



**Intendencia
Montevideo**

montevideo.gub.uy

PLAN DEPARTAMENTAL PARTICIPATIVO DE SALUD 2021-2025

*“La salud es la capacidad de lucha individual y social
contra las condiciones que limitan la vida”
Ferrandini, 2012*





PLAN DEPARTAMENTAL PARTICIPATIVO DE SALUD 2021-2025

“La salud es la capacidad de lucha individual y social contra las condiciones que limitan la vida”

Ferrandini, 2012

**Plan Departamental Participativo de Salud 2021-2025
Montevideo, 2021.**

Intendenta de Montevideo
Carolina Cosse

Directora de Secretaría General
Olga Otegui

Directora del Departamento de Desarrollo Social
Mercedes Clara

Directora de la División Salud
Virginia Cardozo

Directora del Servicio de Atención a la Salud
Alicia Guerra

Director del Servicio de Regulación Alimentaria
Marcelo Amado

Director del Servicio de Salubridad
Hugo Rousserie

Equipo coordinador:

Virginia Cardozo, Verónica Sánchez, Daniela López, Arianel Bruno y Alejandra Sosa.

Equipo de redacción y sistematización de la información:

Alejandra Varela, Carla Orós, Leonardo Gallo y Flavia Sandonato.

Se agradece la participación y colaboración de:

Funcionarios y funcionarias de los tres servicios de la División Salud	Centro Psicosocial Sur Palermo
Asesoría de Género	Consumidores y Usuarios Asociados
División PPSS	Ovejas Negras
Asesoría de Desarrollo Municipal y Participación	FAO
División Tierras y Hábitat	OPS
Red Salud Municipio B	Alianza de Enfermedades No Transmisibles Uruguay
Organización de usuarios y usuarias de salud del Oeste Municipio A	Centro Panaderos del Uruguay
Comisión de Salud del Municipio C	CAMBADU
Referentes del Municipio D	Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria
Red Carrasco Norte Municipio E	Sindicato Médico del Uruguay
Espacio Salud Municipio F	Instituto Nacional de Derechos Humanos
Red de Salud Municipio G	Radio Vilardevoz
Comisión Fomento Larrañaga	UNICEF
Comunal 15	UNPFA
Municipio CH	NITEP
Consejo Vecinal N°7	CUDECOP
APEX	ASEPO
Udelar	

Se agradecen los aportes realizados en la temática de género por parte de:

María Bianchi y Patricia Cossani.

Índice

PRESENTACIÓN	2
INTRODUCCIÓN	3
Propósito del Plan.....	5
MARCO CONCEPTUAL.....	6
Salud universal.....	6
Salud y proceso salud-enfermedad-atención.....	7
(In) equidades en Salud y el enfoque de los Determinantes Sociales de la OMS	10
Género como determinante social de la salud.....	14
Interseccionalidad	16
Empoderamiento y Participación Social	17
Resolutividad del Primer Nivel de Atención.....	21
CONTEXTO MONTEVIDEANO	24
Información poblacional	24
Indicadores socio-económicos y de desigualdad social con perspectiva de género.....	26
Indicadores de salud.....	34
PLAN PARTICIPATIVO DE SALUD.....	39
Metodología	40
Lineamientos	41
Objetivos y metas.....	42
Resumen:	42
Lineamiento 1: Fortalecimiento institucional.....	43
Lineamiento 2: Primer nivel de atención y resolutividad.....	45
Lineamiento 3: Empoderamiento y participación social.....	50
GLOSARIO DE TÉRMINOS	51
BIBLIOGRAFÍA	54

PRESENTACIÓN

Desde la División Salud de la Intendencia de Montevideo (IM) tenemos la alegría de presentar este Plan para el quinquenio que colabora con el fortalecimiento de una de las apuestas de esta administración que es la transparencia. Que la población y los diferentes actores sociales cuenten con información clara de los lineamientos y objetivos de la política de salud de la IM es un elemento clave para la transparencia, a lo que se suma la importancia de este instrumento para la rendición de cuentas a la ciudadanía.

Este trabajo contó con algunas particularidades coyunturales, ya que esta administración asumió el 26 de noviembre de 2020 en plena pandemia, lo que nos obligó, desde el horizonte ético-político de justicia social al que apostamos, a dar respuesta a la emergencia sanitaria y a la crisis social y económica que la acompañó. Desde la IM se asume para ello el compromiso de desplegar el Plan ABC de Apoyo Básico a la Ciudadanía, en el que la salud es uno de los cinco ejes centrales y que la IM puede decir que cumplió con creces en este primer año de gestión.

En paralelo al desarrollo de esta política de respuesta a la emergencia, a pesar de las limitaciones que nos impuso la pandemia para la participación, desarrollamos durante todo el 2021 más de 40 encuentros y talleres que nos permitieran construir este Plan basado en el acumulado de saber que tienen los funcionarios/as de los tres servicios de la División (Servicio de Regulación Alimentaria, Servicio de Atención a la Salud y Servicio de Salubridad Pública), del saber de los territorios, del tercer nivel de gobierno, de las redes de salud y de los vecinos y vecinas de Montevideo que militan en los temas de salud y de las organizaciones sociales que trabajan en distintos aspectos de la agenda de salud del departamento. Con el programa de gobierno bajo el brazo -como nos pidió la Intendenta que trabajemos- y con todo este saber institucional y ciudadano fuimos elaborando este Plan. La construcción colectiva y participativa fue una apuesta en todo el proceso.

Son ejes centrales de este Plan la salud como derecho humano, la transversalización de perspectiva de género, el empoderamiento y la participación en salud, la salud integral que requiere la intersectorialidad, la accesibilidad universal y la resolutivez en la atención a la salud.

Muchos y muchas fueron parte de la construcción de este documento y trabajaremos para que aún más sean partícipes en su implementación y evaluación, ya que “la salud de nuestro pueblo es algo demasiado importante para dejarla sólo en manos de los médicos” (Ginés González García y Tobar, 2004).

La invitación es a ser parte de este camino que empezó hace más de tres décadas y del que esta etapa es sólo un adoquín más en un recorrido que nos trasciende y esperamos nos supere ampliamente, porque la defensa del derecho a la salud como bien público, contraponiéndose a los intereses mercantiles que lo amenazan y atacan cada día, tiene mucho camino aún por andar.

Virginia Cardozo
División Salud
Intendencia de Montevideo

INTRODUCCIÓN

La gestión del gobierno departamental de Montevideo 2020-2025 asume nuevos desafíos ante un cambio de la coyuntura política, y el contexto de emergencia socio-sanitaria a raíz de la pandemia por covid-19. Estos aspectos son tomados en cuenta a la hora de definir el presente Plan Quinquenal de la División Salud de la IM.

Asimismo, para la construcción de dicho plan se toma como guía el programa departamental del Frente Amplio votado por la ciudadanía, y el Plan de Emergencia ABC (Apoyo Básico a la Ciudadanía) comprometido por la actual Intendente de Montevideo, Ing. Carolina Cosse.

Los tres servicios de la División Salud (Servicio de Atención a la Salud, Servicio de Salubridad Pública, y Servicio de Regulación Alimentaria) presentan una trayectoria de trabajo, de experiencia, y de logros acumulados, que debemos potenciar y sumarles nuevos desafíos.

La División Salud desarrollará su trabajo defendiendo la salud como un derecho humano, desde un enfoque de promoción de salud, prevención de enfermedades, resolución de problemas de salud prevalentes, basándose en la estrategia de la Atención Primaria en Salud renovada, y con el fin de aportar hacia el objetivo de la salud universal.

Este plan apunta a fortalecer la participación ciudadana, con el fin de potenciar el empoderamiento de la población en su proceso de salud-enfermedad-atención. Las diferentes áreas de trabajo deberán incorporar un enfoque participativo, incluyendo a funcionarios/as y a la ciudadanía en la priorización de los problemas a atender, así como en el diseño, la implementación y la evaluación de las políticas a desarrollar.

A partir de lo expuesto se considera como una de las estrategias prioritarias dar respuesta a las necesidades específicas de la población. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido los fundamentos que explicitan cómo el contexto socio-económico, la estructura social y la posición que adquiere cada persona en esta, condicionan el nivel de salud y calidad de vida que cada población puede lograr.

Desde un enfoque interseccional muchas veces se observa que la posición que asume una persona se ve reforzada por determinadas variables que inciden de forma conjunta

y directa: identidad de género, edad, origen étnico-racial, área territorial o barrio en el que transcurre su vida, entre otras. Ante esto, un elemento clave es la posibilidad de influir que puede tener la ciudadanía en la toma de decisiones sobre los cuidados de su salud.

Desde una perspectiva ideológica este plan se construye entendiendo que es responsabilidad del Estado garantizar el derecho a la salud de la población. Para ello es imprescindible el desarrollo y la priorización de políticas socio-sanitarias que impulsen la equidad y la justicia social, lo cual redundará en una sociedad más democrática.

Las políticas de salud que se impulsarán desde la División abordarán las determinantes sociales. Para ello la estrategia medular se centrará en generar alianzas con referentes claves de otras dependencias de la IM e instituciones que adhieran a esta concepción de promover la salud de la población como un bien invaluable que el Estado tiene la obligación de proteger.

En suma, este plan quinquenal se compromete con la mejora de la salud de la población que vive y transita por Montevideo, profundizando las estrategias sobre la determinación social de la salud, lo cual se traduce en ciertos lineamientos y objetivos estratégicos que serán evaluados periódicamente para retroalimentar el proceso y - desde la transparencia de la gestión - brindar la información de los avances a la ciudadanía.

Propósito del Plan

*El propósito es contribuir a garantizar el derecho a la **salud universal** de las personas que viven y transitan en Montevideo, a través de la mejora del modelo de **resolutividad en el primer nivel de atención**, abordando los determinantes sociales mediante la **participación social**, el **empoderamiento** y el **fortalecimiento institucional**.*

Para lograr esto es necesario brindar una atención oportuna y de buena calidad, detectar enfermedades y problemas de salud en estadios evolutivos tempranos, reducir la severidad de los problemas de salud y prevenir la aparición de complicaciones.

Es necesario consolidar **acuerdos y coordinaciones a nivel inter e intra-institucional**, e implementar un **abordaje de los determinantes sociales de la salud** y así apostar a la equidad en materia de derechos.

Acompaña al propósito del plan, el desarrollo de una **estrategia de participación social** (actores sociales, instituciones de diferente índole, movimientos, asociaciones, organizaciones de la sociedad civil, vecinas/os, y funcionarios/as de la IM). Se entiende que ello asume un rol prioritario, ya que sólo mediante la construcción colectiva se puede mejorar la calidad de los servicios que brinda la División Salud, optimizando las respuestas y logrando la eficiencia y eficacia en los procesos de trabajo, de manera que se traduzcan en la mejora de salud de la población.

En suma, el propósito central de este plan se basa en garantizar el derecho a la salud para toda la población sin distinción y que esto se materialice a través de acciones concretas que permitan que las personas puedan vivir digna y plenamente en libertad, lo cual redundará en la existencia de **comunidades empoderadas en el cuidado de su vida de manera colectiva, generando un desarrollo sostenible**.

MARCO CONCEPTUAL

Salud universal

“**Salud universal** consiste en garantizar que todas las personas y comunidades tengan acceso a los servicios de salud sin discriminación de ningún tipo y sin sufrir dificultades financieras.

- La salud universal no solo se trata de garantizar que todos estén cubiertos, sino que todos tengan acceso a la atención cuando la necesitan, donde la necesiten.
- Requiere la participación de todos los sectores de la sociedad para combatir la pobreza, la injusticia social, las brechas educativas y las malas condiciones de vida, entre otros factores que influyen en la salud de las personas.
- Cubre toda la gama de servicios de salud, incluida la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, los cuales deben ser de calidad suficiente, completos, seguros, efectivos y asequibles para todos.”¹

La promoción de la salud se define como el proceso de capacitar a las personas y las comunidades para incrementar el control sobre los determinantes de salud y de ese modo mejorar su salud (Nutbeam, 1998). Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las orientadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.

Como se puede observar, la propia definición de promoción implica el concepto de empoderamiento, ya que se busca que las personas controlen los factores que determinan la salud en las dimensiones personales y comunitarias. Si bien el concepto se ha explicitado recientemente, la OMS desde hace años se ha enfocado en esa

¹ <https://www.paho.org/es/salud-universal>

dirección^{2 3 4 5 6}. Se considera que la existencia de un proceso de capacitación (*empowerment* o empoderamiento) de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no (Davies, Macdonald, 1998).

Por su parte Helena Restrepo (2000) abordó el tema del empoderamiento personal y comunitario, planteando que la construcción de capacidad comunitaria es el núcleo de la promoción de la salud.

La División Salud de la IM trabaja en la promoción de la salud a través de acciones de atención, educativas y sociales, que permiten aplicar principios formativos para promover cambios positivos en la conducta y bienestar de la comunidad, con el fin de lograr una mejor calidad de vida. Esta perspectiva responde a una visión dinámica de funcionamiento intersectorial, horizontal, e integra un modelo de gestión de la salud basado en la construcción de redes que promuevan la solidaridad, equidad, accesibilidad, calidad y participación.

Salud y proceso salud-enfermedad-atención

Este plan se posiciona desde un modelo de salud bio-psico-social y desde la comprensión de la salud como un derecho humano fundamental inherente a todas las

² La Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Ottawa, Canadá, en 1986, clarifica el concepto de Promoción de la Salud, identificando acciones claves para lograr la estrategia de la OMS de Salud para Todos. En la carta de Ottawa se incluía como dichas acciones claves, el establecimiento de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorables, el fortalecimiento de acciones comunitarias, desarrollo de habilidades personales y reorientación de los servicios de salud. Resalta el rol de las organizaciones, de los sistemas y de las comunidades.

³ La construcción de una política pública saludable fue el tema de la Segunda Conferencia Internacional de Adelaida en 1988. Las políticas en todos los sectores influyen los determinantes de salud. Son los prerrequisitos para la mejora de la salud, la justicia social, la equidad y el respeto de los derechos humanos.

⁴ En la Tercera Conferencia Internacional, en Sundsvall, Suecia, en 1991, la creación de ambientes favorables fue el tema central. La declaración enfatizó acerca de la importancia del desarrollo sostenible y reclamó la acción social en el ámbito comunitario y con la gente como motor de desarrollo.

⁵ La Cuarta Conferencia sobre la promoción de la salud en Yakarta, Indonesia, en 1997, identificó cinco prioridades recogidas en la declaración de Yakarta para encaminar la Promoción de la Salud hacia el siglo XXI, confirmadas en 1998 en la resolución sobre Promoción de la Salud adoptada para la Asamblea Mundial de la IMS: promover la responsabilidad por la salud, aumentar la capacidad de la comunidad y empoderar a los individuos, expandir y consolidar alianzas por la salud, aumentar las inversiones para el desarrollo de la salud, asegurar una infraestructura para la promoción de salud. Es a partir de este momento que la OMS explicita la necesidad de los procesos de empoderamiento para la práctica de la Promoción de Salud.

⁶ En la Quinta Conferencia Mundial celebrada en México, en 2000, se abordaron los temas de la responsabilidad social de la salud y la necesidad de incrementar la capacidad de las comunidades y empoderar a individuos y comunidades.

personas sin distinción según nacionalidad, lugar de nacimiento, sexo, origen nacional o étnico, religión o cualquier otra condición (Prosalus y Cruz Roja, 2014).

Este modelo se desarrolla a raíz de la Constitución de la OMS en 1948 y las posteriores críticas y desarrollos teóricos que se desprenden de ella. De acuerdo con la definición adoptada por la OMS (1948), la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Alcántara, 2008). Esta definición ha recibido críticas por equiparar bienestar a salud y por ser utópica, ya que es imposible obtener un “completo” bienestar. A esto se le suman las críticas por ser una definición estática.

En 1972 el Dr. Salvador Allende ofreció una definición que supera estas dificultades al concebir la salud como “proceso dialéctico, biológico y social producto de la interrelación [...] con el medio ambiente, influido por las relaciones de producción y que se expresa en niveles de bienestar físico, mental y social” (Tomasina, 2011). La salud vista desde este punto de vista tiene como uno de sus determinantes centrales el trabajo y desde una perspectiva feminista se debe incluir tanto el trabajo productivo/remunerado como el trabajo reproductivo/no remunerado. El trabajo doméstico o reproductivo es una esfera de las relaciones de producción, ya que implica producir la fuerza de trabajo que es empleada por el capital (Federici, 2018).

Milton Terris (1980) avanzó al hablar de grados de salud y grados de enfermedad (Gil, 2016). La salud y la enfermedad formarían un continuo en el que la enfermedad ocuparía el polo negativo y la salud su polo positivo en cuyo extremo se encontraría el óptimo de bienestar según la definición de la OMS. En el centro habría una zona neutra donde sería imposible separar lo normal de lo patológico, ya que ambas situaciones coexisten. Tanto en el polo positivo (salud) como en el polo negativo (enfermedad) podrían distinguirse diferentes gradaciones de salud o enfermedad generando un continuo enfermedad-salud (Gil, 2016). La salud y la enfermedad son influidas por factores sociales, culturales, económicos y ambientales. Todos estos factores actúan sobre la zona neutra de la graduación, provocando la evolución hacia la salud o hacia la enfermedad según sean positivos o negativos para la salud (Gil, 2016).

2.1. Proceso salud enfermedad atención

La salud-enfermedad es un proceso social que implica una gran cantidad de variaciones. Además de este carácter procesual se debe considerar que la salud-enfermedad supone siempre respuestas sociales sea tanto ante el deterioro de la salud como a las maneras de mantenerla. Desde una mirada que recupera el carácter

inevitable de los padecimientos, enfermedades y daños a la salud, Menéndez (1994) propone utilizar la categoría salud-enfermedad-atención que alude a un universal que opera estructuralmente en toda sociedad. El autor agrega la atención, al considerar que los procesos salud-enfermedad suponen respuestas sociales. Para Menéndez (1994), tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen hechos sociales y, por tanto, generan un conjunto de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y de ser posible solucionar la incidencia y las consecuencias generadas por los daños a la salud. Es por esto que se puede considerar que los conjuntos sociales construyen acciones, técnicas e ideologías, frente a los procesos de salud-enfermedad, una parte de las cuales se ha organizado profesionalmente delimitando una manera legitimada de entender y de actuar ante los daños a la salud y también orientando, normalizando, formas “correctas” para prevenir/evitar el desarrollo de ciertos padecimientos y/o favorecer la salud. Considerado en términos estructurales, el proceso salud-enfermedad-atención supone la existencia, en toda sociedad, de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y, de ser posible, solucionar la incidencia y consecuencia generadas por los daños a la salud. En determinadas sociedades, en razón del desarrollo de procesos económico-políticos y técnico-científicos específicos, se construyeron sistemas académicos y/o científicos de explicación y acción sobre los padecimientos (Menéndez, 1994). Todos los curadores encargados de dar respuestas técnicas a los padecimientos, estén o no organizados corporativamente, generan actividades que inevitablemente se culturalizan, dado que se ejercen sobre sujetos y grupos sociales que no sólo dan significado técnico a sus problemas, sino sobre todo significados subjetivos y sociales. En consecuencia, la mayoría de las actividades técnicas llevadas a cabo por curadores constituyen no sólo hechos técnicos, sino también hechos sociales más allá de que los curadores y las instituciones médicas los interpreten o no como tales. En todos los contextos las instituciones asistenciales, de cura, de protección o de control, estructuran una racionalidad que no es exclusivamente técnica ni científica, sino también sociocultural (Menéndez, 1994).

No es posible afirmar que existan fenómenos biológicos escindibles de los procesos sociales y simbólicos, más bien se trata de abordar fenómenos sociales entre los que podremos identificar procesos biológicos humanos (es decir procesos biológicos que son al mismo tiempo sociales) que se producen en un entramado particular de relaciones sociales y que requieren respuestas (también eminentemente sociales) en tanto permiten la producción y reproducción de toda sociedad (Pagnamento *et al.*, 2016).

(In) equidades en Salud y el enfoque de los Determinantes Sociales de la OMS

El Derecho a la Salud, entendido como *“el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr [...] sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”*, ha sido consagrado en la Constitución de la OMS en 1946 y ratificado por distintas declaraciones y tratados regionales e internacionales, convirtiéndolo en un derecho humano fundamental⁷. No obstante, aunque los resultados promedios mejoran en la mayoría de los países, las desigualdades⁸ en salud persisten.

En el año 2005, la OMS creó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, la cual generó la necesidad de mirar un poco más allá de los problemas de la pobreza y sus efectos en la salud. Ello motivó una serie de estudios epidemiológicos y de salud pública, que establecieron la presencia de resultados diferenciados en salud, al concatenar el análisis de los fenómenos biológicos, que subyacen en los procesos de salud-enfermedad, con el de los fenómenos sociales, económicos, políticos, y culturales.

Previo a la creación de la Comisión, el Instituto Canadiense de Investigación Avanzada de Salud (2002) ya había realizado un estudio en el cual estimó el impacto de los determinantes sobre la salud de una población, concluyendo que el 50% se explicaba por fenómenos del ambiente social y económico, el 25% del sistema de salud, el 15% por los factores biológicos y genéticos, y un 10% por el ambiente físico.

En este contexto, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS elaboró un modelo conceptual que explica las inequidades en salud a partir de los determinantes sociales.

Uno de los principios éticos fundamentales que ha guiado a la Comisión en la elaboración de dicho modelo ha sido el concepto de equidad en salud⁹, mientras que la

⁷ Declaración de Alma-Ata (1978), Declaración Mundial de la Salud (1998), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), entre otros.

⁸ Las desigualdades sociales en salud son el resultado de las distintas oportunidades y recursos a los que las personas pueden acceder en función de su clase social, género, edad, país de nacimiento o etnia, y que tiene una influencia clara en su salud. Las personas con más ingresos, mayor nivel educativo o mejor situación ocupacional tiende a vivir más, y a tener menos problemas de salud.

⁹ Se define la equidad en salud como “la ausencia de diferencias de salud injustas y evitables entre grupos o poblaciones definidos social, económica, demográficamente o geográficamente”. (OMS, 2007) La equidad en salud implica que todas las personas debieran tener las mismas oportunidades de alcanzar el grado máximo de salud, y ninguna debiera verse en situación de desventaja por razón de su posición social, o por otras circunstancias determinadas por factores sociales.

Declaración Universal de los Derechos Humanos ha servido de marco para la movilización social y política hacia la igualdad en salud.

El modelo conceptual de los determinantes sociales centra su atención en tres componentes que pueden originar desigualdades en salud: **el contexto socio-político, la posición socio-económica (ambos componentes conforman los determinantes estructurales), y los factores intermedios (determinantes intermedios).**

El **contexto** se define ampliamente para incluir todos los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, por ejemplo: el mercado de trabajo, el sistema educativo, las instituciones políticas, los valores culturales y las normas sociales. Entre los factores contextuales que más afectan a la salud se distinguen el Estado de bienestar y sus políticas redistributivas (o la ausencia de ellas). Dentro del Estado de bienestar se encuentran las siguientes políticas: sociales, macroeconómicas, de protección social, y otras que influyen en el bienestar social: vivienda y hábitat, empleo, educación, entre otras.

Los mecanismos estructurales son los que generan divisiones de estratificación y de clase social en la sociedad y definen la posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías de poder, el prestigio y el acceso a los recursos. Ellos tienen su origen en instituciones y procesos del contexto socioeconómico y político (Solar, O; Erwin, A: 11; 2005). Por tanto, la **posición socio-económica** se encuentra relacionada con los principales determinantes estructurales que influyen en las desigualdades de salud: la renta, la educación, la ocupación, la clase social, el género, y la raza o etnicidad.

Esta estratificación de los grupos sociales por los ingresos, el género, la etnia o raza, la educación, la ocupación y otros factores, conlleva la creación de desigualdades sociales en las condiciones de vida y de trabajo. Los problemas de discriminación están fuertemente relacionados con la clase social, el género, la etnicidad y la educación. Para ejercer plenamente el derecho a la salud es fundamental el empoderamiento de los grupos más desaventajados. Esto implicará mejor control sobre los factores que determinan su salud y mayor capacidad para tomar decisiones sobre cómo quieren vivir sus vidas.

El tercer componente del modelo se compone de los **determinantes intermedios o determinantes de la salud**. Aquí se encuentra un conjunto de condiciones y factores que intermedian entre las inequidades que subyacen a los determinantes estructurales y los resultados de salud. Entre ellos se distinguen las condiciones materiales de vida (vivienda, condiciones de trabajo, saneamiento, entre otros.), las condiciones

psicosociales (estrés laboral, violencia, carencia de redes de apoyo, etc.), el comportamiento y factores biológicos (hábitos alimentarios, actividad física, consumo de tabaco, consumo problemático de alcohol y otras drogas, factores genéticos, etc.), y los sistemas de salud y atención sanitaria (acceso a servicios de salud, sistemas de financiamiento, etc.).

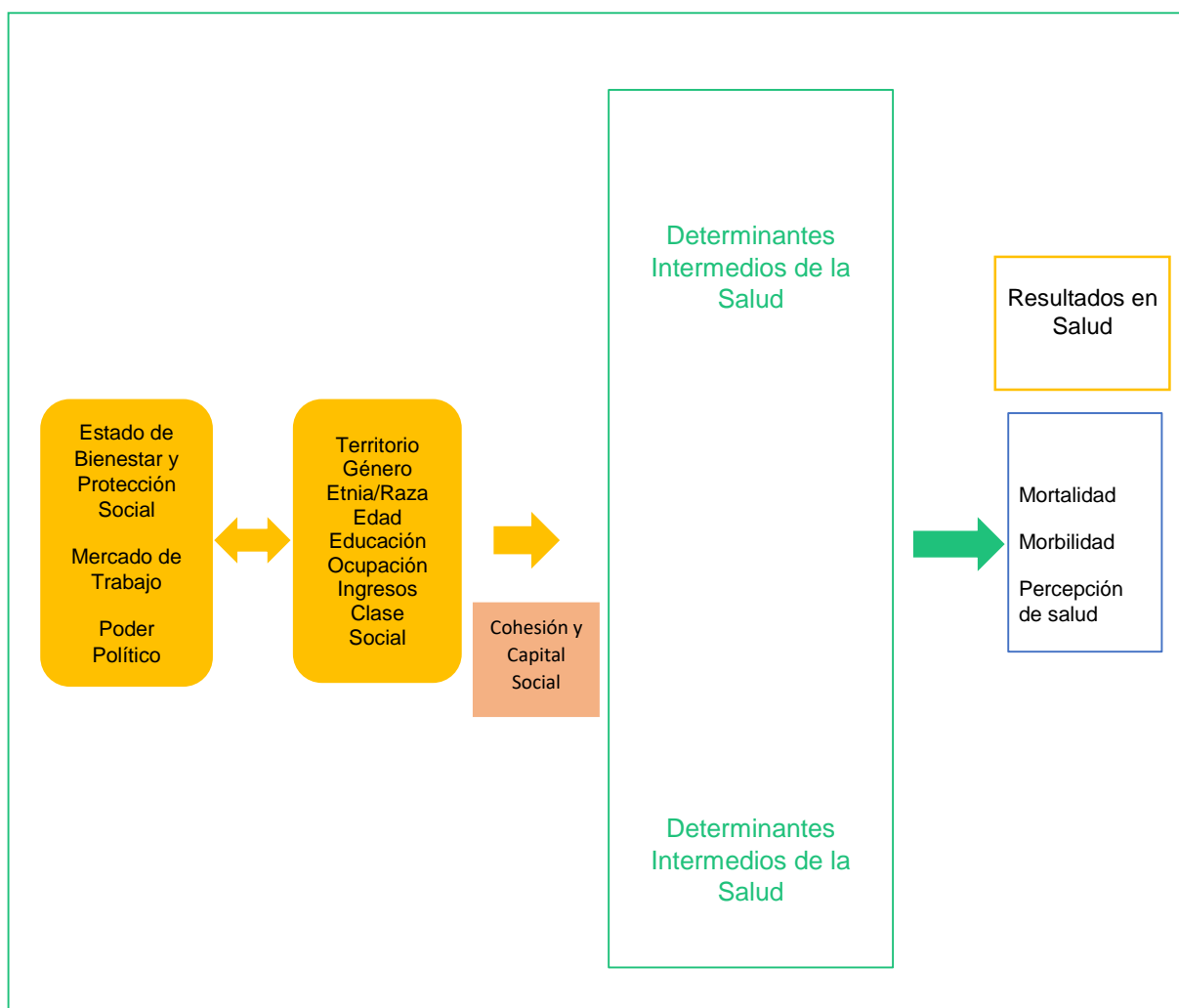
El sistema de salud es entendido como la organización de instituciones en cuyo marco se define la política pública de salud y se regula el funcionamiento del sector, se provee la asistencia sanitaria y se administran los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para el cumplimiento de sus funciones. En su condición de determinante intermedio es importante señalar que su capacidad de acción sobre la generación de las inequidades en salud es reducida; no obstante, un sistema de salud y de atención inequitativo potencia y agudiza las brechas sociales que le anteceden.

El conjunto de los determinantes estructurales modela la magnitud y las diferencias de exposición y vulnerabilidad a los determinantes intermedios existentes entre los distintos grupos sociales. De acuerdo con la perspectiva de trayectoria de vida, la vulnerabilidad a los determinantes sociales, se acumula a lo largo de la vida. Ello se traduce a la vez en que las consecuencias sociales de los problemas de salud serán diferentes en los distintos grupos sociales.

Un elemento transversal entre los determinantes estructurales e intermedios de la salud es la cohesión y el capital social. En conjunto, los determinantes estructurales e intermedios, más la cohesión y el capital social, son los que impactan y definen la salud y el bienestar de las poblaciones (OMS, 2015).

En el siguiente diagrama se presenta el marco conceptual para el análisis de las inequidades en salud y sus determinantes sociales. Es una adaptación realizada por el Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud de Uruguay (SVES) a partir del marco conceptual desarrollado por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS.

Figura 1: Marco conceptual sobre la Equidad en Salud y sus Determinantes Sociales.



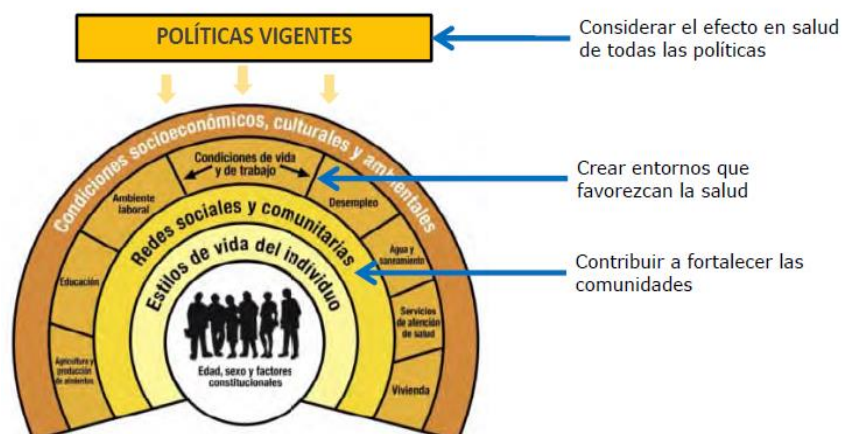
Adaptación Uruguay del SVES

Fuente: Elaboración SVES (2015)

Desde la OMS, el énfasis de los determinantes sociales de la salud está en el diseño e implementación de políticas basadas en la acción intersectorial, la participación social y el empoderamiento social, con el propósito de reducir las inequidades, la exposición a factores de riesgo y las consecuencias inequitativas de la enfermedad en términos sociales, económicos y de salud. (OMS, 2015)

Para mejorar la salud de las personas y comunidades es fundamental considerar: el efecto de todas las políticas en la salud, crear entornos que favorezcan la salud, y contribuir a fortalecer las comunidades.

Figura 2: Determinantes Sociales de la Salud y la Planificación Urbana



Fuentes: Delegación en Bizkaia del COAVN (2017) y Dahlgren y Whitehead (1993)

En último término se busca subsanar las desigualdades sanitarias, las cuales son determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas. Para ello, la Comisión de Determinantes Sociales de Salud recomienda mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones (OMS, 2015).

Género como determinante social de la salud

El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos, y una forma primaria de relaciones significantes de poder (Scott, 1996). Es importante tener en cuenta que el género es una construcción socio-cultural e histórica vinculada a lo que cada sociedad, en cada momento histórico, adjudica como vinculado a lo femenino y a lo masculino (Scott, 1996).

Un modelo que resulta muy útil para explicar el papel del género como determinante de la salud es el propuesto por la Women and Gender Equity Knowledge Network, en su informe para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (Sen y Östlin, 2007). Este modelo marca en primer lugar que el género se vincula con diferentes determinantes estructurales que afectan a la salud, a corto, mediano y largo plazo. Determinantes como la clase social o el nivel educativo influyen en la salud de manera desigual en mujeres, hombres y disidencias sexuales. Con respecto a este punto, en el ámbito laboral en Uruguay existen diferencias salariales según género con una brecha

entre hombres y mujeres que se ha mantenido estable, una segregación vertical con menor acceso de las mujeres a los puestos con mayor poder de decisión -tanto en el sector público como privado- y una ausencia de acciones de corresponsabilidad o de conciliación familia-trabajo por parte de las empresas, lo que dificulta el acceso y la permanencia en los puestos de trabajo para las mujeres (Batthyány et al, 2014). Las personas trans están expuestas a mayor privación socioeconómica, lo que reduce las opciones de vida a situaciones como el trabajo sexual, que pueden llevar a mayores riesgos de salud y, al mismo tiempo, tienden a reforzar el mismo estigma que ha contribuido a la privación en primer lugar (OPS, 2012). Estos factores inciden de forma negativa en la situación socioeconómica de las mujeres y disidencias sexuales. En segundo lugar, para este modelo, el género es una categoría que ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que afectan a la exposición y vulnerabilidad a diferentes factores de riesgo. Un elemento central en este aspecto es lo relativo a la división sexual del trabajo que conlleva diferentes riesgos y vulnerabilidades en salud (Sen y Östlin, 2007). Este fenómeno genera una segregación laboral que lleva a una fuerte feminización de algunas fuentes de trabajo y masculinización de otras con la concentración de las mujeres en un número limitado de ocupaciones (Batthyány et al, 2014). Esta situación impacta en la salud, por ejemplo, en algunos contextos, los hombres han estado tradicionalmente más expuestos a accidentes y a lesiones de la industria como consecuencia de trabajos manuales, mientras que las mujeres, por sus condiciones de vida, derivan en problemas relacionados con ambientes domésticos con gran responsabilidad en el cuidado de la infancia (Gil, 2016).

En tercer lugar, este modelo marca que el ordenamiento social de lo masculino y femenino se refleja en unos sistemas de salud que introducen sesgos de género. Las personas, según su género, reciben una atención sanitaria desigual (Sen y Östlin, 2007). Con respecto a este punto, distintos estudios muestran cómo el género influye en el uso de los servicios de salud (Gómez, 2002). Las funciones reproductivas femeninas generan un conjunto de necesidades particulares de atención referidas a la anticoncepción, embarazo, parto y puerperio (Gómez, 2002). Numerosos estudios han señalado que las mujeres tienen mayor tendencia a definir su salud como afectada, lo que lleva a un mayor uso de los servicios de atención a la salud (Payne, 2014). Sobre esto afirma Silvia Federici (2018): “El peso con el que aún cargan las mujeres se refleja claramente en sus historias clínicas. Se habla mucho acerca de que las mujeres viven más tiempo que los hombres, pero sus *dossieres* médicos cuentan una historia diferente” (Federici, 2018). La socialización diferencial según género influye en las actitudes y conductas en la búsqueda de atención en salud. Las mujeres en su rol de

cuidadoras de la salud aprenden a familiarizarse con la detección de síntomas de enfermedad y con los procesos formales e informales de cuidado de la salud (Gómez, 2002). En cambio, para la masculinidad hegemónica la enfermedad y la búsqueda de atención son signos de debilidad y se contradicen con el mandato de fortaleza, valentía, autosuficiencia y dominio esperada para los hombres (Gómez, 2002). Sin embargo, ante problemas de salud graves, las conductas vinculadas a la búsqueda de atención en salud según género tienden a ser similares (Gómez, 2002). En cuanto al uso de los servicios de salud por parte de las disidencias sexuales, diversos estudios revelan que las personas trans consideran los hospitales y otros centros de salud como insensibles o excesivamente discriminatorios, y que son lugares donde debe acudir sólo en casos de extrema necesidad (OPS, 2012). A este análisis se debe sumar que los sistemas de salud presentan sesgos de género que benefician de forma diferente a hombres, mujeres y disidencias de género (Gómez, 2002). La medicalización de procesos reproductivos y la fragmentación de la atención son algunos de los factores que pueden llevar a un mayor uso de los servicios de salud por parte de las mujeres, exponiéndose así a diagnósticos excesivos y a la aparición de trastornos iatrogénicos que lleven a una subsecuente utilización de estos servicios (Gómez, 2002). Otro aspecto que lleva a sesgos de género en la atención en salud es la noción de cuerpo humano homogéneo, universalizable, en una medicina basada en la evidencia científica obtenida de ensayos clínicos que incluyen como participantes mayoritariamente a varones cis¹⁰, blancos, con normopeso como participantes de estos (Paz y Ramírez, 2019). Este androcentrismo lleva a la desestimación de síntomas en las mujeres, ocasionando daños importantes y subdiagnósticos, por ejemplo, el infarto de corazón entendido erróneamente como ‘enfermedad de varones’ (Hendel, 2017). Finalmente, los y las profesionales de la salud tienden a dar por descontado estos modos de gestión de salud según género, favoreciendo su asentamiento, aliándose con los mandatos sociales de masculinidad y femineidad, y reforzando su impacto en la salud (Fabbri, 2019).

Interseccionalidad

Este concepto fue creado por la abogada afro-estadounidense Kimberlé Crenshaw para evidenciar la invisibilidad jurídica de las múltiples dimensiones de opresión experimentadas por las trabajadoras negras de la compañía estadounidense General

¹⁰ El concepto de cis hace referencia a la persona cuya identidad de género es concordante con su sexo asignado al nacer (Varela, 2019).

Motors (Vigoya, 2016). Posteriormente se fue desarrollando la interseccionalidad como paradigma, entendida a nivel de grupos y sujetos y también a nivel estructural, dando cuenta de las bases materiales de la desigualdad (Magliano, 2015). Esta conceptualización surge del cuestionamiento de las feministas negras al falso universalismo generado por el feminismo blanco burgués por entender que teorizaron como si todas las mujeres fueran blancas. La perspectiva interseccional, que emerge como una apuesta teórico-metodológica para comprender las relaciones sociales de poder y los contextos en que se producen las desigualdades sociales, hace posible un análisis complejo de la realidad vivida por los sujetos mediante el abordaje de las diferentes posiciones y clasificaciones sociales, históricamente situadas (Magliano, 2015). La interseccionalidad viene a complejizar la concepción de género al concebirla como una dimensión entre otras dentro del complejo tejido de las relaciones sociales y políticas. La perspectiva interseccional sugiere que no existe una percepción de género que sea racial y étnicamente ciega, a la vez que no existe una percepción étnica y racial que sea genéricamente ciega (Magliano, 2015). Esta mirada implica evitar análisis aditivos (raza, clase, género), sino pensar en el género siempre cruzado por la raza, siempre influido por la clase y así sucesivamente. Las categorías interseccionales deben conceptualizarse como procesos dinámicos, fluidos, que se encuentran insertos en contextos sociales, espaciales y temporales específicos. En cuanto a sus categorías de análisis clásicamente se incluyen etnia/raza, género y clase, pero algunos estudios incluyen la edad, la nacionalidad, la sexualidad, la discapacidad, entre otras. Lo importante es que para ciertos grupos sociales en ciertas condiciones históricas algunas categorías son más importantes que otras (Magliano, 2015).

La inadecuada atención a la interseccionalidad puede tener un costo importante para la salud de las personas, ya que quienes ven más afectada su salud son en general aquellas personas más oprimidas en base a género y otras formas de inequidad social (Sen y Östlin, 2008).

Empoderamiento y Participación Social

El presente plan se basa en la concepción de la participación y empoderamiento social en todas sus etapas: diseño, implementación, monitoreo y evaluación. Como se mencionó, una de las herramientas para reducir las inequidades de la salud es, además de focalizarse en los determinantes sociales, fortalecer la participación y el empoderamiento social.

El término **empowerment** comienza a utilizarse en la literatura anglosajona a partir de los años setenta del siglo pasado, vinculado a movimientos¹¹ sociales y políticos que denuncian una opresión y reclaman equidad. Cabe destacar la importancia de la teorización del concepto desde el movimiento feminista, haciendo referencia a la resistencia y movilización política en relación a la igualdad de géneros.

Gonzalo Musitu (2007) señala que Rappaport, a finales de los ochenta, desarrolla la teoría del *empowerment*, en el marco de la psicología comunitaria, como válida para explicar dicha disciplina, y como guía para la investigación y actuación científica. A partir de ahí su uso se ha generalizado en la literatura científica de las disciplinas de las Ciencias Sociales, y en las declaraciones de las agencias internacionales en los ámbitos de promoción y desarrollo de diferentes áreas temáticas: mujeres, jóvenes, salud, desarrollo, entre otras.

La noción de empoderamiento se refiere, en su sentido más general, a la habilidad de la gente para comprender y controlar las fuerzas personales, políticas, sociales y económicas para tomar decisiones que mejoren sus vidas (Zimmerman, 1988). Es el poder que ejercen las personas sobre sus propias vidas, a la vez que participan democráticamente en la vida de la comunidad (Rappaport, 1987). También se refiere al proceso por el cual las personas, grupos, organizaciones y comunidades desarrollan un sentido de control sobre sus vidas para actuar eficientemente en el ámbito público, tener acceso a recursos y promover cambios en sus contextos comunes (Ortiz-Torres, 1992). Consiste en introducir en el proceso de decisiones a las personas que se encuentran fuera del mismo, abordando las distintas dimensiones, desde la más personal a la estructural, y cambiando las relaciones de poder y su concepto (Rowlands, 1997).

Al analizar el concepto de empoderamiento se pueden distinguir varias dimensiones: la individual o personal, la organizacional y la comunitaria o colectiva. El empoderamiento desde la dimensión personal hace referencia al desarrollo del control personal y de la competencia para actuar, buscar apoyo social y perfeccionar habilidades interpersonales, sociales y políticas (Zimmerman, 1990). Esto implica el desarrollo personal (cambios en la autopercepción, confianza y capacidad individual), y la capacitación de las personas en competencias para las relaciones y la intervención

¹¹ Vinculados al desarrollo, la no-violencia, los derechos humanos y a grupos de población como los homosexuales, mujeres, comunidades afroamericanas, entre otros.

social (habilidades para negociar e influenciar la naturaleza de las relaciones y toma de decisiones al interior de éstas, Rowlands, 1997).

Por otra parte, el empoderamiento organizacional incorpora procesos que facilitan ejercer el control sobre las organizaciones, y a su vez estas últimas poder influir sobre las políticas y decisiones en la sociedad.

Por último, el empoderamiento comunitario o colectivo refiere al proceso por el que una comunidad gana poder, y por tanto habilidad y posibilidad para crear el cambio. Es la dimensión más estructural y política, en la cual las personas trabajan conjuntamente para lograr un impacto mayor del que podrían haber alcanzado por separado. Implica una acción colectiva basada en la cooperación, incluyendo la participación en estructuras políticas. Esta dimensión supone las dos anteriores y las incluye, aunque según el momento de la intervención se deberá hacer mayor hincapié en alguna de ellas. Queda de manifiesto la idea del carácter de proceso del empoderamiento, el cual se entiende como un instrumento para el cambio social y político.

En síntesis, el empoderamiento cuestiona las estructuras sociales, económicas y políticas que causan y sostienen las desigualdades sociales y de poder.

Existe una íntima relación entre los conceptos de participación y empoderamiento, en cuanto hacen referencia al desempeño de las personas en su calidad de ciudadanos o ciudadanas. Para algunos el empoderamiento es la finalidad de la intervención, y la participación es un instrumento para promover dicho empoderamiento, mediante la creación de un ambiente propicio. Los programas de participación pueden ser un instrumento eficaz para promover el empoderamiento, pero un uso político o superficial de esta herramienta difícilmente conllevará al empoderamiento (FRIDE, 2006).

La **participación** es la intervención de la ciudadanía en la toma de decisiones respecto al manejo de los recursos y las acciones que tienen un impacto en el desarrollo de sus comunidades.

Se entiende por participación social a aquellas iniciativas sociales en las que las personas forman parte consciente en un espacio, posicionándose y sumándose a ciertos grupos para llevar a cabo determinadas causas que dependen -para su realización en la práctica- del manejo de estructuras sociales de poder. Implica una posibilidad de configuración de nuevos espacios sociales, la inclusión de actores

sociales en movimientos sociales, en organizaciones gubernamentales o no gubernamentales, la organización de colectivos (grupos de vecinos/as, usuarios/as, beneficiarios/as), o la presencia en la esfera pública para reclamar situaciones o demandar cambios (<https://www.lai.fu-berlin.de/es/index.html>).

Otro aspecto a considerar es el anclaje territorial que implica la participación social. Se debe reconocer a los actores acorde con las dinámicas territoriales, es decir, no se puede pensar que las dinámicas sociales son iguales o universales. Es importante resaltar que los actores corresponden a lógicas con las cuales se construyen las relaciones de poder en el territorio, es decir, son todas las fuerzas vivas que construyen el territorio.

En particular, la participación social en la cogestión de la salud implica el quehacer de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud (Sanabria Ramos, 2004).

También, hay que tener en cuenta que cuando se habla de participación se puede hacer referencia a diferentes acepciones, si se la entiende como un proceso o una escala en la que se alcanzan distintos grados. Para una verdadera participación se deben dar algunos requisitos: manejo de información, la redistribución de la autoridad, el apoyo ante decisiones erróneas, la creación de un ambiente que fomente las iniciativas y el desarrollo de criterio propio de capacidad para tomar decisiones. Cuando el objetivo es implicar a la gente -específicamente a los que carecen de poder- en la formulación de estrategias y políticas de desarrollo, en la toma de decisiones de los programas, y en su monitoreo y evaluación, se puede crear un ambiente propicio para promover el empoderamiento. En cambio, cuando la participación es un mero medio para responder a las demandas de las agencias donantes, para responsabilizar a los/as participantes de los resultados de un programa o para realizar una simple consulta, el empoderamiento no se logrará (FRIDE, 2006).

Si bien el empoderamiento tiene un contenido semántico parecido a la participación, entendida desde el punto de vista crítico, el primero aporta la dimensión de la redistribución del poder, de la corresponsabilidad, y el fin de cambio social, por lo que puede contribuir a centrar el pensamiento, la planificación y la acción en el ámbito del desarrollo en general, y la promoción y protección de la salud en particular.

Resolutividad del Primer Nivel de Atención

El desarrollo del Primer Nivel de Atención (PNA) es fundamental para la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) promovida por la OMS y adoptada por ley en nuestro país. El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en la Ley 18.211(1) define la Atención Primaria de Salud (APS) y al PNA como el “conjunto sistematizado de actividades dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutividad las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social” (Ley 18.211).

Este debe resolver las necesidades y problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser abordados a partir de actividades coordinadas de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Contar con un equipo de salud de referencia es un componente fundamental en el desarrollo del PNA. El centro de los cuidados desde el punto de vista de este nivel de atención se ocupa del mantenimiento y resolución de los problemas de salud frecuentes en los individuos, familias y comunidades, independientemente de la edad, el sexo o el órgano o sistema afectado” (Rubinstein et al, 2006).

Un atributo destacado por Ian Mc Whinney de la medicina familiar y comunitaria es el manejo eficiente y racional de los recursos, cumpliendo un rol fundamental al representar el “primer contacto” de los individuos con el sistema de salud. Según Bárbara Starfield existen cuatro atributos de la APS que son la longitudinalidad, la integralidad, la coordinación y el primer contacto o accesibilidad. Siendo desde esta perspectiva el PNA el punto de partida del vínculo de las personas con el sistema sanitario y es desde allí que se debe resolver las necesidades de salud a nivel psíquico, orgánico y social. Cuando sea necesaria la atención en otro nivel de atención es el PNA el que debe coordinar las interconsultas y estudios necesarios en ellos (Moisés, Narciso y Cuba, 2013).

Corresponde al PNA, como puerta de entrada al sistema de salud, brindar una atención oportuna y de buena calidad, detectar enfermedades y problemas de salud en estadios evolutivos tempranos, reducir la severidad de los problemas de salud y prevenir la aparición de complicaciones. Existen condiciones del PNA que se han correlacionado con la disminución de hospitalizaciones como las características de la integración del

equipo de salud y el cumplimiento de los atributos definidos por la Dra. Bárbara Starfield de integralidad, longitudinalidad, continuidad y accesibilidad (Rubistein et al, 2012).

“La capacidad de resolución es un elemento inherente al ámbito de la atención primaria desde la que se debe resolver el 85% de los problemas de salud de la población. La capacidad de resolución implica el diagnóstico y tratamiento correcto de los problemas de salud y está relacionado fundamentalmente con la formación de los profesionales y el acceso a las pruebas diagnósticas. Su evaluación se refiere a la dimensión de la calidad científico-técnica y también a la efectividad” (Manual de Calidad Asistencial - SESCAM España, 2009).

El equipo del PNA tiene que estar capacitado para dar respuesta a todas las necesidades de salud de su población: en ocasiones esa respuesta supondrá la derivación o referencia a otro nivel de atención por desconocimiento, complejidad o escasa prevalencia en su mayor parte; sin embargo, con dotaciones y estructuras suficientes, el PNA podrá resolver más del 85% de los problemas de salud de la población asignada (Escuela Andaluza de Salud Pública, 2017).

El PNA debe, idealmente, presentar una capacidad de respuesta del 100%, esto es, la capacidad de selección y recomendación de las alternativas posibles, de los cursos de acción óptimos (diagnósticos y terapéuticos) ante los problemas de salud de los pacientes (Gérvas et al, 2006). Diferenciamos de esta definición a la capacidad de resolución de la atención primaria que definimos como “la posibilidad de resolver directamente los problemas de salud de los pacientes, bien por su resolución propiamente dicha (en ese nivel, sin derivación a otro nivel, excluida la solicitud de las pruebas diagnósticas precisas), bien por su contención (‘espera expectante’, como ejemplo), bien por su apoyo (consuelo, tratamiento paliativo, ‘escucha terapéutica’, como ejemplos) para sobrellevarlos” (Gérvas et al, 2006).

Para evaluar la capacidad resolutoria se han estudiado las interconsultas del PNA y se han desarrollado a nivel internacional los ingresos hospitalarios por problemas de salud susceptibles de cuidados por el PNA. Esto se debe a que este nivel, a través de la prevención y promoción de salud, de la detección precoz y el tratamiento oportuno de episodios agudos de la enfermedad y del control y seguimiento de las patologías crónicas, debería disminuir el contacto de las personas con el nivel hospitalario. Solamente un 10 a 12% de la población debería necesitar una atención por especialistas focales en el segundo o tercer nivel de atención. Existen, a pesar de esto, recorridos no deseables alternativos al primer contacto con el PNA que responden a un uso ineficiente de este y a una hipertrofia de la atención especializada. Esto puede deberse a las

características del paciente; por ejemplo, por inadecuados hábitos de uso del sistema de salud o creencias culturales de que la atención hospitalaria será mejor. Puede deberse a una inadecuada retención de los pacientes por el nivel hospitalario (por ejemplo, una persona asmática bien controlada que mantiene consultas en neumología a nivel hospitalario). Pero esto puede deberse también a características propias del PNA por barreras de acceso, dotación de recursos insuficiente o sobrecargados, incapacidad organizativa para generar procesos, manejo clínico inadecuado.

Según Donabedian, para evaluar la capacidad resolutive se debe integrar tres componentes: estructura, proceso y resultados. En cuanto a la estructura, incluye la organización administrativa de la atención médica, la descripción de las características de las instalaciones y del equipo médico disponible, en relación con su adecuación a las normas vigentes, así como el perfil de los profesionales, donde se detalle su preparación y experiencia. Como proceso se refiere a los procedimientos empleados en el manejo de los problemas presentados por las personas. En cuanto a la evaluación del resultado, describe el estado de salud del paciente o de la comunidad como consecuencia de la interacción con el servicio de salud (Heredia et al, 2015).

CONTEXTO MONTEVIDEANO

El presente apartado describe algunas de las principales características de la ciudad de Montevideo y sus habitantes en términos de población, indicadores socioeconómicos, condiciones de vida y de vivienda, cobertura de salud e indicadores epidemiológicos; en la mayoría de los casos se presenta información total, y en determinados indicadores la misma es abierta por Municipios o barrios para un análisis más detallado.

Esta descripción se realiza con el fin de brindar información de carácter genérico que sirva como insumo y brinde un contexto del estado actual de la población residente en Montevideo.

Información poblacional

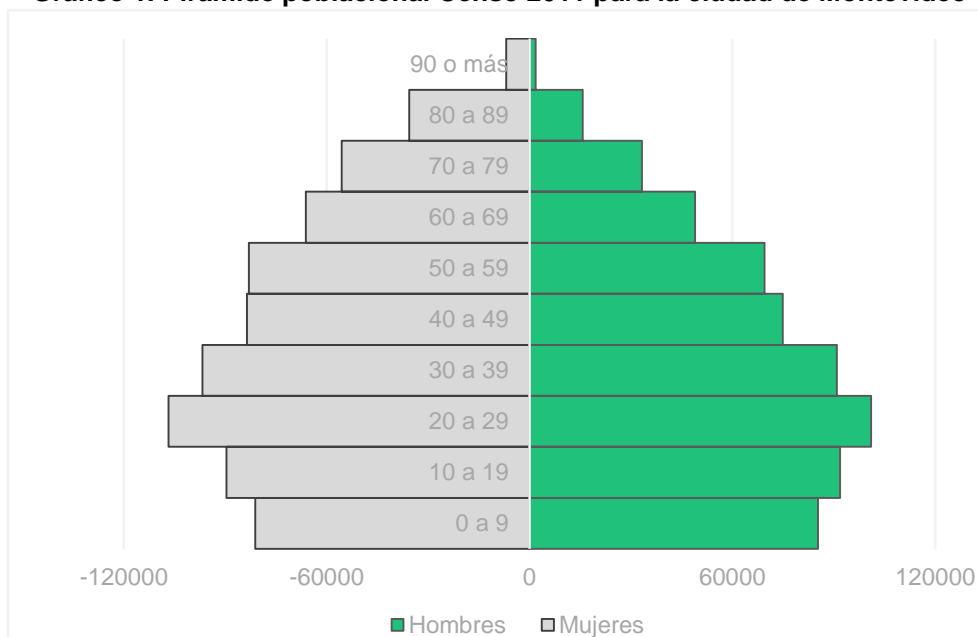
Según datos del último Censo de población, 40% de la población de nuestro país reside en Montevideo, con un total de 1.318.755 habitantes, quienes viven principalmente en las áreas urbanas de la capital. En su mayoría la población se conforma por mujeres, que constituyen el 53%. Un 20% de los habitantes tienen más de 60 años de edad, y como se puede apreciar en la pirámide de población -la estructura para Montevideo es similar a la de sociedades con altos niveles de desarrollo: presenta una base estrecha que refleja control de la natalidad, junto con alta esperanza de vida.

Cuadro 1. Datos poblacionales Censo 2011 para la ciudad de Montevideo

Desagregación	Frecuencia	Porcentaje
Montevideo	1.318.755	100
Hombres	613.756	46,5
Mujeres	704.999	53,5
Urbano	1.304.729	98,9
Rural	14.026	1,1
Menores de 30 años	555.899	42,2
Entre 30 y 59 años	498.752	37,8
Mayores de 60	264.104	20,0

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) - Censo 2011. Nota: El cuadro no incluye las personas en situación de calle.

Gráfico 1. Pirámide poblacional Censo 2011 para la ciudad de Montevideo



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Instituto Nacional de Estadística (INE) - Censo 2011. Nota: El cuadro no incluye las personas en situación de calle.

La distribución de la población entre los diferentes municipios es de carácter bastante uniforme, con una mayor concentración en los Municipios A, D, F y CH, respectivamente.

Cuadro 2. Distribución según datos de Censo 2011 por Municipios

Municipios	Personas	Distribución
A	207.911	15,8
B	147.577	11,2
C	148.952	11,3
CH	159.528	12,1
D	181.213	13,7
E	153.395	11,6
F	168.877	12,8
G	151.302	11,5
Total	1.318.755	100

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) - Censo 2011. Nota: El cuadro no incluye las personas en situación de calle.

Indicadores socio-económicos y de desigualdad social con perspectiva de género

Respecto a indicadores de carácter socioeconómico, en términos de los niveles educativos de la población el promedio de años de educación es de 11,8; son las mujeres quienes presentan una leve ventaja con un promedio de 12,2 para la ciudad de Montevideo.

Esto también se aprecia en el porcentaje de años de educación recibidos por las personas de entre 18 y 65 años de edad, se tiene que para los hombres es de 42,3%, mientras que para las mujeres es de 57,7%. Esto implica que casi seis de cada diez hombres tiene menos de 12 años de educación formal, mientras que casi seis de cada diez mujeres tiene más de 12 años de educación formal.

Si se analiza la tasa de desempleo para el total de la población es del 8,8%, pero cuando se observan los niveles por subpoblaciones, se tiene que los jóvenes y las mujeres presentan tasas superiores, de 9,7% para las mujeres y 27,5% para los menores de 25 años de edad, siendo poblaciones más vulnerables.

Además, el análisis por desempleo según sexo de la jefatura de hogar también presenta una desventaja para las mujeres, quienes tienen una tasa de 5,8% de desempleo frente a la tasa de 3,6% en los hogares con jefatura masculina. Por otro lado, 23,9% de las mujeres de Montevideo no tiene ingresos propios, estando siete puntos porcentuales por encima de los guarismos que presentan los hombres.

Las situaciones de indigencia no presentan cifras alarmantes; sin embargo, más de una de cada diez personas en la ciudad se encuentra en situación de pobreza (12,2%), lo que se refleja en el 8% de los hogares en situación de pobreza, también para estos indicadores una desigualdad por sexo en desventaja de las mujeres.

Por otra parte, casi tres de cada diez personas en la ciudad de Montevideo presentan al menos una necesidad básica insatisfecha; y la cifra asciende a casi cinco de cada diez cuando se trata de afrodescendientes.

Cuadro 3. Indicadores socio-económicos y de desigualdad social con perspectiva de género para la ciudad de Montevideo

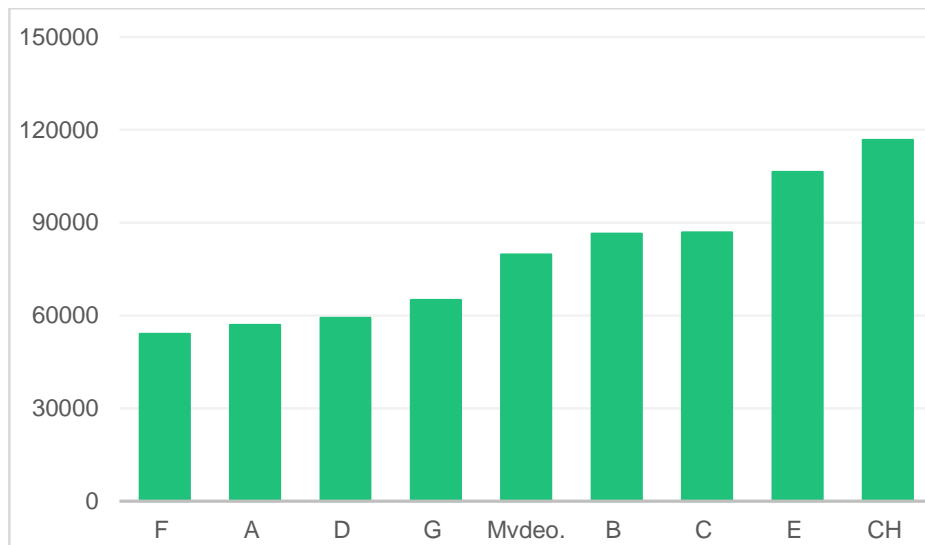
Educación	Indicador	Año de referencia
Promedio de años de educación en personas entre 21 y 65 años	11,8	2019
Promedio de años de educación de hombres entre 21 y 65 años	11,4	2019
Promedio de años de educación de mujeres entre 21 y 65 años	12,2	2019
Porcentaje de hombres con más de 12 años de educación entre 18 y 65 años de edad	42,3	2019
Porcentaje de mujeres con más de 12 años de educación entre 18 y 65 años de edad	57,7	2019
Trabajo e ingresos	Indicador	Año de referencia
Tasa de desempleo total	8,8	2019
Tasa de desempleo hombres	7,9	2019
Tasa de desempleo mujeres	9,7	2019
Tasa de desempleo del jefe/a de hogar	4,6	2019
Tasa de desempleo de hombre jefe de hogar	3,6	2019
Tasa de desempleo de mujer jefa de hogar	5,8	2019
Tasa de desempleo menores de 25 años	27,5	2019
Tasa de desempleo 25 años y más	5,7	2019
Porcentaje total de personas sin ingreso propio	20,5	2019
Porcentaje total de hombres sin ingreso propio	16,7	2019
Porcentaje total de mujeres sin ingreso propio	23,9	2019
Desigualdad	Indicador	Año de referencia
Porcentaje de hogares en situación de indigencia	0,1	2019
Porcentaje de hogares en situación de indigencia con jefatura de hogar masculina	0,1	2019
Porcentaje de hogares en situación de indigencia con jefatura de hogar femenina	0,2	2019
Porcentaje de personas en situación de indigencia	0,2	2019

Porcentaje de hogares en situación de pobreza	8,1	2019
Porcentaje de hogares en situación de pobreza según jefatura de hogar masculina	6,3	2019
Porcentaje de hogares en situación de pobreza según jefatura de hogar femenina	9,8	2019
Porcentaje de personas en situación de pobreza	12,2	2019
Porcentaje de población con al menos una NBI	26,8	2011
Porcentaje de población afrodescendiente con al menos una NBI	45,8	2011

Fuentes: elaboración propia con base en datos de Unidad de Estadística de la IM con base en la ECH: Información física y sociodemográfica por municipio (2020) e Informe socioeconómico - Una perspectiva de género (2020); Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay 2013.

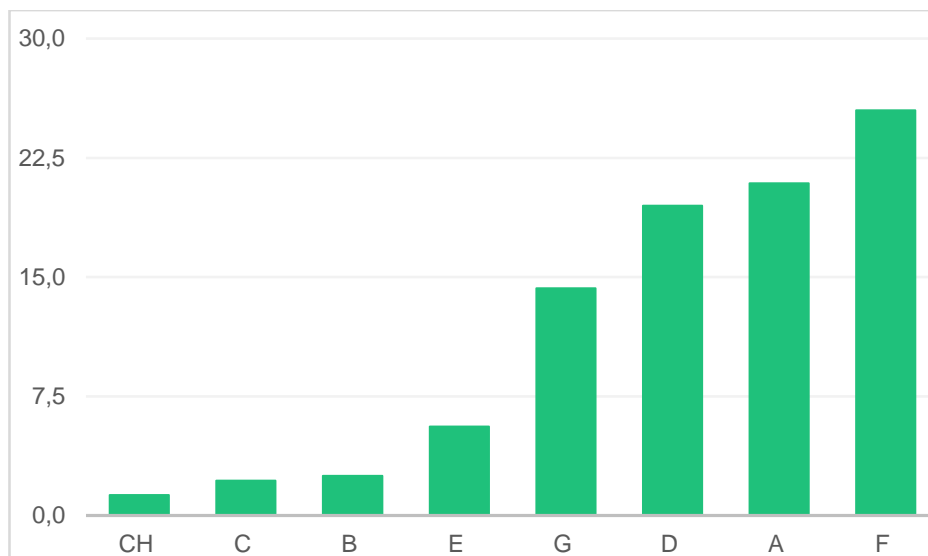
Abriendo el análisis por Municipios, la mayor proporción de personas en situación de pobreza se presenta en los municipios F, A, D y G respectivamente; complementando esta información con el ingreso medio de los hogares, son también estos municipios los que presentan menores niveles de ingresos, encontrándose por debajo del promedio del ingreso del de los hogares del total de Montevideo. Debe recordarse a su vez que los Municipios A, D y F son los que en proporción tienen mayor concentración de población.

Gráfico 2. Ingreso medio de los hogares por Municipio (2019)



Fuente: elaboración propia con base en datos de Unidad de Estadística de la IM con base en la ECH: Información física y sociodemográfica por municipio (2020), datos correspondientes al 2019.

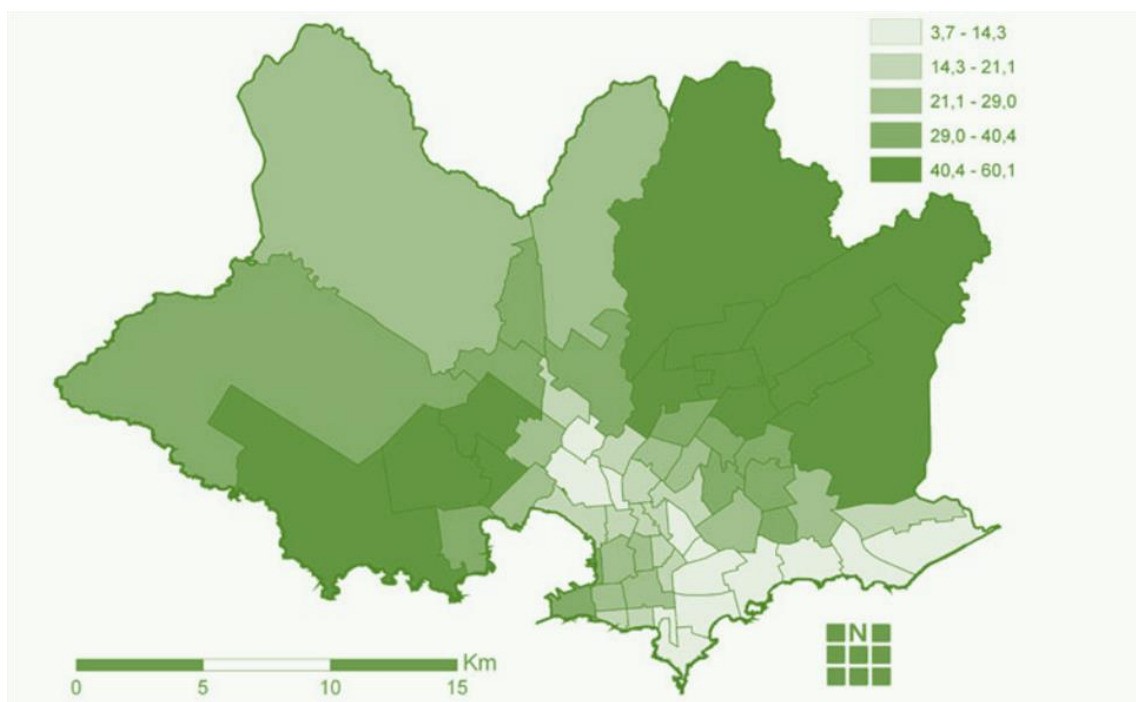
Gráfico 3. Porcentaje de personas pobres por Municipio (2019)



Fuente: elaboración propia con base en datos de Unidad de Estadística de la IM con base en la ECH: Información física y sociodemográfica por municipio (2020), datos correspondientes al 2019.

Un 26,8% de la población tiene al menos una necesidad básica insatisfecha, mientras que esta cifra asciende a 45,8% cuando se trata sólo de población afrodescendiente. A su vez, en el Mapa 1 puede apreciarse el porcentaje de población con al menos una necesidad básica insatisfecha por barrio, siendo los municipios del área periférica los más afectados.

Mapa 1. Porcentaje de población con al menos una necesidad básica insatisfecha por barrio de Montevideo (2011)

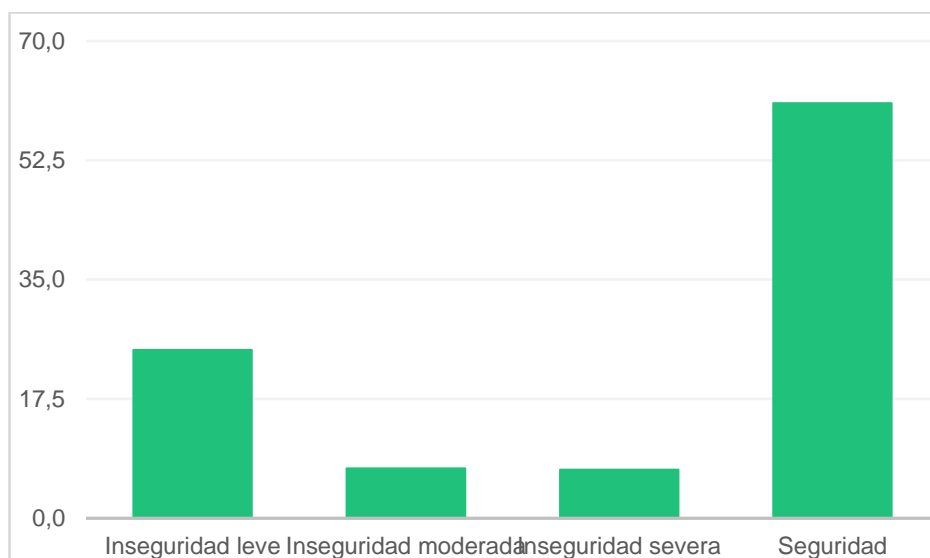


Fuente: Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay 2013

Por último, un indicador que repercute en la calidad de vida de las personas es el nivel de inseguridad alimentaria, que a su vez tiene consecuencias directas en la salud. El 7,1% de los habitantes de Montevideo y área metropolitana presentan inseguridad alimentaria severa; es decir, que no tienen acceso a suficiente cantidad de alimentos para satisfacer sus necesidades básicas. Un 7,3% presenta inseguridad moderada, es decir, una restricción en la cantidad de alimentos, un 24,7% tiene un consumo de poca variedad de alimentos o alimentos poco saludables y el 60,9% de la población tiene seguridad alimentaria.¹²

¹² La inseguridad alimentaria se experimenta cuando las personas no tienen suficiente acceso a los alimentos tanto en términos de cantidad, como de calidad, pudiendo clasificarse en tres niveles de severidad. La forma más severa de inseguridad alimentaria es el hambre, la cual ocurre cuando las personas no tienen acceso a suficiente cantidad de alimentos para satisfacer sus necesidades básicas. La inseguridad moderada se asocia con la restricción en la cantidad

Gráfico 4. Inseguridad Alimentaria en hogares de Montevideo y zona Metropolitana (2014)



Fuente: Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional - ObSAN - <http://obsan-inda.mtss.gub.uy>

Respecto a las condiciones de vida y vivienda en la ciudad de Montevideo, casi un 80% de las viviendas resultan en niveles adecuados considerando el estado de techos, pisos y paredes. Los problemas de humedad parecen ser los más frecuentes, pues se presentan en 40% de los casos. La mayoría de los hogares tienen electrodomésticos tales como lavarropas o microondas, y más del 70% tiene teléfono, PC e Internet (este último casi un 80%).

Solo un 2,1% de los hogares tiene un servicio de saneamiento incompleto y un 4,3% presenta condiciones de hacinamiento. En un análisis de ambos indicadores por municipios, al igual que en lo descrito anteriormente, aquellos Municipios que presentan peores condiciones de vida con niveles más altos de hacinamiento y de servicio sanitario incompleto son el F, D, A y G respectivamente.

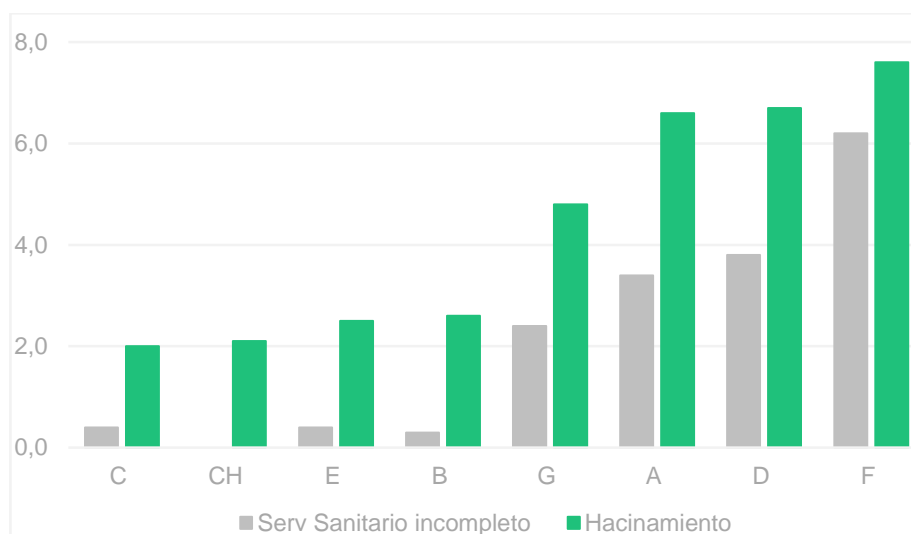
de alimentos, mientras que la inseguridad leve está asociada con el consumo de poca variedad de alimentos o alimentos poco saludables, así como con el temor de no poder acceder a cantidad suficiente de alimentos en el futuro cercano. Este estudio se realizó en Montevideo y Área metropolitana (incluye a los hogares que residen en aproximadamente 30 kms. en el entorno de Montevideo: localidades del departamento de San José pertenecientes a Ciudad del Plata y localidades del departamento de Canelones: Ciudad de la Costa, Barros Blancos, Empalme Olmos, Toledo, Juanicó y ciudades como Pando, Canelones, La Paz, Las Piedras y Progreso). La recolección de datos se realizó en el marco de una encuesta a una muestra de hogares representativa de Montevideo y Área Metropolitana. Para la selección de la muestra se utilizó el marco muestral del Censo 2011 y el universo fueron las personas adultas (18 años o más) residentes en los hogares de Montevideo y Área Metropolitana (Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional - ObSAN - <http://obsan-inda.mtss.gub.uy>)

Cuadro 4. Indicadores de condiciones de vida y vivienda para la ciudad de Montevideo (2019)

Grado de adecuación de la vivienda	Porcentaje
Adecuada	79,7
Medianamente adecuada	12,8
Inadecuada	7,5
Condición de la vivienda	Porcentaje
Sin problemas	52,2
Humedad	40,4
Grieta	21,1
Luz	20,3
Derrumbe	3,1
Servicio sanitario y hacinamiento	Porcentaje
Serv. Sanitario incompleto	2,1
Hacinamiento	4,3
Electrodomésticos en el hogar	Porcentaje
Lavarropa	88,2
Lavavajilla	5,9
Microondas	74,3
Automóvil	42,6
Telecomunicación en el hogar	Porcentaje
PC	74,6
Internet	79,4
Teléfono	71,7
Cable	60,9

Fuente: Unidad de Estadística de la IM con base en la ECH: Información física y sociodemográfica por municipio (2020), datos del 2019.

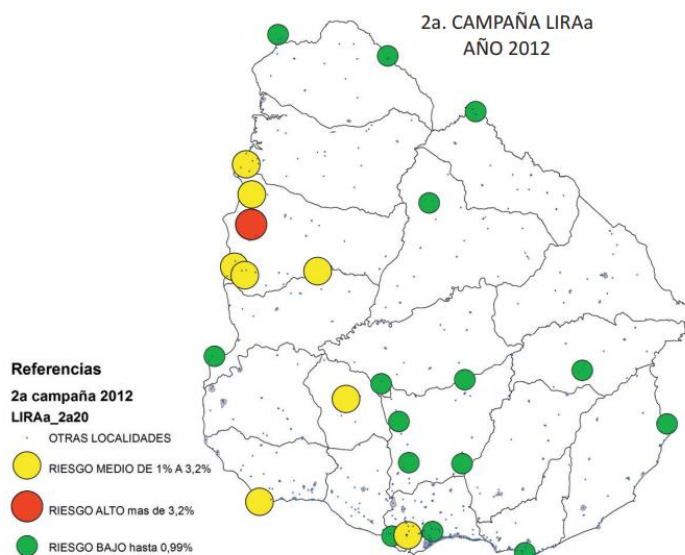
Gráfico 5. Servicio sanitario y hacinamiento por Municipios (2019)



Fuente: elaboración propia con base en datos de Unidad de Estadística de la IM con base en la ECH: Información física y sociodemográfica por municipio (2020), datos correspondientes al 2019.

Por último, en lo referente a indicadores vinculados a la salubridad pública y ambiental, el mapa 2 presenta el último dato disponible del índice de infestación predial (IIP) de *Aedes aegypti*, donde Montevideo se ubica en zona de riesgo medio.

Mapa 2. Índice de infestación predial (IIP) en localidades de Uruguay de *Aedes aegypti* (2012)



Fuente: Indicadores Básicos de Salud Uruguay 2013. MSP, INE, OPS/OMS

Indicadores de salud

En términos de cobertura de salud para la población de Montevideo, en primer lugar, casi siete de cada diez personas se atienden en mutualistas y casi tres de cada diez tiene cobertura de salud pública.

Al desglosar por Municipios y tramos de edad a las personas que se atienden en Salud Pública, en términos generales los niveles de cobertura son superiores a los globales del departamento en los municipios A, D, F y G, y con énfasis en las edades más jóvenes.

Cuadro 5. Cobertura de salud para la población de Montevideo (2019)

Tipo de cobertura	Porcentaje
Sin cobertura	1,3
Sólo EM	0,1
Pública	27,3
Mutualista	69,4
Seg. Privado	5
Otro	1,1

Fuente: Unidad de Estadística de la IM con base en la ECH: Información física y sociodemográfica por municipio (2020), datos correspondientes al 2019.

Cuadro 6. Porcentaje de personas que se atienden en Salud Pública según tramos de edad por Municipios (2019)

Municipio	Población general	Población de 0 a 4 años	Población de 15 a 19 años	Población de 60 años o más
A	36,7	43,9	38,4	32,4
B	15,4	14,8	14,5	16,8
C	19	17,7	18,3	18,5
CH	9	5,7	9,2	9,7
D	42,5	40	44,5	39,3
E	14,8	16,9	14,9	13,9
F	43,4	49,9	45	40,3
G	29,8	32	29,1	28,5
Total Montevideo	27,3	30,3	27,8	24,4

Fuente: Unidad de Estadística de la IM con base en la ECH: Información física y sociodemográfica por municipio (2020), datos correspondientes al 2019.

Si se analizan las tasas brutas de mortalidad y natalidad proyectadas por cada mil habitantes, la primera mantiene una tendencia estable, mientras que la tasa de natalidad presenta un leve descenso en los últimos años de la serie para la ciudad de Montevideo.

Por otra parte, el porcentaje de defunciones de los menores de un año de edad considerado sobre los nacimientos es muy bajo, no alcanzando en ningún caso el 1%, con tendencia decreciente.

Cuadro 7. Indicadores de natalidad y mortalidad para Montevideo

Año	Tasa bruta de natalidad	Tasa bruta de mortalidad	Porcentaje de defunciones de menores de un año
2011	13,9	10,2	0,82
2012	14,3	9,8	0,61
2013	14,5	10,0	0,83
2014	14,4	9,4	0,72
2015	14,5	10,0	0,74
2016	13,8	10,1	0,74
2017	12,6	10,1	0,69
2018	11,6	10,1	0,7
2019	10,8	10,5	0,7

Fuente: elaboración propia con base en datos del Ministerio de Salud Pública (<https://uins.msp.gub.uy/>). Nota: Nro.de nacimientos/defunciones registradas en el año sobre pob. proyectada según censo 1996 por 1000 habitantes. Proporción de defunciones de menores de un año de edad sobre el total de nacimientos.

Al observar los nacidos vivos por tramos etarios, la mayor proporción se concentra en madres mayores de 20 años de edad, viéndose una clara reducción de la maternidad en la niñez y la adolescencia.

Cuadro 8. Porcentaje de nacidos vivos según tramo etario para Montevideo

Año	Menor de 14 años	15 a 19 años	Mayor de 20 años	Sin dato
2011	0,3	14,1	85,4	0,2
2012	0,3	14,6	85,0	0,1
2013	0,3	15,2	84,4	0,1
2014	0,2	14,5	85,2	0,0
2015	0,2	13,9	85,8	0,1
2016	0,2	12,7	87,1	0,0
2017	0,2	11,5	88,2	0,0
2018	0,2	10,6	89,2	0,0
2019	0,2	9,9	89,9	0,0

Fuente: elaboración propia con base en datos del Ministerio de Salud Pública, INFO SALUD segunda edición (2019).

Por último, se presenta información referente a la prevalencia de factores de riesgo en la población de la ciudad de Montevideo, provenientes de la Segunda Encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. Dicha encuesta releva un conjunto de variables de caracterización social, profundizando en el análisis del proceso salud-enfermedad desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud (MSP, 2019).

Los factores de riesgo conductuales (aquellos que afectan en mayor medida a la población adulta) con mayor peso son: el ser fumador diario y el ser insuficientemente activo, con porcentajes del 30% y 19% respectivamente para las personas de 25 a 64 años de edad y, 13% y 15% para las personas de entre 15 y 24 años de edad.

Por otra parte, el bajo consumo de frutas y verduras si bien afecta más a la población de 25 a 64 años, presenta valores muy similares para ambos grupos de edad, obteniéndose que 9 de cada 10 personas de entre 15 y 64 años de edad tienen un bajo consumo de frutas y verduras.

El sedentarismo es una conducta de riesgo que afecta a poco más de tres de cada diez personas, con mayor peso en la población más joven. A su vez, conductas tales como el consumo episódico excesivo de alcohol, afectan a menos de 1 de cada 10 personas, es un factor de riesgo que también afecta con más incidencia a quienes se encuentran entre los 15 y los 24 años de edad.

Cuadro 9. Porcentaje para la ciudad de Montevideo de prevalencia de factores de riesgo conductuales por grupos de edad (2013)

Factor de riesgo	Grupos de edad		
	15 a 24	25 a 64	15 a 64
Fumador diario	13,1	30,0	26,0
Consumo episódico excesivo de alcohol	6,5	5,3	5,6
Consumo problemático de alcohol	8,2	8,1	8,1
Bajo consumo de frutas y verduras	90,5	91,7	91,4
Insuficientemente activo	14,6	19,0	18,0
Sedentarismo	32,4	30,1	30,6

Fuente: Morbilidad por Enfermedades No Transmisibles, MSP 2019 con base en datos de la 2ª ENFRENT.

En cuanto a la prevalencia de factores de riesgo biológicos, éstos afectan en mayor medida a los adultos que a los adolescentes y jóvenes. El factor preponderante es el sobrepeso u obesidad: más de seis de cada diez personas de 25 a 64 años de edad presentan sobrepeso u obesidad, mientras que entre quienes tienen 15 a 24 años de edad lo presentan casi cuatro de cada diez. Le sigue la hipertensión arterial con presencia en un 34% de población adulta y un 8% en adolescentes y jóvenes. La colesterolemia elevada afecta al 19% de la población adulta y al 8% de quienes tienen entre 15 y 24 años de edad. Por último, la diabetes es un factor que casi no se presenta en adolescentes y jóvenes, no alcanzando el 1%, mientras que para los adultos llega al 7% de la población.

Cuadro 10. Porcentaje para la ciudad de Montevideo de prevalencia de factores de riesgo biológicos por grupos de edad (2013)

Factor de riesgo	Grupos de edad		
	15 a 24	25 a 64	15 a 64
Sobrepeso / obesidad	38,6	61,7	56,4
Hipertensión arterial	8,4	33,6	27,6
Diabetes	0,4	7,0	5,5
Colesterolemia elevada	8,4	18,8	16,3

Fuente: Morbilidad por Enfermedades No Transmisibles, MSP 2019 con base en datos de la 2ª ENFRENT.

PLAN PARTICIPATIVO DE SALUD

El Plan Participativo de Salud es un instrumento político que plasma los compromisos asumidos por el gobierno departamental y municipal para el quinquenio que finaliza en el año 2025.

En primer lugar, cabe señalar que dicho plan se enmarca en los siguientes ejes transversales del programa del Frente Amplio para el gobierno departamental y municipal de Montevideo: la igualdad, la participación, la sustentabilidad y el género. Asimismo, se orienta según las prioridades, compromisos éticos y políticos que se enumeran a continuación:

- Desarrollar políticas activas de promoción y prevención, las cuales se encuadran en una estrategia de Atención Primaria en Salud renovada, articulando esfuerzos con todos los actores institucionales y sociales involucrados, apuntando a los determinantes sociales, culturales y ambientales de la salud.
- Impulsar comunidades saludables promoviendo la participación social y el enfoque intersectorial basado en el trabajo conjunto de todos los actores en el territorio.
- Contribuir a la atención de salud de la población desde las policlínicas zonales incrementando su capacidad de resolución en el primer nivel de atención, con énfasis en las poblaciones más vulneradas.
- Promover la salud, bienestar y convivencia con los animales.

En segundo lugar, ante la emergencia sanitaria provocada por la aparición del coronavirus SARS-CoV-2 y la afectación negativa que ello conlleva en la economía de los hogares, la IM definió que dentro de los lineamientos estratégicos y definiciones político institucionales se implementara de manera inmediata y con carácter de emergencia una serie de acciones y programas a partir del año 2021, que ayuden a combatir los perjuicios sanitarios, sociales y económicos que padece la población más desfavorecida de Montevideo. En este sentido, se crea el Plan de Apoyo Básico a la Ciudadanía (ABC)¹³, que se guía por seis ejes transversales: construcción de convivencia, participación e igualdad, implementación con anclaje territorial, mejora en las condiciones de vida, acceso a derechos, e integración de las comunidades. El presente Plan de Salud también incluye los componentes de acción del ABC (trabajo, empleo, generación de ingresos y educación; apoyo alimentario; igualdad de género;

¹³

Resolución Nro. 4411/20

más respuestas en salud; tierras, viviendas y barrio). En especial se enfoca en el eje que refiere a ampliar la cobertura y dar más respuestas en salud, esto implica que, ante el contexto de pandemia y los impactos sanitarios, se fortalecerá la capacidad resolutive del primer nivel de atención.

Metodología

Para la elaboración del presente plan se definió una metodología participativa en todo su ciclo (diseño, implementación, monitoreo y evaluación). A través de dicha forma de trabajo se busca fortalecer las políticas públicas de la IM en materia de salud.

Esto implica que el plan se convierta en una herramienta flexible que permita ir ajustándose en sus distintas fases, mediante la participación activa, en una primera instancia de autoridades y funcionariado de la IM, para luego generar un proceso de retroalimentación con los distintos actores sociales involucrados con los servicios de salud, las diferentes instituciones gubernamentales, empresas públicas y privadas, así como con organismos internacionales.

Por último, mediante la formulación, implementación, monitoreo y evaluación del plan se busca contribuir con la transparencia y rendición de cuentas a la ciudadanía, así como dar seguimiento a la gestión cotidiana y la calidad en la prestación de servicios.

Lineamientos

La División Salud se compromete a trabajar en tres lineamientos, los cuales se desprenden del marco conceptual que fundamenta el presente plan. Asimismo, expresan en detalle el propósito general del plan y en ellos se enmarcan los objetivos estratégicos con sus acciones e indicadores.

Figura 3: Esquema de lineamientos del Plan

SALUD UNIVERSAL	L.1	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL
	L.2	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y RESOLUTIVIDAD
	L.3	EMPODERAMIENTO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Fuente: Elaboración propia

Objetivos y metas

Resumen:

	Lineamiento	Metas	
<h1>SALUD UNIVERSAL</h1>	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	Mejorar el índice de fortalecimiento institucional	
	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y RESOLUTIVIDAD		Disminuir los niveles de interconsultas
		Evaluar los servicios del primer nivel de atención a través de la metodología PCAT	
		Mejorar la captación de recién nacidos de forma anual	
		Incrementar el porcentaje de mujeres con PAP vigente por año usuarias del SAS	
		Nuevo Laboratorio de Bromatología instalado y en funcionamiento al finalizar el quinquenio	
		5 de intervenciones de control de vectores realizadas con metodología de abordaje integral y participativo por año (Municipios A, G, F, D y E)	
	EMPODERAMIENTO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	Participación de la comunidad en 2 instancias anuales de definición y rendición de políticas de salud	

Lineamiento 1: Fortalecimiento institucional

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Metas
Profundizar la profesionalización y formación de los recursos humanos	Desarrollar un programa de formación continua en DDHH	Un programa de capacitación anual para funcionarios/as con perspectiva de género e interseccional (profundización en la atención en salud para hombres, personas con discapacidad, personas LGBTIQ+, personas afro) permanente para los y las funcionarias de los tres servicios de la División Salud.
	Mejorar los RRHH de la División	Fortalecer los equipos de salud de las policlínicas con recursos humanos especializados para el abordaje en salud en el Primer Nivel de Atención para medicina, enfermería y área psicosocial
		Desarrollar un plan de actualización para la resolutivez dirigido a los equipos de salud acorde a los lineamientos del modelo de atención en el primer nivel, en el marco del SNIS
	Fortalecer la cultura organizacional	Desarrollo de al menos 1 investigación durante el quinquenio por servicio que fortalezca la generación de conocimientos sobre las tareas que se realizan.
		100% de las acciones de comunicación interna y externa de la División Salud con un enfoque de género no sexista.
Fortalecer la Institucionalidad de género	Constituir la Unidad para la igualdad de género de la División Salud que permita dar seguimiento a la transversalización de género en todas las acciones de la División	

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Metas
<p>Mejorar los procesos de gestión y sistematización de la información de la División Salud</p>	<p>Mejorar la gestión, la sistematización de la información, el monitoreo de las políticas de la División Salud</p>	<p>Mantener la certificación de calidad en áreas clave de los servicios de la División de Salud</p>
		<p>Mejorar la sistematización de datos sobre los procesos laborales y el monitoreo por medio de la incorporación a sistemas de gestión de la información que permitan optimizar el manejo de los datos y generar indicadores pertinentes para los servicios</p>
		<p>Generar la Unidad para la Programación y Gestión Clínica y la Unidad de Enlace en el Servicio de Atención a la Salud para mejorar los procesos asistenciales en pos de aumentar la capacidad resolutive de las policlínicas de la División Salud</p>
		<p>Mejorar las condiciones de infraestructura edilicia de los locales de los tres servicios para potenciar la calidad, capacidad de trabajo y la seguridad laboral</p>
		<p>Creación de la comisión de bioética y de seguridad del usuario/a en el SAS</p>

Lineamiento 2: Primer nivel de atención y resolutivead

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Metas
Fortalecer la estrategia de promoción de salud y prevención de enfermedades en el departamento de Montevideo mejorando la resolutivead en el primer nivel de atención	Mejorar la resolutivead en el primer nivel de atención y favorecer la accesibilidad a los servicios de salud brindados por las policlínicas de la IM	Disminuir los niveles de interconsultas
		Creación de 2 nuevas unidades asistenciales (policlínicas móviles)
		Incorporar en 20 policlínicas formas de atención no presencial, garantizando las herramientas tecnológicas para ello
		Al año 2022, 3 policlínicas con extensión del horario y 14 policlínicas con atención los días sábado
		Mejorar la infraestructura de las policlínicas para mayor accesibilidad de las personas en situación de discapacidad a los servicios de salud de la IM
	Fortalecer la prevención y detección temprana de enfermedades crónicas no transmisibles	Incrementar el acceso a estudios de tamizaje correspondientes por pautas del MSP (PAP, mamografía y PSI) de las personas usuarias pertenecientes a población de riesgo de ECNT.
20 intervenciones territoriales anuales para la prevención de ECNT		

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Metas
Fortalecer la estrategia de promoción de salud y prevención de enfermedades en el departamento de Montevideo mejorando la resolutividad en el primer nivel de atención	Promover relaciones de igualdad, no discriminación con énfasis en género, generaciones, accesibilidad, equidad étnico racial y poblaciones migrantes en el acceso a la salud de las personas de Montevideo	100% de las policlínicas con personal capacitado y/o líneas de trabajo para la atención interseccional y con enfoque de DDHH en alguna de las siguientes áreas: personas sordas, población migrante, niños, niñas y adolescentes, atención integral según género, personas mayores y población afro
		100% de las policlínicas con programa de prevención, detección, primer abordaje y derivación de la violencia basada en género y generaciones
	Contribuir a la atención de la salud visual de las personas usuarias de las policlínicas	Generar programa piloto de salud visual en la infancia que incorpore tanto el diagnóstico oportuno como el tratamiento y acceso a lentes
	Mejorar la salud bucal de las personas del departamento de Montevideo	Actualizar Plan Salud Bucal IM en coordinación con las demás instituciones
		Plan de Acceso a salud bucal de grupos vulnerables priorizados implementado
	Contribuir al diagnóstico y atención de dificultades de aprendizaje en niños/as	Implementación Programa Andamios: Espacio interdisciplinario de acompañamiento al aprendizaje de niñas y niños en primaria común
	Contribuir a la atención de la salud mental a través del SAS	Desarrollar 8 dispositivos grupales y comunitarios de salud mental en el marco de la Ley 19.529 de Salud Mental en las policlínicas de la IM

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Metas
Fortalecer la estrategia de promoción de salud y prevención de enfermedades en el departamento de Montevideo mejorando la resolutivez en el primer nivel de atención	Contribuir a la atención de la salud mental a través del SAS	Diseñar e implementar un programa de atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes
		100% de las policlínicas con funcionarios de salud formados sobre el cambio de paradigma en la atención en salud mental
		Generar 2 actividades anuales para el cuidado de la salud mental de los funcionarios/as de los servicios
	Aportar a garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género	Crear 5 espacios de IVE en las policlínicas de la IM
		Garantizar la atención integral a personas cis y transgénero que estén en situación de trabajo sexual
		Garantizar la atención integral a personas LGBTIQ+ desde la perspectiva de derechos en las policlínicas del SAS
		3 Policlínicas con personal de salud capacitado sobre derechos sexuales y reproductivos de las personas en situación de discapacidad
		Desarrollo en el marco de la red asistencial de ASSE de servicios de salud sexual y reproductiva dando cumplimiento a la ley que garanticen la accesibilidad a la atención integral a personas que viven con VIH, promoviendo la descentralización asistencial.
		Fortalecer los espacios de sensibilización y capacitación vinculados a derechos en SSR destinados a adolescentes.

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Metas
Fortalecer la estrategia de promoción de salud y prevención de enfermedades en el departamento de Montevideo mejorando la resolutividad en el primer nivel de atención	Contribuir a la salud individual y colectiva de la población a través de un servicio farmacéutico integrado al sistema de salud y comprometido con el acceso equitativo a los medicamentos y otros insumos sanitarios, y con su uso racional	Crear un fondo de medicamentos como vía alternativa de abastecimiento, complementaria de las existentes
		Implementar un proyecto de mejora de gestión del sistema de farmacia
Promover una alimentación saludable y aportar a garantizar la inocuidad de los alimentos de la población montevideana	Generar una cultura de inocuidad y consumo de alimentos saludables en la población	6 Campañas en el quinquenio de promoción de alimentación saludable con perspectiva de igualdad de género
	Mejorar el control y manipulación de alimentos en distintos puntos de venta	Nuevo Laboratorio de Bromatología instalado y en funcionamiento al finalizar el quinquenio
		Al 2022 tener descentralizado y digitalizado el trámite de carné de manipulador
	Ferias visitadas para promover y supervisar el funcionamiento como punto de oferta de alimentos de calidad	

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Metas
<p>Promover una alimentación saludable y aportar a garantizar la inocuidad de los alimentos de la población montevideana</p>	<p>Atender las situaciones de malnutrición infantil en el departamento con perspectiva de igualdad de género e interseccional</p>	<p>Diseñar un relevamiento sobre obesidad y sobrepeso infantil y adolescente para conocer sus determinantes y estado de situación actual en Montevideo.</p>
		<p>Desarrollar una línea de trabajo sobre obesidad infantil en contexto de extrema vulnerabilidad</p>
		<p>100% de niños, niñas y embarazadas detectados con malnutrición por déficit dentro de la población usuaria de policlínicas de la IM atendidos en el marco del programa Apoyo Alimentario</p>
		<p>Mejorar la captación de recién nacidos de forma anual</p>
<p>Velar por la salubridad pública, manteniendo el control de vectores y plagas, de manera de prevenir la circulación y enfermedades transmisibles por vectores</p>	<p>Promoción y educación en materia de salubridad pública</p>	<p>2 Campañas y 10 actividades anuales de promoción y educación en materia de salubridad pública, libres de estereotipos de género y discriminaciones</p>
	<p>Mejorar la calidad de vida de los ciudadanos mediante la planificación de intervenciones para el control de vectores y convivencia con los animales</p>	<p>Incrementar la resolución de demandas de control de vectores y plagas recibidas por parte de la ciudadanía</p>
		<p>5 intervenciones de control de vectores realizadas con metodología de abordaje integral y participativo (Municipios A, G, F, D y E)</p>
		<p>Generar normativa que permita el control de acciones realizadas en este tema por empresas particulares y prevea sanciones</p>
<p>Mejorar y ampliar la red de muestreo para seguimiento y control de Aedes aegypti</p>		

Lineamiento 3: Empoderamiento y participación social

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Metas
Fortalecer las redes comunitarias y el entramado social promoviendo un rol activo de las personas montevideanas en el cuidado de su salud	Realizar una planificación operativa intra-institucional con participación ciudadana en los procesos de definición, seguimiento y rendición de las políticas de salud con perspectiva de igualdad de género	Implementar al año 2023 un programa con enfoque territorial y comunitario coordinado entre los tres servicios a lo largo del quinquenio
		Establecer 2 instancias participativas de manera anual para relevar propuestas, realizar seguimiento y rendición de las políticas de salud, entre las autoridades de la División, los funcionarios/as y la comunidad
	Implementación de las políticas de salud con participación activa de la ciudadanía	Generar espacios de articulación territorial en municipios entre los actores claves de la comunidad y los referentes de los servicios de la División Salud a la hora de implementar acciones en los barrios
		Crear mesas de trabajo con la sociedad civil organizada en torno a los temas de Regulación Alimentaria, con funcionamiento de al menos una mesa anual
		Fortalecer la participación y el trabajo conjunto con el tercer nivel de gobierno (Municipios y CCZ), con al menos una reunión semestral

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Derecho a la Salud: Es “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr [...] sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, 1946).

Desigualdades sociales en salud: Son el resultado de las distintas oportunidades y recursos a los que las personas pueden acceder en función de su clase social, género, edad, país de nacimiento o etnia, y que tiene una influencia clara en su salud.

Empoderamiento: En su sentido más general, es la habilidad de la gente para comprender y controlar las fuerzas personales, políticas, sociales y económicas para tomar decisiones que mejoren sus vidas (Zimmerman, 1988). Es el poder que ejercen las personas sobre sus propias vidas, a la vez que participan democráticamente en la vida de la comunidad (Rappaport, 1987). También se refiere al proceso por el cual las personas, grupos, organizaciones y comunidades desarrollan un sentido de control sobre sus vidas, para actuar eficientemente en el ámbito público, tener acceso a recursos y promover cambios en sus contextos comunes (Ortiz-Torres, 1992).

Consiste en introducir en el proceso de decisiones a las personas que se encuentran fuera de él, abordando las distintas dimensiones, desde la más personal a la estructural, y cambiando las relaciones de poder y su concepto (Rowlands, 1997).

Equidad: La equidad está íntimamente relacionada con la igualdad. Sin embargo, en la práctica, si bien entrelazados, estos conceptos pueden llegar a asumirse por diversos actores sociales y políticos de maneras sumamente diferentes. La igualdad puede llevar a inequidades (tratar a todos por igual, siendo que las personas tienen dotaciones de recursos naturales o biológicos diferentes), así como las inequidades pueden generar mayor igualdad (cobrar más impuestos a los que tienen mayor ingreso, con el fin de redistribuir servicios o recursos de igual manera).

Equidad en Salud: Según la OMS (2007) es la ausencia de diferencias de salud injustas y evitables entre grupos o poblaciones definidos social, económica, demográfica o geográficamente. La equidad en salud implica que todas las personas debieran tener las mismas oportunidades de alcanzar el grado máximo de salud, y ninguna debiera verse en situación de desventaja por razón de su posición social, o por otras circunstancias determinadas por factores sociales.

Género: El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos, y una forma primaria de relaciones significantes de poder (Scott, 1996). Es importante tener en cuenta que el género es una construcción sociocultural e histórica vinculada a lo que cada sociedad, en cada momento histórico, adjudica como vinculado a lo femenino y a lo masculino (Scott, 1996).

Inseguridad alimentaria: Existe inseguridad alimentaria cuando las personas no tienen acceso físico, social o económico suficiente a alimentos, tal y como se define en seguridad alimentaria (FAO, 2010).

Interseccionalidad: El concepto de interseccionalidad lo introduce Kimberlé Crenshaw en la Conferencia Mundial contra el Racismo en Sudáfrica en 2001. Crenshaw (Crenshaw, 1995) consideró que había categorías como la raza y el género que interseccionaban e influían en la vida de las personas. Partía de una estructura primaria donde interseccionaban aparte de la raza y el género, la clase social, a la que se añadían otras desigualdades. Para Crenshaw no se trataba de una suma de desigualdades, sino que cada una de éstas interseccionaban de forma diferente en cada situación personal y grupo social, mostrando estructuras de poder existentes en el seno de la sociedad.

El análisis interseccional tiene como objetivo revelar las variadas identidades, exponer los diferentes tipos de discriminación y desventaja que se dan como consecuencia de la combinación de identidades. Busca abordar las formas en las que el racismo, el patriarcado, la opresión de clase y otros sistemas de discriminación crean desigualdades que estructuran las posiciones relativas de las mujeres. Toma en consideración los contextos históricos, sociales y políticos y también reconoce experiencias individuales únicas que resultan de la conjunción de diferentes tipos de identidad (AWID, 2004).

Modelo Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud: Centra su atención en tres componentes que pueden generar desigualdades en salud: el contexto sociopolítico, la posición socioeconómica (ambos componentes conforman los determinantes estructurales) y los factores intermedios (condiciones materiales de vida, condiciones psicosociales, sistema de salud y atención sanitaria).

Participación ciudadana: Es la intervención de la ciudadanía en la toma de decisiones respecto al manejo de los recursos y las acciones que tienen un impacto en el desarrollo de sus comunidades.

Participación social: Son aquellas iniciativas sociales en las que las personas toman parte consciente en un espacio, posicionándose y sumándose a ciertos grupos para llevar a cabo determinadas causas que dependen para su realización en la práctica del manejo de estructuras sociales de poder. Implica una posibilidad de configuración de nuevos espacios sociales, la inclusión de actores sociales en movimientos sociales, en organizaciones gubernamentales o no gubernamentales, la organización de colectivos (grupos de vecinos/as, usuarios/as, beneficiarios/as), o la presencia en la esfera pública para reclamar situaciones o demandar cambios.

Promoción de la salud: Es el proceso de capacitar a las personas y a las comunidades para incrementar el control sobre los determinantes de salud, y de ese modo mejorar su salud (Nutbeam, 1998). Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las orientadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.

Resolutividad en el primer nivel de atención a la salud: La capacidad de resolución es un elemento inherente al ámbito de la atención primaria desde la que se debe resolver el 85% de los problemas de salud de la población. La capacidad de resolución implica el diagnóstico y tratamiento correcto de los problemas de salud y está relacionado fundamentalmente con la formación de los profesionales y el acceso a las

pruebas diagnósticas. Su evaluación se refiere a la dimensión de la calidad científico-técnica y también a la efectividad. (Manual de Calidad Asistencial - SESCAM España 2009)

Salud universal: consiste en garantizar que todas las personas y comunidades tengan acceso a los servicios de salud sin discriminación de ningún tipo y sin sufrir dificultades financieras (OPS, <https://www.paho.org/es/salud-universal>).

Seguridad alimentaria: existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana (FAO, 2010).

BIBLIOGRAFÍA

Alcántara Moreno, Gustavo (2008). "La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad", *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, Caracas, Venezuela, Universidad Pedagógica Experimental Libertador, vol. 9, No. 1; pp. 93-107. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/laplb/n33/0121-8530-laplb-33-81.pdf>

Batthyány, Karina et al (2014). *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Desigualdades de género en Uruguay*. Montevideo: Trilce.

Calvo, J.J. (2013). *Atlas Sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Las necesidades básicas insatisfechas a partir de los Censos 2011*. INE, Udelar, OPP, MIDES, UNFPA. Montevideo.

Cardona Arias, J. A. (2016). Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. *Archivos de Medicina (Col)*, vol. 16, núm. 1. Universidad de Manizales, Manizales.

Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades de una generación*. OMS, Ginebra.

Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (2015). *Determinantes Sociales de la Salud*. OMS, Ginebra.

Constitución de la OMS (1946).

Davies, J. K.; MacDonald, G. (1998). *Quality, evidence and effectiveness in health promotion*. Ed.Routledge. London.

Delegación en Bizkaia del COAVN (2017). *El marco teórico de los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades sociales en salud y las estrategias de planificación urbana que favorecen la salud y la equidad en salud*. Parámetros de salud en el diseño de la ciudad. Bilbao.

Fabbri, Luciano (2019). Género, masculinidad(es) y salud de los varones. Politizar las miradas, en *Salud Feminista*. Buenos Aires: Tinta Limón, pp. 101-124.

FAO (2010). *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. La inseguridad alimentaria en crisis prolongadas*. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

Federici, Silvia (2018). *El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo*. Madrid: Traficantes de Sueños. *Revista Española De Sociología*, 28(3 - Sup2). <https://doi.org/10.22325/fes/res.2019.47>

Federici, Silvia (2018). *Revolución en punto cero*. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas. Buenos Aires: Tinta Limón.

Fride (2006). *El empoderamiento. Desarrollo "En Contexto"*. Madrid.

Gil, Piédrola (2016). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Elsevier

Gómez, Elsa (2002). "Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica", *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, Estados Unidos, Organización Panamericana de la Salud, vol. 11; pp. 454-461.

Hendel, Liliana (2017). *Violencias de género. Las mentiras del patriarcado*. Buenos Aires: Paidós.

Heredia, et al (2015). Capacidad Resolutiva de la atención Materna en el municipio Juan Germán Roscio de Guárico, Venezuela. *Rev. Fac. Cienc. Salud. UDES* Vol. 2, No 1; pp. 8-17

INDA. Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional - ObSAN - <http://obsan-inda.mtss.gub.uy>

INE – Demografía y Estadísticas Sociales. <https://www.ine.gub.uy/poblacion>

Magliano, María (2015). "Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos", *Estudios Feministas*, Florianópolis, vol. 23, No. 3; pp. 691-712. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n3p691>

Menéndez, Eduardo (1994). "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?", *Alteridades*, Distrito Federal, México, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa, vol. 4, No. 7; pp. 71-83. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711357008>

Moisés, A, Narciso, V, Cuba, S (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud: Una visión desde la medicina familiar, revista *Acta Médica Peruana*, No 30, Vol 1; pp. 42-47

MSP, INE, OPS/OMS (2013). *Indicadores Básicos de Salud Uruguay 2013*.

MSP (2019). *Morbilidad por Enfermedades No Transmisibles*. Uruguay, Diciembre 2019.

MSP (2019). *INFO SALUD segunda edición. Actualización de Indicadores*.

MSP – Estadísticas Vitales. <https://uins.msp.gub.uy/>

Musitu, G. (2007). El empowerment en la psicología comunitaria. En: Seminario Pantallas Sanas: TIC, salud y vida cotidiana. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón. Zaragoza.

Nutbeam, D. (1998). *Health promotion glossary*, Vol 13. Nro. 4. Oxford University. Great Britain.

OMS (1948) <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

Organización Panamericana de la Salud (2012). *Por la salud de las personas trans*. México: OPS

Pagnamento, Licia *at al* (2016). Proceso salud-enfermedad-atención: una propuesta conceptual para su análisis. IX Jornadas de Sociología de la UNLP, 5, 6 y 7 de diciembre de 2016, Ensenada, Argentina. En *Memoria Académica*. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8183/ev.8183.pdf

Payne, Sarah (2014). "Gender mainstreaming as a global policy paradigm: barriers to gender justice in health", *Journal of International and Comparative Social Policy*, Vol. 30, No. 1; pp. 28–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/21699763.2014.886609>

Paz, Andrea y Ramírez, Carlota (2019). Riesgo(s) en disputa: el poder de definir el futuro deseable, en *Salud Feminista*. Buenos Aires: Tinta Limón, pp. 89-100.

Prosalus y Cruz Roja (2014). Comprendiendo el derecho humano a la salud. Disponible en: [https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20\(2\).pdf](https://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20(2).pdf)

Rappaport, J. (1987) Terms of empowerment/ Exemplars of prevention: Toward a Theorie for Community Psychologie. En *American Journal Psychologie*.

Restrepo, H, (2000). Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. Informe técnico 4. Quinta Conferencia mundial de promoción de la salud. México, OMS.

Rodríguez. Beltrán, M. (2009). Empoderamiento y promoción de la Salud, Red de Salud 14, Zaragoza.

Rowlands, J. (1997). Questioning Empowerment. Working with women in Honduras. UK and Ireland: Oxfam publication

Rubinstein, et al (2012). Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud. BID

Rubinstein, et al (2006). Medicina familiar y práctica ambulatoria. Buenos aires: Médica Panamericana

Sanabria Ramos, G. (2004). Participación social en el campo de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(3) Recuperado en 02 de septiembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300005&lng=es&tlng=es.

Scott, Joan (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. Lamas Marta Compiladora. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. PUEG, México. 265-302p.

Sen, Gita, Östlin, Piroska (2007). Final Report to the WHO Commission on Social Determinant of Health. Unequal, unfair, ineffective and inefficient Gender Inequality in Health: Why it exist and how we can change it. Disponible en: http://www.eurohealth.ie/pdf/WGEKN_FINAL_REPORT.pdf

Sen, Gita, Östlin, Piroska (2008). "Gender inequity in health: why it exists and how we change it", *Global Public Health*, vol. 3, S 1; pp. 1-12.

Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud (2015). Inequidades en salud y sus determinantes sociales en Uruguay. MSP, Montevideo.

Solar, O; Irwin, A. (2005). A conceptual framework for action on the social determinantes of health. OMS, Ginebra.

Terris, Milton (1980) "La distinción entre la medicina individual y la medicina social" en La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social. México
<https://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-007.pdf>

Tomasina (2011). Salud y Trabajo, en Manual básico en salud, seguridad y medio ambiente del trabajo. Montevideo: Udelar, pp. 113.

Unidad de Estadística de la IM (2020). Información física y sociodemográfica por municipio. Unidad de Estadística, Servicio de Gestión Estratégica, Departamento de Desarrollo Sostenible e Inteligente. Montevideo.

Vigoya, Mara (2016). "La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación", *Debate Feminista*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, vol. 56; pp. 1-17.

Whitehead, M., Dahlgren, G. (2007). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. World Health Organization, Copenhagen.

Zimmerman, M., Rappaport J. (1988) "Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment" en *American Journal of Community Psychology*.

Zimmerman, M. (1990) "Taking action in empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions". En *American Journal of Community Psychologie*.