gubernamentales de rebaja salarial que han existido en estas décadas. También las políticas de formalización del empleo tuvieron un sostén fuerte en la conjunción de ambas poblaciones, alcanzando en los gobiernos del FA a cifras bajas de informalidad (25% de la población laboralmente activa).

Como se dijo más arriba la transición demográfica tiene en paralelo un proceso de “transición epidemiológica” o “transición de salud” que modifica las principales causas de enfermedad y muerte de las enfermedades transmisibles y materno-infantiles a las enfermedades crónicas. Las ENT predominan como causas de fallecimiento en América Latina, con 62% de la mortalidad. En los países de ingresos altos significan el 86% de las muertes y 21% en el África subsahariana. Esa tendencia puede seguir aumentando sino hay políticas activas al respecto porque el cambio en los estilos de vida producidos por el incremento drástico de la “comida chatarra” y los productos ultra-procesados aumentó mucho los factores de riesgo para las ENT en la región. Un estudio de 52 países (INTERHEART⁶⁷) en el que participaron seis países de ALC, generó evidencia en este

67 INTERHEART (2008) *Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries*. Disponible en <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/1785>

sentido. El riesgo de obesidad abdominal alcanzaba al 49% de la población en ALC, mientras en los demás países era de 31%. El riesgo de colesterol alto en la sangre (42%, frente a 32%) y de hipertensión (29%, frente a 21%) también fueron más altos en América Latina que en el resto.

Existe también evidencia que sugiere que la mortalidad temprana a causa de ENT es significativamente mayor entre los pobres que entre los grupos de mayores ingresos.

La calidad de los años de vida ganados merece más investigaciones específicas en América Latina. Es interesante tener en cuenta que el número de no-discapitados en personas mayores de 65 años pasó de 74% en 1982 a 81% en 2004.

De acuerdo al Banco Mundial (2011) las estadísticas sugieren que el uso y el costo de los servicios de salud aumentan con la edad, hasta nivelarse a una cierta edad. En el caso de Uruguay, estos estudios mencionan que los costos de hospitalización aumentan con la edad y luego se nivelan a los 70 años, aproximadamente. Sin embargo hay que tener en cuenta las desigualdades en el uso de los servicios de salud y su relación con el nivel socio-económico. Según el Banco Mundial (2011) hay una brecha declarada entre necesidades y uso. Las estadísticas (basadas en encuestas de hogares) muestran grandes variaciones entre países. Al mismo tiempo en un estudio que incluyó 12 países se demostró que esa brecha es significativamente mayor en el quintil más pobre que en el quintil superior. Ello es coherente con los resultados de encuestas que indican que los pobres en América Latina manifiestan estar menos satisfechos con su salud que la población de mayores ingresos.

El Banco Mundial (2011) pronostica que en el promedio de América Latina y el Caribe el envejecimiento por sí solo producirá un modesto incremento del gasto consolidado en salud durante las siguientes cuatro décadas. En cambio los costos se dispararán si las políticas sanitarias se orientan a lo que llaman el “modelo de la OCDE”. El aumento medio del gasto público proyectado por este estudio es un porcentaje de 3,5 del PIB. En materia de salud el cambio demográfico y el de las políticas sanitarias se potencian mutuamente, mientras para el BM en el caso de las pensiones y la educación las políticas restrictivas contrarrestan parcialmente la transformación demográfica. Este estudio sostiene que la demografía jugará un rol importante en el crecimiento del gasto público pero las decisiones de política tendrán un efecto aún mayor.

Las ENT incrementaron tanto su impacto que son la principal causa de mortalidad no solamente entre las poblaciones de altos ingresos sino también entre los pobres. Incluir las ENT en la cobertura de salud es un desafío importante para los sistemas de salud de la región, asegurando el acceso a los tratamientos necesarios y sobre todo modificando conductas no saludables, con

políticas de prevención que tengan impacto. En la mayoría de los países latinoamericanos las políticas sanitarias sostenibles, acordes con la nueva situación epidemiológica, siguen siendo una agenda pendiente. En muchos casos los gobiernos pusieron topes a la inversión en salud y no modificaron las estrategias a la interna del sector ni en la distribución de los recursos.

Para el Banco Mundial es altamente probable que haya una mayor presión orientada a expandir y mejorar los servicios de atención de salud, por el envejecimiento poblacional, la incidencia creciente de las ENT y la elasticidad de ingresos de la demanda de atención a la salud.

Si bien la situación sanitaria ha mejorado, la esperanza de vida de ricos y pobres es cada vez mas diferente (Tobar 2011) . No solo ha aumentado esa distancia sino que lo ha hecho a tasas mayores que en el resto del mundo. El gasto en salud aumentó pero la cobertura vertical fue responsable por el 89% del incremento mientras que la expansión de cobertura horizontal explicó solo el 11%. Federico Tobar sostiene con una amplia fundamentación que los mayores desafíos de los sistemas de salud en América Latina son la inclusión y la equidad. Es decir extender la cobertura efectiva de salud y garantizar una calidad homogénea en las prestaciones. “En América Latina la salud se concentra aún más que el Capital.”

¿Como influirá la Covid 19 en este contexto?

Uruguay y Costa Rica son dos ejemplos de lo que se hizo bien en la región respecto a los sistemas de salud (Tobar 2020) . Ahora la pandemia va a ser un golpe muy fuerte en toda la región. Lo que está sucediendo es que las respuestas de los países pasan por aumentar la oferta de camas hospitalarias y sobre todo camas CTI y respiradores artificiales. Esta opción resuelta por los gobiernos incrementa los costos pero no avanza en los cuidados básicos, en la cobertura horizontal. “La madre de todas las batallas es esta tensión: sin haber logrado que todos tengan un piso de cobertura se enfrentan presiones para aumentar la cobertura vertical y en particular la cobertura a eventos catastróficos”. Eso ya existía antes de la Covid, hay cinco patologías cuyos tratamientos cuestan mas de un millón de dólares por mes. El Covid deja más cara la infraestructura de salud y agrava esa tensión.

Los grandes desafíos están en cómo integrar los sistemas, afirma Tobar. Lograr que funcionen en forma coordinada, garantizando que la gente acceda a los mismos cuidados. Son sistemas muy fragmentados y muy inequitativos. Las desigualdades se potencian y “se llevan en el cuerpo”.

Hay una gran presión del complejo médico industrial que está armando siempre soluciones y a veces también crea los problemas. América Latina no tiene sistemas de bienestar integrados. La

decisión de ampliar la cobertura vertical la toman los jueces. La judicialización de la salud es una gran epidemia de toda la región (Tobar 2020).

Desigualdades en Uruguay

Mauricio De Rosa del Instituto de Economía de la Udelar IECON destaca (como se dijo más arriba) que en los primeros 15 años del siglo XXI en todo el continente la desigualdad se redujo. Pero en sus investigaciones no solo toman en cuenta las encuestas de hogares, sino que corrigen el sesgo para los ingresos mas altos, incorporando los ingresos tributarios y también otros ingresos que integran el PBI, que no son relevados por la ECH ni los ingresos tributarios. Por ejemplo ingresos que operan y quedan en las empresas, que no llegan a los hogares, como las utilidades no distribuidas.

El resultado preliminar es que la caída continental de la desigualdad no es tan clara. Hay países como Chile que muestran un crecimiento y no una caída de la desigualdad. Es que hay una parte muy grande de ingresos que no se perciben con las encuestas de hogares. En otros casos como Brasil con esta metodología la desigualdad no aumenta ni disminuye, queda igual.

En Uruguay en cambio la desigualdad se reduce en cualquier medición. Entre 2008 y 2013 en Uruguay se sostiene la caída de la desigualdad (De Rosa 2020).

“Uruguay es un líder regional en el camino hacia la inclusión social. El crecimiento económico sostenido de las últimas décadas y la implementación de ambiciosas políticas redistributivas lo han convertido en el país más igualitario de América Latina” señala un informe reciente del Banco Mundial (2020) . Sin embargo algunos grupos como los afrodescendientes, las personas con discapacidades, las LGBTI y los hogares con jefatura femenina siguen siendo más susceptibles de sufrir exclusión. Esta mayor vulnerabilidad se expresa, según el Banco Mundial, en oportunidades desfavorables, menor capital humano y carencias de voz y agencia para imponer sus puntos de vista y sus aspiraciones. Las consecuencias de esta desigualdad son desventajas en educación, salud, vivienda, representación política y empleo. Estas brechas se potencian por servicios de mala calidad y poco sensibles a sus necesidades. Los resultados son peores en deserción escolar, desempeño educativo, condiciones de salud e incluyen segregación laboral, ingresos menores y menos oportunidades.

De Rosa concuerda que Uruguay es un país bastante igualitario comparado con el contexto regional. De acuerdo a cifras del INE en materia de distribución del ingreso el 10% de los hogares más ricos percibía 18 veces mas que el 10% mas pobre en 2006 y esa relación se redujo a 11 veces

en 2018. Sin embargo el 1% de los mas ricos concentran casi un 15% o 16% del ingreso total que es mas de lo que captura el 50% mas pobre combinado.

La desigualdad cayó mucho en Uruguay pero sobre todo en el 99%, el 1% más rico no descendió en sus ingresos. Estos sectores usan mecanismos de evasión y elusión para dificultar la redistribución. En el sistema tributario hay componentes distributivos fuertes pero solo en el plano salarial, no en el capital. Solo en el 0,5% mas rico los ingresos de capital son mayores que el resto (De Rosa 2020) .

Tanto la reforma de la salud, como la reforma tributaria y la reforma de las relaciones laborales fueron fundamentales para reducir la desigualdad. Las negociaciones colectivas y los consejos de salarios permitieron disminuir la desigualdad salarial. El Salario Mínimo Nacional aumentó un 314% desde 2004 al 2019, alcanzando los 500 dólares en ese año . Uruguay tiene el segundo mayor sueldo mínimo de toda América Latina, luego de Costa Rica (MTSS 2019). Hubo siete rondas de Consejos de Salarios en este período. En la primera de ellas las clausulas de paz y prevención de conflictos estaban presentes en 41% y en la séptima fueron 79% de los casos. Las clausulas de salvaguarda pasaron de 3,5% a 67% de los casos. Los niveles de acuerdo alcanzados en los Consejos de Salarios superaron el 80% y solo de 3 a 5% requirieron decretos del Poder Ejecutivo. El salario real promedio de los trabajadores de América Latina aumentó 20 % entre 2005 y 2015. En Uruguay llegó a 54 % en el mismo período, ubicándose primero en mejora del salario real desde 2005 y en la cantidad y calidad del empleo, según datos del BID.

Con el nuevo gobierno esta realidad va cambiando. Las políticas salariales promovidas por el gobierno apuntan deliberadamente a la rebaja del salario real tanto a nivel de trabajadores públicos como privados y por lo tanto de las jubilaciones.

El IECON estimó que cien mil personas caerían bajo la línea de pobreza en 2020 y las cifras del INE a comienzos de 2021 confirmaron ese drástico aumento de la pobreza, que pasó de 8,1% al 11,5% de la población. Todavía no sabe cuanto más se incrementará la pobreza por el aumento del desempleo y la baja de los ingresos salariales. Como se analizó en otros capítulos de esta tesis los apoyos a los micro, pequeños y medianos empresarios ante la crisis fueron mínimos, de los más bajos de América Latina. La reducción del déficit fiscal fue el principal objetivo del gobierno en este año de gestión. En el contexto de la crisis sanitaria, alimentaria, social y económica creadas por la Covid 19 las políticas implementadas por el gobierno herrerista no amortiguarán sus impactos sino que aumentarán las desigualdades.

En 2020 la indigencia se duplicó pasando de 0,2 a 0,4%. El índice de Gini pasó de 0,383 a 0,387, la brecha de pobreza de 1,3 a 1,9, la severidad de la pobreza de 0,5 a 0,7 y el ratio de deciles de 11,1 a

11,4 (De Rosa 2021). Es decir que el aumento de la pobreza fue acompañado de un empeoramiento de la distribución.

Los efectos en el plano sanitario ya se empezaron a ver con el aumento de la prematurez y bajo peso al nacer de los niños nacidos en 2020 en el Hospital Pereira Rossell. El deterioro en otras áreas es muy previsible en este escenario.

En los cuidados a tomar frente a la pandemia las desigualdades son notorias. Dice un comunicado de la Organización de Usuarios de Salud del Oeste de Montevideo del 5 de abril de 2021: “La pregunta que sigue interpelando es: ¿todas las vidas pueden cuidarse igual en medio de esta pandemia? No, no pueden, ni en el Oeste ni en otras zonas de Montevideo y del país. Desde el comienzo de la crisis sanitaria –también económica y social–, hemos planteado que la pandemia impacta diferente de acuerdo a los recursos económicos y sociales que se tengan (trabajo, vivienda, salud, etc.). Decir “quedate en casa” era y es muy difícil para muchos uruguayos y uruguayas si no hay decisiones de apoyo social del gobierno para poder afrontarlo. Hoy en las policlínicas de nuestro barrio vemos familias que se atienden por mareos en niños causados por el hambre. Hay largas las colas en las ollas y merenderos populares, la mayoría de familias numerosas con niños, niñas y adolescentes, que muchas veces viven hacinados en viviendas inadecuadas”.

Al mismo tiempo como bien alerta el BID (2020) a los gobiernos las mayores desigualdades pueden ser un elemento de frustración que desencadene movilizaciones sociales y políticas importantes.

XIX EVALUACIÓN PARTICIPATIVA y SISTEMATIZACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS

Enfoques participativos en la evaluación

La evaluación participativa es una herramienta importante para el fortalecimiento de los procesos y las organizaciones comunitarias. En lugar de pensar la evaluación como algo externo y posterior a la acción social, centrado en componentes técnicos o gerencialistas, es posible concebirla y practicarla como un proceso que se retroalimenta, reflexiona sobre sí mismo y contribuye al desarrollo de prácticas transformadoras de la realidad. Un proceso donde las personas y colectivos que llevan adelante las acciones discuten como evaluarlas y construyen conocimientos que les permiten mejorar sus prácticas o fortalecer sus organizaciones.

Existen múltiples controversias sobre el concepto de evaluación. Para José Carlos Suárez (2009a,b) la aparición de concepciones participativas en materia de evaluación ha generado un debate importante. Analizando el rol de la participación social en las estrategias de nutrición comunitaria Suarez destaca que existe una tendencia creciente a desarrollar una dimensión más tecnocrática de las prácticas. Se desvirtúa así el potencial emancipador y transformador de la participación social. Para retomarlo propone una integración sistémica de la participación social en los procesos de planificación, implementación y evaluación de los programas de nutrición comunitaria. En ese proceso pueden ser utilizados como guía los cinco ejes de intervención de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. De esta forma se procura integrar la participación social en el desarrollo de competencias individuales, en el fortalecimiento de la acción colectiva, en la construcción de entornos favorables, en la reorganización de servicios y sistemas de salud y en la elaboración de políticas en materia de salud pública (Suarez 2009a). La Carta de Ottawa pone el énfasis en la participación de los individuos, las familias y las comunidades en la promoción de la salud como la principal riqueza de la vida cotidiana en las sociedades modernas. Retoma y desarrolla los postulados de la Conferencia de Alma Ata que propone la APS como una estrategia donde “los individuos de una sociedad poseen el derecho y el deber de participar, tanto colectiva como individualmente, en el planeamiento e implementación del cuidado de la salud en sus comunidades”.

En esta línea de pensamiento la evaluación participativa puede considerarse una praxis de aprendizaje organizacional, que apunta al desarrollo de un proceso holístico de cambio que responde a una intencionalidad colectiva (Suárez 2009a) . Más que objetos de las políticas los diferentes colectivos sociales se convierten en portavoces fundamentales en materia de salud. El desarrollo de estrategias de transformación en salud pasa por procesos de movilización, negociación y compromiso político. Como toda acción intersectorial requiere diferentes niveles de complejidad organizacional. El trabajo en redes es una de las formas más fructíferas de organización/acción.

Las evaluaciones en organizaciones modernas de tipo pluralista han incorporado un conjunto de instrumentos que, paradójicamente, puede generar una fuente de resistencia al cambio intencional de dichas organizaciones y el medio donde operan. Para evitarlo Suarez (2009b) propone un proceso de creación de capacidad para la investigación evaluativa (CBER) como forma colaborativa de superar la resistencia a cambiar creando una relación nueva entre evaluación participativa y aprendizaje organizacional .

Un elemento diferencial de la evaluación participativa es la construcción de un proceso dialéctico que no solo incluye la posibilidad del consenso entre perspectivas distintas de los actores (que frecuentemente tienen intereses diferentes) sino también el desarrollo de prácticas continuas basadas en la interacción, cooperación, diálogo y negociación (Brisolara 1998).

Los actores ponen en acción un proceso dinámico que permite la producción social del conocimiento, aportando a una concepción colectiva del aprendizaje sobre ellos mismos. Es decir conocen más la organización en la que participan y los problemas de la sociedad que abordan en sus acciones sociales y políticas. Este aprendizaje organizacional es un proceso mediante el cual diferentes tipos de conocimiento, son creados por una red sostenible de actores interesados que trabajan juntos en una articulación política de la acción social.

La evaluación participativa se convierte así en una praxis para favorecer esos procesos de aprendizaje para la acción. Estos aprendizajes organizacionales aportan a los cambios intencionales que se formulan las organizaciones (Suarez 2009b). La creación de entornos de aprendizaje interactivo es uno de los aportes mas importantes de la evaluación participativa.

Cuando falta una reflexión crítica y las evaluaciones se orientan solo a la toma inmediata de decisiones, se genera un obstáculo para lograr procesos evaluativos orientados a la acción emancipatoria. Un “aprendizaje de doble ciclo” alienta a los participantes a cuestionar en

profundidad el papel de los sistemas de encuadre y aprendizaje subyacentes a los objetivos y estrategias existentes en el medio. Un elemento positivo de estos procesos es que los participantes aprenden a reflexionar sobre sus propias experiencias, interacciones mutuas e información compartida (Brisolara 1998; Garaway 1995).

Este proceso participativo se apoya en la convicción de que los actores, independientemente de su posición dentro de las organizaciones, poseen grandes capacidades creativas y pueden involucrarse en una experiencia colectiva incorporando sus experiencias y emociones (Garaway 1995).

Generalmente una preocupación central de los evaluadores es la buena, mala o nula utilización posterior de los resultados de la evaluación. La evaluación participativa pone el énfasis, no solo en los hallazgos de la evaluación sino también en el proceso mismo como fuente de aprendizaje para personas y organizaciones.

Es decir que la evaluación participativa es un aprendizaje donde influyen reflexión, negociación, diálogo, toma de decisiones, conocimiento y dinámicas del poder pero que al mismo tiempo esas dimensiones pueden cambiarse intencionalmente por el accionar de los actores.

Entre los fundamentos de la evaluación participativa cabe mencionar el empoderamiento, para que las personas o colectivos que tienen menos poder o estatus más bajo puedan hacer oír su voz y lograr que sus intereses se tomen en consideración. Los objetivos de justicia y democratización exigen equilibrar las voces de los participantes (Brisolara 1998; Garaway 1995)

Estos objetivos son claramente transformadores y el empoderamiento es una forma de avanzar hacia la emancipación social. La evaluación es concebida como un proceso continuo de acción colectiva que incluye a todos los actores en la reflexión, negociación y colaboración, modificando las relaciones de poder entre ellos.

Esta concepción de la evaluación participativa la coloca como un medio de generar conocimiento para la toma de decisiones y la resolución de problemas y a la vez como un fin en sí mismo, que ayuda a los actores a tener una reflexión crítica sobre sus valores, supuestos y creencias (Brisolara 1998).

Desde el punto de vista epistemológico y filosófico la evaluación participativa se alinea con las corrientes de investigación-acción e investigación-acción-participativa.

Sistematización de las experiencias

Desde una conceptualización diferente pero con muchos puntos en común hacia la evaluación participativa, el curso introductorio a la sistematización de experiencias dictado por Humberto

Tommasino en el marco de las Jornadas de Extensión de Fac. Medicina aportó elementos que se tomaron en cuenta en el accionar de la Red MCS.

La idea general que sostiene la sistematización es una propuesta que surge en el contexto de la educación popular latinoamericana. Sistematización no es lo mismo que “ordenar “o poner en línea “ datos” como se entiende mas comúnmente, sino también experiencias y desarrollar una mirada crítica del proceso vivido. Las experiencias son procesos socio-históricos concretos, dinámicos, complejos, individuales y colectivos, con contenidos senti-pensantes, que combinan diferentes dimensiones de la realidad histórica y social, Sistematizar es un esfuerzo consciente para capturar los significados de las acciones y sus efectos . Implica una Praxis: reflexión, acción , reflexión. Existen modelos asistencialistas y modelos dialógicos de comunicación horizontal. La problematización es someter un problema a una mirada teórica y de esta manera avanzar en su conocimiento . Por ejemplo los abordajes de salud comunitaria pueden ser lentes para abordar la práctica. Lo teórico está siempre presente y hay momentos que se necesita poder abstraerse de la práctica. Para Tommasino los procesos de reflexión crítica sobre las experiencias de extensión universitaria son colectivos y tienen siempre un componente contextual de las prácticas sociales, culturales o técnicas.

Tommasino diferencia los conceptos de sistematizar y de evaluar, aunque los propone como complementarios. La sistematización tiene el propósito de realizar una interpretación crítica del proceso vivido para aprender de la experiencia. En cambio evaluación, para este punto de vista, implica conocer los resultados de la experiencia, poniendo el énfasis en los resultados y no en lo metodológico, teniendo en cuenta las metas propuestas en principio.

Para este enfoque la sistematización se centra en la dinámica de los procesos mientras la evaluación realiza la fotografía de los resultados. En la sistematización importa una reconstrucción histórica de los acontecimientos. Mientras la evaluación procura la relación entre objetivos y resultados , la sistematización mira la relación entre lo que pensamos y lo que hacemos. Según esta idea, la evaluación puede realizarse por agentes externos, mientras en la sistematización se debe haber formado parte del proceso.

En nuestra opinión es posible razonar de que existen distintas concepciones de lo que significa evaluar y sistematizar. Ambos conceptos han sido usados en función de lógicas gerencialistas y los dos también pueden desarrollarse en dinámicas participativas y perspectivas emancipadoras. Como la participación misma o la democracia son conceptos polisémicos sobre los cuales hay múltiples debates.

La sistematización tiene como esencia ver si el paradigma que adoptamos, es decir las ideas y prácticas que le dan sentido y dirección a nuestras prácticas, se concreta en el terreno.

Para eso es preciso usar un marco teórico, herramientas conceptuales, como la sistematización que permita descubrir coherencias e incoherencias entre discursos y prácticas.

Una de las modalidades para la puesta en práctica de la sistematización es la creación de un grupo motor que es un conjunto de personas que dentro de una organización se pone al hombro la tarea de sistematizar. Cuando termina una fase del trabajo el Grupo Motor se toma un tiempo para hacer la sistematización y procesar un diálogo de saberes, como espacio democrático de conocimiento.

Para planificar la sistematización es conveniente realizar registros sincrónicos, entrevistas filmadas, informes a lo largo de la ejecución de la experiencia, para facilitar la tarea al final. Hay una fase de seminario y luego otra de comunicación de la producción de conocimiento. Cuando hay procesos participativos la comunicación va transcurriendo a lo largo de la práctica. Si uno acierta en definir el objeto, el objetivo y el eje de lo que queremos sistematizar se desencadenan procesos virtuosos.

Esa es la tríada esencial. La reconstrucción de la historia es una herramienta importante para la sistematización de las experiencias que puede ser trabajada de diferentes formas. La elaboración de una línea del tiempo es una de ellas, identificando los hitos en el tiempo y colocando en esa línea las actividades realizadas en cada etapa. El Mapeo de actores, conflictividades y afinidades en el territorio es otro instrumento importante que se genera a partir de las percepciones subjetivas de quienes conocen el territorio.

Tres cuestiones sustanciales al vínculo de la Universidad y las sociedades, son para Tommasino el posicionamiento hacia procesos no capitalistas, antipatriarcales (al influjo de los movimientos feministas populares) y una postura anti colonial.

Evaluación y sistematización en la Red MCS

Durante el segundo semestre de 2020 la Red de Municipios y Comunidades Saludables comenzó a discutir la necesidad de sistematizar los aprendizajes y realizar una evaluación participativa de lo hecho. De estos intercambios surgió una línea de trabajo específica que se tradujo en la creación de un Grupo Motor de Evaluación. Los contactos con Jose Carlos Suárez y su amplia labor internacional en materia de evaluación participativa por un lado y el curso introductorio a la Sistematización de Experiencias que brindó Humberto Tommasino en las Jornadas de Extensión de la Facultad de Medicina, contribuyeron a abordar esta temática⁶⁸. En estas Jornadas de Extensión de

68 <http://www.extension.fmed.edu.uy/content/taller-introducci%C3%B3n-la-sistematizaci%C3%B3n-de-experiencias-de-extensi%C3%B3n-y-salud-comunitaria-dr>

Facultad de Medicina, el 7 de octubre 2020 se presentó la experiencia de la Red MCS y su vinculación con el proyecto de investigación sobre Descentralización y Trama Local de Cuidados. A lo largo de varias reuniones (5, 12, 20 de noviembre 2020) el Grupo Motor fue elaborando un Plan de Trabajo para la evaluación y sistematización de experiencias de la Red MCS, con dos etapas : a) Retrospectiva de lo realizado por la Red MCS durante 2020. Esta etapa se implementó durante los meses de noviembre y diciembre 2020 . b) Creación de un dispositivo de evaluación participativa que acompañe la acción de la Red MCS a partir de 2021.

La propia instalación del grupo motor con participación de Onajpu, Redam, Grupo Mun MCS del Municipio A, equipos sociales de los municipios, Consejos Vecinales e Instituto de Psicología de la Salud, fue un paso importante acordado en la Red MCS.

A partir del intercambio sobre las características que debe tener la evaluación de la Red, se acordó que evaluar implica hacer juicios que tienen siempre componentes subjetivos pero importa que haya criterios claros. La impronta participativa debe ser una característica sustantiva de la evaluación y la sistematización de experiencias. Los Talleres de la Red MCS han sido una escuela de militancia que, entre otras cosas mostraron lo que se hacía en distintos lugares.

También los componentes emocionales deben tenerse en cuenta. Tal como expresaron los participantes del Grupo Motor en la militancia social hay mucho amor por lo que se hace, mucha voluntad y solidaridad. Esos sentimientos juegan un rol importante en la acción comunitaria. Hay que cuidarlos, promoverlos y acompañar su evolución.

Al mismo tiempo es necesario tener una mayor formación, saber más y mejor de los campos donde se actúa. Corresponde tener siempre una visión crítica y autocrítica que incluya lo que se hizo y las cosas que no se pudieron lograr.

Se discutió la necesidad de seguir ampliando las miradas sobre los procesos, entre ellas incorporar una visión antropológica y otras disciplinas de conocimiento, miradas de género, de generaciones, de colectivos sociales y de los territorios. También se valoró la importancia de seguir incorporando las miradas sociales en cada actividad. En los talleres por ejemplo no pueden faltar las organizaciones comunitarias, la mirada social debe integrarse permanentemente, evitando el predominio exclusivo de lo técnico o académico. Hay muchos actores para sumar a la Red MCS. Por ej. Fucvam, Hospital de Clínicas, Colectivos por el Derecho a la Ciudad, organizaciones de distintos lugares del interior del país y otros.

Como valoración compartida se consideró que la Red MCS significó un salto cuantitativo y cualitativo respecto a las experiencias anteriores por la amplitud e integralidad de actores y miradas. No solo busca apoyarse en la realidad sino contribuir a su transformación.

Las trayectorias de los movimientos sociales comunitarios son una temática a desarrollar siempre, no son cuestiones del pasado solamente sino que forman parte del presente. La coyuntura especial que se abrió en el 2020 requiere también mayores investigaciones. Pero sobre todo vale la pena incorporar el análisis de lo que va a venir. Se abre una nueva etapa en el país, en los gobiernos departamentales y municipales, en los sectores populares y las comunidades.

El Plan de Trabajo para la Evaluación y Sistematización de Experiencias incluyó los siguientes capítulos: 1) Síntesis de la historia de las políticas de MCS . Es decir los antecedentes de los Municipios y Comunidades Saludables MCS, a partir de los cuales es posible analizar el porqué de las acciones y la creación de la Red MCS en 2020. 2) Fundamentos de la estrategia MCS. 3) Análisis de la coyuntura 2020. 4) Ordenamiento de los registros de las actividades realizadas agrupando los informes, documentos y artículos que se produjeron durante el período 2020. Se valora el rol de la página web y del canal de You-Tube donde están los audios de los Talleres. Entre esas fuentes están los informes de las reuniones de la Red, reuniones de grupos específicos como el del Municipio A, Municipio C, de grupo de referentes de la página web, relatorías de los talleres, presentaciones de la Red, etc.

5) Incorporar las evaluaciones del Curso de Animadores de Redes Comunitarias y Curso de tutores que se realizaron en octubre 2020. Realizar una evaluación de la Pagina Web y del Canal de You tube. Incorporar las evaluaciones que realizó el grupo de MCS del Municipio A.

6) Realización de un Mapa de Actores que muestre el alcance de la labor de la Red. Se trata de incorporar las dimensiones geográfica, de género, generaciones y colectivos sociales tomando como insumos las informaciones (gráficas e informes) que surgen de los formularios de inscripción en cada uno de los talleres y el Curso de Animadores. Se considera muy positiva la amplitud de la participación en cuanto a personas residentes en muchos departamentos del país .

7) Realización de una línea del tiempo con los principales hitos de la labor de la Red MCS en 2020.

8) Elaborar una Matriz con ejes de análisis para el material recogido. Algunos de ellos serán : a) Intercambio de saberes . Conocimiento mas profundo de los temas fundamentales que afectan a la salud en un sentido integral. Plataforma de intercambios entre personas y colectivos diferentes. b) Repercusión en cada colectivo o institución para enriquecer su visión o sus prácticas. c) ¿Cómo

vivimos el proceso, qué inter-subjetividades se produjeron?. d) Formas de Organización en las distintas acciones.

9) Realizar una Jornada amplia de evaluación preparada por un relevamiento de opiniones a tres tipos de actores de la Red MCS: participantes, expositores y colectivos. Para ello se redactaron y enviaron formularios web recogiendo las respuestas y ordenándolas para cada tipo de actor.

10) Realizar una Jornada de Cierre del 2020 donde se expusieron los resultados de la evaluación para discutir sobre ellos y se comenzó a discutir las perspectivas para 2021.

Todos estos puntos del Plan de Trabajo se pusieron en práctica. Las percepciones de los participantes en los talleres fueron sintetizadas por distintos integrantes del Grupo Motor.

Se hizo una línea del tiempo de las actividades en el Municipio A y otra similar de toda la Red MCS.

Los talleres fueron muy bien valorados por los participantes y una de las conclusiones es que hay real interés en ese tipo de actividades y en cada uno de los temas. Cada taller convocó a personas y colectivos diferentes en parte y en otra parte se conformó un conjunto de personas que acompañaron todos o la mayoría. Se destacó la valoración positiva del intercambio entre personas con diferentes saberes, técnicos, activistas sociales, académicos y referentes comunitarias, jóvenes o adultos, personas con experiencias diversas. Fueron oportunidades de ahondar en el conocimiento sobre las experiencias existentes. La variedad de temas fue considerada un acierto porque hay intereses diversos. El criterio de recoger las preocupaciones que planteaban las personas y colectivos ayudó a seleccionar problemas sentidos y relevantes. El intercambio de saberes en la comunidad es un concepto importante a partir de las distintas miradas y características de los participantes. También el reconocimiento de las ignorancias y la humildad necesaria para proponerse generar mayores conocimientos.

Surge de las evaluaciones que hubo problemas de conectividad y de destrezas en la tecnología de comunicación. Contribuir a un mejor manejo de las herramientas informáticas es una de las claves para fortalecer la participación en ese tipo de actividades colectivas.

Se identifican algunos nudos o tensiones que caracterizaron estas actividades. Hay tensiones entre lo académico y lo comunitario. También existen tensiones entre recibir más conocimientos (exposiciones más largas) y poder desarrollar más debates e intercambios (mayor tiempo de discusión). Se valoró asimismo la necesidad de mayor interdisciplina en el abordaje de los temas. Una preocupación clara fue como llegar a todas las personas interesadas evaluando que falta hacer en ese plano. En particular las personas que quieren “hacer en sus comunidades”. Uno de los temas a priorizar es la comunicación para mejorar la participación.

Un elemento priorizado fue la necesidad de retomar los proyectos elaborados en el curso y acompañar su puesta en práctica. Un punto de partida es armar un mapa de actores de las actividades que se llevaron adelante y de las que se planifica concretar.

La relación entre teoría y práctica se abordó en el Grupo Motor registrando que para algunos participantes estas reuniones permiten aprender teóricamente lo que han hecho en la práctica durante mucho tiempo.

Un elemento que surge entre las percepciones de los participantes en los talleres refiere a los recursos existentes en sus territorios para abordar cada una de las problemáticas y siempre aparece muy jerarquizado el rol de las organizaciones sociales.

El tema de la adolescencia y juventud fue considerado un eje de organización y trabajo en el territorio, estimulando la creación de espacios y redes de los jóvenes, escuchándolos más. Existió la preocupación de apoyar la construcción de proyectos de vida en lugar de criminalizarlos. Un soporte para este tipo de acciones son los liceos, la Universidad del Trabajo, los espacios culturales y deportivos. Fue muy fuerte la percepción de que hay una generación que puede perderse. El enfoque de curso de vida, que se reivindica, permite abarcar desde la primera infancia hasta las personas mayores. También se valora como importante el concepto de ciudades, municipios, comunidades amigables.

Un tema de análisis fueron las dificultades para que los movimientos sociales y las instituciones realicen una evaluación colectiva de lo hecho. En ese momento se constató una superposición de actividades, cierto desgaste por lo que ha pasado durante el año, el cambio de autoridades en los gobiernos locales, como factores explicativos de esas dificultades. En las distintas organizaciones estuvo presente la importancia de evaluar lo realizado en 2020. Onajpu destacó la necesidad de analizar los resultados del relevamiento realizado por su organización sobre la forma como las personas mayores estaban sufriendo la pandemia. Están preparando un informe de lo hecho para elevar a la dirección de Onajpu. En el caso de Cojusapri se realizó un informe de lo hecho, ordenando las distintas acciones, que se compartió vía correo electrónico con todos sus afiliados.

Una cuestión que se propone como tema de debate fue *¿Cómo es la relación de los movimientos sociales con los municipios, y en general con los gobiernos locales?*. Se vio la conveniencia de involucrar a las nuevas autoridades municipales y departamentales así como también tener muy en cuenta la mirada de los equipos sociales de los municipios.

Una discusión interesante fue considerar las razones del descenso en la participación en las últimas actividades del año. Entre los varios factores posibles estuvo que el ritmo de actividades se fue acelerando y eso determinó que hubo personas que quedaron afuera, que no pudieron acompañar. Otro factor fue el desgaste por las dificultades en las comunicaciones. También influyó el recargo de

las tareas en las mismas personas y las posibilidades y obstáculos para que se sumen mas personas. El contexto que explica y condiciona los demás factores fue la parálisis que promovió la pandemia. Es destacable que se realizaron esfuerzos para consultar a las personas que no estaban participando preguntando las razones y reflexionando a partir de las respuestas recibidas.

Un aprendizaje compartido fue la discusión sobre las características a dar a la jornada abierta de evaluación prevista para el 26 de noviembre, con una dinámica de conversatorio y su implementación efectiva. Luego de la devolución de las evaluaciones recibidas desde los participantes y expositores, se propusieron temas para profundizar en el intercambio, dejando para el último tramo las ideas para trabajar en 2021. Mientras unos integrantes del Grupo Motor presentaron los resultados de los talleres abiertos, otros lo hicieron con el Curso de Formación de Animadores de Redes y los proyectos elaborados y otros las líneas del tiempo. Luego se abrió la discusión sobre los ejes propuestos, completando colectivamente la línea del tiempo y planteando las ideas para el 2021.

En marzo de 2021 el Grupo Motor retomó su funcionamiento, con dos reuniones previas con las direcciones de salud de las Intendencias de Montevideo y Canelones que comprometieron su participación en la evaluación participativa.

Desde esta perspectiva se analizan seis ejes de acción de la Red MCS : 1) Reuniones de la Red MCS. 2) Reuniones conexas en ámbitos de cada municipio. 3) Talleres abiertos. 4) Cursos de Formación. 5) Canal de You-Tube y Página Web. 6) Evaluación participativa y sistematización de experiencias.

Entre los planes de trabajo para 2021 acordados hasta el momento están talleres abiertos con carácter mensual, la creación de un Espacio Permanente de Formación de Promotores de Salud y la realización de un curso de profundización en IAP EPS.

Una experiencia importante fue presentada por la Dirección de Salud del departamento de Canelones en materia de Planes Locales de Salud que viene trabajando con la estrategia MCS desde 2016, creando 12 grupos motores en otros tantos municipios integrados por vecinos, técnicos e instituciones. Frente a la pandemia este departamento logró organizar Comités Locales de Emergencia en diferentes localidades. La diversidad de las realidades locales y las experiencias es una base para avanzar en este enfoque, respetando y rescatando la riqueza de los procesos. Surgieron en el Grupo Motor preguntas claves : ¿Cómo nos formamos los actores ?¿Cómo logramos el compromiso? La situación de las organizaciones sociales es valorada como muy difícil. La revitalización de las redes de usuarios, no solo en Montevideo sino también en todo el país exige estrategias innovadoras. Se precisan formas de elaborar desde lo que se ha hecho

durante toda la vida para generar herramientas renovadas ante los desafíos actuales. Según algunas opiniones hay organizaciones que están como anquilosadas, y requieren estímulos para proyectar nuevos impulsos. Este tipo de herramientas pueden ser relevantes.

Queda claro que no se aspira a una formación elitista o solo académica, sino que se apunta a construir un enfoque más complejo, con más actores y saberes.

Cuestiones de la emergencia sanitaria fueron analizadas por la preocupación en relación con los riesgos de contagios que se estaban produciendo en las Ollas Populares, donde se generan grandes colas de personas pero no cuentan con tapabocas ni distancia física adecuada. La persistencia de la crisis alimentaria luego de un año de pandemia es un problema grave.

De las discusiones surge que existen dos velocidades en estos procesos, una inmediata para dar respuestas a las urgencias y otra a mediano y largo plazo para construir entramado social, bases de convivencia diferentes.

Las percepciones de los distintos actores son un gran desafío. Recogerlas y sistematizarlas es importante. La pandemia mostró que las personas perciben la realidad a partir de su situación personal.

Las inequidades en materia de vacunación y las dificultades de acceso son un ejemplo de desigualdades así como de problemas que producen estrés.

Lo primero es reconocer a las personas, las organizaciones, las instituciones. Cuando las respuestas institucionales no son adecuadas a las necesidades, las personas y los colectivos procuran desarrollar los vínculos y las acciones de la forma que pueden.

En la organización de usuarios hay preocupación también por la participación. Valoran la posibilidad de construir un espacio de formación de promotores de salud dándole una dimensión territorial buscando la creación de equipos. En lugar de hacer talleres que empiezan y terminan, generar relaciones horizontales y líneas de trabajo permanentes.

XX NUDOS CRÍTICOS DE LOS PROCESOS LATINOAMERICANOS

Luego de las reflexiones precedentes y teniendo en cuenta las experiencias de participación social analizadas es pertinente volver al contexto latinoamericano y nacional y al marco teórico de la investigación. De esta manera procuraremos profundizar en la relación entre participación social en salud y las luchas, más vigentes que nunca, por la democratización de nuestras sociedades y estados.

Selectividad estratégica del Estado y gobiernos de cambio

El mundo sufre hoy agudamente la pandemia del Covid 19, que sigue teniendo graves impactos a pesar de los avances en vacunación. Dentro de los determinantes más generales es válido volver sobre el concepto de un planeta ambientalmente enfermo, o de un modelo de civilización depredador y biocida. Desde esta enorme crisis comienzan a desencadenarse una serie de transformaciones cuyas consecuencias todavía no conocemos en profundidad sus alcances y formas. Sin duda los impactos económicos se descargan sobre los sectores populares. En el plano político están ocurriendo mayores limitaciones a las libertades públicas y los DDHH, aunque no está claro como repercutirá en los gobiernos. La derrota de Trump en Estados Unidos debilita a las corrientes más ultraderechistas y reaccionarias en el escenario mundial, aunque de todas maneras siguen teniendo mucho poder. Las manifestaciones populares de 2019 en Chile y Colombia, la resistencia y derrota del golpe de estado en Bolivia, la incidencia de Lula en el contexto desolador de Brasil, son elementos a tener en cuenta, aunque la pandemia haya generado en 2020 un panorama incierto. Son destacables los muchos elementos de solidaridad y creatividad que han surgido en este complejo escenario. Los Estados son protagonistas fundamentales en esta crisis. Ni siquiera los fundamentalistas del mercado pueden negar su rol. En esta situación el rol del Estado y en particular su “selectividad estratégica” vuelve a estar sobre la mesa en esta coyuntura. Este concepto es una herramienta teórica relevante para analizar el Estado.

Alerta bien el BID (2020) a los gobiernos sobre el descontento popular y las frustraciones que pueden modificar las correlaciones de fuerza en el continente. La confrontación de proyectos políticos y societarios crece en el marco de la crisis. Lejos de ser un pasado remoto o

intrascendente los procesos progresistas latinoamericanos de la primera década del siglo XXI siguen siendo una referencia, en sus virtudes y también en sus debilidades o errores, en los avances sociales o democráticos deteriorados después por el neoliberalismo y la crisis, y en las cuestiones mal resueltas que influyeron en las derrotas. En países como Argentina y Bolivia los progresismos volvieron a ganar el gobierno, mientras que en México lo hicieron por primera vez.

Los gobiernos de izquierda latinoamericanos durante las primeras décadas del siglo XXI constituyen un fenómeno sin precedentes para el continente. Toda la historia latinoamericana y del Caribe ha estado marcada por los autoritarismos. La masacre de los pueblos indígenas, la esclavitud de millones de personas, el terrorismo de las dictaduras fueron solo la punta del iceberg de sistemas de opresión profundamente arraigados. La democratización de la sociedad y el Estado son un nudo central de los procesos latinoamericanos y desde allí es necesario analizar los procesos de las últimas décadas.

El concepto de “selectividad del Estado” es importante y vale la precisión sobre su carácter “estratégico” (Monedero (2019), es decir ni meramente operativo ni de un esencialismo sin contradicciones. En la línea de Nicos Poulantzas ⁶⁹ y Bob Jessop ⁷⁰ esta concepción del Estado cuestiona la idea de que se trata de algo neutral utilizable de la misma forma por cualquier sector social pero tampoco es un mero instrumento de las clases dominantes o una determinación estructural simple e inamovible.

Cuando Rita Segato afirma ⁷¹ que las fuerzas progresistas fueron derrotadas en la región porque apostaron todo al Estado (del cual controlaban solo el gobierno y hasta cierto punto) mientras la derecha ganó terreno en la sociedad, está haciendo un cuestionamiento muy agudo. Si queremos analizarlo con más detenimiento haríamos la precisión de que las afirmaciones muy absolutas y categóricas requieren investigación empírica, y que los procesos progresistas fueron heterogéneos con muchos actores y estrategias en países muy distintos durante una larga década. Por eso mismo es importante y vigente estudiarlos en profundidad.

Desde el marco teórico que formulamos al comienzo, si concebimos el Estado como una relación social entre fuerzas sociales y políticas (Monedero 2019) es pertinente volver sobre algunas grandes preguntas o problemas : ¿De qué manera se modificaron las reglas de juego del Estado, sus vínculos con la población tanto en sus estructuras como en su funcionamiento? ¿Existió un

69 Véase Poulantzas 1969, 1974, 1976, 1977.

70 Véase Jessop 1999, 2017.

71 Rita Segato en su exposición en el Primer Foro Mundial del Pensamiento Crítico. Bs. As 2018

fortalecimiento de las fuerzas sociales, la sociedad organizada y en particular los sectores populares? ¿ Se transformaron, incrementaron su accionar, su poder, entendido como capacidad de realizar sus intereses en lo económico, político o ideológico?

Para este análisis no podemos perder de vista el contexto histórico. América Latina hacia fines del siglo XX puede caracterizarse como democracias “de baja intensidad” que incluyen graves desigualdades, violación sistemática de derechos y fracturas sociales de clase, etnia, género, generaciones y territorios. Es una región marcada por dispositivos de concentración anti democrática del poder, cooptación de la política por el poder económico, hegemonía ideológica neoliberal, políticas represivas hacia el conflicto social y las drogas, fuertes mecanismos de opresión de clase, patriarcales y étnicos.

La reciente ofensiva derechista no ha logrado hasta el momento estabilizar una nueva situación y sostenerla en el tiempo. Las luchas populares en todo el continente, muestran un panorama de resistencias múltiples. Por otro lado el gobierno de Lopez Obrador en México y de Alberto Fernández en Argentina, dos países relevantes en la región, evidencian que también a nivel de gobiernos los progresismos siguen siendo alternativas vigentes. Al mismo tiempo que parecen enfrentar muchos de los dilemas, de las encrucijadas, de las contradicciones que vivieron otros procesos progresistas a comienzos del siglo XXI .

Gobiernos progresistas, Estado y democracia

Los gobiernos progresistas lograron un descenso importante de la pobreza y la indigencia, creando una trama de protección social y mejorando las condiciones de vida de amplios sectores postergados. Sin embargo el porcentaje de los ingresos y el patrimonio apropiado por el sector mas concentrado de la riqueza no se modificó. Las izquierdas latinoamericanas llegaron al gobierno en Estados llenos de selectividades, sesgos y contradicciones, como dice Monedero (2019). En poco más de una década lograron iniciar cambios significativos en lo social y lo institucional, pero también dejaron en pie estructuras de poder concentrado en manos de la derecha (politica, económica, mediática, militar, religiosa) y en muchas ocasiones debilitaron su vínculo con los movimientos de masas.

Los enclaves de poder reaccionario que operaron para desgastar y luego derrotar los gobiernos progresistas fueron varios. En Brasil vimos la complicidad activa del Poder Judicial y los mecanismos de “lawfare”, así como la confluencia de mayorías parlamentarias conservadoras y corruptas, la gran prensa, algunos grupos religiosos y el Ejército que se convirtió en un factor clave del gobierno de Jair Bolsonaro. En Bolivia el Ejército y la Policía dieron un golpe de Estado junto con un levantamiento promovido por sectores racistas y conservadores.

En Uruguay el triunfo de la derecha se produjo en noviembre de 2019 por una diferencia mínima, en un proceso electoral limpio. Fue necesaria una coalición de cinco partidos que van desde la derecha liberal a la ultraderecha para derrotar al Frente Amplio por un escaso margen. El Frente Amplio, (expresión de la unidad de la izquierda desde 1971) sigue siendo la principal fuerza política del país, obteniendo más de 10 puntos por encima del Partido Nacional en octubre 2019. Aún así fue derrotado y eso exige un análisis crítico y auto-crítico de su accionar y de los 15 años en el gobierno.

La persistencia de enclaves de poder reaccionario, expresiones de la “selectividad estratégica del Estado”, fue un factor que incidió en el desgaste del FA y el crecimiento de las derechas.

Un ejemplo fue la crisis militar (generada por las sentencias de dos Tribunales de Honor y la conducta del comandante en jefe) que mostró la subsistencia de concepciones de la Doctrina de la Seguridad Nacional en la cúpula del Ejército. El Teniente General Manini, comandante en jefe destituido por el presidente Tabaré Vázquez se convirtió en candidato a la presidencia y obtuvo una representación parlamentaria con 2 senadores y 7 diputados, sumándose a la coalición derechista gobernante, y presionándola constantemente hacia la ultraderecha. Manini y su partido están haciendo una prédica fuerte contra el Poder Judicial, contra la Comisión Interamericana de DDHH, y en defensa de los militares responsables de crímenes durante la dictadura. La difusión de las actas del Tribunal de Honor al Coronel Gilberto Vázquez por parte de la Asociación de Familiares de Detenidos Desaparecidos volvió a poner sobre la mesa los crímenes cometidos en dictadura (torturas, asesinatos, desapariciones, coordinación represiva en el cono sur, etc) y también otros delitos cometidos en democracia (asesinato de Eugenio Berríos, planes de asesinato de dirigentes de izquierda, etc). Más allá de esas confesiones del Coronel Vázquez lo que aparece con mucha claridad es la responsabilidad de la cúpula militar desde la recuperación de la democracia. Ninguno de estos tribunales de honor, ni los comandantes en jefe de turno consideraron a los asesinatos, torturas y desapariciones como lesiones al honor militar, no se investigó ni se envió al Poder Judicial los elementos que surgían de las declaraciones recogidas. La persistencia de la ideología dictatorial en los mandos militares es un grave capítulo pendiente para la democracia uruguaya, donde operó muchas veces a través de la permisividad del poder civil ante grados muy altos de autonomía militar. Como señala la declaración de Familiares de Detenidos Desaparecidos el 30 de agosto de 2020: “Cuanto más sabemos de los horrores y arbitrariedades de esos años, mas incomprensible se hace esta tolerancia y continuidad. Así creció un poder corporativo paralelo, que

emerge cada vez que ve tocados sus intereses, especialmente cerrando filas para no enfrentar a la Justicia.”⁷²

Por otro lado en otra institución con una larga historia de represión política y social como la Policía, el gobierno frenteamplista desarrolló políticas diferentes y puso especial énfasis en la formación democrática de sus oficiales.

El oligopolio mediático que controla casi todos los canales de televisión abierta y por cable, operó sostenidamente con una agenda pro-activa contra el gobierno progresista, promoviendo el alarmismo y la inseguridad exacerbando la crónica roja. La idea de contemporizar o negociar con esta concentración antidemocrática para que operara voluntariamente con más equilibrio resultó ser ilusoria. Las vacilaciones ante este poder tan influyente se pagaron caro en términos políticos, culturales o ideológicos. Sin embargo hubo esfuerzos transformadores en este campo. Luego de una larga campaña desde diversos sectores populares se aprobó una ley de medios con un claro sentido democratizador y garantista que superó las impugnaciones por inconstitucionalidad ante la Suprema Corte de Justicia y está vigente. Pero su implementación fue débil, timorata y tardía.

Volviendo a la selectividad estratégica del Estado cabe enfatizar que la represión brutal a las movilizaciones populares en Ecuador, Chile, Colombia y Bolivia en 2019 es un ejemplo doloroso del carácter de clase de estos Estados, que no dudan en violar los derechos humanos y las garantías democráticas, frente a la protesta social. Al mismo tiempo todo parece indicar que no alcanza con la represión para garantizar el orden y la estabilidad de esos regímenes.

Para las fuerzas populares surgen escenarios complejos donde la movilización social es un elemento clave pero probablemente insuficiente. En este nuevo contexto latinoamericano es imprescindible la reflexión crítica sobre el Estado y sus contradicciones, su autonomía relativa y vínculos de clase. También la sociedad, sus actores, complejidades y contradicciones, sus luchas en diversos planos requieren una mirada crítica, innovadora.

No alcanza la decisión política de los gobernantes para cambiar estructuralmente el Estado, modificando profundamente la “selectividad” preexistente. Se necesitan nuevas correlaciones de fuerza, relaciones de poder distintas que permitan concretar exitosamente esas transformaciones. No se trata de un acto puntual sino de un conjunto de acciones que produzcan cambios políticos y culturales. En tal sentido merece la pena prestar especial atención a nuevas formas de hacer política y alianzas con fuerzas sociales. La reinención de la política que menciona Hernán Ouviaña (2020) es un factor fundamental en este contexto de América Latina como “una inmensa escuela a

72 https://desaparecidos.org.uy/2020/08/30-de-agosto-de-2020-dia-internacional-del-detenido-desaparecido/?fbclid=IwAR0YQ-vp70pvDZrXGMUp9sSHbOwu6p1FEjaYq-SFtyQUtU_eTK9PyuI0jq4

cielo abierto” que resiste la explotación, la violencia y el saqueo, sin dejar de ensayar propuestas de vida digna en sus territorios.

Las modificaciones en las estructuras políticas y sociales así como en el desarrollo de prácticas participativas son cuestiones claves que varían en cada proceso. Las diferentes formas de hacer política deben analizarse desde el ángulo de su aporte a la mayor democratización de la sociedad y el Estado. Cuando se redujo la política a la labor de gobierno, institucionalizándose, tuvo efectos limitantes sobre el conjunto social y sobre los partidos. Se debilitó la acción política en la base, reducida muchas veces a las campañas electorales. En demasiadas ocasiones la preocupación de los gobiernos progresistas de turno fue que las fuerzas sociales y políticas no interfirieran con el gobierno en lugar de centrar los esfuerzos en dinamizar la participación ciudadana en los asuntos públicos. La lógica de que el gobierno sea considerado el único agente de cambios, reduce los roles de la militancia política y social a un papel de apoyo y seguimiento. Esta manera de pensar la política en términos de cargos de gobierno y de carreras personales, contribuye a su “estatización” y puede llevarla a la defensa de los status quo, haciendo más difícil una visión crítica de lo que se está haciendo. El conformismo y la soberbia son patologías con alta prevalencia en los estamentos de la conducción estatal, aún en los gobiernos de izquierda.

Cabe reafirmar que en el período progresista ganaron espacio las políticas públicas orientadas a los derechos humanos, económicos, sociales y culturales, a la ciudadanía plena y la inclusión social. Estos modelos de crecimiento con redistribución generaron una mejora significativa de la situación social.

Por otro lado se han desarrollado procesos que van en un sentido democratizador. Las experiencias más fecundas permitieron la recuperación de la política como práctica colectiva. Estas prácticas contribuyen a la construcción de la noción de pueblo, pensado como proyecto histórico y lucha por la hegemonía.

Un aspecto a jerarquizar en el análisis de este período es la creación de formas de participación social en las políticas públicas. “La construcción de políticas públicas bajo formatos de participación social extendida no fue solamente una cuestión de estrategia política para los gobiernos del Frente Amplio, sino también seña de identidad y expresión de su concepción de la democracia” (Bentancour y Busquets 2019). Estos autores destacan que las experiencias participativas se caracterizaron por su universalidad.

Por otro lado faltó un desarrollo mayor de esta participación a través de mecanismos democratizadores que fortalecieran y empoderaran el entramado social. Hubo pasos destacables en varios planos pero fueron insuficientes en relación con la complejidad de los desafíos planteados (Anzalone 2018). Hablamos de campos tan diversos y relevantes como la salud, la

educación, la seguridad, la vivienda, la convivencia, la cultura, la recreación, el deporte y también la política como tal y el sistema político . En ninguno de ellos ha sido posible gestar transformaciones profundas sin democratización radical, sin protagonismo mayor de la sociedad, sin valores emancipadores, sin movilización social.

Como señala Castells (2009, 2020) las relaciones asimétricas de poder, implican que algunos actores tienen la capacidad de definir las reglas de juego. Un desafío fundamental es modificar esas relaciones en cada campo de la sociedad, ampliando la cantidad de actores, haciendo oír la voz de los postergados, generando estructuras más abiertas y participativas y también construyendo prácticas sociales transformadoras con arraigo en la sociedad que definan el sentido de los discursos hegemónicos.

En una primera etapa de la investigación sobre participación social en salud (Anzalone 2018 a, b) destacamos la creación de espacios donde la voz de los usuarios pueda expresarse, no solo en la base sino en la conducción del Sistema Nacional Integrado de Salud SNIS. Sostuvimos entonces que la participación de usuarios, trabajadores y comunidades genera una nueva forma de gobierno, que amplía las bases de sustentación de las políticas del SNIS y enriquece sus contenidos.

Hay un debate teórico y político que viene desde el siglo XX. Durante décadas gran parte de las fuerzas populares concibió la “toma del poder” como una llave mágica que resolvería todos los problemas. Esa concepción del poder se centraba en el control político-militar del Estado y desde allí la economía y la sociedad. Muchas experiencias demostraron el error de subestimar los componentes ideológicos de estos procesos por un lado y por otro las libertades democráticas y los derechos humanos, reduciéndolas a su versión liberal. Esa visión estatista y centralista dejaba de lado la democratización radical de la sociedad y el Estado como parte esencial del proceso y también de las utopías.

Reformas y utopías reales

Un elemento que erosionó los procesos progresistas fueron las debilidades a la hora de democratizar profundamente el Estado y la sociedad incluyendo la persistencia de enclaves de poder reaccionario. Eso dificultó la profundización de los cambios. Las reformas “progresistas” pueden ser emancipatorias y no solo paliativas, pueden construirse “utopías reales” sostuvo Eric Olin Wright (2014).

Juan Carlos Monedero (2019) dice bien que oponer reforma y revolución resultó ser un error teórico y político. También lo fue concentrarse solo en el gobierno, dejarse cooptar por el Estado y no

jerarquizar al mismo tiempo la organización y movilización social, las múltiples luchas culturales, sociales y políticas con sentido emancipador.

Permitir enclaves reaccionarios fue acompañado de debilidades y contradicciones de las políticas de empoderamiento de los sectores populares. Mirando América Latina, las movilizaciones populares fueron vistas, en varias coyunturas, como un problema, un peligro o un adversario de los gobiernos progresistas. En varios casos cuando se produjo la ofensiva reaccionaria los gobernantes de izquierda no contaban con la movilización activa de la población, porque el vínculo se había ido deteriorando.

El pensamiento crítico se debe un proceso de reflexión que no se atrinchere en la defensa de todo lo hecho, que no busque chivos expiatorios, ni autoflagelación. Se trata de enriquecer el pensamiento y la acción con los aprendizajes y autocríticas que surgen de los procesos anteriores.

Reinventar el Estado, construir una democracia alternativa, descolonizar, desmercantilizar y democratizar la vida, como propone Boaventura De Souza Santos (2002, 2006, 2016) requiere cambiar la sociedad al mismo tiempo. Referentes ecofeministas como Amaia Sanchez Orozco, Yayo Herrero y Laura Gomez han sido muy enfáticas en ese sentido⁷³. No solo porque ambos, “Sociedad” y “Estado”, están muy imbricados y se influyen mutuamente, sino porque una transformación de esas dimensiones requiere una alianza amplia de actores sociales y políticos, que enfrente las fuerzas que sostienen el status quo y las desigualdades. Las luchas feministas son protagonistas fundamentales junto con otros movimientos populares de trabajadores, estudiantes, pobladores, creando un abanico plural. El movimiento obrero y las formas territoriales de participación comunitaria son fuerzas relevantes. Ese proceso no está exento de contradicciones y la transformación de los valores y vínculos patriarcales interpela también a las fuerzas populares. La postergación de las mujeres, su invisibilización, las múltiples violencias y abusos que sufren, ya no se aceptan en silencio e impunemente, pero están lejos de resolverse. Sin embargo esa larga lucha ha tenido logros relevantes como fue en Uruguay la despenalización del aborto (ley 18.987), la ley de Derechos Sexuales y Reproductivos (ley 18.426), entre otros. Las luchas feministas han sido un ejemplo de como “la ampliación e involucramiento de la base ciudadana de apoyo a estos asuntos representa una transformación de los pactos sociales que, más temprano que tarde, deberá reflejarse en las decisiones políticas” (Abranciskas y López Gómez 2007). Los cambios culturales surgieron de las acciones de los movimientos sociales que construyeron nuevos consensos,

73 Conferencias en el Curso de CLACSO Estado Gobierno Democracia 2019 .Conferencia de Yayo Herrero <https://youtu.be/MLRQO7Tv4r4>. Conferencia de Laura Gomez: <https://youtu.be/q8lzGCO-Xxk>

rompiendo con las prohibiciones implícitas a discutir determinados temas ampliamente. Una de las estrategias relevantes fue transformar una reivindicación propia del feminismo en una demanda ciudadana apoyada por sectores y actores diversos (Johnson, López Gómez, Schenck 2011) promoviendo una ampliación de las alianzas y de la base social, desde una perspectiva de derechos humanos, ciudadanía y democracia (Abracinskas, López Gómez 2007).

La experiencia latinoamericana muestra que la unidad de los movimientos populares es un elemento fundamental que no ha sido fácil de construir y de sostener.

Un posicionamiento ético claro es el punto de apoyo para todos los razonamientos y conductas. El rechazo a la corrupción, al arribismo, el sectarismo, las lógicas autoritarias, manipuladoras y de control, es parte de la auto-construcción de los movimientos populares y las fuerzas políticas con vocación transformadora. La construcción de valores solidarios y emancipadores, la sensibilidad y el compromiso con las grandes mayorías, el rechazo a las injusticias, la opresión y las desigualdades en todos los planos, la defensa de la vida como principio, son procesos culturales de enorme valor político y social.

Es preciso revalorar el concepto de entramado social participativo, integrador, heterogéneo, como un factor esencial de una democratización radical del Estado y la sociedad para modificar la selectividad estatal heredada. La participación social en la salud en su sentido más amplio aporta a ese proceso emancipador y de resistencia, que es uno de los nudos críticos de los procesos latinoamericanos.

XXI CONCLUSIONES

En esta investigación la acción colectiva es considerada un componente medular de las políticas de salud y con más razón en situaciones críticas como la pandemia. En ese sentido se abordan los procesos de participación social desde la creación del SNIS, considerando sus antecedentes más significativos, para poner el énfasis en la coyuntura del 2020 y las acciones desarrolladas en el contexto de crisis sanitaria. La síntesis que procuramos realizar en este capítulo relaciona la participación social con los debates de la construcción del SNIS, las diferentes concepciones e intereses que operan en la salud y las percepciones de los actores sociales sobre los ámbitos participativos. Se considera especialmente la multiplicidad de experiencias vinculadas con los ámbitos territoriales y comunitarios.

Resumiendo capítulos anteriores se fundamenta la vinculación entre la participación social y varias de las grandes problemáticas de la salud como las políticas hacia las personas mayores y discapacitadas, las desigualdades, la salud mental, la comunicación, la formación/acción y el abordaje de la pandemia en sus dimensiones y estrategias. En una forma espiralada se rescatan particularmente las experiencias y aportes de la Red de Municipios y Comunidades Saludables volviendo a ellas en los distintos temas.

El diseño IAP pudo traducirse en procesos colectivos a largo de toda la investigación en las instancias que dieron lugar al Frente Social de la Salud (2017) y la Red de Municipios y Comunidades Saludables (2020 y 2021). Vale remarcar que se realizó una sistematización de aprendizajes a partir de una evaluación participativa de las acciones realizadas.

La mención a diversos ámbitos y formas de participación en el campo de la educación y la seguridad social a lo largo de la tesis apunta a mostrar su importancia en la construcción de esas políticas públicas y la variedad de actores, espacios y luchas que forman parte de su historia y su presente. En todos los ejemplos mencionados hubo desarrollos desiguales, contradicciones y dificultades pero, al igual que en el campo de la salud, existieron avances en la democratización que aportaron a gobernanzas más integradoras y a transformaciones mayores hacia una ampliación de derechos. Sin profundizar en similitudes y diferencias respecto al campo de la salud (que las hay

sin duda) la idea es fundamentar que estas problemáticas no son exclusivas de un campo socio institucional sino que están presentes en las principales áreas de organización de la sociedad. Las luchas contra la concentración del poder y por mayor democratización atraviesan los procesos societarios y son anudamientos de fuerzas con consecuencias significativas.

Un cambio revolucionario

La creación del SNIS es el principal cambio estructural de la salud en la historia de Uruguay. Fue una de las principales reformas de los gobiernos frenteamplistas. Esta respuesta a la crisis profunda del sector se apoyó en las propuestas programáticas de FUS y las convenciones del SMU en una coyuntura crítica del sector y del país. En ese contexto el Frente Amplio logró construir un proceso de transformación estructural con el apoyo de un conjunto de actores sociales, sentando sus bases fundacionales. La participación de trabajadores y usuarios en los órganos del SNIS, fue priorizada por razones conceptuales de fondo y por consideraciones de tipo situacional. Se incorporaron asimismo a las instituciones mutuales (y cooperativas médicas) pero no a otros actores como la industria del medicamento, las empresas de emergencia móvil, la corporación anestésico-quirúrgica y los seguros parciales.

El SNIS se construyó en el marco de respuestas a la emergencia social (Plan de Emergencia, Programas de Cercanías) y de creación de una nueva matriz de protección social (Plan de Equidad). Junto con la reforma tributaria y la reforma laboral fueron cambios estructurales que tuvieron grandes impactos en la sociedad uruguaya reduciendo la pobreza, la indigencia y la desigualdad.

Junto a esos avances sustantivos cabe señalar que persisten desigualdades hacia niños y adolescentes, afrodescendientes y poblaciones de diferentes territorios. La pobreza infantil bajó de 60% a 17% en 2019, pero sigue siendo el doble que el promedio nacional y diez veces más que en mayores de 65 años. La concentración de la riqueza desciende pero subsiste: el 1% más rico tiene el 17% de la riqueza. El 5% más rico posee el 42% de la riqueza nacional. El escenario 2020-2021 empeora todos estos indicadores, en una crisis que se sigue profundizando.

Principios y ejes estratégicos

El SNIS definió como principios fundamentales: integralidad, universalidad, solidaridad, aseguramiento, rectoría, complementación y participación. Considera la Salud como un derecho humano esencial, un bien público y una responsabilidad indelegable del Estado y de los gobiernos. Los derechos y deberes de los usuarios, fueron establecidos en la ley 18.335. Los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.

Los tres ejes estratégicos de la reforma de la salud fueron los cambios en el modelo de atención, en el modelo de gestión y en el modelo de financiación. Los tres tienen incidencia en la participación social y son influenciados por ella. Estos ejes tuvieron desarrollos desiguales, en el marco de un proceso inconcluso que requiere desde hace tiempo una nueva generación de reformas.

Cambios en el modelo de atención:

El modelo curativo, asistencialista y mercantilizado predominante desestimula la participación y establece roles rígidos y relaciones de subordinación bien definidas. El impulso de una estrategia de APS renovada, que jerarquiza la promoción y prevención, con una mirada intersectorial y de involucramiento de la comunidad tiene como referencia las Conferencias internacionales de Salud de Alma Ata y de Ottawa, así como las corrientes de la salud comunitaria, la salud colectiva, la epidemiología crítica y la medicina social.

Los pasos dados hacia la priorización del Primer Nivel de Atención, el fortalecimiento de ASSE y de la RIEPS, la elaboración de un Plan Integral de Prestaciones PIAS son muy importantes, pero tienen desarrollos desiguales. Las políticas anti tabaco son un ejemplo exitoso, pero las políticas hacia una alimentación saludable han encontrado más escollos y en relación con los accidentes de tránsito los avances han sido menores.

El modelo hegemónico concentra saberes y poderes. El modelo integral reconoce saberes, promueve la participación de los diferentes actores, redistribuyendo poderes y construyendo otros nuevos. Es considerablemente más complejo construir el segundo que aplicar verticalmente el primero. La realidad no se reduce a uno o varios modelos, pero los modelos de atención ayudan a entender las contradicciones y a planificar las acciones necesarias. Hay consenso que la transformación del modelo de atención es uno de los ejes que menos ha avanzado y eso tiene que ver con las resistencias que encontró y con las debilidades de sus promotores.

Cambios en el modelo de financiación

Los cambios en el modelo de financiación con la creación del Seguro Nacional de Salud y del FONASA son muy relevantes. La ampliación de la cobertura del seguro de 700 mil a 2:500.000 personas, más del 70 % de la población del país, es uno de ellos. El aumento del gasto en salud de 8 a 9% de un PBI mucho mayor, es otro. En 2013 la OPS propuso a los países miembros la necesidad de alcanzar un gasto público en salud equivalente al 6% del PBI. Uruguay es uno de los 4 países de dicha organización que ya alcanzó ese objetivo.

El Seguro Nacional con un fondo único y público, tiene una financiación tripartita donde aportan el Estado, las empresas y las personas (estas últimas con un porcentaje de sus ingresos). Existe un subsidio a los menores ingresos, que responde a la idea-fuerza «de cada quien según sus ingresos a cada quien según sus necesidades», a la solidaridad de los sanos hacia los enfermos y de los jóvenes a los viejos. Si bien la devolución de los aportes individuales por encima de cierta cantidad (llamada “Devolución Fonasa”) fue una medida regresiva que favoreció a los ingresos altos, en su conjunto el Seguro Nacional de Salud disminuye las desigualdades en la financiación y cobertura de la salud. Un punto importante en esa dirección fue la reducción sustancial de los pagos de bolsillo, aunque el problema vuelve a plantearse en coyunturas de crisis.

Cambios en el modelo de gestión

Los cambios en el modelo de gestión tuvieron entre sus objetivos : mayor regulación y rectoría del MSP, mejor información, una planificación más amplia y eficiente, más participación y control en la gestión.. Algunas nuevas herramientas de gestión fueron muy positivas y cabe destacar a : contratos de gestión entre Fonasa y los efectores de salud; pago por metas asistenciales ajustables en el tiempo; establecimiento del Plan Integral de Prestaciones PIAS y definición de Objetivos Sanitarios Nacionales OSN. La elaboración de los OSN es un paso relevante en la planificación de las políticas de salud que ordena otros instrumentos de gestión y de acción.

Las Políticas de Personal incluyeron incrementos salariales importantes, mejores condiciones laborales y dignificación del trabajo. La formación permanente a través de mecanismos virtuales (con prima por cumplimiento) según acuerdos en los Consejos de Salarios, llegó a la casi totalidad de los trabajadores médicos y no médicos de los sectores privado y público, logrando un alcance sin precedentes. Es una experiencia inédita a nivel nacional e internacional. Un elemento no menor es que los contenidos de dichos cursos fueron consultados con las organizaciones sociales de la salud y sus sugerencias tomadas en cuenta. Hubo cierta reducción del multi-empleo a través de la

creación de Cargos de Alta Dedicación en el área médica. Puede constatarse la persistencia de remuneraciones exorbitantes en algunas especialidades y cargos gerenciales. La incorporación de nuevas tecnologías como la Historia Clínica Electrónica, la Telemedicina, el Big Data y otras formas de Tele-Salud, dieron pasos significativos, que dejan al SNIS en condiciones de avanzar rápidamente en este plano.

Pandemia

La pandemia y las respuestas contra ella, produjeron un punto de inflexión en la historia de la humanidad. Sus causas y las consecuencias en el mediano y largo plazo todavía no han sido estudiadas en profundidad aunque se ha escrito y discutido mucho durante este largo año. Hay una crisis civilizatoria que viene de antes y pone en cuestión las desigualdades inaceptables, la relación con la naturaleza y el cuidado de la vida .

La crisis sanitaria se ha superpuesto con una crisis alimentaria, una crisis social y económica de enormes dimensiones. Es la “crisis de las desigualdades” como la denomina el BID (2020). América latina en la larga década inicial del siglo XXI vivió un proceso de crecimiento y distribución en el plano económico, con ampliación de derechos de sectores históricamente postergados y un descenso significativo de la pobreza y la indigencia. Sin embargo la crisis internacional de 2008, el nuevo predominio de concepciones neoliberales y los triunfos electorales de las derechas, sumados a las limitaciones de los cambios iniciales, detuvieron el descenso de la pobreza y pusieron en riesgo los avances sociales obtenidos. La crisis actual puede terminar de arrasar con esos derechos y volver a situaciones muy graves de sufrimiento social.

La crisis producida por la pandemia y sus respuestas pone el peligro la seguridad alimentaria y nutricional. El aumento del hambre y la inseguridad alimentaria por un lado y la epidemia de obesidad y sobrepeso por otro, se agravan en la región y en el mundo. La malnutrición está relacionada con el deterioro de la situación económica y con el incremento del consumo de productos ultraprocesados con exceso de azúcares, grasas y sodio. Estos hábitos alimentarios agravaron las enfermedades crónicas como hipertensión, cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes o cáncer. Al mismo tiempo estos problemas significan un mayor riesgo de cuadros graves y fallecimientos por Covid 19.

Las afectaciones en la salud mental han sido calificadas como una “cuarta ola” de la pandemia, por los impactos de depresión, angustia, estrés, que produjeron la incertidumbre, el miedo, el confinamiento y la infodemia.

Sistemas de Salud puestos a prueba

La pandemia puso a prueba los sistemas de salud en todo el mundo. Aquellos países que invirtieron en su salud, que crearon o fortalecieron sistemas de salud sólidos, respondieron mejor. Los que recortaron recursos para la salud o arrastran problemas estructurales en este campo padecen consecuencias más severas. La pandemia del coronavirus ha demostrado que los sistemas de salud no pueden responder a las lógicas del mercado.

En el abordaje de la pandemia es importante salir de una visión reduccionista, de manera similar a la ruptura con una concepción acotada de la salud que plantearon en su momento el Informe Lalonde en 1974 y la Conferencia de Alma Ata en 1978 (Anzalone 2021b).

Muchos abordajes de la Covid no incorporan claramente los aspectos de salud mental y salud vincular y subestiman los demás problemas de salud no Covid que se agravan con una priorización unilateral de la pandemia. Hay una impronta biologicista y asistencialista que condiciona las miradas, los recursos y las acciones, centrando los enfoques solo en la enfermedad y su atención en hospitales o sanatorios. Este modelo de atención es fragmentado e invisibiliza (o amputa) un amplio abordaje en territorio muy necesario para un problema que tiene una fuerte dimensión comunitaria. La orientación hospitalo-centrista subestima el primer nivel de atención ante la pandemia, que fue debilitado por varias decisiones institucionales en este período (cierre de policlínicas), dejando de lado actividades de prevención y controles necesarios.

Se resiente la falta de mayor trabajo comunitario en salud, desarrollando una visión integral, longitudinal, con participación de las personas, colectivos y comunidades, constituyendo equipos multidisciplinarios y coordinaciones territoriales en el sector salud e intersectoriales.

No pueden subestimarse en situaciones como ésta las políticas contra la desigualdad, que reconozcan y actúen sobre los problemas sanitarios, sociales, económicos y culturales involucrados.

El Primer Nivel de Atención y su rol en la pandemia incluyen la labor en policlínicas zonales pero la trascienden para abarcar a toda la comunidad. La planificación local y la territorialización son fundamentales para la coordinación de la atención y asegurar la continuidad asistencial.

Los colectivos comunitarios, las organizaciones de usuarios, los gobiernos locales, y las redes sociales existentes son protagonistas de primera línea para un abordaje integral de la crisis sanitaria.

Pandemia en Uruguay

La pandemia en Uruguay presentó varias etapas muy marcadas. Una primera etapa en la que se tomaron medidas para la prevención de contagios con un alto acompañamiento de la población. La conformación del Grupo Asesor Consultivo Honorario GACH fue una decisión importante del gobierno que otorgó un respaldo y asesoramiento científico sólido en cada etapa de la pandemia, evaluando escenarios posibles y generando propuestas y protocolos. La curva de contagios se aplastó en esos primeros meses y se logró un seguimiento epidemiológico de los distintos brotes, en un escenario lleno de incertidumbres y riesgos. Al mismo tiempo las medidas de apoyo económico a las poblaciones afectadas fueron completamente insuficientes, la pobreza, el desempleo y la crisis alimentaria aumentaron. El gobierno nacional siguió priorizando la reducción del déficit fiscal. Las fortalezas acumuladas en el proceso de construcción del SNIS y la matriz de protección social son parte de las razones que explican la evolución favorable de la pandemia a nivel nacional en esta etapa. Hubo aciertos y errores, pero el panorama estuvo controlado. Entre los errores que fueron señalados por los movimientos sociales estuvo el cierre de policlínicas y la retracción del sistema de salud para esperar la pandemia en los CTI.

En una segunda etapa se produjo el retorno a las actividades educativas y laborales presenciales. La imagen de que el país iba a poder sortear la pandemia sin dificultades llevó a una cierta soberbia desde los estamentos de gobierno que no permitió ver la fragilidad de la situación en un contexto mundial en crisis.

A partir del mes de noviembre 2020 la pandemia comenzó a agravarse en materia de contagios, internaciones y muertes, configurando una nueva etapa cuyos impactos en el plano sanitario son muy importantes. La ausencia de medidas por parte del gobierno nacional cuyo discurso central fue responsabilizar a la población de los contagios, inició un proceso que no ha parado de agudizarse. El GACH el 7 de febrero y luego en múltiples pronunciamientos la comunidad científica, la Udelar, el SMU, y una amplísima conjunción de organizaciones de la salud denunciaron la situación, alertaron frente al peligro y reclamaron, sin éxito, medidas para disminuir los contagios, así como apoyos económicos a las poblaciones vulnerables. Uruguay pasó de ser un ejemplo en el manejo de la pandemia a estar entre los primeros lugares del mundo en materia de fallecimientos y nuevos contagios por millón de habitantes. Una cantidad de muertes evitables y de sufrimiento social se impusieron a la población.

Acción social y pandemia

Las Ollas Populares fueron una respuesta solidaria de enorme magnitud e impacto desde el comienzo de la pandemia y continúan en la actualidad ante la omisión del Estado respecto a la crisis alimentaria. Muchas otras acciones solidarias se extendieron por todo el país.

A lo largo de todo el año las organizaciones sociales hicieron oír su voz ante los desafíos de la pandemia. Cuestionaron errores, elaboraron propuestas, promovieron acciones, presentaron sus análisis y opiniones. El SMU, SUMEFAC, AUDYN y las organizaciones de usuarios tuvieron un rol muy activo en estos debates, desde marzo y abril de 2020 hasta las mismas fechas de 2021.

A fines de 2020 un conjunto de organizaciones sociales como Onajpu, Mov. Nal de Usuarios de Salud, Org. Usuarios del Cerro, MYSU Mujer y Salud Uruguay, Grupo intersectorial de salud del Cerro, Apex, Audaag y diversas personas relacionadas con la salud presentaron al ministro de Salud Pública una propuesta de abordaje local, comunitario y participativo para evitar que se perdiera el control de la pandemia. No recibieron respuestas. Ya en 2021 los pronunciamientos del SMU, las sociedades científicas, la Udelar fueron muy importantes porque marcaron una orientación en el manejo de la pandemia y ofrecieron salidas.

Participación social en el SNIS

Desde sus definiciones programáticas centrales la construcción del SNIS incorporó un enfoque situacional donde la participación social fue una estrategia clave. Al mismo tiempo esa participación se apoya en una concepción de la salud como una construcción social. El SNIS tiene coincidencias programáticas fuertes con las propuestas de organizaciones sociales como la FUS, el PITCNT y el SMU. Con la sanción en el parlamento de la ley 18.211 (Poder Legislativo 2007), la participación social quedó establecida formalmente en las políticas de salud y el control social de la gestión del SNIS.

Esta impronta se apoyó en una larga trayectoria de experiencias en la base territorial a través de policlínicas comunitarias y comisiones de salud, en el mutualismo como organización de los usuarios y en la participación de los actores sociales en el Directorio del BPS.

Uruguay tiene fortalezas en cuanto a la movilización social que se expresaron en la lucha contra la dictadura, luego en los años 90 con las campañas contra las privatizaciones neoliberales, donde la creación de alianzas sociales y políticas, utilizó la democratización como estrategia de resistencia. Las consultas a la voluntad popular mediante plebiscitos lograron detener algunas privatizaciones. La unidad del movimiento obrero y estudiantil y la unidad de los sectores populares son valores acuñados por una experiencia de muchas décadas. Esa tradición de unidad de los sectores populares

pesa en el imaginario colectivo. Los movimientos sociales siempre han tenido propuestas programáticas y un accionar político, que procuró incidir en la escena política nacional. Las organizaciones sociales, en muchos casos, trascienden su carácter identitario para promover banderas y reclamos generales referidos a la población, tienen prácticas políticas y formas de acumulación junto con otros. En la salud la alianza entre trabajadores y usuarios ocupa ese lugar simbólico que no es menor aunque en la práctica hayan existido muchas dificultades para su profundización .

El poder médico ha estado fragmentado en todo este período, en organizaciones como el SMU, la FEMI y las SAQ. Esta fragmentación refleja los diferentes actores dentro del sector médico que van desde los trabajadores médicos al empresariado y algunos grupos de muy altos ingresos. La industria del medicamento es un actor relevante agrupado en las empresas nacionales por un lado y las transnacionales por otro. Las empresas de emergencias móviles y los propietarios de tecnologías complejas son asimismo grupos económicos importantes .

El lucro directo o encubierto es un punto de quiebre entre los distintos actores sociales del sector salud. Mientras unos lo defienden como principio ordenador del mercado sanitario y como interés sectorial primordial, otros lo denostan y denuncian.

Ámbitos de participación del SNIS

El SNIS priorizó la participación de trabajadores y usuarios, a nivel nacional, por departamento y dentro de cada institución de salud : a) En una instancia de conducción nacional del SNIS, la Junta Nacional de Salud (JUNASA). b) A nivel territorial con las Juntas Departamentales de Salud (JUDESAS) y Juntas Locales de Salud (JULOSAS), c) A nivel de instituciones prestadoras de Servicios de Salud : el directorio de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y en Consejos Consultivos por efector de salud.

En la experiencia de las Judesas hubo tratamiento de temas importantes como la complementación de servicios, problemas asistenciales y en algunos casos el desarrollo del Primer Nivel de Atención en cada departamento. En cambio destaca la ausencia de diagnósticos locales, definición de problemas prioritarios y líneas de acción conjuntas hacia ellos. No han habido planes locales de salud con construcción participativa, intersectorial y rendición de cuentas a la población sobre los mismos. En lo que refiere a la complementación los avances son heterogéneos por la falta de normas . En la mayoría de los casos las Judesas no han realizado balances ni análisis en profundidad de su accionar con participación de los actores sociales, ni con apertura a la comunidad. Eso no ha

facilitado su consolidación y auto-superación como ámbitos de trabajo conjunto, de composición heterogénea. Tanto usuarios como trabajadores tienen, en la mayoría de los casos, la percepción de que faltaron temas importantes en la agenda y en la discusión. Al mismo tiempo se registran pocas resoluciones. Las valoraciones de los actores sociales sobre la información recibida y la discusión en las Judesas varían según los departamentos, desde muy buenas a insuficientes. Se destacan positivamente las reuniones regionales de Judesas y Junasa.

En varios departamentos los movimientos sociales promovieron instancias de participación más amplia de la comunidad como asambleas, talleres, jornadas, recorridas, ferias de salud. Esas experiencias son valoradas positivamente por las comunidades. Sin embargo no existe una estrategia clara que asegure amplitud, continuidad, aprendizajes e intercambios de esas experiencias.

La instalación de JULOSAS ha sido una experiencia que fortalece la participación local en salud acercando las instancias de diálogo interinstitucional y social a los territorios y sus poblaciones. Su desarrollo es todavía parcial y está lejos de llegar a todos los municipios o localidades del país. Dada la heterogeneidad de situaciones y las fracturas socio-territoriales existentes esa mayor cercanía contribuye a un abordaje más integral de los problemas de salud.

En los Consejos Asesores y Consultivos la experiencia de los actores sociales evidencia un conjunto de dificultades para su instalación y funcionamiento, que surgen de la actitud de las direcciones institucionales, de la debilidad de los actores sociales y del diseño y potestades de estas instancias.

Las instancias de diálogo amplio como el Consejo Consultivo para los Cambios en 2005 y el “Diálogo Nacional a 10 años de inicio del SNIS” en 2017 han sido ámbitos muy positivos de debate y reflexión sobre los rumbos de la reforma. Este tipo de participación no tuvo continuidad en el tiempo y no formó parte de la institucionalidad aprobada legalmente ⁷⁴.

Movimientos de usuarios

A lo largo de los 15 años transcurridos desde el inicio del SNIS las organizaciones de usuarios generaron un espacio propio, apoyaron políticas del gobierno y cuestionaron otras, defendieron la profundización del SNIS, en un proceso dinámico. Mantuvieron una actitud crítica y pro-activa.

⁷⁴ En el campo de la educación por el contrario la ley estableció la implementación de los Congresos de la Educación, como instancias amplias de deliberación. Su aplicación efectiva tuvo luces y sombras.

El Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud y el Espacio Participativo son organizaciones que han mantenido un funcionamiento a nivel nacional con presencia en varios departamentos del país, actuando en Julosas, Judesas, Junasa y en algunos Consejos Asesores por institución. Aunque las organizaciones de usuarios han reclamado reiteradas veces la realización de elecciones para las representaciones institucionales en el SNIS el Poder Ejecutivo no ha implementado las mismas hasta el momento. Hasta mayo de 2021 el nuevo gobierno de derecha no ha designado a ninguna de las representaciones sociales ni dado pasos para una elección directa.

La Organización de Usuarios de Salud del Oeste de Montevideo es una de las experiencias más ricas de trabajo comunitario en salud impulsando múltiples iniciativas de abordaje integral de los problemas priorizados en asambleas.

Los movimientos de usuarios realizaron Asambleas, Cabildos y Ferias de Salud en municipios y localidades. Implementaron recorridos y reuniones para recoger las percepciones de los vecinos, para promover su involucramiento en acciones sobre los determinantes sociales de la salud, así como desarrollar el control ciudadano sobre el funcionamiento de los servicios de salud.

La división del movimiento de usuarios reflejó discrepancias sobre estilos de trabajo y concepciones del funcionamiento, que debilitaron al movimiento. La integración de otros actores como ONAJPU ha sido más reciente y todavía deben desarrollarse más los impactos positivos de su participación.

Las Asambleas de Salud en distintos territorios han sido instancias participativas muy destacables. La participación de la comunidad en la definición de prioridades y acciones sobre los problemas de salud, la rendición de cuentas y elaboración de propuestas, los intercambios horizontales entre vecinos, trabajadores, instituciones de la salud y otras fuerzas sociales de la zona, son considerados por muchos actores como elementos fundamentales del cambio en el modelo de atención que promueve la reforma de la salud.

Sindicatos de la salud

En el rol de los trabajadores existió también un cambio en calidad de su participación en las políticas de salud. La participación de los trabajadores en la conducción y en la base del SNIS procura un rol activo que no se limita a lo reivindicativo sino que se apunta a transformaciones estructurales.

Los sindicatos de la salud han desarrollado una labor programática que, en su mayoría, apoya el SNIS y definen a las organizaciones de usuarios como sus aliados. Sin embargo han tenido dificultades para consolidar esas alianzas en la base, para desarrollar un accionar territorial,

promover mayores vínculos con las comunidades y generar más herramientas para su participación en las instancias del SNIS.

El sector salud no ha sido preparado para liderar una respuesta integral-intersectorial a los problemas de la población. Los trabajadores de la salud deben redefinir su papel para poder promover activamente la participación de organizaciones y comunidades locales (Espinosa 2001 pp2).

Dos hitos muy importantes de movilización de los trabajadores junto con los usuarios fueron la recolección de más de 56 mil firmas por parte del Movimiento en Defensa de la Salud en 2013 y la gestación de un Frente Social de la Salud en 2017 que elaboró una plataforma programática común de las principales organizaciones sociales y desarrolló diversas acciones masivas conjuntas en Montevideo y el interior. Cabe rescatar el valor de estas acciones en el proceso del SNIS. Puede señalarse asimismo que estos impulsos no tuvieron continuidad y no se tuvo la capacidad de desarrollar una estrategia de mediano plazo para acumular fuerzas conjuntamente, y campañas sostenidas para llegar al conjunto de la población y promover su participación activa.

Redes de Salud

Las Redes de Salud en el ámbito territorial han desarrollado experiencias muy valiosas de participación, intercambios, planificación y acción conjunta sobre problemas priorizados en forma participativa. A diferencia de los ámbitos institucionales del SNIS las redes elaboraron diagnósticos y planes locales participativos y los actualizaron anualmente. Las Redes de Salud por municipio han sido dispositivos potentes en materia de promoción de salud, con características de amplia integración interinstitucional y de participación social.

Entre las múltiples experiencias de participación promovidas desde las Redes cabe mencionar las Asambleas de Salud, Ferias de Salud, Talleres en la comunidad sobre temas priorizados, Seminarios sobre participación social, Cursos de formación de promotores de salud, agentes comunitarios, promotores escolares y juveniles de salud. Impulso a la estrategia de Escuelas Saludables.

Desarrollo de la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables.

Red de Municipios y Comunidades Saludables

En Uruguay el MSP promovió la estrategia MCS durante los últimos gobiernos, cuyas primeras iniciativas se remontan a 1997 y tuvieron un nuevo impulso desde el año 2006. En este último período esto se tradujo sobre todo en intercambios con distintos gobiernos municipales y la firma

de cada uno de ellos y el MSP de un documento o compromiso de trabajo que los reconocía como Municipios Saludables.

Desde estas experiencias surgió en 2019 la iniciativa de formar una Red de Municipios y Comunidades Saludables que permitiera compartir las experiencias, apoyarse, intercambiar, aprender juntos.

La pandemia impidió la presencialidad de los encuentros fundacionales pero permitió multiplicar las acciones de la Red MCS durante el 2020. Desde el 23 de abril al 29 de octubre la Red MCS realizó 16 talleres abiertos con el apoyo del programa zoom del Instituto de Higiene de Facultad de Medicina. Alrededor de 2500 personas participaron por esta vía de los talleres alcanzando un promedio de 160 personas por taller. Los Talleres Abiertos de la Red MCS con temas priorizados en conjunto, obtuvieron una amplia convocatoria y generaron una gran riqueza de intercambios.

Desde una perspectiva de investigación-acción-participación hay herramientas utilizadas que merecen destacarse : metodologías participativas, combinando exposiciones con discusión en subgrupos y plenaria, circulación de saberes académicos, comunitarios y de gestión de las políticas públicas, utilización de herramientas web que ampliaron el acceso, nuevas formas de recoger percepciones y propuestas, compartir todos los materiales a la página web y canal de You-Tube, formación de tutores y animadores de redes comunitarias, elaboración de proyectos de acción comunitaria, participación de distintas áreas y disciplinas de la Udelar.

Además de los Talleres la Red MCS realizó un Curso de Animadores de Redes Comunitarias que permitió la elaboración de 6 proyectos de acción comunitaria, puso en marcha una Página Web, un Canal de You-Tube, apoyó diversas iniciativas de las organizaciones integrantes y llevó adelante un proceso de sistematización de experiencias y evaluación participativa.

Experiencias variadas y valiosas

La multiplicidad de ámbitos y niveles de participación por territorio o por institución de salud ha permitido una experiencia variada para el SNIS, con efectos en las políticas que se llevan adelante . Con luces y sombras, con factores favorables y obstáculos importantes, abrieron un camino para el desarrollo del Sistema.

Con macro y micropoderes que presentan el peligro de la inercia institucional y asumiendo riesgos de captura corporativa de espacios de poder, se fueron construyendo mecanismos democratizadores en la salud con mayor involucramiento de la sociedad en el proceso salud-enfermedad-cuidados. El desarrollo de la participación social ha encontrado muchas dificultades para articularse y potenciarse entre los niveles micro, meso y macro (local, departamental y nacional) . Subsiste una

gran fragmentación de las experiencias, de las líneas de acción, de la formación de los activistas y de los intercambios.

A lo largo de más de 15 años las políticas de salud en los territorios realizaron un conjunto amplio de acciones, intercambios, iniciativas, proyectos, que dejan al país un enorme capital. No es posible pensar la salud en Uruguay sin considerar estos aportes. El cambio del modelo de atención a la salud tiene en estos procesos un cauce principal para avanzar.

Los desarrollos de la participación social han sido heterogéneos, con avances y dificultades, con luchas y frenos, aciertos y errores. Existieron y aportaron a las transformaciones de la salud. Los hallazgos obtenidos se distancian de miradas que simplifiquen estos procesos tanto de signo conformista como hipercrítico. Son necesarias nuevas y mayores investigaciones empíricas que enriquezcan los debates teóricos y las acciones colectivas. Las percepciones de los actores sociales en todos estos planos muestran avances y experiencias diversas, incluyendo problemas sin resolver, fortalezas y debilidades.

Es posible considerar que el diseño de la participación en el SNIS dejó la dimensión territorial demasiado subordinada a las directivas del MSP de turno a través de los directores departamentales de salud. Esos cargos no se cubrieron por concurso sino por designación política y fueron cambiando con las diferentes administraciones. El carácter “no vinculante” de las Judesas, en un contexto de heterogeneidad de intereses y estrategias operó para debilitar su accionar, quitándoles poder de resolución. El poder de resolución no se limita a las potestades definidas administrativamente sino también a procesos de acumulación de fuerzas, prestigio, movilización ciudadana, construcción de credibilidad y de resultados valorados por la comunidad. Aún así las experiencias de Judesas y Julosas son muy valiosas, en cada departamento y dejan una acumulación compartida por distintos actores.

No se jerarquizó la realización de diagnósticos participativos y planes locales que incorporaran a los distintos actores de la comunidad en procesos de avance sobre los problemas críticos priorizados. El trabajo en Redes no fue incluido en la estructura formal del SNIS, aunque siguió existiendo y desarrollando experiencias relevantes de prevención y promoción de salud en los territorios.

Los municipios, en tanto tercer nivel de gobierno, fueron creados en 2010 posteriormente al SNIS y en el marco de la estrategia MCS se procuró incorporarlos como actores de la construcción de la salud en los territorios. Como instituciones nuevas han debido hacer su propio proceso para ubicarse en el terreno, los alcaldes y concejales municipales electos debieron construir sus roles, desarrollar sus vínculos, responder a las expectativas de la población que no tenía muy claro las características y potestades del nuevo nivel de gobierno.

Las divisiones en los movimientos sociales son un factor de debilidad para sus propósitos. De todas formas la tendencia a sumar sigue existiendo. Ejemplos recientes de ello fueron los pronunciamientos durante la pandemia, y particularmente deben destacarse las declaraciones del SMU, las sociedades científicas y la academia en el punto más crítico en la última semana de marzo de 2021.

La fragmentación y la invisibilización de las experiencias de participación social son dos de las principales dificultades para su avance. De ahí el rol importante que jugó en 2020 y 2021 la Red de Comunidades y Municipios Saludables como espacio de intercambios y plataforma de aprendizajes compartidos.

Extensión, intensidad, sostenibilidad e impacto

Si tomamos los parámetros de extensión, intensidad, modalidad, sostenibilidad e impacto de la participación social en salud se pueden extraer algunas conclusiones. Considerando por extensión su alcance en las distintas zonas del país encontramos procesos en todo el territorio, a lo largo de los 15 años con disparidades en su desarrollo, pero con una gran amplitud de llegada. Mas recientemente, en plena pandemia la Red MCS alcanzó con sus actividades a personas de casi todos los departamentos aunque con mayor concentración en Montevideo y el área metropolitana. Merecen señalarse los esfuerzos para integrar localidades y departamentos del interior. En cuanto a los diferentes entornos socio-económicos, los aspectos etarios y de género se requieren mayores estudios para tener un conocimiento más amplio. De todas maneras está claro que la gran mayoría de las participantes fueron mujeres, predominando las personas adultas y las personas mayores. La inserción fue variada con mayor presencia de personas trabajadoras, jubiladas o estudiantes vinculadas con el campo de la acción socio sanitaria.

La intensidad referida a la cantidad de acciones realizadas en un período de tiempo a lo largo de los 15 años ha sido muy diversa y dependiente de las campañas para enfrentar problemas prioritarios de salud o de iniciativas de los movimientos sociales. En 2020 la Red MCS desarrolló una cantidad muy destacable de acciones en un período corto y muy complejo. Esa intensidad fue valorada por sus distintos actores y les mostró el gran potencial que significa la acción conjunta y las dinámicas de formación/acción.

Es posible distinguir entre una participación constante en ámbitos determinados y una modalidad más amplia, esporádica y heterogénea en actividades puntuales, analizando las relaciones entre

ambas. Ambas son muy necesarias y se complementan, no pueden sustituirse una a la otra, ni como realidades presentes ni como objetivos deseables .

Puede considerarse que a lo largo de los 15 años faltó desde el SNIS una estrategia general para promover el involucramiento de la población en la construcción de su salud, más allá de esfuerzos y campañas específicas que merecen rescatarse. En el plano de las organizaciones sociales surge la necesidad (y la ausencia) de una línea de acumulación de fuerzas conjunta aunque los hitos de movilización fueron muy significativos en 2013 con el Movimiento en Defensa de la Salud, en el 2017 con el Frente Social de la Salud y en 2020 con la Red de Municipios y Comunidades Saludables.

Al mismo tiempo las experiencias locales han sido muy amplias. En 2020 la Red MCS convocó a un gran espectro de personas o colectivos interesados en algunos de los grandes temas tratados y un abanico mas reducido (aunque significativo en número y calidad) que acompañaron todos los temas y se comprometieron con la acumulación conjunta. Ambos aspectos son interesantes y promisorios.

La sostenibilidad en el tiempo de las distintas formas de participación es un elemento importante a tener en cuenta. Analizando los 15 años (con los antecedentes de varias décadas atrás) es posible concluir que hubo una continuidad significativa de los esfuerzos, con un salto en calidad por la creación del SNIS que incorporó la participación social en la institucionalidad y en el discurso. Con las dificultades anotadas a lo largo de la investigación hay una clara sostenibilidad en el tiempo de la participación social.

Un elemento a tener en cuenta es la capacidad de personas y colectivos para responder ante impactos o situaciones adversas. En 2020 la crisis alimentaria despertó una explosión de solidaridad, superior en varios aspectos respecto al antecedente mas relevante que fue la crisis económica del año 2002 . En un contexto de confinamiento muchas personas y colectivos compartieron reflexiones, experiencias, sentimientos, conceptos teóricos, procesos de formación y aprendizajes en el marco de la Red MCS.

La evaluación de los impactos de la participación exigirá mas investigaciones. Mirando la década y media desde la creación del SNIS puede constatarse que usuarios, trabajadores y comunidades aportaron al desarrollo del nuevo sistema de salud. Criticaron cuestiones de fondo como la mercantilización y el lucro, reclamaron más APS, más prevención y promoción, formación continua, respuestas mas integrales y cercanas a los problemas de salud. Ampliaron su capacidad de reflexión, de análisis de los procesos en curso. Los cursos del IFS FUS y los talleres, cursos y proyectos de la Red MCS aportaron en esa dirección.

Interdependencias y contextos ideológicos

La participación en salud promueve y a la vez depende de cambios en la sociedad y de cambios en el Estado. Las herencias y contextos autoritarios, la concentración del poder tanto en el Estado como en la sociedad influyen y limitan los procesos de participación. A la vez motivan la resistencia y la organización para enfrentar esas desigualdades en las estructuras de poder. Más que actos puntuales o la aprobación de normas legales, se trata de procesos de acumulación de fuerzas, susceptibles de saltos en calidad o retrocesos significativos.

Los contextos ideológicos tienen gran influencia sobre la participación. En todo este período se han producido movimientos de signos contradictorios en este plano. No hay una única tendencia en materia ideológica dentro de la sociedad uruguaya en este período. Por el contrario puede verse la coexistencia de importantes avances jurídicos y políticos en derechos con cambios culturales de diverso contenido. Las agendas (nuevas y viejas) de derechos obtuvieron logros fuertes. Cuestiones como el aborto legal, el matrimonio igualitario, la regulación estatal del cannabis, la ley “trans” fueron grandes pasos. El feminismo inundó el debate de ideas. Al mismo tiempo la agenda más tradicional del combate a la pobreza y la indigencia, del salario y jubilaciones dignas, el derecho a la organización sindical y social, el derecho a la salud, también avanzaron sustantivamente. Ello significó cambios culturales de diversas direcciones. Se debilitó la oposición conservadora al matrimonio igualitario, a la legalización del aborto, a la regulación de la marihuana y la legitimación de la violencia patriarcal tuvo que ceder terreno ante las luchas feministas. Los movimientos feministas han dado una gran batalla contra los soportes culturales del patriarcado. La lucha por la legalización del aborto, contra la violencia patriarcal y los feminicidios son aspectos destacados pero no los únicos que se levantan desde esta pluralidad de movimientos. Diversas corrientes han ido incorporando otros cuestionamientos al patrón civilizatorio predominante en el capitalismo como la depredación de la vida o el extractivismo. El ecofeminismo ha contribuido al pensamiento crítico deconstruyendo supuestos del pensamiento occidental como la autonomía y supremacía de la humanidad sobre la naturaleza.

Por otro lado crecieron los cuestionamientos a los programas sociales hacia los pobres, las personas trans, la población privada de libertad. Como reacción a los avances sociales, aumentó la aporofobia y las percepciones más conservadoras sobre la pobreza. Se incrementaron los cuestionamientos a la “ideología de género” acusándola de destruir la familia. Los valores del individualismo y consumismo que se desplegaron con enorme fuerza desde los años 90 continuaron en el siglo XXI, incorporando nuevos productos de consumo para desear, nuevos íconos que orientan las conductas, manteniendo su hegemonía en toda la sociedad. Se fortalecieron

los valores que exaltan la autoridad y la represión, apelando al miedo y los discursos de odio, utilizando el delito para crear alarma pública. No solo siguieron operando los antiguos valores conservadores sino que han sido revitalizados y potenciados por el accionar de aparatos religiosos y políticos nacionales e internacionales. Creció la influencia de creencias irracionales (terraplanismos, negacionismos, movimientos anti-vacunas), la proliferación de noticias falsas, la desconfianza hacia las instituciones y organizaciones. Se debilitaron los valores democráticos. Estos cambios son, en parte, productos de operaciones de manipulación de las fragilidades y temores en un mundo globalizado y lleno de incertidumbres. Por otro lado evidencian las debilidades de las corrientes progresistas en este plano de los debates y la tendencia a la conformación de “grietas” y grupos cerrados que reproducen su ideología sin espacios comunes con el resto de la sociedad. Al mismo tiempo estos movimientos reaccionarios se apoyan en las desigualdades de poder existentes, construyen sus “enemigos” entre la población más vulnerada (los jóvenes, negros, migrantes y mujeres) y legitiman las peores acciones de racismo, xenofobia, aporofobia y violencia patriarcal. Han existido campañas orquestadas contra la participación social, contra el movimiento obrero, contra el feminismo, contra los docentes y la participación en educación. En marzo de 2021 en plena pandemia se implementó una campaña de este tipo contra el Sindicato Médico. Entre estos ataques cabe mencionar el realizado contra los representantes docentes en los Consejos Desconcentrados de ANEP, porque se los identifica con el poder de los sindicatos y desde varias miradas (no solo de la derecha tradicional) los gremios han sido presentados como un obstáculo para las políticas educativas. Ello culminó con la eliminación de esa representación docente a través de la LUC , Ley de Urgente Consideración, aprobada en trámite rápido por la mayoría parlamentaria de la nueva coalición de gobierno.

La emergencia de pandemias como la del COVID 19 puede ser el inicio de cambios culturales e ideológicos cuyas dimensiones todavía no podemos aquilatar. Es posible que genere tendencias contradictorias a la solidaridad y la interdependencia o por el contrario profundice los miedos, el aislamiento y la legitimación de mayores desigualdades.

La concentración de poder en pocos medios de comunicación no se modificó durante los gobiernos progresistas. No puede subestimarse este hecho en términos democráticos. Al mismo tiempo la explosión de las redes digitales fue una notoria ampliación de las posibilidades de comunicación horizontal por encima de fronteras, pero también existe una utilización orquestada de dichas redes, financiada generosamente, para la manipulación de opinión pública.

Desde las fuerzas progresistas no se valoró adecuadamente estos fenómenos, faltó una lucha ideológica y cultural acorde a la gravedad de la ofensiva reaccionaria. Analizar los porqué y los

cómo de esta constatación con el aporte de las ciencias sociales y políticas es un tema relevante para los procesos democráticos en la región.

Hojas de ruta claras en lo local y lo nacional

Uno de los factores que dificultó la participación social es la falta de una “hoja de ruta” de la reforma que identificara los objetivos tácticos y estratégicos de cada período a través de “hitos” visibles. Para convocar a la población a participar hacia esos objetivos es necesaria la claridad en los mismos, el involucramiento de las organizaciones sociales en su elaboración y la realización de consultas amplias donde las personas puedan escuchar y hacer oír su voz y sus preocupaciones. Faltaron mas ámbitos de reflexión y debate donde la deliberación colectiva contribuya a definir los rumbos y coaligar las fuerzas para impulsarlos . El ejemplo cercano de las Conferencias de Salud (municipales, estatales y federales) en Brasil durante el proceso de construcción del SUS es muy ilustrativo.

Junto a los procesos en cada territorio fue necesaria una incidencia en la escena política nacional, sin la cual la acumulación de fuerzas se hizo mucho más difícil.

Por otro lado durante los períodos frenteamplistas el gobierno nacional ocupó un lugar tan central en el escenario de las políticas y los cambios, que se minimizó la importancia de lo local.

Ambas tendencias debilitan los procesos de cambio, son teórica y prácticamente insuficientes para promover transformaciones profundas. La relación de lo local con lo nacional es compleja y requiere mediaciones, estrategias, instrumentos, pero es imprescindible. Pensando en la participación social en salud son muchas las razones para resolver bien la articulación entre lo micro, lo meso y lo macro, es decir entre las acciones en barrios y municipios, con las que se promueven a nivel departamental o regional y las que se realizan a nivel nacional. También la dimensión internacional debe ser tomada en cuenta en este contexto .

Lo deliberativo y la capacidad de decisión

Un debate planteado por los movimientos sociales cuestiona el carácter no vinculante de las Judesas y Julosas. La existencia de organismos plurales del SNIS en los territorios y su rol en este período tiene aspectos muy positivos. Sin embargo tanto Judesas como Julosas estuvieron lejos de sus posibilidades como ámbito de gobierno territorial del SNIS.

Respecto a la Junasa los actores sociales cuestionan su escasa injerencia en las políticas de salud y la marginación de usuarios y trabajadores de comisiones muy importantes como la de “Metas Asistenciales” y la de “Cápitales”⁷⁵.

La participación social en el directorio de ASSE tiene potestades resolutorias aunque es minoría frente a los representantes del Poder Ejecutivo. Han habido sin embargo dificultades tanto en el caso de los representantes de los trabajadores como de los usuarios para fortalecer su rol desde este ámbito.

No se ha logrado generar mecanismos que posibiliten un accionar mayor de los usuarios en todo el país, una representatividad amplia más allá del respaldo de sus organizaciones y una conexión más cercana y proactiva entre representaciones y comunidades. Sin duda una elección directa de las representaciones sociales brindaría una mayor legitimidad aunque eso no significa necesariamente resolver bien el vínculo permanente y el involucramiento activo de la población. Construir mayor participación social pasa por el crecimiento e innovación en la base del sistema, en los territorios y en las instituciones, superando el aislamiento de las experiencias más ricas.

Las enseñanzas de la trayectoria recorrida y los requerimientos de la etapa actual dejan planteadas interrogantes : ¿Son necesarios nuevos ámbitos de participación social? ¿El SNIS requiere otras reglas de juego en sus ámbitos participativos? Pensar qué herramientas son necesarias implica definir qué estrategia de participación se define para el próximo período. Al mismo tiempo la nueva coyuntura política y sanitaria colocan sobre la mesa la defensa de lo que ya se conquistó frente a peligros claros de retroceso.

El rol de la unidad, las iniciativas y acciones a través de más alianzas entre las organizaciones sociales es un componente para hacer avanzar estos procesos.

¿Disciplinamiento, mercado o democratización?

El paradigma hegemónico respecto a la salud así como su traducción en el contenido de las políticas públicas y su interacción con la sociedad (véase Castro 2015) operan en contra de la participación social. Ese modelo centrado en el hospital, viene de la incorporación (en el siglo XVIII) de los mecanismos de poder disciplinador desde el saber médico, para individualizar a los enfermos con fines de vigilancia y registro (Foucault 2004). Al articularse con el poder empresarial en la salud, este modelo ha mostrado una notable persistencia y capacidad hegemónica.

75 Las metas asistenciales son un mecanismo de pago a las instituciones de salud por cumplimiento de metas y objetivos relacionados con el cambio del modelo de atención. Las cápitales son la retribución que el Fonasa realiza a las instituciones de salud para la cobertura de cada usuario.

Las disyuntivas entre disciplinamiento, mercado y emancipación siguen atravesando las políticas de salud en todo el mundo.

Los actores sociales del SNIS enfatizan que la salud es una construcción social y no solo la asistencia a la enfermedad. Plantean la necesidad de evitar la fragmentación del sistema, el predominio del mercantilismo y la lógica del lucro. Para ello reclaman medidas legales, económicas y culturales que afirmen el trabajo conjunto interinstitucional e intersectorial. Promueven la integralidad en el abordaje de los problemas, el trabajo en red y la participación social.

Estas contradicciones son determinantes para el desarrollo de las políticas de salud durante los 15 años de creación del SNIS y también en la compleja etapa actual .

La dimensión ambiental no puede dejarse de lado. El concepto “Una Salud” pone el énfasis en la combinación de tres elementos básicos Animal-Humano-Ambiente. Es decir que no puede haber salud humana sin salud animal y ambas no pueden darse si el ambiente no es saludable .

¿Institucionalización o protagonismo social autónomo?

Es frecuente en algunas corrientes la contraposición entre ambos aspectos de la participación. Sin embargo la participación social no es resultado exclusivo de la constitución de ámbitos formales en el SNIS, ni solo del accionar autónomo de los movimientos sociales, sino que hay una interacción de ambos aspectos. Existe una institucionalización de la participación pero eso no significa por sí misma un debilitamiento de la acción autónoma, sino que eso depende de las estrategias y capacidades de los movimientos sociales. Los puntos de vista que contraponen esos dos componentes tienen, en ocasiones, la tendencia a “demonizar” la participación institucionalizada y “santificar” la acción autónoma. Todo está bien en esta última y todo (o casi todo) mal en la primera. Estas lógicas maniqueas tienen predicamento, a veces, desde la academia y no dentro de los movimientos sociales, que saben en carne propia que hay elementos de distinto signo en todos los campos. Aunque también existen distintas corrientes dentro de los movimientos sociales. En nuestra investigación la experiencia histórica y la realidad actual no permiten una contraposición simplificada, sino que la interacción entre ambos elementos es un aspecto a estudiar, con relevamiento empírico y análisis concretos de los distintos procesos y actores.

Generaciones, discapacidades y participación

Uruguay es un país con una transición demográfica acelerada, definida por un envejecimiento pronunciado de la población, a raíz de la caída de la tasa de fecundidad y la mortalidad infantil y el aumento de la expectativa de vida al nacer. Este proceso lejos de ser una carga o una amenaza constituye un gran logro para la sociedad uruguaya. Al mismo tiempo es un desafío en distintos campos que incluyen el sistema de salud, la matriz de protección social, el sistema previsional, los cuidados, así como aspectos económicos, culturales, urbanísticos y de convivencia.

Estos procesos demográficos y socio-sanitarios tienen un correlato epidemiológico. La enfermedad y muerte están cada vez más relacionadas con las enfermedades crónicas donde las condiciones de vida y los hábitos juegan un rol determinante. En ese marco se requiere una estrategia de APS renovada, con un modelo integral que jerarquice la prevención y promoción, aumentando la capacidad de resolución del primer nivel de atención y generalizando la rehabilitación. La definición de una política de cuidados, la creación de un Sistema Nacional de Cuidados y su articulación estrecha con el sistema de salud son factores fundamentales. Llegar a un envejecimiento saludable requiere retrasar las dependencias y estimular la participación activa de las personas mayores en las políticas que las involucran.

La participación social es un punto clave para las políticas hacia el envejecimiento, directamente vinculado a las diferentes concepciones en la materia. La existencia de distintos paradigmas o concepciones del envejecimiento ha marcado la situación, los avances y también las contradicciones y debilidades de los procesos en curso. ONAJPU, REDAM, la Red Pro Cuidados, las Redes de Personas Mayores por territorio, las asociaciones locales son formas de organización relevantes y complementarias en este campo.

Las señales del nuevo gobierno son preocupantes para los actores sociales porque evidencian una subestimación del tema, la vuelta a los paradigmas no participativos y el recorte de recursos con el grave riesgo de lógicas de desmantelamiento del Sistema de Cuidados. En términos de proyectos de país y de sociedad vale mencionar la vuelta al paradigma del Estado mínimo, que retrocede en protección social y quita regulaciones a algunos sectores poderosos.

La mirada tutelar y el mensaje de parálisis y pasividad se extiende a muchos otros colectivos. En relación con las personas con discapacidades los referentes de sus organizaciones cuestionan las lógicas asistencialistas y verticales, resumiendo su postura en la frase “Nada sobre nosotras sin nosotras”.

Hacia los jóvenes el sistema estatal no ofrece ámbitos de participación. Su “rol” en la pandemia fue reducido a un factor de riesgo de nuevos contagios, pero nunca como protagonistas, como dinamizadores de prácticas solidarias, integradoras, como parte de las soluciones y no de los problemas. Su voz no ha sido escuchada, porque tampoco han tenido espacios para elaborarla y

proyectarla. Sin embargo varias de las organizaciones sociales tienen una fuerte participación juvenil. Ejemplos de ello son los movimientos feministas y el Mercado Popular de Subsistencia, entre otros. Una excepción a destacar en las iniciativas institucionales es el concurso de mensajes sobre la pandemia mediante Tik Tok que organizó el Municipio A dirigido a adolescentes y jóvenes. Las experiencias de fortalecimiento del vínculo intergeneracional en la comunidad son muy expresivas en lo emocional y en la conformación de un tejido social más fuerte, menos fragmentado.

¿Gobernanza, rectoría? Políticas públicas y participación social

Volviendo a algunas conclusiones básicas de la investigación podemos decir que la participación de usuarios, trabajadores y prestadores de salud, genera una nueva forma de gobernanza, que amplía las bases de sustentación de las políticas, enriquece sus contenidos y fortalece las capacidades estatales para implementar cambios mayores (véase Bentancour y Busquets 2017). Es decir que no se contrapone con el rol rector de la autoridad sanitaria sino que contribuye a su desarrollo en la sociedad incorporando otras miradas y formas de intervención apoyadas en un mayor conocimiento de la comunidad y sus recursos.

La perspectiva de derechos aplicada a la salud, significa pensar en las dimensiones e instrumentos para su ejercicio pleno, a través de un rol activo de los protagonistas. Los gobernantes y los gestores deben ceder poder para que se escuche la voz de los usuarios.

El diseño de la participación en el SNIS puso el acento en usuarios y trabajadores pero no resolvió adecuadamente la dimensión comunitaria, el entramado de redes (de salud, personas mayores, género, primera infancia, ambiente, etc) territoriales y la diversidad de colectivos sociales.

Los ámbitos amplios de reflexión conjunta sobre la reforma, fueron pocos y eso dificultó que la coalición de fuerzas sociales que hizo posible el SNIS, pudiera acumular fuerzas, respaldar procesos de profundización, impulsar nuevas generaciones de reformas de la salud, planes e iniciativas conjuntas, con una “hoja de ruta” común.

La democratización de la salud y de la sociedad son procesos que entran en contradicción con contextos sociales y culturales de fragmentación (véase Giorgi 2009) y desigualdades significativas. La participación concebida en estas dimensiones no es un elemento a incorporar simplemente al sistema de salud sino que, desarrollado en profundidad, cambia sustantivamente sus dinámicas internas y su relación con el entramado social. En esas dimensiones confronta con el modelo hegemónico de salud y sus soportes técnicos, políticos e ideológicos.

Formación/acción

Las transformaciones en la salud no son la aplicación de una fórmula ya elaborada sino un proceso innovador que debe apoyarse en la producción permanente de nuevos conocimientos.

Se necesitan mas investigaciones donde la Academia y los actores del SNIS sumen esfuerzos para construir herramientas de transformación, incluyendo particularmente a los movimientos sociales. La Investigación Acción Participación es un diseño adecuado para estas investigaciones, con la lógica de construir y compartir saberes. La investigación no se limita a una actividad académica y no puede estar separada de la formación de los actores comunitarios e institucionales. Por el contrario esas líneas se superponen. En los cursos del IFS FUS durante 2016 a 2019 y en el Curso de Animadores de Redes Comunitarias de la Red MCS o los talleres abiertos en 2020 los conocimientos no se trasladaron de docentes a oyentes sino que se compartían horizontalmente, vinculando prácticas con aprendizajes teóricos. La utilización flexible e innovadora de las herramientas de comunicación virtuales es imprescindible. El empleo de formatos pedagógicos participativos evitando las lógicas de la “educación bancaria” al decir de Paulo Freire, son requerimientos básicos para esta formación.

En el Curso de Animadores de Redes Comunitarias se realizaron 8 encuentros quincenales, abordando distintos temas, conformando grupos para la elaboración de proyectos, promoviendo intercambios en Foros de la página web de la Red MCS, recogiendo opiniones vía correo electrónico, haciendo relatorías de cada evento. Tuvo una duración de 4 meses comenzando el 16 de julio y finalizando en octubre, utilizando una modalidad virtual .

La elaboración de proyectos de intervención comunitaria fue uno de los ejes principales del Curso. Como resultado de este proceso se formaron grupos de trabajo que discutieron y redactaron proyectos sobre seis áreas temáticas priorizadas : Seguridad y soberanía alimentaria, Comunicación comunitaria, Consumos problemáticos de sustancias, Personas Mayores, Infancia y Adolescencia y Mujeres en situación de vulneración. Cada proyecto fue discutido colectivamente en régimen de taller y se puso el énfasis en los componentes transversales que tienen. La impronta fundamental fue la participación social para el desarrollo de los proyectos. La formación en planificación participativa y elaboración de proyectos fue desarrollada en una de las jornadas y ampliada durante todo el curso. A partir de estos encuentros se redactaron sistematizaciones de los aprendizajes logrados.

Desde el inicio se trabajó sobre el nuevo contexto económico, social y sanitario para profundizar su conocimiento, estudiando los procesos en curso y el rol de las organizaciones sociales y las redes comunitarias en el marco de las crisis superpuestas.

Evaluación participativa y sistematización de experiencias

La evaluación participativa es considerada una praxis de aprendizaje organizacional, que apunta al desarrollo de un proceso holístico de cambios y responde a una intencionalidad colectiva. Se trata de favorecer procesos de aprendizaje para la acción, en que los diferentes colectivos sociales más que objetos de las políticas se convierten en portavoces fundamentales en materia de salud.

La sistematización se entiende como un proceso que trasciende el ordenamiento de datos. Implica también analizar las experiencias como procesos socio-históricos concretos, dinámicos, complejos, individuales y colectivos, con contenidos senti-pensantes, que combinan diferentes dimensiones de la realidad histórica y social. Sistematizar es un esfuerzo consciente para capturar los significados de las acciones y sus efectos. Implica una praxis: reflexión, acción, reflexión.

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2020 la Red de MCS llevó adelante un proceso de evaluación participativa y sistematización de aprendizajes a partir de lo realizado durante el año.

Para ello se analizaron seis ejes de acción de la Red MCS : 1) Reuniones de la Red MCS. 2) Reuniones conexas en ámbitos de cada municipio. 3) Talleres abiertos. 4) Cursos de Formación. 5) Canal de You-Tube y Página Web. 6) Evaluación participativa y sistematización de experiencias.

Se utilizaron los registros realizados de cada actividad (escritos, audios, videos), las síntesis de los aportes en talleres y jornadas, los formularios de evaluación, las opiniones volcadas en los Foros de la página web de la Red MCS, los artículos redactados para difundir la labor en curso. A efectos de ordenar todos estos elementos se constituyó un Grupo Motor integrado por referentes de las organizaciones sociales y las instituciones participantes que elaboró e implementó un plan de trabajo. Dicho plan contempló líneas de trabajo que incluyeron: a) la síntesis de los antecedentes en las políticas de MCS y sus fundamentos, b) un análisis de la coyuntura 2020, c) recoger las evaluaciones de los participantes en los talleres abiertos y el curso de Animadores de Redes Comunitarias, d) elaborar un mapa de actores, e) una línea del tiempo con los hitos, sus conexiones y actividades paralelas y f) armar una matriz de análisis de las informaciones y percepciones recogidas. Por último se llevaron todos estos elementos a una discusión abierta en jornadas fuertemente interactivas donde se enriquecieron las evaluaciones .

¿Hacia dónde vamos ?

Como en toda situación crítica hay más de una alternativa de salida y su evolución depende de factores estructurales pero sobre todo del accionar de diferentes protagonistas.

Si pensamos en tres grandes grupos de actores, los Estados, las comunidades y el mercado, podemos decir que el escenario Covid 2020 fortaleció el rol del Estado y la comunidad.

¿Cómo salir de esta crisis y en qué dirección?

Son preguntas vigentes, para las cuales todavía no hay respuestas claras. Estamos ante una realidad nueva y esto requiere estrategias renovadas. Abrir espacios de innovación implica creatividad y decisión pero también apoyarse en los procesos que vienen desde tiempo atrás y contribuir a su desarrollo ante los nuevos desafíos. Es una oportunidad para que las comunidades asuman un rol protagónico mayor y se fortalezcan los entretijos de actores, sociales, políticos, institucionales, académicos, para abordar los problemas y construir soluciones.

Uno de los grandes rumbos de transformación es complementar la democracia actual con una democracia participativa y deliberativa como eje de la reforma política del Estado (véase Boaventura de Souza Santos 2020). Además de los tres órganos de soberanía se necesita un cuarto de control democrático y deliberativo de los ciudadanos, que permita radicalizar la democracia. La revolución hoy, sostiene el pensador portugués, es un proceso democratizador no solo del espacio político sino de la sociedad en sí misma. Es muy expresiva su afirmación de que la democracia en la sociedad actual es una isla en un archipiélago de despotismos que operan en las familias, empresas, instituciones y en los vínculos sociales. En el campo de la salud ambas tendencias existen y su disputa de la hegemonía pasa por la participación social en cada coyuntura y por la índole de sus respuestas a los problemas críticos actuales.

Desafíos para la acción comunitaria

La labor de los colectivos y organizaciones sociales en este contexto no es sencilla y enfrenta desafíos importantes. Entre las preocupaciones que surgieron en la investigación están las formas de consolidar los vínculos dentro y entre dichos colectivos y también cómo llegar al conjunto de la población. Una cuestión importante es romper el aislamiento de cada demanda, de cada tema, de cada organización y de cada territorio. Esto implica construir puentes, intercambios, plataformas e iniciativas para pensar en conjunto los distintos temas y luchas, entre colectivos y personas que provienen de territorios y prácticas diferentes. Trabajar en Red, actuar en forma coordinada, desarrollar un pensamiento crítico y constructor de nuevas relaciones y realidades, son algunos de los desafíos.

La formación/acción es una necesidad clara para los movimientos sociales. El saber de los “expertos” enfrenta un cruce de caminos en sus relaciones con los demás saberes y en particular con el saber popular o comunitario. Susana Mallo (2013) analiza bien el rol de los “expertos” como “dueños de un saber particularista que los separa del resto del conjunto social con un discurso no inclusivo, críptico y hacedor de verdades”. Por otro lado existe una larga trayectoria de vínculos entre academia y movimientos populares, de la mano de la extensión y la investigación (en menor medida en la formación misma de los profesionales, en perjuicio de la calidad de dicha formación). Un elemento fundamental es rescatar y desarrollar las experiencias (y su teorización) que reconocen la diversidad de saberes y democratizan su circulación como forma de producir nuevos y mejores conocimientos. Particularmente la relación profunda entre investigación, formación y acción es un elemento fundamental de esta concepción de los saberes.

No hay acción innovadora sin formación permanente de sus protagonistas. Los escenarios actuales son complejos, hay que conocerlos en profundidad para poder construir líneas de acción adecuadas y procesos de acumulación de fuerzas. Promover la participación social en salud como democratización de este campo y generación de sinergias con otros campos requiere cuestionar los paradigmas predominantes y fundamentar otros.

Las investigaciones sobre estos procesos tienen la posibilidad de aportar a esa reflexión colectiva imprescindible para responder a la situación crítica que vivimos.

XXII RESUMEN DE CONCLUSIONES DESDE LOS OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Más allá de los fines explicativos de un resumen desde los objetivos específicos de la investigación cabe señalar que los mismos no son aspectos aislados, sino muy interrelacionados entre sí y eso influye en el universo de estudio, el marco teórico, la metodología y las conclusiones.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

1) Caracterizar los ámbitos de participación social en salud, a nivel nacional y local, con énfasis en las experiencias territoriales y comunitarias, sus cometidos, su efectivo funcionamiento, participantes formales y reales, roles que asumen hoy.

Pregunta de investigación referida: ¿Qué formas de participación social en salud se desarrollaron entre 2005 y 2021 en Uruguay? ¿Pueden caracterizarse formas de democratización de las políticas dentro del campo de la salud desarrolladas en el marco de los gobiernos progresistas con la construcción del SNIS?

El marco teórico son las teorías de la salud comunitaria y más en general las teorías críticas de la salud (medicina social, salud colectiva, epidemiología crítica, entre otras) y diversos pronunciamientos de OPS OMS desde la Conferencia de Alma Ata, así como las corrientes teóricas sobre la democracia participativa.

Universo de estudio: Ámbitos de participación social en salud: JUNASA, JUDESAS, JULOSAS, DIRECTORIO DE ASSE, CONSEJOS CONSULTIVOS, Redes de Salud, Movimientos de usuarios, Municipios y Comunidades Saludables, Mesa de Salud Mental, ONAJPU, Redes de Personas Mayores.

Técnicas utilizadas : entrevistas en profundidad y semiestructuradas a representantes sociales en Junasa, JUDESAS, Julosas y Consejos Consultivos, referentes sociales de organizaciones de usuarios y trabajadores, organizaciones de personas mayores (Onajpu y Redam), referentes académicos de las políticas de cuidados (CIEN), referentes de políticas públicas, revisión documental de pronunciamientos de los actores sociales, revisión bibliográfica de investigaciones y

análisis respecto a la temática y fundamentalmente observación participante de cursos, talleres, seminarios, reuniones del IFS FUS y de la Red de Municipios y Comunidades Saludables.

Ver Pautas para los distintos tipos de entrevista en Anexos XIV, XV, XVIII y XIX e informe del trabajo de campo de la etapa 2016-2018 en Anexo XVII.

Conclusiones :

- Desde sus definiciones programáticas centrales la construcción del SNIS incorporó un enfoque situacional donde la participación social de trabajadores y usuarios fue una estrategia clave. Al mismo tiempo esa participación se apoya en una concepción de la salud como una construcción social. El SNIS tiene coincidencias programáticas fuertes con las propuestas de organizaciones sociales como la FUS, el PITCNT y el SMU que fueron incorporadas por la Unidad de Salud del Frente Amplio y los Congresos de dicha fuerza política. Con la sanción en el parlamento de la ley 18.211 (Poder Legislativo 2007), la participación social quedó establecida formalmente en las políticas de salud y el control social de la gestión del SNIS.

-La impronta participativa del SNIS se apoyó en una larga trayectoria de experiencias en la base territorial a través de policlínicas comunitarias y comisiones de salud de los Consejos Vecinales, en el mutualismo como organización de los usuarios para la cobertura de salud y en la participación de los actores sociales en el Directorio del BPS.

-Ámbitos de participación del SNIS: El SNIS priorizó la participación de trabajadores y usuarios, a nivel nacional, por departamento y dentro de cada institución de salud :

a) En una instancia de conducción nacional del SNIS y del FONASA, la Junta Nacional de Salud (JUNASA).

b) A nivel territorial con las Juntas Departamentales de Salud (JUDESAS) y Juntas Locales de Salud (JULOSAS),

c) A nivel de instituciones prestadoras de Servicios de Salud : el directorio de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y en Consejos Consultivos por efector de salud.

-En la experiencia de las JUDESAS hubo abordajes de temas importantes como la complementación de servicios, problemas asistenciales y en algunos casos el desarrollo del Primer Nivel de Atención en cada departamento. En cambio destaca la ausencia de diagnósticos locales, definición de problemas prioritarios y líneas de acción conjuntas hacia ellos. No han habido planes locales de salud con construcción participativa, intersectorial y rendición de cuentas a la población.

- Tanto usuarios como trabajadores representados en las JUDESAS tienen, en la mayoría de los casos, la percepción de que faltaron temas importantes en la agenda y en la discusión. Al mismo tiempo se registran pocas resoluciones. Las valoraciones de los actores sociales sobre la información recibida y la discusión en las JUDESAS varían según los departamentos, desde muy buenas a insuficientes. Se destacan positivamente las reuniones regionales de JUDESAS y Junasa.
- En varios departamentos los movimientos sociales promovieron instancias de participación más amplia de la comunidad como asambleas, cabildos, talleres, jornadas, recorridos, ferias de salud. Esas experiencias son valoradas positivamente por las comunidades. Sin embargo no existe una estrategia clara que asegure amplitud, continuidad, aprendizajes e intercambios de esas experiencias.
- Según diversas opiniones de referentes sociales la instalación de JULOSAS ha sido una experiencia que fortalece la participación local en salud acercando las instancias de diálogo interinstitucional y social a los territorios y sus poblaciones. Su desarrollo es todavía parcial y está lejos de llegar a todos los municipios o localidades del país.
- En los Consejos Asesores y Consultivos por institución la experiencia de los actores sociales evidencia un conjunto de dificultades para su instalación y funcionamiento, que surgen de la actitud de las direcciones institucionales, de la debilidad de los actores sociales y del diseño y potestades de estas instancias.
- Las instancias de diálogo amplio como el “Consejo Consultivo para los Cambios” en 2005 y el “Diálogo Nacional a 10 años de inicio del SNIS” en 2017 han sido ámbitos muy positivos de debate y reflexión sobre los rumbos de la reforma. Este tipo de participación no tuvo continuidad en el tiempo y no formó parte de la institucionalidad aprobada legalmente .
- Movimientos de usuarios . A lo largo de los 15 años transcurridos desde el inicio del SNIS las organizaciones de usuarios generaron un espacio propio, apoyaron políticas del gobierno y cuestionaron otras, defendieron la profundización del SNIS, en un proceso dinámico. Mantuvieron una actitud crítica y pro-activa.
- El Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud y el Espacio Participativo son organizaciones que han mantenido un funcionamiento a nivel nacional con presencia en muchos departamentos del país, actuando en Julosas, JUDESAS, Junasa y en algunos Consejos Asesores por institución.
- Hasta el momento el nuevo gobierno no ha designado a ninguna de las representaciones sociales ni dado pasos para una elección directa.
- La Organización de Usuarios de Salud del Oeste de Montevideo es una de las experiencias

mas ricas de trabajo comunitario en salud impulsando múltiples iniciativas de abordaje integral de los problemas priorizados en asambleas.

-La división del movimiento de usuarios reflejó discrepancias sobre estilos de trabajo y concepciones del funcionamiento, que debilitaron al movimiento. La integración de otros actores como ONAJPU ha sido mas reciente y todavía deben desarrollarse más sus impactos.

-Las Asambleas de Salud y las Redes de Salud en distintos territorios han sido instancias participativas muy destacables. La participación de la comunidad en la definición de prioridades y acciones sobre los problemas de salud, la rendición de cuentas y elaboración de propuestas, los intercambios horizontales entre vecinos, trabajadores, instituciones de la salud y otras fuerzas sociales de la zona, son elementos del cambio en el modelo de atención que promueve la reforma de la salud.

-Sindicatos de la salud . El rol de los trabajadores en las políticas de salud tuvo un cambio en calidad . La participación de los trabajadores en la conducción y en la base del SNIS procura un rol activo que no se limita a lo reivindicativo sino que se apunta a reconocer saberes y promover transformaciones estructurales.

- Los sindicatos de la salud han desarrollado una labor programática que, en su mayoría, apoya el SNIS y definen a las organizaciones de usuarios como sus aliados. Sin embargo han tenido dificultades para consolidar esas alianzas en la base, desarrollar un accionar territorial, promover mayores vínculos con las comunidades y generar más herramientas para su participación en las instancias del SNIS.

- Hitos importantes de movilización de trabajadores y usuarios fueron la recolección de 56 mil firmas por parte del Movimiento en Defensa de la Salud en 2013 y la gestación de un Frente Social de la Salud en 2017 que elaboró una plataforma programática común de las principales organizaciones sociales y desarrolló diversas acciones masivas conjuntas en Montevideo e interior.

Temas a seguir investigando :

-Formas de registro regular de las actividades vinculadas a la participación social en salud.

-Impactos de la participación social en los resultados sanitarios.

-Articulación entre SNIS y Sistema de Cuidados desde una mirada de participación social.

-Formación de profesionales y trabajadores de la salud para promover la participación social.

OBJETIVO 2)

Analizar el contexto de pandemia, sus diversas dimensiones, las estrategias ante la misma y sus efectos en la construcción de políticas públicas y la participación social.

- Pregunta de investigación ¿Cómo se desarrolló la pandemia en Uruguay, las estrategias de respuesta y el impacto en la sociedad ? ¿Cómo participan los actores sociales en la realidad actual con gobierno de derecha y crisis pandémica?
- Hipótesis : El nuevo escenario sanitario, político y social asociado a la pandemia del Covid 19 modificó las condiciones de esta participación pero no impidió un rol importante de las fuerzas sociales tanto en los debates como en las acciones colectivas.
- Universo de estudio: Características de la pandemia en Uruguay, posicionamientos, y acciones de los movimientos sociales y diversos actores en este contexto. Técnicas utilizadas: observación participante en múltiples talleres y reuniones sobre la temática, análisis de información oficial y pronunciamientos de actores sociales e institucionales.
- Las teorías de salud pública, de la epidemiología crítica y de la salud comunitaria son las herramientas conceptuales utilizadas para el análisis de esta coyuntura tan particular. Cabe señalar que lo reciente de la crisis pandémica, su complejidad y múltiples dimensiones, hacen difícil una reflexión más decantada y le otorgan un cierto carácter de provisoriedad a las conclusiones.

Conclusiones :

- La pandemia y las respuestas contra ella, produjeron un punto de inflexión en la historia de la humanidad. Hay una crisis civilizatoria que viene de antes y pone en cuestión desigualdades inaceptables, vínculos con la naturaleza y cuidado de la vida .
- La crisis sanitaria se ha superpuesto con una crisis alimentaria, una crisis social y económica de enormes dimensiones, con fuerte incremento de la pobreza, y afectación de los vínculos, una “crisis de las desigualdades” (BID 2020). Está en peligro la seguridad alimentaria y nutricional. El aumento del hambre y la inseguridad alimentaria por un lado y la epidemia de obesidad y sobrepeso por otro, se agravan en el mundo y en Uruguay.
- La malnutrición por déficit o por exceso, los hábitos alimentarios de consumo de comida “chatarra” y la interrupción de controles o programas de prevención, agravaron las enfermedades crónicas como hipertensión, cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes o

cáncer. Al mismo tiempo estos problemas significan un mayor riesgo de cuadros graves y fallecimientos por Covid 19.

- Las afectaciones en la salud mental han sido calificadas como una “cuarta ola” de la pandemia, por los impactos de depresión, angustia, estrés, que produjeron la incertidumbre, el miedo, el confinamiento y la infodemia.
- La pandemia puso a prueba los sistemas de salud en todo el mundo, las inversiones y las estrategias sanitarias así como los sistemas de protección social.
- Muchos abordajes de la Covid no incorporan claramente los aspectos de salud mental y salud vincular y subestiman los demás problemas de salud no Covid que se agravan con una priorización unilateral de la pandemia. Hay una impronta biologicista y asistencialista que condiciona las miradas, los recursos y las acciones, centrando los enfoques solo en la enfermedad y su atención en hospitales o sanatorios.
- Este modelo de atención es fragmentado e invisibiliza un amplio abordaje en territorio para un problema que tiene una fuerte dimensión comunitaria. La orientación hospitalo-centrista subestima el primer nivel de atención ante la pandemia, que fue debilitado por varias decisiones institucionales en este período (cierre de policlínicas) , dejando de lado actividades de prevención y controles necesarios.
- Se resiente la falta de mayor trabajo comunitario en salud , con una visión integral, longitudinal, con participación de personas, colectivos y comunidades y coordinaciones territoriales dentro del sector salud e intersectoriales.
- Las políticas contra la desigualdad, que reconozcan y actúen sobre los problemas sanitarios, sociales, económicos y culturales son imprescindibles en esta coyuntura. En Uruguay por el contrario las políticas predominantes contribuyeron a agravar el problema.
- El Primer Nivel de Atención y su rol en la pandemia incluyen la labor en policlínicas zonales pero la trascienden para abarcar a toda la comunidad. La planificación local y la territorialización son fundamentales para coordinar la atención y asegurar la continuidad.
- Colectivos comunitarios, organizaciones de usuarios, gobiernos locales, y redes sociales son protagonistas de primera línea para un abordaje integral de la crisis sanitaria.
- La pandemia en Uruguay presentó varias etapas muy marcadas. Una primera etapa en la que se tomaron medidas para la prevención de contagios con un alto acompañamiento de la población. Se destaca positivamente la conformación del Grupo Asesor Consultivo Honorario GACH, los aportes de la Udelar, las fortalezas acumuladas del SNIS y la enorme solidaridad expresada en las Ollas Populares.

- Las medidas de apoyo económico a las poblaciones afectadas fueron completamente insuficientes, la pobreza, el desempleo y la crisis alimentaria aumentaron. El gobierno nacional siguió priorizando la reducción del déficit fiscal.
- Hubo aciertos y errores en esta etapa, pero el panorama estuvo controlado. Entre los errores que fueron señalados por los movimientos sociales estuvo el cierre de policlínicas y la retracción del sistema de salud para esperar la pandemia en los CTI.
- En una segunda etapa se produjo el retorno a las actividades educativas y laborales presenciales. La imagen de que el país iba a poder sortear la pandemia sin dificultades llevó a subestimar los riesgos y la fragilidad de la situación en un contexto mundial en crisis.
- A partir del mes de noviembre 2020 la pandemia comenzó a agravarse en materia de contagios, internaciones y muertes, ante la ausencia de medidas por parte del gobierno nacional que responsabilizó a la población por los contagios. Una amplísima conjunción de organizaciones de la salud denunciaron, alertaron y reclamaron, sin éxito, medidas para disminuir los contagios y evitar las muertes, así como apoyos económicos a las poblaciones vulnerables.
- En 2021 Uruguay pasó de ser un ejemplo en el manejo de la pandemia a estar entre los primeros lugares del mundo en materia de fallecimientos y nuevos contagios por millón de habitantes. Una gran cantidad de muertes evitables y de sufrimiento social se impusieron a la población.
- Acción social y pandemia. Las Ollas Populares fueron una respuesta solidaria de enorme magnitud e impacto desde el comienzo de la pandemia y continúan en la actualidad ante la omisión del Estado respecto a la crisis alimentaria. Muchas otras acciones solidarias se extendieron por todo el país.
- A lo largo de todo el año las organizaciones sociales hicieron oír su voz ante los desafíos de la pandemia. Cuestionaron errores, elaboraron propuestas, promovieron acciones, presentaron sus análisis y opiniones. El SMU, SUMEFAC, AUDYN y las organizaciones de usuarios tuvieron un rol muy activo en estos debates, desde marzo y abril de 2020 en adelante.
- A fines de 2020 un conjunto de organizaciones sociales presentaron al ministro de Salud Pública una propuesta de abordaje local, comunitario y participativo para evitar que se perdiera el control de la pandemia. No recibieron respuestas.
- En 2021 los pronunciamientos del SMU, las sociedades científicas y la Udelar fueron muy importantes porque marcaron una orientación alternativa en el manejo de la pandemia y ofrecieron salidas ante los momentos más críticos en contagios y muertes.

- El accionar de la Red MCS fue un esfuerzo de abordaje integral de la salud desde una perspectiva de salud comunitaria, en contextos complejos de pandemia.

Temas a seguir investigando :

- . Impactos de la pandemia en el mediano y largo plazo y sobre diferentes poblaciones según nivel socioeconómico, edades diferentes y territorios de residencia.
- . Formas de participación social ante la pandemia en América Latina y en el contexto internacional.
- . Aportes desde las comunidades a un plan de contingencia ante el agravamiento de la situación sanitaria general.
- . Articulaciones entre la investigación científica (Udelar), las necesidades sociosanitarias de la población y las políticas de salud.

OBJETIVO 3)

- **Analizar fortalezas y debilidades de la participación social, avances logrados y problemas existentes, incluyendo antecedentes y cambios que tuvo la participación en este período, jerarquizando la mirada de los actores sociales y los aspectos emocionales involucrados.**
- Pregunta de investigación ¿En qué medida los ámbitos de participación social han logrado incidir en las políticas públicas, generar resultados en materia de salud de la población, fortalecer las organizaciones sociales involucradas o ampliar las formas de hacer política? ¿Cuáles son los factores que favorecen esa democratización de la sociedad y el Estado y cuáles son sus principales obstáculos? ¿Cómo los perciben los actores sociales?
- El universo de estudio son las acciones de movimientos sociales relacionados con la salud, sindicatos, movimientos de usuarios, colectivos y redes comunitarias. Las fuentes de datos y las técnicas utilizadas son observación participante, entrevistas en profundidad y semi estructuradas, revisión documental y devolución dialógica a los participantes (VER ANEXOS XVII y XX).
- **Conclusiones**
Fortalezas :

- La existencia de antecedentes amplios de participación local a través de policlínicas comunitarias. También el modelo de atención de la salud promovido por la IM desde el año 90 y la propuesta de descentralización participativa.
- La capacidad histórica (y actual) de los sindicatos de la salud para aportar diagnósticos y propuestas programáticas, así como iniciativas para el avance del sector.
- La multiplicidad de ámbitos y niveles de participación (nacional, departamental y local, y por institución) permitió una experiencia variada ,
- La creación de movimientos de usuarios con amplia llegada a todo el país que tuvieron una participación activa en JUNASA, JUDESAS y JULOSAS.
- La experiencia de Redes de Salud territoriales así como otras Redes Comunitarias (de personas mayores, primera infancia, etc.) . Experiencias destacadas como la de la Organización de Usuarios de Salud del Oeste.
- La sostenibilidad en el tiempo de la participación social y su extensión a todo el país a lo largo de los 15 años de desarrollo del SNIS.
- Relación fructífera entre formación y acción a través de iniciativas promovidas desde los movimientos sociales y las Redes, articulando con la academia y otros actores.
- La concreción de hitos destacables en la participación uniendo las fuerzas de sindicatos, movimientos de usuarios y comunidades:
 - a) el Movimiento en Defensa de la Salud en 2013 que recogió mas de 56 mil firmas en apoyo a una plataforma con reivindicaciones.
 - b) la construcción del Frente Social de la Salud en 2017 que incluyó al PITCNT, ONAJPU, SMU, Movimiento Nacional de Usuarios, Espacio Participativo y Organización de Usuarios del Cerro, elaborando una amplia y detallada propuesta programática común, a 10 años de iniciado el SNIS. Una propuesta programática sólida presentada y difundida a través de una serie de movilizaciones masivas.
 - c) la creación e intensa labor de la Red de Municipios y Comunidades Saludables en 2020 y 2021 que agrupó a los movimientos de usuarios, ONAJPU, REDAM, AUDYN, gobiernos locales (municipales y departamentales) y academia (varias áreas de la Udelar).
- **Debilidades:**

- Faltaron más ámbitos de reflexión y debate donde la deliberación colectiva contribuya a definir los rumbos y coaligar las fuerzas para impulsarlos . En varios períodos no hubo hojas de ruta claras construidas y compartidas con los actores sociales en lo local y lo nacional.
 - Dificultades de articulación entre lo nacional, departamental y local en los Objetivos Sanitarios, articulación de efectores y actores en los territorios, definición colectiva de prioridades y líneas de acción.
 - Hegemonía de los paradigmas asistencialistas y verticales, que promueven la pasividad de los usuarios y defienden la concentración del poder y del saber. Estereotipos paternalistas hacia personas mayores, discapacitados, jóvenes.
 - Fragmentación e invisibilización de las experiencias de participación. Dificultades para fortalecer plataformas de intercambios y aprendizajes.
 - El diseño de la participación social en el SNIS puso el acento en usuarios y trabajadores pero no resolvió adecuadamente la dimensión comunitaria, el entramado de redes y la diversidad de colectivos sociales.
- **Temas a seguir investigando :**
 - . Relaciones complejas entre Estado y organizaciones sociales en el campo de la salud. Institucionalización. autonomías, dependencias, interdependencias. Lo político, la política y la sociedad en este campo.
 - . Impactos de la participación social en las políticas de salud y en los resultados sanitarios.
 - . Elaboración de una estrategia de ampliación de la participación de la población en las políticas hacia una mejor salud incluyendo los ODS 2022-2030.
 - . Creación de nuevos ámbitos de participación en el SNIS y/o reformulación de los existentes.
 - . Relaciones entre el nivel nacional, departamental y local de la salud y de la participación.
 - . Articulaciones entre movimientos sociales de la salud y el resto del entramado social. Unidad, diferencias, contradicciones, sinergias, acciones. Sindicatos y comunidades .
 - . Procesos ideológicos en curso, contradicciones y luchas por la hegemonía, en su relación con la participación social .
 - . Análisis de la participación social en salud desde miradas de género, etnias, franjas etarias, niveles socioeconómicos, territorios, identidades ideológicas y partidarias.

OBJETIVO 4)

Aportar a la construcción de herramientas para la profundización de los procesos de participación acordadas con actores sociales.

- Pregunta ¿Cuáles son experiencias exitosas y herramientas idóneas para profundizar estos procesos participativos?

Hipotesis : -Las experiencias exitosas son oportunidades para aprendizajes que van desde diagnósticos participativos a planes o líneas de acción ante los problemas priorizados, con énfasis en el involucramiento activo de la comunidad. Existen fortalezas en los movimientos sociales uruguayos que se apoyan en valores y estrategias de unidad y solidaridad, con capacidad de crítica y propuesta así como de gestación de alianzas con diversos actores, la academia e interacciones con los distintos niveles de gobierno para resistir coyunturas adversas sin abandonar la perspectiva de profundizar estos procesos.

- Universo de estudio: experiencias y herramientas realizadas por las organizaciones sociales en el marco de la investigación que permitieron profundizar los procesos de participación. Técnicas utilizadas: observación participante.
- **Conclusiones:** Existen aportes concretos y otros mas generales de la investigación junto a las organizaciones sociales.
- - Desarrollo de actividades de formación para los militantes de sindicatos de base de FUS en todo el país, incorporando a los movimientos de usuarios y otros actores cercanos en las localidades, uno de cuyos ejes principales fue la participación social en el SNIS.
- - Análisis colectivo del proceso del SNIS y determinación de nudos críticos para su profundización, desde la mirada de los sindicatos de trabajadores y organizaciones de usuarios, ampliando el dialogo entre ellos.
- - Fortalecimiento de la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables en el Municipio A, contribuyendo a la realización de actividades en la zona: Encuentro en la zona rural del CCZ 18, y encuentro Convivencia Participación y Salud en el Centro de Defensa Agraria zona Paso de la Arena y Feria de Salud en el barrio La Teja.
- - Reuniones regulares de la Red MCS para compartir informaciones de cada zona y actor social o institucional en relación con la pandemia y la crisis social.

- - Talleres abiertos (16 en 2020, 18 en 2021) para analizar temas priorizados colectivamente que apuntan a un abordaje integral de la crisis sanitaria desde una mirada de salud comunitaria.
- - Formación de promotores sociosanitarios en dos eventos: Formación de Animadores de Redes Comunitarias en 2020 y Espacio Permanente de Formación de Promotores Sociosanitarios en 2021.
- - Utilización de metodologías participativas para el desarrollo de actividades con la finalidad de promover dinámicas de formación/acción.
- - Desarrollo de una plataforma de intercambios y un repositorio de experiencias comunitarias desde distintos territorios del país y de América Latina.
- - Estimulos al pensamiento crítico y propositivo, con una mirada desde las comunidades, que enriquecen las visiones sobre la reforma sanitaria y el fortalecimiento del entramado social activo.
- - Conformar alianzas amplias entre gobiernos locales, organizaciones sociales y academia, donde los saberes comunitarios fueron incorporados permanentemente, en dialogo con el saber académico.
- - Elaboración colectiva de una Guía para el Trabajo de representantes sociales en JUDESAS y JULOSAS. Ver ANEXO I.
- - Elaboración participativa de proyectos de fortalecimiento de los sindicatos de base de FUS a partir de instancias de formación. Ver Anexo XVII.
- - Elaboración participativa de propuestas llevadas por FUS al Dialogo Nacional de Salud.
- - Elaboración de una propuesta programática común del Frente Social de la Salud en 2017 a los 10 años del inicio del SNIS. Ver Anexo IV.
- - Utilización coordinada de mecanismos presenciales y virtuales de formación, discusión e intercambios entre militantes de sindicatos de base de FUS de diferentes departamentos y el IFS FUS (2016-2017-2018).
- - Creación de una página web y un canal de youtube de la Red MCS para formar un repositorio de materiales con la finalidad de intercambiar y difundir temas, iniciativas, insumos, acciones.
- - Propuesta de abordaje local de la Pandemia (diciembre 2020)
- - Seis proyectos de acción comunitaria elaborados en el Curso de Animadores de Redes Comunitarias
- - Elaboración de un aporte a la discusión de los Planes de Desarrollo Municipal.

- - Elaboración y puesta en marcha del Proyecto JOVENES CON VOS/Z.
- - Sistematización de experiencias y evaluación participativa de la Red MCS en 2020 y 2021.
- - Elaboración de seis videos y un libro sobre la experiencia de la Red MCS con apoyo de OPS.

Las experiencias de formación acción desarrolladas desde el Instituto de Formación Sindical de FUS entre 2016 y 2018 jugaron un rol importante para la creación del Frente Social de la Salud en 2017, en la primera etapa de la investigación. A partir de 2019 y 2020 la creación de la Red de Municipios y Comunidades Saludables y sus múltiples actividades contribuyeron a fortalecer las respuestas comunitarias ante la crisis. Los intercambios y debates aportaron a una reflexividad mayor respecto a las prácticas de los distintos actores, fortaleciendo los vínculos entre ellos a través de Redes. El vínculo con la academia fue abordado para la creación de nuevos conocimientos compartidos ampliamente, y se expresó en los planos de investigación, formación y extensión universitarias, con pluralidad de disciplinas y áreas de la Udelar.

Temas a seguir investigando:

- Contenidos, formatos pedagógicos e instrumentos necesarios para las nuevas etapas sociosanitarias.
 - Identificación de prioridades y plan de trabajo para la construcción de herramientas de profundización de la participación comunitaria.
- **OBJETIVO 5)**
Analizar la participación social en salud en contextos socio políticos complejos que incluyen estructuras, prácticas y sistemas de valores contradictorios y procesos en otros campos como la educación, la seguridad social, las relaciones laborales.
 - Pregunta: ¿Cuáles son los factores que favorecen la democratización de las políticas públicas en distintos campos?
 - El marco teórico son las teorías sobre el estado, la democracia participativa y las teorías sobre democratización de la salud, la educación, las relaciones laborales y la protección social.

- El universo de estudio son las políticas públicas en campos relevantes de la sociedad y la forma como incorporan o no la participación social y su relación con los contextos políticos y sociales.
- Contextos: La construcción del SNIS no ha sido la única política pública que genera estructuras institucionales donde la participación social juega un rol importante. En casos como las relaciones laborales los Consejos de Salarios vienen de larga data, aunque en determinados contextos políticos dejaron de convocarse y desde 2005 se han fortalecido tanto en el plano de su institucionalidad como en las practicas sociales relacionadas. En la Seguridad Social la participación social en el directorio del BPS ingresó en la constitución en el año 1967 pero se plasmó en la práctica hace 29 años, contribuyendo sustantivamente a mejorar la gestión y asegurar los derechos. En la educación la Ley General de Educación N°18.437 estableció un conjunto de principios y la estructura de un Sistema de Educación donde la participación de estudiantes, familias y docentes ocupa un lugar central (hoy modificado por la LUC).
- La tesis no se propone profundizar en cada uno de estos campos sino contextualizar las experiencias en la salud con otros campos donde la variedad de actores, espacios y luchas jugaron un rol significativo para su desarrollo. Avances, contradicciones, dificultades y desarrollos desiguales en estos campos ilustran la complejidad de los procesos de democratización institucional y social, considerados desde la participación activa de los actores sociales en las políticas públicas.
- Las técnicas utilizadas fueron la revisión documental de normas, pronunciamientos y análisis de las fuerzas sociales y entrevistas a las representaciones docentes en los Consejos Desconcentrados de Primaria y Secundaria, así como a referentes del Movimiento Familias por la Escuela Pública y representantes de los trabajadores y de los jubilados en el BPS.
- Conclusiones:
 - - Uruguay tiene fortalezas en cuanto a la movilización social que se expresaron en la lucha contra la dictadura, luego en los años 90 con las campañas contra las privatizaciones neoliberales, donde la creación de alianzas sociales y políticas, utilizó la democratización como estrategia de resistencia. Las consultas a la voluntad popular mediante plebiscitos lograron detener algunas privatizaciones .
 - - La unidad del movimiento obrero y estudiantil y la unidad de los sectores populares son valores acuñados por una experiencia de muchas décadas. Esa tradición de unidad de los sectores populares pesa en el imaginario colectivo, aunque su implementación en cada

campo tiene complejidades. Los movimientos sociales siempre han tenido propuestas programáticas y un accionar político, que procuró incidir en la escena política nacional. Las organizaciones sociales, en muchos casos, trascienden su carácter identitario para promover banderas y reclamos generales referidos a la población, es decir, desarrollan prácticas políticas y formas de acumulación junto con otros actores.

- - Existe una especificidad de cada campo y de cada sistema en la formación social uruguaya resultado de una historia donde diversos actores operaron, lucharon, promovieron cambios en las correlaciones de fuerza y en las estructuras sectoriales. Existen diferencias significativas y algunos fenómenos comunes, que ameritan nuevas investigaciones. No hay compartimentos estancos y los procesos sociales se entrelazan.
- - La participación social fue una impronta de las políticas públicas durante los gobiernos frenteamplistas tanto por razones relacionadas con vínculos históricos hacia los movimientos sociales involucrados, como por concepciones sobre las transformaciones a impulsar y razones situacionales de creación de coaliciones de apoyo a las reformas a implementar.
- - En el gobierno que asumió en marzo de 2020 la participación social fue considerada un problema, en algunos casos como la educación uno de los principales obstáculos y fue drásticamente reducida, eliminando la representación docente en los Consejos Desconcentrados a través de la LUC (Ley de Urgente Consideración). Esa norma será sometida a referéndum por la recolección de 800 mil firmas por parte de una alianza de movimientos sociales y partidos. En el campo de la salud dejaron de convocarse a los representantes sociales en los organismos del SNIS (ver Anexo XXI).
- **Temas a seguir investigando :**
- - Relaciones entre prácticas sociales y espacios de participación en las estructuras institucionales.
- - Formas de participación social en el aparato del Estado nacional, departamental o municipal. Semejanzas y diferencias.
- - Diferentes posicionamientos de los sindicatos en relación con la participación social comunitaria.
- - Transparencia y control ciudadano en el Estado.

OBJETIVO 6)

Aportar a una reflexión que vincule la participación social en las políticas públicas de salud con la democratización de la sociedad y el Estado, la

ampliación de las prácticas políticas, el ejercicio de derechos y los entrelazamientos de fuerzas en los procesos latinoamericanos en el siglo XXI.

Pregunta : ¿Cómo se relacionan los procesos de participación social en la salud con las luchas por una democratización de la sociedad y el Estado en los contextos nacionales y regionales?

- Las teorías de la democracia, de la democracia participativa, de la radicalización o reinención de la democracia, complementando la democracia representativa con otras formas de participación ciudadana y social, aportan las herramientas teóricas para este aspecto de la investigación. Es útil pensar su relación con las teorías de salud comunitaria y los pronunciamientos de Conferencias de OPS OMS desde Alma Ata.
- Hipotesis :
- - En un continente marcado históricamente por la concentración antidemocrática del poder, políticas represivas hacia el conflicto social y fuertes mecanismos de opresión de clase, étnicos y patriarcales, la lucha por la democratización de la sociedad y de los Estados es un eje central. Revertir la selectividad estratégica del Estado exige cambios en las correlaciones de fuerza y las relaciones de poder en muchos campos de la sociedad a través de procesos democratizadores. La participación social en salud se inserta en esos procesos que involucran tanto a la sociedad como al Estado. Uruguay forma parte de esa realidad regional.
- El universo a analizar son los mecanismos de concentración o distribución del poder en los países latinoamericanos y en Uruguay, así como las estrategias en pugna para modificar esas reglas de juego. Las técnicas utilizadas fueron revisión de la literatura referida a estos temas en Uruguay y en la región y participación en foros y conversatorios regionales sobre estas temáticas realizados por vía virtual durante 2020 y 2021 (eventos promovidos por CLACSO, FCS, ELAG, RIPECSM y otros).
- Conclusiones:
 - Los procesos progresistas latinoamericanos en el siglo XXI ampliaron los espacios democráticos para las grandes mayorías pero también presentaron debilidades y contradicciones que permitieron la persistencia de enclaves concentradores de poder reaccionario.
 - La crisis internacional de 2008, el nuevo predominio de concepciones neoliberales, los triunfos electorales de las derechas, la crisis sanitaria y social, sumados a las limitaciones de los cambios iniciales, detuvieron el descenso de la pobreza y pusieron en riesgo los

avances sociales obtenidos. La crisis actual puede terminar de arrasar con esos derechos y volver a situaciones muy graves de sufrimiento social.

- - Las luchas populares en todo el continente, con variantes según los países y las coyunturas, muestran un panorama de resistencias, que no se resigna a un agravamiento de las desigualdades y la pérdida de derechos, y en algunos casos abren escenarios nuevos.
- -Estudiar los procesos de participación en salud en esta tesis procura aportar a una reflexión mas general sobre la democratización social e institucional de nuestro país en el contexto regional.
- -La participación de usuarios, trabajadores y prestadores de salud en el SNIS genera una nueva forma de gobernanza, que amplía las bases de sustentación de las políticas, enriquece sus contenidos y fortalece las capacidades estatales para implementar cambios mayores (véase Bentancour y Busquets 2017).
- - La perspectiva de derechos aplicada a la salud, significa pensar en las dimensiones e instrumentos para su ejercicio pleno, a través de un rol activo de los protagonistas . Los gobernantes, los empresarios y los gestores deben ceder poder para que se escuche la voz de los usuarios.
- - La democratización de la salud y de la sociedad son procesos que entran en contradicción con contextos sociales y culturales de fragmentación (véase Giorgi 2009) y desigualdades significativas . La participación concebida en estas dimensiones no es un elemento a incorporar simplemente al sistema de salud sino que, desarrollado en profundidad, cambia sustantivamente sus dinámicas internas y su relación con el entramado social. En esas dimensiones confronta con el modelo hegemónico de salud y sus soportes técnicos, políticos e ideológicos.
- -¿Cómo salir de esta crisis y en qué dirección? Son preguntas que no tienen respuestas simples. Como en toda situación crítica hay mas de una alternativa de salida. Estamos ante una realidad nueva y esto requiere estrategias renovadas. Concebir a los movimientos sociales y las comunidades como protagonistas insoslayables de ese proceso, ampliando las dimensiones de la política, construyendo poder social y solidaridad, defendiendo derechos y promoviendo utopías , es uno de los rumbos posibles.
- -Investigar los fenómenos de la participación en las últimas décadas, caracterizar la situación actual en sus procesos contradictorios, es una forma de contribuir a una reflexión colectiva y un abanico de acciones transformadoras.
- **Temas a investigar más:**

- - Estado del arte en materia de participación social en salud en América Latina y el Caribe.
- - Características de los movimientos sociales existentes en la región
- - Formas de intercambios y aprendizajes entre las distintas experiencias de la región
- - Estrategias de salida ante la crisis actual
- - Ideas fuerza de una utopía de democratización radical de la sociedad y el Estado en la región y su relación con las luchas concretas de este período.
- Vínculos entre movimientos sociales y partidos progresistas. Coaliciones sociopolíticas o distanciamientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

.-Abad Miguélez, Begoña (2016). *Qualitative social research and ethical dilemmas: from empty ethics to situated ethics*. EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales. N.o 34, mayoagosto,2016, pp. 101-120. España.Universidad del País Vasco.

.-Abracinskas, Lilian.; López Gómez, Alejandra. (coord.) (2007) *El aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político y social 2001-2004*. MYSU. Montevideo.

.-Abracinskas, Lilian.; López Gomez, Alejandra. (2007) “El aborto en la agenda social: el involucramiento de la ciudadanía a favor del cambio legal” en Abracinskas, L.; López Gómez, A. (coord.) (2007) *El aborto en debate. Dilemas y desafíos del Uruguay democrático. Proceso político y social 2001-2004*. MYSU. Montevideo.

- .-Acemoglu, Daron y Robinson, James (2006). *Economic Origins of Dictatorship and Democracy*. New York. Cambridge University Press
- .- Acemoglu, Daron y Robinson, James (2008) . *The Rol of Institutiones in growth and development*. Washington, DC . The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank.
- .-ADASU Asociación de Asistentes Sociales de Uruguay (2001). *Código de Ética para la Profesión de Trabajo Social y/o Servicio Social en el Uruguay*. Disponible en: <https://www.adasu.org/prod/1/46/Código.de.Ética..pdf>
- .-Agamben, Giorgio (2020) *La invención de una pandemia*. Disponible en <https://ficcionalarazon.org/2020/02/27/giorgio-agamben-la-invencion-de-una-epidemia/> .
- .- Agar Corbinos, Lorenzo (2004). *La ética de la investigación en ciencias Sociales en el contexto de la globalización:De la investigación cuantitativa a la Cualitativa*.Acta Bioethica 2004; año X, N° 1.
- .- AIS Asociación Internacional de Sociólogos (2001). *Código de Ética*. Disponible en: <https://www.isa-sociology.org/es/sobre-isa/Código-etico-440>
- .-Almeida, John y Cordero, Allen ed. (2017) . *Movimientos sociales en América Latina. Perspectivas, tendencias y casos*. Bs A. Colección Democracias en Movimiento. CLACSO
- .- Althusser, Louis (1967). *La revolución teórica de Marx*. México: Siglo XXI.
- .- Ander-Egg, Ezequiel (2003). *Repensando la Investigación-Acción Participativa* . Buenos Aires. Grupo editorial Lumen Hvmanitas. Biblioteca de Trabajo Social.
- .-Anzalone,Pablo, (2016a). *Democratización de la política*. En *Dínamo*, La Diaria. http://ladiaria.com.uy/media/editions/20160613/la_diaria-20160613-dinamo_2.pdf
- .-Anzalone, Pablo (2016b) “Asambleas de Usuarios de la Salud: una realidad fermental y poco conocida”. El Diario Medico-diciembre 2016. disponible en : <https://cuadernosdeltaller.com/2016/12/13/asambleas-de-usuarios-de-saluduna-realidad-fermental-y-poco-conocida-por-pablo-anzalone/>
- .-Anzalone, Pablo (2016c) . *Pobreza, derechos y democracia*. Semanario Crónicas. Disponible en: <https://cuadernosdeltaller.com/2017/02/03/pobreza-derechos-y-democracia-por-pablo-anzalone/>
- .-Anzalone, Pablo. (2018 a) *La experiencia de la Red de Salud del Municipio G y los aportes de este tipo de redes al SNIS*. La Diaria. Disponible en : <https://salud.ladiaria.com.uy/articulo/2018/6/la-experiencia-de-la-red-de-salud-del-municipio-g-y-los-aportes-de-este-tipo-de-redes-al-snis/>
- .- Anzalone, Pablo (2018 b). *Investigación sobre participación social en el SNIS*. Disponible en : <http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2017/08/Investigacio%CC%81n-sobre-participacio%CC%81n-social-en-salud-versio%CC%81n-final.pdf>

.-Anzalone, Pablo (2018c). “Participación social en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay”. En *Las disputas por lo público en América Latina y el Caribe*. Hector Rene Mena Mendez et al. Buenos Aires.CLACSO; Washington: Transnational Institute of Latin America; Buenos Aires: IEALC- Instituto de Estudios de América Latina y el Caribe, 2018. Disponible en : http://209.177.156.169/libros/Las_disputas_por_lo_publico.pdf

.-Anzalone, Pablo (2020a) *Comunicación y salud*. EL DIARIO MEDICO setiembre 2020.

.-Anzalone, Pablo (2020b) *Primer Nivel de Atención: una discusión fermental de estrategias sanitarias*. EL DIARIO MEDICO Octubre 2020. Disponible en <https://cuadernosdeltaller.com/2020/10/21/primer-nivel-de-atención-una-discusion-fermental-de-estrategias-sanitarias/>

.-Anzalone, Pablo (2020 c) *¿Cómo afectó la pandemia a las prácticas colectivas ? La experiencia de la Red de Municipios y Comunidades Saludables*. La Diaria 9/11/2020.

.-Anzalone, Pablo (2020 d) *El año en que vivimos en peligro. Agravamiento de la pandemia y aprendizajes*. Semanario Crónicas nov 27 de 2020.

.-Anzalone, Pablo (2020 e) *Si el maíz crece desperejo alguna razón habrá. Desigualdades y salud*. EL DIARIO MEDICO N°237 diciembre 2020.

.-Anzalone,Pablo (2021a) *Cuatrocientas muertes en un año, cien en nueve días*. NUESTRA VOZ (ONAJPU) enero 2021.

.-Anzalone, Pablo (2021b) *Una nueva mirada sobre la pandemia*. EL DIARIO MEDICO N°238 enero 2021.

.-Anzalone, Pablo (2021c) *Fortalecer los vínculos sociales , una prioridad ante la pandemia*. NUESTRA VOZ (ONAJPU) marzo 2021.

.-Anzalone, Pablo (2021d) *Integralidad y descentralización en el abordaje de la pandemia* EL DIARIO MEDICO N°239 enero 2021.

.-Anzalone, Pablo (2021e) *Salud Mental en contextos de pandemia*. EL DIARIO MEDICO marzo 2021

.-Anzalone, Pablo (2021f) *Defender la vida ante todo* . Semanario Voces . 14 de abril 2021

.-Anzalone, Pablo (2021g) *Discapacidades : “nada sobre nosotras, sin nosotras”* EL DIARIO MEDICO abril 2021

.-Anzalone, Pablo (2021h) *Un momento especial de la pandemia*. NUESTRA VOZ N°166. ONAJPU. Abril 2021

.-Apple, Michael (1997). *Teoría Crítica y Educación*. Buenos Aires. Miño y Dávila Editores

.- Apple, Michael (2007). *Democratic Schools* .Portsmouth, NH : Heinemann

.-Arancibia, Mónica, Quintero, Sara (2010). *METAS EDUCATIVAS 2021 Participación social en educación: una construcción común* .Disponible en:

https://www.academia.edu/14495912/Participaci%C3%B3n_social_en_educaci%C3%B3n_una_construcci%C3%B3n_com%C3%B3n

.-Argimón Pallás, Josep (2004). “Ética e Investigación” en Argimón Pallás, Josep y Jimenez Villa, Josep, *Métodos de investigación clínica y epidemiológica* . España. Elsevier

- .-Arnstein, Sherry (1969). *Uma Escada de Participação Cidadã*. Journal of American Institute of Planners de 1969 . 35 (4): 216-224).
- .-Arocena, Rodrigo (2020) *Para transformar la sociedad : Izquierdas democratizadoras de inspiración Socialista* / Rodrigo Arocena. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires :CLACSO, 2020.
- .-Asociación Portuguesa de Sociología (2017). *Código Deontológico*. Disponible en: <https://aps.pt/pt/Código-deontologico/>
- .-Ateneos del SNIS. (2012). *La participación social en el SNIS: Opciones y debates*. Capítulo 6. Documento de síntesis disponible en : <http://usss.org.uy/wp-content/uploads/2012/12/relatoria-6-participacion-social-en-el-snis.pdf>.
- .-AUAS Asociación Uruguaya de Antropología Social y Cultural (2013). *Código de Ética* . Disponible en:<http://www.fhuce.edu.uy/index.php/ciencias-antropologicas/departamento-deantropologia-social/novedades/2972-Código-de-Ética>
- .-Avritzer, Leonardo y Ramos, Alfredo (2016). *Democracia, escala y participación. Reflexiones desde las instituciones participativas brasileñas*. Revista Internacional de Sociología 74(3):e040. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2016.74.3.040> .
- .- Bagattini, N. Dogmanas, D. Villalba,L. Bernardi, R.(2020) *Atención en salud mental y Covid 19*. Revista de Psiquiatría del Uruguay|Volumen 84 N° 2 Diciembre 2020|página 111
- .-Banco Mundial (2011) *Envejecimiento de la población: ¿está preparada América Latina?* Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Washington, DC USA
- .- Banco Mundial (2020) *Inclusión Social en Uruguay*. Washington, DC: Banco Mundial. Licencia: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO.
- .-Banco Mundial (2021) *Uruguay : Panorama general*. Disponible en : <https://www.bancomundial.org/es/country/uruguay/overview>
- .- Barcena, Alicia (2020).*Hora Cero: Nuestra región de cara a la pandemia*. CEPAL . Disponible en <https://www.cepal.org/es/articulos/2020-hora-cero-nuestra-region-cara-la-pandemia>
- .- Basile, Gonzalo. (2020a). *Coronavirus en América Latina y Caribe: entre la terapia de shock de la enfermería pública y la respuesta de la salud colectiva/salud internacional Sur Sur*. En IV Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO.
- .-Basile, Gonzalo. (2020b). *La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario*. Ediciones GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales), Mayo 2020.
- .-Basile, Gonzalo (2020c) *Enfermos de Desarrollo : los eslabones críticos del Sars – Cov - 2 para América Latina y el Caribe*. Revista sobre Acesso à Justiça e Direitos nas Américas. Brasília, v.4, n.3, ago./dez. 2020, ISSN 2526-6675 Disponible en : <https://periodicos.unb.br/index.php/abya/article/view/34390/28726>

- .-Batthyany (2020). *La pandemia evidencia y potencia la crisis de los cuidados. Pensar la Pandemia*. CLACSO.
- .- Bedat M.P., (2009). *Usuarios en la definición de políticas de Salud: el proceso del grupo promotor del movimiento de usuarios de salud del Cerro*. Tesis de grado en Trabajo Social. Montevideo. UR-FCS.
- .- Bentancour, Nicolás y Busquets, Jose Miguel (2017). *Capacidades estatales y cambio en las políticas públicas: el caso de Uruguay bajo los gobiernos del Frente Amplio (2005-2015)* . Brasil. Soc. e Cult., Goiânia, v. 20, n. 1, p. 127-146, jan./jun. 2017 .
- .-Bentancour, Nicolás y Busquets, José Miguel (2019). *La izquierda gobernante en Uruguay (2005-2015). Análisis de un experimento democrático participativo*. Latin American Perspectives. N° 224, vol. 46 (1), pp. 137-151, enero-febrero de 2019.
- .-Benza, Gabriela y Kessler, Gabriel (2020) *¿Impactará la crisis del Covid19 en la Agenda social de América Latina?* disponible en <https://nuso.org/articulo/impactara-la-tesis-de-covid-19-en-la-agenda-social-de-america-latina/>
- .-Bericat, Eduardo (2000). *La sociología de la emoción y la emoción en la sociología*. Papers. Revista de Sociología 62.
- .-Bericat, Eduardo (2016) . “Cultura y Sociedad” Capitulo 5 en *La sociedad desde la Sociología. Una introducción a la Sociología General*. Compiladores Iglesias, J.; Trinidad, A.; Soriano R.M. España. Ed. Tecnos.
- .-BID (2009) *América Latina frente a la desigualdad. Informe 1998-1999*, BID, Washington, DC.
- .- BID (2020) . *La crisis de la desigualdad: América Latina y el Caribe en la encrucijada* / editores, Matías Busso, Julián Messina. (Monografía del BID ; 837) Banco Interamericano de Desarrollo.
- .- Blanco, Rosa y Umayahara, Mami (2004) . *Participación de las familias en la educación infantil latinoamericana*. Santiago de Chile. UNESCO. Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- .-Bourdieu,Pierre, (1989). *O poder simbólico*.Lisboa. Difel.
- .-Bordoli, Eloisa (2015). *La construcción de la relación pedagógica en la escuela uruguaya. Sujetos, saber y gobierno de los niños*. Montevideo. FHCE-UDELAR, 2015.
- .-Breilh, Jaime,Granda,Edmundo (1980). *La Investigación de la Salud en la Sociedad*,CEAS, Quito.
- .- Breilh, J., & Tillería Muñoz, Y. (2009). *Aceleración global y despojo en Ecuador: el retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal*. Quito, EC: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador/AbyaYala.
- .-Breilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 31 : 13-27.

- .-Bringel, Breno, Falero, Alfredo, (2016). *Movimientos sociales, gobiernos progresistas y Estado en América Latina: transiciones, conflictos y mediaciones* . [Caderno CRH](#) vol.29 .no.spe3. Bahia.
- .- Briozzo, Lionel et al. (2021) *Impacto de las medidas de mitigación de la pandemia de covid-19 en los resultados perinatales de la maternidad de referencia en Uruguay* . Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.
- .- Brisolara, S. (1998). *The history of participatory evaluation and current debates in the field*. *New Directions for Evaluation*, 80, 25-41.
- .- Brugué, Quim (2011). *Recuperando la política desde la deliberación*. Revista Internacional de Organizaciones, nº 7, diciembre 2011, 157–174 . <http://www.revista-rio.org>
- .-Cabrera, Adriana (2021) *Violencia digital y pandemia*. <https://cuadernosdeltaller.com/2021/04/22/violencia-digital-y-pandemia-por-adriana-cabrera-esteve/>
- .- Canales Sánchez, Alejandro (2006). *La participación social en educación: un dilema por resolver*. México. Revista Perfiles Educativos 113 pag 62-80. Disponible en :<http://www.iisue.unam.mx/perfiles/numeros/2006/113>.
- .-Carmona-Moreno,Luz (2017). *Concepción de la participación social en salud: propuesta de resignificación*. Revista Ciencias de la Salud, vol. 15, no. 3, 2017. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6127> .
- .-Castells,Manuel (2009) *El poder en la sociedad en red*. España . Alianza Editorial.
- .-Castells, Manuel (2020) *La crisis de la democracia liberal* . Conferencia dictada en el Curso Estado Gobierno Democracia. CLACSO. Disponible en <https://youtu.be/2711V6kLVGM>
- .-Castro, Roberto, (2011). *Teoría Social y Salud*. México. Lugar Editorial.
- .-Castro, Roberto y Erviti, Joaquina (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Mexico. UNAM .
- .-Celedón, Carmen y Noé, M. (2000).*Reformas del sector de la salud y participación social*. In: Revista Panamericana de Salud Pública. . Disponible en: <http://eurosocialsalud.eu/files/docs/00600.pdf>
- .-Cerletti, Laura (2012). “Familias” y “participación”: un análisis comparativo de la Ley 1.420, la Ley Federal de Educación y la Ley de Educación Nacional. Buenos Aires. Propuesta Educativa número 37. Jun 2012. Vol 1. pag 69-77.
- .-Cervia, Silvia (2018) .*Citizen Engagement and the Challenge of Democratizing Health: An Italian Case Study*. Revista Crítica de Ciencias Sociales, 117, diciembre 2018: 145-166. Portugal. Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra .
- .-CIMF (2021) Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar . Disponible en : <http://cimfwonca.org/>.
- .- CLACSO 3 diciembre 2020 Foro de intercambios entre China y A.Latina.

- .-Clavel Elena y Rodríguez Martín (2011). “La participación social en el Sistema Nacional Integrado de Salud: opciones y debates”. En *Transformar el futuro Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud* . Montevideo. MSP.
- .-Cores, Hugo (1997) *El 68 uruguayo. Los antecedentes, los hechos, los debates*. Montevideo . Ediciones de la Banda Oriental.
- .- Cristóforo, Adriana, Martinis, Pablo, Viscardi, Nilia (2015). *Derecho a la educación y mandato de obligatoriedad en la Enseñanza Media. La igualdad en cuestión*. Montevideo. Llamado del Fondo Universitario para contribuir a la comprensión pública de temas de interés general – 2015 CSIC.
- .-Contreras, Rodrigo. (2002). “La Investigación Acción Participativa (IAP) : revisando sus metodologías y sus potencialidades”. En Durston, John y Miranda Francisca Comp. (2002) *Experiencias y metodología de la investigación participativa* .Santiago de Chile. CEPAL
- .-Coraggio, José Luis (2004).“Las políticas públicas participativas: ¿obstáculo o requisito para el Desarrollo Local?”, en Inés González Bombal (comp.) *Fortaleciendo la relación Estado-Sociedad Civil para el Desarrollo Local*, CENOC.
- .- Crutchfield, Robert y Pettinicchio, David (2009) *Cultures of Inequality Ethnicity, Immigration, Social Welfare, and Imprisonment*. Annals of The American Academy of Political and Social Science.
- .- Dahl, Robert (1989). *Democracy and Its Critics* . New Haven. Yale University Press
- .-De Alba, A. (1995). “Sujeto político, sujeto educativo: claves a partir de dos conjunciones” en: De Alba, A. (coord.) *El fantasma de la teoría. Articulaciones conceptuales y analíticas para el estudio de la educación*. Ciudad de México: Plaza y Valdez.
- .-De Ferranti, David; Perry, Guillermo E., Ferreira, Francisco y Walton, Michael (2004) *Inequality in Latin America. Breaking with History?*, Banco Mundial ,Washington, DC.
- .-De Francesco, Ricardo y Mansueto Clara (2020). *Latinoamérica y el Caribe en tiempos de pandemia. Análisis de las medidas implementadas por los gobiernos y su impacto en la organización espacial* 2º informe
- .-Della Porta, Donatella y Keating, Michel (2013). *Enfoques y metodologías de las ciencias sociales. Una perspectiva pluralista*. Madrid . España. Akal.
- .-Denman, Carolina y Haro, Jesús (2002). “Trayectoria y desvaríos de los métodos cualitativos” en Mercado, Francisco, Gastaldo, Denise y Calderón Carlos, Compiladores . *Paradigmas y diseños del investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana..* México. Universidad de Guadalajara, Universidad de Nuevo León, Servicio Vasco de Salud Osakidetx, Asociación Médica de Jalisco, Instituto jalisciense de Cancerología.
- .-Denzin, Norman y Lincoln, Yvonna, (2000). “Introduction: The discipline and practice or Qualitative Research” en Denzin y Lincoln eds *Handbook of Qualitative Research* Thousand Oaks, California, Sage.

.-De Rosa, Mauricio. (2017). *En Uruguay la mitad de la población no posee riqueza*. La Diaria <https://ladiaria.com.uy/articulo/2017/1/en-uruguay-la-mitad-de-la-poblacion-no-posee-riqueza/>

.-De Rosa, Mauricio (2020) . Exposición en Curso de Animadores de Redes Comunitarias. Red MCS.

.-De Sierra, Gerónimo. org (2017). *Los progresismos en la encrucijada. Argentina. Bolivia. Brasil. Uruguay. Venezuela*. Montevideo. Dpto de Sociología Fac. De Ciencias Sociales UDELAR.

.- De Souza, Cecilia (2010). *Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa*. Salud Colectiva, vol. 6, núm. 3, septiembre-diciembre, 2010, pp. 251-261 Buenos Aires, Argentina. Universidad Nacional de Lanús

.-Domínguez, Miguel (2019). *El cuarto encuentro de la Red de Educación Transformadora sentó las bases para una instancia regional*. Uruguay. La diaria. Disponible en : <https://educacion.ladiaria.com.uy/articulo/2019/9/el-cuarto-encuentro-de-la-red-de-educacion-transformadora-sento-las-bases-para-una-instancia-regional/>

.-Durston John y Miranda Francisca (2002). *Experiencias y metodología de la investigación participativa*. Santiago de Chile.CEPAL . ECLAC.

.-Espinosa de Restrepo, Helena (2001). *Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud*. Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 19, núm. 1, enero-junio, 2001Universidad de Antioquia.Disponible en : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12019104>

.- FA, Frente Amplio (2003). *V Congreso Extraordinario Héctor Rodríguez . Lineamientos programáticos*. Disponible en: <http://www.frenteamplio.org.uy/files/Programa%20VC.pdf>

.- FA, Frente Amplio (2004). *Plan de Gobierno en Salud*. Unidad Temática de Salud, Frente Amplio. 2004. Montevideo.

.-Falero Alfredo (2008). “Las batallas por la subjetividad. Luchas sociales y construcción de derechos en Uruguay. Una aproximación desde la teoría sociológica”. En Falero, A., Sans I., Viera, E. 2015. *Movimientos y organizaciones sociales en la Investigación de la UDELAR. Sistematización de trabajos realizados en los últimos 10 años*. Udelar. Montevideo.

.-Falabella Gonzalo (2002). “ Investigación participativa: nacimiento y relevancia de un nuevo encuentro ciencia sociedad”. En Durston John y Miranda Francisca compiladores *Experiencias y metodología de la investigación participativa*. Chile .CEPAL . ECLAC..

.-Familias Organizadas de la escuela pública (2019). Artículos de Prensa . Disponible en : <https://educacion.ladiaria.com.uy/articulo/2019/5/conformaron-un-colectivo-de-familias-organizadas-de-la-escuela-publica/>. Disponible en : <https://educacion.ladiaria.com.uy/articulo/2019/7/colectivo-familias-organizadas-de-la-escuela-publica-se-reunio-con-ministra-y-autoridades-de-primaria/>

.- FAO (2020) Informe *Cómo evitar que la crisis del COVID-19 se transforme en una crisis alimentaria*.16 de junio de 2020

- .-Facultad de Ciencias Sociales FCS (2020) “Significaciones en disputa sobre la crisis. Aportes desde la Teoría Social” en el ciclo *Pensar la pandemia- repensar la sociedad*. 2020 Facultad de Ciencias Sociales . UDELAR . Disponible en : <https://cienciassociales.edu.uy/noticias/pensar-la-pandemia-repensar-la-sociedad/>
- .-Fernández da Silva Silvio. (2001). *Municipalización da Saude e poder local. Sujetos, atores e políticas*. Sao Paulo. Ed. Hucitec.
- .- Fernández Galeano Miguel. (2009). “ Reforma y participación: una prioridad para la agenda de las políticas públicas en salud” . En Rudolf, S., Bagnato M.J., Guida C., Rodriguez A.C., Ramos F., Suarez Z, Arias M.A. *Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud. Una mirada desde la Psicología*. Montevideo. Editorial Fin de Siglo.
- .- Fernández Galeano Miguel. (2021a). *La necesidad de promover un dialogo por la vida*. EL DIARIO MEDICO abril 2021
- .- Fernández Galeano Miguel. (2021b). *El dramático fracaso de “blindar abril”* . El Popular 27 abril 2021. Disponible en : <https://elpopular.uy/el-dramatico-fracaso-de-blindar-abril/>.
- .- Fernández Galeano, Miguel. (2021c) *Informe Covid 19 Semana 59* . Montevideo . 2 de mayo.
- .-Flor, J. L. de la. (2018). *La seguridad sanitaria global a debate. Lecciones críticas aprendidas de la 24.º EVE*. Journal of International Relations, (13), 49-62.
- .-Foro Social Mundial 2021. Disponible en : <https://wsf2021.net/>; <https://www.economiasolidaria.org/actividades/foro-social-mundial-2021/>; <https://join.wsf2021.net/?q=es/activities/5549>; <https://www.pressenza.com/es/2021/01/fsm-2021-conversatorio-construyendo-la-soberania-digital-de-los-pueblos-en-america-latina-y-el-caribe/>.
- .- Foucault, Michel (2004). *El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Argentina. Siglo XXI editores.
- .-Francés García F., Alaminos A., Penalva C., Santacreu O. (2015). *La investigación participativa: métodos y técnicas*. Ecuador. Pydlos Ediciones.
- .-Franco, R. Hopenhayn, M. y Leon, A. (2011) *Crece y cambia la clase media en América Latina: una puesta al día*. Rev. CEPAL 103 Santiago de Chile.
- .-Freire, Paulo (1979). *Conscientización. Uma introducao ao pensamento de Paulo Freire*. Sao Paulo. Cortez & Moraes.
- .-Freire, Paulo (1980). *Pedagogía del Oprimido*. Ed. Siglo Veintiuno Editores. Colombia.
- .-Freire, Paulo(1990). *La naturaleza política de la educación, cultura, poder y liberación*. Ed. Paidós. Barcelona-Buenos Aires-Mexico. Ministerio de Educación y Ciencia.
- .- Frente Social de la Salud (2017) . *Aspectos programáticos a incluir en un debate sobre el proceso del SNIS en Uruguay* . Disponible :https://www.academia.edu/37540089/Anexos_Tesis_de_Maestr%C3%ADa_sobre_Participaci%C3%B3n_Social_en_el_SNIS_de_Pablo_Anzalone

- .- Fuentes, Guillermo (2010). *El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del frente amplio y las condiciones que la hicieron posible* . Montevideo. Revista Uruguaya de Ciencia Política - Vol. 19 N°1 - ICP . Disponible en : <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rucp/v19n1/v19n1a05.pdf>
- .-Fuentes, Guillermo,(2015). “Actores, intereses y alianzas de cara a la segunda etapa de implementación del SNIS: cambio institucional gradual y posibles escenarios y orientaciones de cambio”. En *Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay*. OPS-OMS-UDELAR.
- .-FUS . Federación Uruguaya de la Salud (2015). Martínez, Ignacio. *1965-2015 Federación Uruguaya de la Salud. Cinco Décadas de lucha*. Montevideo.Editorial Primero de Mayo.Pp 165-178
- .-FUS Federación Uruguaya de la Salud (2016). *10 Problemas y 10 Propuestas para la Salud*. Material aprobado por el IFS FUS sobre los nudos críticos del SNIS.
- .-FUS (2017) . *Documentos presentados en el Dialogo Nacional A 10 años de inicio del SNIS*. Disponible en: https://www.academia.edu/37540089/Anexos_Tesis_de_Maestr_%C3%ADa_sobre_Participaci%C3%B3n_Social_en_el_SNIS_de_Pablo_Anzalone
- .- Garaway, G. B. (1995). *Participatory evaluation. Studies in Educational Evaluation*, 21(1), 85-102.
- .-García Lineras, Alvaro. (2016). “¿ Fin de ciclo progresista o proceso por oleadas revolucionarias ?” En Sader, Emir, García Lineras, Alvaro; Forster, Ricardo et. al. *Las vías abiertas de América Latina*; Buenos Aires. Ed. Octubre.
- .-Garza, J, Arvizu, L. (2012). *Hacia una salud: propuesta en el marco de la administración pública federal en México*. Primera Ed. Ed Yire.
- .-Garzón Valdés, Ernesto, (1991). *El terrorismo de Estado. El problema de su legitimación e ilegitimidad*. Dianoia 37. 89-118.
- .-Gastaldo, Denisse. (2015). *Elements for writing up a qualitative methodology chapter in a doctoral dissertation*. www.ccqhr.utoronto.ca/teaching/teaching-resources
- .-Gimenez, Luis (2020) “Uruguay en el enfrentamiento a la pandemia de covid-19” en *La psicología de la salud en el enfrentamiento a la Covid-19 en América Latina* capítulo x, p 348
- .- Giorgi, Victor. (2009) “Presentación” en Rudolf, S. et al. *Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud. Una mirada desde la Psicología* (Montevideo: Fin de Siglo).
- .-Giroux, Henry, Penna, Anthony (1979). *Social Education in the Classroom: The Dynamics of the Hidden Curriculum*. Journal [Theory & research in social education](#) volume 7, 1979
- .-Giroux, Henry (2004). *Teoría y resistencia en educación*. México. Ed. Siglo XXI
- .-Gohn,Maria da Glória (1997). *Teoria dos movimentos sociais. Paradigmas clássicos e contemporaneos*. São Paulo. Edições Loyola

- .-Gohn, Maria da Glória. (2016). *Gestao Publica e os Conselhos: revisitando a participacao na esfera institucional*. Brasil. Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas V.10 N.3 2016 ISSN: 1984-1639 .
- .-Gomez, Verónica y Royo, Paulina (2012). *Etica cívica: integrando la experiencia vivida*. Calidad en la educación nº 37, diciembre 2012. pp. 205-221
- .-Goren, Nora; Ferrón, Guillermo . Comp. (2020) *Desigualdades en el marco de la pandemia. Reflexiones y desafios*. EDUNPAZ. Disponible en <https://www.clacso.org/desigualdades-en-el-marco-de-la-pandemia-ii/>
- .-Graña, Francois (2021) *Pandemia, distanciamiento social y miedo al contagio* La Diaria 3 febrero 2021
- .-Granda, Edmundo. (2004). *A qué llamamos salud colectiva, hoy*. Revista Cubana de Salud Pública, 30(2) Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&tlng=es.
- .-Habermas, Jurgen (1999). *Teoría de la Acción Comunicativa II*. España. Taurus.
- .-Herrero, Yayo (2019) Conferencia en el Curso Estado Democracia Sociedad. CLACSO.
- Hochschild, Arlie R (1975) .“The Sociology of Feeling and Emotion: Selected Possibilities” en Millman, M; Kanter, R.M (ed) *Another Voice. Feminist Perspectives on Social Life and Social Science*. Nueva York. Anchor Books.
- .-Huenchuan, Sandra (2018) *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos* . CEPAL . Naciones Unidas.
- .-INTERHEART (2008) *Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries*. Disponible en <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/1785>
- .-ISAGS /UNASUR (2018) *Mecanismos de Participación Social en Salud en Suramérica* Disponible en : <http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/12/participacion-social-en-salud-final-esp-1.pdf>
- .-Jasper, James (2011). *Emotions and Social Movements. Twenty years of theory and research*. Annual Review of Sociology 37.
- .-Jessop, Bob. (1999). *The strategic selectivity of the state: reflections on a theme of Poulantzas*, Journal of the Hellenic Diaspora, N° 25 (1-2), 1-37. Disponible en: <https://bobjessop.wordpress.com/2014/06/16/the-strategic-selectivityof-the-state-reflections-on-a-theme-of-poulantzas/>
- .-Jessop, Bob (2017) . *El Estado. Pasado, presente y futuro*. Madrid. Catarata.
- .-Johnson Nicki., Lopez Gomez Alejandra., Schenck Marcela.,(2011). “La sociedad civil ante la despenalización del aborto”. En : Johnson N., Lopez Gomez A.,Arribeltz G., Sapriza G, Castro A.

2011 . *(Des)Penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos, abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja*. Montevideo: UR-CSIC .

.-Jubín, Marcela. (2020) Exposición en Taller Abierto *La Salud Mental en tiempos de Coronavirus*. 23 de abril 2020. Red de Municipios y Comunidades Saludables. Disponible en : <https://www.youtube.com/watch?v=hRDX1rjHyfU>

.- Kaltmeier, Olaf (2020) *Horizontalidad : hacia una crítica de la metodología* / Inés Cornejo... [et al.] ; editado por Mario Rufer ; Inés Cornejo. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO ; México : Centro de Estudios Latinoamericanos Avanzados -CALAS, 2020.

.-Katzman , R y Retamoso , A. (2005) *Segregación espacial, empleo y pobreza en Montevideo* . Rev. CEPAL, No. 85. Santiago Chile

.- Kemper, Theodore (1978). *A social Interactional Theory of Emotions*. N.York. John Willey-Sons.

.-Kemper, Theodore (1981). *Social Constructionist and Positivist Approaches to the Sociology of Emotions*. American Journal of Sociology, 87 .

.-Laclau,Ernesto y Mouffe,Chantal, (1987). *Hegemonía y estrategia socialista:hacia una radicalización de la democracia*. Madrid. SigloXXI.

.-Laurell, Asa Cristina (1975). *Medicina y capitalismo en México*. Cuadernos Políticos 5.

.-Laurell, Asa Cristina.(1981). *La salud-enfermedad como proceso social*. Revista Lat. de Salud .

.-Laurell, Asa Cristina (1986). *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*. Cuadernos Médico Sociales nº 37 - septiembre de 1986. Disponible en: <http://www.amr.org.ar/amr/wp-content/uploads/2015/10/n37a138.pdf>.

.-Levin, Rodolfo (2020) . *La investigación acción participativa (IAP) en tiempos de pandemia. Un proyecto y sus emergentes*. Ponencia en III Jornadas de Extensión e Integralidad . Facultad de Medicina.

.-Lynch, Nicolás (2020) *Para una crítica de la democracia en América Latina* / Nicolás Lynch. - 1.a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2020.

.- Lisidini, Alicia (2015) “Democracia directa en América Latina: avances, contradicciones y desafíos”. en *Democracia participativa e izquierdas*. Coord. Minnaert,Anja , Endara, Gustavo. Ed. Andrea Carrillo. Quito . Ecuador- pp121.

.- Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, D’Ambruso L, Shroff Z (2014) *Investigación-acción participativa en sistemas de salud: Una guía de métodos*, TARSC, AHPSR, WHO, IDRC Canada, EQUINET, Harare

.-López Gómez, Alejandra (2014) “Aborto legal en Uruguay. El largo proceso para garantizar el acceso a la salud y los derechos reproductivos de las mujeres” en *Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa*. Organización: Suzana Cavenaghi, Wanda Cabella. Río de Janeiro: ALAP, 2014.

.-Maciel, Lía (2020) *Eventos Críticos. Abordaje bio-psico-social en el primer nivel de atención de Montevideo* Revista de Salud Pública, Edición Especial Noviembre 2020. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/issue/view/2190>

.-Mallo, Susana (2013) *Democracia, ciudadanía y participación: nuevos sujetos sociales*. SERIE PONENCIAS DEL TALLER PT 01/10 Mayo 2010 Grupo Interdisciplinario “Estado, Sociedad y Economía” en los siglos XX y XXI (GIESE 2021) de la Universidad de la República.

.-Marchesi, Álvaro (2009) *Las Metas Educativas 2021. Un proyecto iberoamericano para transformar la educación en la década de los bicentenarios*. Buenos Aires, Argentina. Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad - CTS, vol. 4, núm. 12, abril, 2009, pp. 87- 157 Centro de Estudios sobre Ciencia, Desarrollo y Educación Superior .

.-Martinis, Pablo (2006). “Educación, pobreza e igualdad: del “niño carente” al “sujeto de la educación” en Martinis, Pablo y Redondo, Patricia (comps.) *Igualdad y educación escrituras (entre) dos orillas*, Buenos Aires. Del estante editorial

.- Martinis, Pablo (2016). “Sujeto de la educación y discurso pedagógico (social). O acerca de la no continuidad entre sujetos sociales y sujetos educativos” en *Pedagogía Social y Educación Social, Reflexiones sobre las prácticas educativas en Brasil y Uruguay*. Montevideo. Unidad de Medios Técnicos, Ediciones y Comunicación (umtec), FHCE-UDELAR.

.-Martinis, Pablo., Míguez, María Noel, Viscardi, Nilia., Cristóforo, A. (2017). *Derecho a la educación y mandato de obligatoriedad en la Enseñanza Media. La igualdad en cuestión*. Colección Art. 2. CSIC. Udelar: Montevideo

.-Menéndez, Eduardo Luis.(1995). *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social* en Dimensión Antropológica, vol. 5, septiembrediciembre, 1995, pp. 7-37. Disponible en: <http://www.dimensionantropologica.inah.gob.mx/?p=1499> .

.-MIDES (2015) *Pobreza, inclusión social y desigualdad en Uruguay. Avances y desafíos pendientes*. Dirección Nacional y Monitoreo. Montevideo. Uruguay. MIDES.

.- Moller, Sebastián ; Ugarte , Javier *Participación en salud: Análisis de interfaz socioestatal y obstáculos para la colaboración entre los distintos actores de la salud en Chile* . Cuadernos de Medicina Social (Chile) 2018, 58: 37-45

.-Monedero, Juan Carlos (2019). “Selectividad estratégica del Estado y el cambio de ciclo en América Latina” en Ouviaña, Hernán y Thwaites Rey, Mabel (Compiladores) *Estados en disputa . Auge y fractura del ciclo de impugnación al neoliberalismo en América Latina*, . Buenos Aires . Clasco-IEALC y otras.

.-Moreira, Constanza, (2016). “La porfiada voluntad de un proyecto: la izquierda uruguaya en la encrucijada latinoamericana”. En Sader, Emir, García Linera, Alvaro; Forster, Ricardo et. al. *Las vías abiertas de América Latina*; Buenos Aires. Ed. Octubre.

.-Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud (2016). *Formar en Participación*.

Disponible en : https://www.academia.edu/37540089/Anexos_Tesis_de_Maestr%C3%ADa_sobre_Participaci%C3%B3n_Social_en_el_SNIS_de_Pablo_Anzalone

.-MSP-OPS (1997) *Municipios y Comunidades Saludables en Uruguay. Una estrategia integradora*. Montevideo. MSP.

.-MSP -DIGESA (2006) *Hacia una política pública de promoción de la salud basada en Comunidades Productivas y Saludables*. Marzo 2006 . Montevideo.

.-MSP (2006) *Inequidades del sistema de salud uruguayo*. División Economía de la Salud. Ministerio de Salud Pública. Montevideo, Uruguay. 2006.

.-MSP. (2009). *Dossier nacional: intercambio sobre “participación social y ciudadana en salud”* . Montevideo. Disponible en: https://www.academia.edu/38524511/Dossier_Uruguay_2009_Participaci%C3%B3n_social_en_salud.doc

.-MSP (2018). *A 10 años de iniciada la Reforma Sanitaria. Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud. Jornadas de Intercambio*. Ministerio de Salud Pública. Uruguay

.-Netto, Clara (2003) *Presentando Redes Sociales*. En URB-AL (2003). *La salud de todos. Desde el proyecto a la acción. La experiencia de Montevideo*. Montevideo. Unión Europea. Intendencia Montevideo. Instituto del Hombre. Red N°5 Programa URB-AL.

.-MTSS (2019) *Resultados de los Consejos de Salarios en Uruguay. 2005-2019*

.-Naciones Unidas NU (2020) *La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental* . Naciones Unidas. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_spanish.pdf

.-O’ Donnell, Guillermo (1997) *Contrapuntos: ensayos escogidos sobre autoritarismo y democratización*. Buenos Aires. Ed. Paidós.

.-Olesker, Daniel (2021) *400 días de pandemia. La estrategia sanitaria, económica y social ha fracasado*. Disponible en : <https://ps.org.uy/400-dias-de-pandemia-la-estrategia-sanitaria-economica-y-social-ha-fracasado/>

.-Organización de Usuarios del Cerro (1993). *Para que el Cerro Sonría*. https://www.youtube.com/watch?v=AUoP7g8m_v0

.- Organización de Usuarios del Cerro (2017) *Líneas de acción para la promoción de salud en el zonal 17*. Disponible en : https://www.academia.edu/37540089/Anexos_Tesis_de_Maestr%C3%ADa_sobre_Participaci%C3%B3n_Social_en_el_SNIS_de_Pablo_Anzalone

.-OPS. (1988). *Estrategias de participación social en los sistemas locales de salud: estudios de factibilidad*. Washington D.C, (Serie Desarrollo de Servicios de Salud; No. 64).

.- OPS (1990). *La Participación Social*. HSD/SILOS3 (Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud). Disponible en: <http://www.bvsops.org.uy/cgi-bin/wxis1660.exe/lildbi/iah/>

.-OPS (1994) . *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, 1994.

.- OPS-MSP-SUSAC- MPS .(2012) .*ATENEOS DEL SNIS Ciclo de Encuentros sobre la Reforma de Salud del Uruguay .Capítulo 6 La participación social en el SNIS: Opciones y debates*.

Documento de Síntesis. 13 de Noviembre de 2012 . Disponible

en :<http://uss.org.uy/wp-content/uploads/2012/12/Relatoria-6-Participacion-social-en-el-SNIS.pdf>

.-OPS (2015) *Informe Perfil País. Uruguay 2015*. Disponible en :

https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=520-libro-perfil-del-sistema-de-salud-2015&category_slug=publications&Itemid=307

.-OPS (2018) *Uruguay: Aportes para la construcción de una estrategia regional de Promoción de la Salud* . Disponible en :

https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1336:aportes-de-uruguay-para-la-construccion-de-una-estrategia-regional-de-promocion-de-la-salud-de-ops&Itemid=451

.-OPS-OPP-UNFPA (2020) *Una mirada a la salud de los uruguayos y uruguayas en el largo plazo*. Disponible en :

https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1506:publicacion-una-mirada-a-la-salud-de-los-uruguayos-y-las-uruguayas-en-el-largo-plazo&Itemid=451

.-OPS (2019 a) *Década del envejecimiento saludable 2020-2030*. Disponible en :

https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4#:~:text=Al%20t%C3%A9rmino%20del%20Decenio%20del,2.

.-OPS (2019B)*Cuidados de largo plazo: el desafío para las Américas*. Disponible en

:https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15486:countries-of-the-americas-face-challenges-and-opportunities-with-aging-populations&Itemid=72565&lang=es

.-Ouviaña, Hernán (2020) *Rosa Luxemburgo y la reinención de la política . Una lectura desde América Latina*. Editoriales La Fogata, El Colectivo, Bajo tierra, Quimantú.

.-Padrón, Alvaro (2020). *Intersocial en Uruguay. Un parto no esperado*. Disponible en :

<https://www.fes.de/es/referat-lateinamerika-und-karibik/artikelseite-lateinamerika-und-karibik-spanisch/intersocial-en-uruguay-un-parto-no-esperado>. 29 julio 2020.

.-Paim, J. S., & Almeida Filho, N. M. D. (1999). *La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica*.

.- Panizza, Francisco (2009). “Nuevas izquierdas y América Latina”. En *Los retos de América Latina en un mundo en cambio*. España. Revista CIDOB d’Afers Internacionals,núm. 85-86,p.75-88

.-Perales, Felipe de Jesus y Escobedo, María. (2016). *La participación social en la educación: entre propuestas innovadoras y tradición educativa*. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 18(1), 69-81. Disponible en <http://redie.uabc.mx/redie/article/view/738>

.-Pérez Sáinz, Juan Pablo (2009) *Una mirada desde las desigualdades* . Nueva Sociedad NUSO N° 221 / MAYO - JUNIO 2009 .<https://nuso.org/articulo/una-mirada-desde-las-desigualdades/>

.-Pineda López, Raul, et.al Editores.(2020) *Análisis y perspectivas sobre la pandemia, de covid-19 en Querétaro*. . México . Universidad Autónoma de Querétaro.

.- Pinheiro de Queiroz, Ronaldo (2011). *A esfera pública como elemento central da democracia deliberativa*. Natal .Brasil . FIDES: Revista de Filosofia do Direito, do Estado e da Sociedade,ISSN-e 2177-1383,Vol. 2, N°. 2, 2011,págs.23-40

.-Piketty, Thomas. (2015). *El capital en el siglo XXI*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica

.-Piketty, Thomas. (2019) *Capital e Ideología*. España. Ed Paidos .

.-Portes et al (2005) *Ciudades latinoamericanas: Un análisis comparativo en el umbral del nuevo siglo*. Ed.Prometeo Bs. As.

.-Poulantzas, Nicos (1969). *Poder Político y Clases Sociales en el Estado Capitalista*. España. SigloXXI.

.-Poulantzas, Nicos (1974).*Fascismo y dictadura: la tercera internacional y el problema del fascismo*. España. Siglo XXI.

.- Poulantzas, Nicos (1976). *La crisis de las dictaduras: Portugal, Grecia, España*. Mexico. Siglo XXI..

.- Poulantzas, Nicos (1977) *Las clases sociales en el capitalismo actual*. España . Siglo XXI

.-Puiggrós, Adriana (1990). *Sujetos, disciplina y curriculum en los orígenes del sistema educativo argentino. Historia de la Educación Argentina I* . Buenos Aires. Galerna.

.-Puiggrós, Adriana, Carli, Sandra (1991). *Sociedad civil y Estado en los orígenes del sistema educativo argentino. Historia de la Educación Argentina II*, Buenos Aires, Galerna.

.-Przeworski, Adam (2015). Entrevista en Radiomundo Uruguay. Disponible en <https://www.enperspectiva.net/tag/adam-przeworski/>

.-Red MCS Red de Municipios y Comunidades Saludables .
:https://www.youtube.com/channel/UC0jE-fNJH-sQ1_8OiCMWcBw/featured .

.-Rivoir, Ana Laura (2003) “Redes sociales y gestión local. Políticas sociales con participación social”. En URB-AL (2003). La salud de todos. Desde el proyecto a la acción. La experiencia de Montevideo.Montevideo. Unión Europea. Intendencia Montevideo. Instituto del Hombre. Red N°5 Programa URB-AL.

.-Rodríguez, Allyson (2020)(2020) Exposición en Taller Abierto *La Salud Mental en tiempos de Coronavirus*. 23 de abril 2020. Red de Municipios y Comunidades Saludables. Disponible en : <https://www.youtube.com/watch?v=hRDX1rjHyfU>

.-Rodriguez Araújo, Martín, (2011). *Democratización de la gestión pública en el gobierno del Frente Amplio. El caso de la participación social en la Reforma del Sector Salud* . Monografía final de la Licenciatura en Ciencia Política.Facultad de Ciencias Sociales. UDELAR.

.-Rosanvallon, Pierre (2017). *La democracia del siglo XXI*. Nueva Sociedad N°269 mayo-junio 2017. Disponible en : <http://nuso.org/articulo/la-democracia-del-siglo-xxi/>

- .-Rudolf, Susana, Bagnato, María José, Güida, Carlos , Rodríguez, Ana Carina.(2007). *Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud en el sistema de salud. Una mirada desde la Psicología*. UDELAR Facultad de Psicología (Área de Salud) Montevideo. Ed Fin de Siglo.
- .- Sader, Emir (2016). “Brasil: de Lula al golpe blanco”. En Sader, Emir, García Linera, Alvaro; Forster, Ricardo et. al *Las vías abiertas de América Latina*; Buenos Aires. Ed. Octubre.
- .-Sachweh, Patrick (2012) *The moral economy of inequality: Popular views on income differentiation, poverty and wealth*. Socio-Economic Review 10: 419-445.
- .-Sader, Emir, García Linera, Alvaro; Forster, Ricardo et. Al (2016) *Las vías abiertas de América Latina*; Buenos Aires. Ed. Octubre.
- .-Salgado, Ana (2007). *Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos*. Universidad de SanMartín de Porres. Disponible en : <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a09v13n13.pdf>
- .- Sanabria, Giselda (2000). *Participación Comunitaria*. Material docente para el Curso pre-congreso II Taller de Promoción y Educación para la salud del escolar. Cuba. IPLAC.
- .-Sanabria, Giselda (2004). *Participación social en el campo de la salud*. Cuba.Rev Cubana Salud Pública 2004;30(3) .
- .-Santos, Boaventura de Souza y Avritzer, Leonardo (2002). “Para ampliar el canon democrático. Una introducción” en Souza Santos, Boaventura *Democratizar la Democracia. Los caminos de la democracia participativa*. Río de Janeiro. Civilizacao brasileira. Disponible en : <Http://www.scribd.com/doc/47374091/18546712-lect-1-leonardo-avritzer-boaventura-de-sousa-santos-para-ampliar-el-canon-democratico>
- .- Santos, Boaventura de Souza (2006). *Más allá del pensamiento abismal: de las líneas globales a una ecología de saberes*. Biblioteca CLACSO. Disponible en : <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/coedicion/olive/05santos.pdf>
- .-Santos,Boaventura de Souza (9 mayo 2016). “Hay que empezar de nuevo”. Dinamo.La Diaria.1,4. <http://ladiaria.com.uy/articulo/2016/5/hay-que-empezar-de-nuevo/> .
- .- Santos, Boaventura de Souza (2020) *La cruel pedagogía del virus*. CLACSO. Buenos Aires. Disponible en :<https://www.clacso.org/en/la-cruel-pedagogia-del-virus/>
- .-Saraví, Gonzalo (2016) *Miradas recíprocas: representaciones de la desigualdad en México*. Rev. Mex. Sociol. vol.78, n.3, pp.409-436.
- .-Sarochar Risso, Juan Manuel (2011). *La participación ciudadana en el ámbito de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO Cataluña) y del Ciclo Básico (Uruguay)*. Disponible en : <http://revistaconvocacion.com.uy/revista-32/>
- .-Scheff, T.(1990). “Socialization of Emotions. Pride and Shame as Causal Agents” En Kemper, TH (ed.) *Research Agendas in the Sociology of Emotions*. Albany. University of New York.
- .-Scheff, T.(1994) *Bloody Revenge.Emotions, Nationalism and War*. San Francisco. Westview Press.

- .-Schumpeter, Joseph (1942) *Capitalism, Socialism and Democracy* .Third Edition .Harper Perennial Modern Thought, 2008.
- .-Sempol, Diego. (2013). *De los baños a las calles. Historia del movimiento lésbico,gay, trans uruguayo 1984-2013*.Uruguay. Random House Mondadori. Ed.Sudamericana.
- .-Sennett, Richard.; COBB, J. (1972). *The Hidden Injuries of Class*. Nueva York.W. W. Norton & Company.
- .-Serapioni, Mauro (2018) . *Participação pública nos sistemas de saúde. Uma introdução*. Portugal. Revista Crítica de Ciências Sociais 117 | 2018.
- .-Setaro, Marcelo (2014) . *Transformaciones en la gobernanza de un estado social centenario: estructura y funcionamiento del sistema nacional integrado de salud de uruguay*. Disponible en : <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rucp/v23n1/v23n1a06.pdf>
- .-SMU (2020) Propuestas ante la pandemia . Disponible en : [Documento síntesis – SMU 22 de abril](#)
- .-Srnicek, Nick (2018) *Capitalismo de plataformas* . Ed Caja Negra. Bs.As.
- .-Springett, Jane y Wright, Michael T. y Roche, Brenda, (2011). *Desarrollo de criterios de calidad para la investigación participativa en salud: una agenda para la acción*. Documentos de debate, Grupo de investigación Salud pública SP I 2011-302, WZB Berlin Social Science Center.
- .-Sojo, Carlos (2009). *Diálogo social y democracia deliberativa*.Revista de Derecho Penal, 8,1-25.
- .- Suárez-Herrera, José Carlos, O’Shanahan, José y Serramajem, Lluís (2009a) *La participación social como estrategia central de la Nutrición Comunitaria para afrontar los retos asociados a la transición nutricional* .Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 791-803
- .-Suarez Herrera, JC, Springett , J, Kagan , C.(2009b) *Critical Connections between Participatory Evaluation, Organizational Learning and Intentional Change in Pluralistic Organizations*. Evaluation. 15 (3). 321342
- .-Svampa, Maristella (2020) *Reflexiones para un mundo post coronavirus*. NUSO . Disponible en <https://nuso.org/articulo/reflexiones-para-un-mundo-post-coronavirus/>
- .-Therborn, Göran. (2016). *Los campos de exterminio de la desigualdad* . México: Fondo de Cultura Económica
- .-Thwaites Rey, Mabel. (2007). “El Estado “ampliado” en el pensamiento gramsciano”. En Estado y marxismo: un siglo y medio de debates. Editorial Prometeo. 1º ed 2007, 2º ed 2010. Buenos Aires.
- .-Thwaites Rey, Mabel (2007)compiladora. *Estado y marxismo. Un siglo y medio de debates* Buenos Aires: Editorial Prometeo 2007 (Páginas 129-160)
- .-Tobar, Federico (2011) *Nuevos paradigmas en salud* -Papeles N° 4 -Año IV-Julio 2011. Disponible en : https://www.academia.edu/36643251/Nuevos_Paradigmas_Sanitarios.

- .-Tobar, Federico (2020) exposición en el *Seminario Avanzado de Teorías y Enfoques sobre las Desigualdades Sociales*. Gabriel Kessler, Gabriela Benza. Programa de Doctorado . FCS. Udelar
- .-Torres, Rosa María (2001). *Participación ciudadana y educación. Una mirada amplia y 20 experiencias en América Latina*, OEA, Segunda Reunión de Ministros de Educación del Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral – CIDI, Punta del Este, Uruguay, 24-25 de septiembre.
- .-UNESCO (2001). *Importancia del rol de los padres como principales educadores de sus hijos e hijas*. Kotliarenko, María Angélica; Cortés Mónica . Anexos Nos. 1 al 3. (Informe de Consultoría)
- .-UNDP PNUD (2014) *Clases medias en Uruguay, entre la consolidación y la vulnerabilidad*. .Montevideo. Cuadernos sobre Desarrollo Humano.
- .-URB-AL (2003). *La salud de todos. Desde el proyecto a la acción. La experiencia de Montevideo*. Montevideo. Unión Europea. Intendencia Montevideo. Instituto del Hombre. Red N°5 Programa URB-AL.
- .-Vázquez; M; Siquiera, E; Kruzeb, I; Da Silva; A; Leite; I. (2000). *Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina*. Consorcio Hospitalario de Cataluña. España - Instituto Materno Infantil de Pernambuco.Universidad de Pernambuco.Gaceta Sanitaria 2002.
- .-Veiga , Danilo. (2010) *Estructura social y ciudades en Uruguay: tendencias recientes*. Montevideo. Ed. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de la República
- .-Veiga, Danilo (2015) *Desigualdades sociales y territoriales en Uruguay* . Montevideo. Dpto Sociología. Fac. Ciencias Sociales. Udelar.
- .-Viscardi, Nilia; Alonso, Nicolás (2015). *Convivencia, Participación y Formación de ciudadanía. Un análisis de sus soportes institucionales en la educación pública uruguaya*. Montevideo. ANEP-CODICEN.
- .- Viteri, Cecilia (coord) (2013) *Participación ciudadana, políticas públicas y educación. En América Latina y Ecuador / Serie Reflexiones Imprenta Activa*
- .-Wallerstein, Nina (1992) *Powerlessness, Empowerment, and Health: Implications for Health Promotion Programs*. American Journal of Health Promotion. 1Enero 1992. Disponible en : <https://journals.sagepub.com/doi/10.4278/0890-1171-6.3.197>
- .-Wallerstein, Nina (1999). *Power between evaluator and community: research relationships within New Mexico's healthier communities*. Social Science of Medicine. 1999;49(1):39-53.
- .-Wilkinson Richard y Pickett Kate (2009) . *Desigualdades : Un análisis de la (in) felicidad colectiva* .Ed. Turner.
- .- Wright, Eric Olin,(2014). *Construyendo utopías reales*. España. Akal Ed.
- .-Wright, Michael, (2014) . *International Collaboration for Participatory Health Research* . Disponible en : http://www.icphr.org/uploads/2/0/3/9/20399575/what_is_the_icphr_-_short_description_-_version_2014_10_20.pdf

.-Wright, Michael, Kongats, Krystyna, eds. (2018). *Participatory Health Research. Voices from Around the World*. Berlin-Edmonton. Springer International Publishing

.-Zizek, Slavoj (2020) *Pandemia*. Nuevos Cuadernos . Anagrama.