



**FLACSO**  
ARGENTINA

## **Maestría en Desarrollo Humano**

Tesis

# **La Desconcentración Territorial del Ministerio de Salud Pública en Uruguay. Un análisis descriptivo sobre el alcance de la autonomía de las Direcciones Departamentales de Salud (2015-2020).**

Trabajo Final para la obtención del título de Magister en Desarrollo Humano.

Maestrando: Lic. Juan Antonio Gorosterrazú Rivero

Director de Tesis: Dr. Guillermo Fuentes

Co-Director de Tesis: Mg. Iván Sánchez

Agosto, 2024.

---

## **Agradecimientos**

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a quienes han apoyado y acompañando a lo largo de este proceso.

Agradezco a la FLACSO-Sede Argentina por abrirnos las puertas y permitirnos formarnos como personas y profesionales, aprendiendo de las distintas realidades de diferentes países, especialmente a Pablo, Luciano, el equipo de dirección, los administrativos y todo el personal de la Facultad.

Agradecimiento a los docentes, equipo de coordinación de la Maestría por permitirnos conocer y profundizar sobre desarrollo humano, gracias por compartir sus conocimientos.

Gracias a los/as colegas maestrandos/as por el apoyo y por compartir sus saberes.

Agradezco a la OEA por la beca parcial y la posibilidad de realizar ésta maestría, de otra forma hubiera sido muy difícil realizarla.

Agradezco a mis compañeros de trabajo por el apoyo e impulso a continuar.

Gracias a mi Director de la tesis Guillermo y al Co-director Iván por incentivar me a terminar este proceso y acompañarme en esta última etapa de la maestría.

Gracias a mi Familia por brindarme su amor y apoyo incondicional en todo momento y siempre impulsarme a superarnos en lo que emprendemos, sin ellos, no hubiera sido posible llegar hasta aquí.

Agradezco especialmente a mi esposa Rosina, que me incentivo a continuar, pese a todas las adversidades de estos tiempos y a mis hijos Pilar y Juan Ignacio por su apoyo y comprensión por quitarles tiempo y que hayan entendido la importancia de continuar estudiando.

---

## **ÍNDICE DE CONTENIDOS**

1. Introducción .....	1
2. Planteamiento del problema y pregunta de investigación .....	3
3. Contextualización.....	6
3.1. Diseño institucional del estado uruguayo.....	6
3.2. Nuevo modelo de desarrollo y reforma de la salud .....	10
4. Marco teórico .....	25
5. Objetivos .....	29
5.1. Objetivo general.....	29
5.2. Objetivos específicos.....	29
6. Marco metodológico .....	30
6.1. Tipo de estudio y diseño general.....	30
6.2. Ámbito de estudio .....	30
6.3. Unidades de información.....	31
6.4. Procedimiento propuesto para la recolección de datos .....	31

---

6.5. Definiciones operativas de las variables y/o dimensiones. ....	32
6.6. Instrumento propuesto para la recolección de datos .....	33
7. Presentación de resultados y análisis: la desconcentración territorial del Ministerio de Salud Pública, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud uruguayo (2015 - 2020).....	34
7.1. Rol de la DDS en la desconcentración de las políticas de salud. Análisis documental.....	34
7.2. Autonomía de las Direcciones Departamentales de Salud del Ministerio de Salud Pública en el proceso de desconcentración de las políticas públicas en salud de Uruguay, durante el período 2015 – 2020 .....	36
8. Conclusiones generales .....	47
9. Referencias bibliográficas .....	50
10. Anexos .....	59
10.1. Instrumento utilizado para valorar alcance de la desconcentración de las políticas públicas en salud se indaga sobre el proceso de autonomía de las DDS	

---

## **ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS**

Figura 1. Línea de tiempo sobre la salud en Uruguay (1788 al 1953).....	16
Figura 2. Línea de tiempo sobre la salud en Uruguay (1960 al 2015).....	17
Figura 3. Ubicación geográfica de las Direcciones Departamentales de Salud del Ministerio de Salud Pública, Uruguay.....	31
Tabla 1. Distribución de las respuestas sobre capacidad de autonomía de las Direcciones Departamentales de Salud.....	38
Figura 4. Percepción de autonomía por parte de los/as directores/as.....	39
Figura 5. Capacidad de autonomía en la definición de los programas desarrollados.....	39
Figura 6. Capacidad de autonomía en la definición de los recursos humanos.....	40
Figura 7. Capacidad de autonomía en la definición de recursos financieros.....	41
Figura 8. Mapa de Uruguay con rutas. Fuente: <a href="https://mapasdeuruguay.com/rutas">https://mapasdeuruguay.com/rutas</a>	42
Figura 9. Capacidad de incidencia en objetivos y población destinataria.....	43
Figura 10. Capacidad de incidencia en la definición de los territorios sobre los cuales se desplegarán las políticas y programas.....	44
Figura 11. Supervisión del funcionamiento de los programas ejecutados.....	45
Figura 12. Evaluación de resultados e impacto de las acciones y programas.....	46

---

## Resumen

**Introducción:** La desconcentración y descentralización del MSP supone la transferencia de funciones, responsabilidades, recursos para incrementar los niveles de productividad, eficacia y eficiencia del sistema sanitario. Dotar de autonomía a las DDS coloca al organismo en mejores condiciones para elevar el ejercicio de la función de rectoría y construcción del sistema a lo largo de todo el territorio nacional.

**Objetivo:** Conocer el alcance de la desconcentración de las políticas públicas en salud del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, a través de la autonomía de las Direcciones Departamentales de Salud, durante el período 2015 – 2020.

**Metodología:** Estudio deductivo y descriptivo. Para estudiar la desconcentración del Ministerio de Salud Pública, se tomó como unidad de análisis a las Direcciones Departamentales de Salud. Se realizó una revisión documental que consistió en la identificación, selección y análisis de documentos. Además, se aplicó un índice ordinal cuyos resultados son arrojados por la técnica encuesta conformada por un formulario autoadministrado.

**Resultados:** El 62,5% de las DDS refirieron definir los programas en conjunto entre nivel central y departamental. También 62,5% mencionaron que los recursos humanos fueron definidos a nivel central, mientras que el 100% para los recursos financieros. La definición de los objetivos y la población destinataria solamente el 12,5% de los encuestados manifestó que los objetivos fueron definidos por el nivel central. En cuanto a la definición de los territorios a trabajar el 90,8% expuso que el nivel departamental tuvo incidencia (Nivel Departamental 53,3% y Ambos Niveles 37,5%). En relación a la supervisión y evaluación de los programas el 43,75% respondió el nivel departamental y 68,75% ambos niveles respectivamente.

**Conclusiones:** El alcance de la desconcentración del MSP en el marco del SNIS se desarrolló, de forma secuencial; logrando diversos niveles de autonomía en las distintas dimensiones, la intención descentralizadora planteada en el discurso durante el ciclo progresista en el país, en los hechos se dió parcialmente.

**Palabras claves:** Desconcentración, autonomía, rectoría, salud.

---

## 1. **INTRODUCCIÓN.**

La República Oriental del Uruguay es un país que se encuentra ubicado en el cono sur de América Latina, si bien es pequeño en su extensión geográfica, es uno de los países del continente que históricamente ha mostrado los mejores niveles de desarrollo socioeconómico y democrático (Banco Mundial, 2024).

De larga historia centralista, en el año 2005, en Uruguay el Frente Amplio asume por primera vez la conducción política del país, gobernando hasta el año 2020.

Las políticas más relevantes desarrolladas durante estos ciclos fueron el aumento del Gasto Público Social, la reforma del sistema tributario, la re-convocatoria a la negociación colectiva, y la reforma de la matriz de protección social, con foco en la mejora en la calidad de vida de la población. En este sentido, el sector salud cumple un rol fundamental para la ampliación de las oportunidades y libertades de las personas . A diferencia de las demás experiencias latinoamericanas, el ascenso de la izquierda en Uruguay no significó la profundización de la centralización estatal (Arellano, 2022), sino por el contrario avances en la desconcentración de varios organismos públicos nacionales, entre ellos la del Ministerio de Salud Pública.

La desconcentración y descentralización del MSP supone la transferencia de funciones, responsabilidades, recursos para incrementar los niveles de productividad, eficacia y eficiencia del sistema sanitario (Leyba Flores, 2000). Dotar de autonomía a sus dependencias departamentales coloca al organismo en mejores condiciones para elevar el ejercicio de la función de rectoría y construcción del sistema a lo largo de todo el territorio nacional.

A diecisiete años de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), resulta necesario generar evidencia sobre la desconcentración y autonomía de las dependencias del Ministerio de Salud Pública con presencia en los territorios. Analizando el proceso de modificación de la cultura política e institucional, en favor de

la creación de ciudadanía y poder local. El presente trabajo pone foco en el proceso de desarrollo de las DDS en lo que refiere a desconcentración, evaluando la capacidad de autonomía de las mismas, con respecto al nivel central.

En Uruguay se ha estudiado principalmente la descentralización de los gobiernos departamentales y locales, mas no se ha profundizado en la desconcentración del sistema de salud uruguayo, en su dimensión subnacional, por lo que la presente investigación se constituye como un primer antecedente de estudios en el tema. Por otra parte, este estudio busca ser un aporte que sirva de insumo para profundizar la reforma de la salud en Uruguay; y una contribución al conocimiento en las áreas de desconcentración, descentralización y políticas públicas de la región, generando información, a la vez que se pretende sistematizar aprendizajes de los diferentes actores y crear nuevos conocimientos que sirvan para la reflexión y el futuro accionar de las políticas públicas en el país.

. En el segundo capítulo, se plantea el problema, formulando la pregunta que orienta el presente trabajo. A continuación se contextualiza el tema, para lo cual se exponen algunos antecedentes relevantes y se analizan en profundidad los aspectos que lo propician. Posteriormente en el capítulo cuatro, a través del marco teórico, se presenta el posicionamiento epistemológico sobre el cual se estudiaron y analizaron las variables del presente trabajo. Se prosigue con el planteamiento de los objetivos y en el quinto capítulo, se define el diseño metodológico, así como los procedimientos realizados e instrumentos utilizados. En tanto, que en los capítulos posteriores, se presentan los resultados con su correspondiente análisis, para finalizar con conclusiones y recomendaciones que permiten conocer en profundidad la temática abordada.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

A partir de la definición de Amartya Sen (2000), quien sostiene que “el bienestar es una condición para que los ciudadanos logren el despliegue de las capacidades necesarias para disfrutar y participar de la vida social de manera digna y realizando sus propios objetivos”; y en el entendido de que la salud es una condición necesaria para el ejercicio de éstas capacidades es que el presente trabajo se enmarca en la reforma en la salud implementada en Uruguay.

Desde la ley orgánica 9202, se define al Ministerio de Salud Pública, como la máxima autoridad sanitaria del país, siendo responsable de velar por la salud colectiva a lo largo del territorio nacional.

En este sentido, la desconcentración territorial del Ministerio de Salud Pública y las Direcciones Departamentales en Salud cobra gran relevancia, siendo la autonomía de éstas un elemento clave para el ejercicio de sus funciones.

La desconcentración y descentralización han sido temas de debate en Uruguay, especialmente en el último tiempo donde se han producido cambios en la legislación y distintas herramientas para poder desarrollar diferentes niveles de decisión de las políticas públicas, pretendiendo estar más cerca de donde vive la población.

La salud pública es fundamental para el desarrollo humano, social y económico en todos los países. En Uruguay, sin duda es un tema que ha requerido especial atención a lo largo de su historia y ha tomado notoriedad especialmente en los últimos años, en un marco de cambios políticos y sociales significativos en el país. En este contexto se da la reforma del sistema de salud uruguayo.

La desconcentración territorial del MSP busca mejorar la gestión de los servicios y las condiciones de vida de los ciudadanos en todo el territorio nacional. Este estudio es importante para poder acercarnos a entender cómo se valora la desconcentración

por parte de los actores responsables de llevar adelante e implementar las políticas públicas en salud en los diferentes departamentos del país.

Para estudiar el tema de desconcentración se consideró la autonomía de las direcciones departamentales de salud como elemento crucial para la adaptación de las políticas de salud a las necesidades locales. Un análisis descriptivo de su alcance puede revelar fortalezas y debilidades en la gestión de la salud pública, así como oportunidades para mejorar la efectividad de la atención sanitaria.

Se identificó como actores claves a los/las directores/as departamentales de salud, por su presunta autonomía que abordaremos en el presente trabajo.

Analizar el período 2015-2020 permite evaluar las políticas implementadas y su evolución, en un marco de cambios políticos y sociales significativos, implementados en el país en los períodos progresistas.

Para conocer el impacto en la población resulta necesario comprender cómo la desconcentración y la autonomía pueden afectar la calidad de los servicios en los diferentes departamentos del país y es fundamental para identificar las desigualdades y buscar alternativas de solución.

Esta investigación es una contribución al conocimiento académico y profesional, puede contribuir a llenar un vacío en la literatura existente sobre la gestión de la salud pública en Uruguay. Además, ofrecerá información relevante para futuros investigadores, profesionales de la salud y formuladores de políticas, promoviendo un enfoque más informado y basado en evidencia para la desconcentración territorial.

Esta tesis no solo busca analizar un fenómeno relevante en el contexto uruguayo, sino también proporcionar un marco de referencia que pueda influir en la mejora de la gestión de la salud pública a nivel departamental, regional y nacional.

Además, que pretende contribuir a una mejora en la planificación, diseño y asignación de recursos en el sistema de salud.

Por lo expuesto surge la siguiente pregunta de investigación que se desarrollará en el presente trabajo.

*¿Cuál es el alcance de la desconcentración del MSP en el marco del SNIS?*

### **3. CONTEXTUALIZACIÓN**

#### **3.1. Diseño institucional del estado uruguayo.**

Toda constitución institucionaliza el poder para asegurar acciones de gobierno sobre la sociedad, definiendo cómo se accede, se integra, y se ejerce el mismo (Calderón Suarez, 2007). Uruguay es un país centralizado y unitario; desde un centro se concentra el poder político para ejercer las funciones del Estado (Montecinos, 2009) lo que ha condicionado la vida política, social y sociocultural del país (Gallicchio y Camejo, 2005; De Barbieri *et al.*, 2015). Un ejemplo extremo de esa matriz, es que Uruguay permaneció relativamente indiferente ante impulsos de valorización de los gobiernos de proximidad, siendo el último país del continente en instalar Municipios (Ferla, *et.al*; 2016:35-36). Uruguay tiene tres niveles de gobierno, cada uno con sus competencias, formas de financiamiento, y elección de autoridades.

El nivel nacional monopoliza las principales funciones del Estado como la soberanía (FF.AA), la seguridad pública (orden interno), las relaciones exteriores, la política económica, y asume la mayor parte referida al desarrollo y al bienestar social (educación, salud, vivienda, seguridad social, transferencias monetarias, acuerdos salariales). El Gobierno Nacional (GN) se conforma por el Poder Ejecutivo compuesto por el Presidente y los Ministros; el Poder Legislativo compuesto por la Cámara de Diputados (99 miembros), la Cámara de Senadores (30 miembros más el Vicepresidente de la República), y la Asamblea General (conjunción de ambas cámaras); y el Poder Judicial (compuesto por la Suprema Corte de Justicia, el Tribunal de Apelaciones, y los diferentes juzgados). Los titulares del Legislativo y del Ejecutivo se eligen simultáneamente cada 5 años.

El proceso electoral inicia con las elecciones primarias de los partidos políticos de las cuales resultan los Órganos Deliberativos Nacionales (ODN) y Departamentales (ODD) encargados de elegir candidato único a la presidencia (por mayoría absoluta de

votos o el 40% con una diferencia mayor al 10% del primero sobre el segundo) y los candidatos a Intendente Departamental respectivamente. Luego se celebra la primera vuelta entre los candidatos únicos de cada partido, de forma simultánea y mediante un sistema de listas cerradas y bloqueadas con las elecciones parlamentarias. Los escaños parlamentarios se asignan por el sistema *de representación proporcional integral*. En la primera vuelta queda conformado el parlamento y obtiene la presidencia el candidato que alcance la mayoría absoluta de votos emitidos, sino se realiza a mes seguido la segunda vuelta entre los dos candidatos más votados.

Respecto a lo territorial, Uruguay se estructura en 19 departamentos (segundo nivel de gobierno) y 125 municipios (tercer nivel de gobierno)<sup>1</sup>. El nivel departamental realiza funciones subsidiarias y complementarias a las nacionales referidas a infraestructura urbana, higiene pública, necrópolis. Esos servicios básicos han sido históricamente las funciones principales de los Gobiernos Departamentales (GD), asociados a los que se conoce como “alumbrado, barrido y calles” (ABC), aunque también en las últimas décadas han incrementado su participación en temas de desarrollo social y productivo desde la promoción no como competencia exclusiva (Freigedo y Goinheix, 2019). Cada GD se conforma por un Intendente Departamental con funciones ejecutivas o administrativas, y una Junta Departamental de 31 miembros (ediles) con funciones legislativas y de control. La elección de las autoridades departamentales se realiza cada 5 años, seis meses después de las elecciones nacionales. Se votan los titulares de cada poder de forma simultánea y bajo un sistema de listas cerradas y bloqueadas. Resulta Intendente el candidato más votado del lema más votado (plurality y doble voto simultáneo). Para la Junta Departamental se asignan 16 escaños al partido del Intendente electo (mayoría automática) cuando este no llegó a la mitad más uno de votos, y se distribuyen proporcionalmente entre sublemas y fracciones de dicho partido, y los otros 15 ediles se distribuyen también

---

<sup>1</sup> En el 2010 se crearon 89 Municipios, en el 2015 se crearon 23 más llegando a ser 112, y en el 2020 se crearon 13 más llegando a ser 125 actualmente.

proporcionalmente (Cardarello y Freigedo, 2016, Buquet y Piñeiro, 2010). Se financian con recursos propios y transferencias nacionales condicionadas y no condicionadas, asignadas por criterio de *solidaridad* (Carrión, 2000).

El sistema de gobierno departamental ha sido caracterizado como hiperpresidencialista debido a la asimetría de poder de los Intendentes respecto a las Juntas Departamentales. Al respecto ha señalado Oroño “desde que existen como tales, los diseños de los gobiernos departamentales uruguayos han sido presidencialistas (unipersonales o colegiados) en el sentido de que ha regido una relación de poderes asimétrica, con preeminencia del órgano ejecutivo sobre el legislativo: aquel tiene potestades de co-legislador e iniciativa privativa en materia presupuestal” (Oroño, 2004. p4).

Los Intendentes son elegidos directamente por la ciudadanía, tienen mandato fijo, designan y remueven integrantes de sus gabinetes sin aval de las Juntas Departamentales, tienen amplios poderes legislativos, tienen poder de veto sobre proyectos de decreto aprobados por las Juntas Departamentales, y tienen iniciativa privativa en materia tributaria y presupuestaria (Koolhaas y Rodríguez, 2006).

Sobre la autonomía de los GD (segundo nivel) respecto al GN (primer nivel) se observa un nivel importante de la misma. Freigedo y Goinheix (2019) aplican el *Local Autonomy Index* (LAI) y muestran que los GD tienen: **a) autonomía legal** media-alta dado que pueden elegir que tareas desarrollar dentro de lo constitucionalmente permitido, y cuentan con recursos judiciales para casos de violación de autonomía; **b) autonomía funcional** alta respecto a las competencias exclusivas (ABC) y baja respecto a competencias sectoriales propias del nivel central; **c) autonomía fiscal** alta dado que tienen fuentes y potestades propias de ingresos aunque no pueden establecer nuevos tributos, existen transferencias desde el GN, y los ingresos genuinos superan las transferencias del GN **d) autonomía organizativa** alta dado que si bien no pueden incidir sobre su sistema electoral, sí lo pueden hacer sobre el diseño de estructura institucional,

y la contratación, el ascenso y la remuneración de sus funcionarios; e) respecto a la *relación con otros niveles de gobierno*, los GD muestran autonomía media ya que si bien desde el nivel central se puede observar la legalidad de sus gastos (Tribunal de Cuentas) no se puede juzgar sus méritos ni prioridades, y por otro lado existen al menos dos ámbitos formales donde los GD pueden incidir sobre políticas de descentralización del GN, la Comisión Sectorial de Descentralización y el Congreso de Intendentes.

El nivel municipal tiene competencias concurrentes con el nivel departamental (Magri y Rodríguez, 2017, Freigedo y Goinheix, 2019). Cada Gobierno Municipal (GM) se conforma por un Concejo Municipal integrado por 5 miembros (independientemente de la cantidad de habitantes) dentro de los que se encuentra el Alcalde. Resulta Alcalde el titular de la lista más votada del partido más votado (doble voto simultáneo). Las principales diferencias entre el rol del Alcalde y Concejales residen en varias cuestiones, pero las dos más relevantes tienen que ver con lo económico y con las atribuciones. La primera refiere al carácter de rentado del Alcalde y de honorario de los Concejales, es decir que, el Alcalde percibe remuneración por el ejercicio de su rol, mientras los Concejales no. Respecto a las atribuciones, al Alcalde le corresponde: representar al Municipios, presidir el Concejo Municipal y cuenta con doble voto en caso de empate, dirigir la actividad administrativa del Municipio, ordenar los pagos del Municipio con previa resolución del Concejo y conforme al presupuesto y al plan financiero establecidos, adoptar medidas para cumplir los cometidos municipales y para lo que dispondrá de recursos (humanos, materiales y financieros). A los Concejales les corresponde: participar de sesiones del Concejo Municipal a fin de adoptar las decisiones del órgano, ejercer contralor sobre el Alcalde, colaborar con éste para el normal desempeño de los cometidos municipales<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Véase artículos 14 y 15 de la ley 19272

Estas autoridades se eligen cada cinco años, sin límites en la oferta electoral por partido, y de *forma simultánea* y en *hojas separadas* con las departamentales, pero no se habilita el voto cruzado. El elector tiene las siguientes opciones: votar por el mismo partido en ambas instancias, solo votar Intendente, solo votar Concejo Municipal; en caso de votar por distintos partidos el voto se anula (Cardarello y Magri, 2010; Buquet y Garcé, 2018). Respecto al financiamiento, los Municipios carecen de autonomía fiscal y se financian de dos fuentes: presupuesto que los respectivos GD les asignan, y transferencias del GN asignadas por criterio de solidaridad (Carrión, 2000).

Coherente a todo esquema centralista, el Estado uruguayo da predominio a lo *sectorial sobre lo territorial*, es decir que la intervención estatal se hace desde ciertos recortes de la realidad definidos centralmente; a la *jerarquía sobre la representación y participación*, es decir que se construye la autoridad por delegación desde un vértice y escalón por escalón sin que la representación y la participación territorial tengan mayor significación, y los órganos dependientes tienen preeminencia sobre los autónomos; la idea de “*democracia de igualdad*” por sobre la idea de “*democracia de diversidad*”; la *clásica separación de poderes* sobre el *equilibrio territorial del poder* (Carrión, 2000:60-61). Es un modelo de *distribución competencial simple* caracterizado por gobiernos subnacionales que no desarrollan función de policía, sus competencias radican en definiciones jurídicas nacionales, y se financian con recursos propios y transferencias nacionales (Valenzuela *et.al*; 2019: 594-595).

### **3.2. Nuevo modelo de desarrollo y reforma de la salud**

Para comprender la creación, y que déficits que buscó superar el SNIS es necesario realizar un racconto histórico sobre las formas institucionales que Uruguay fue tomando en respuesta a fenómenos de salud-enfermedad. Un primer momento se le ubica sobre entre fines del siglo XVIII e inicios del XIX caracterizado por la

coexistencia de una atención privada de pago directo de las familias a quienes practicaban la atención en salud, y por otro lado la asistencia de caridad sustentada por la beneficencia e impulsada por la Iglesia Católica (MSP; 2009:13). Un segundo momento se ubica durante la segunda mitad del siglo XIX, específicamente en el marco de la modernización (social, económica, cultural, etc.)<sup>3</sup> que el país procesó. La modernización suponía apostar a un modelo de desarrollo que se denominó agro-exportador que introducía al país en el capitalismo moderno con un rol primario, exportador de materias primas y alimentos. Se basaba en una división internacional del trabajo desde las ventajas comparativas, en el cual América Latina asumió un rol proveedor para la industrialización de las economías centrales (Bulmer Thomas, 1989). Las principales unidades económicas de aquel modelo eran la estancia o grandes plantaciones en los países agroexportadores, y los yacimientos mineros en países minero-exportadores (Garretón, 2004). Para ello se necesitaba una impetuosa modernización: sistemas jurídicos efectivos, protección a la propiedad privada, monopolio de la fuerza física y aparatos de disciplinamiento (Kaplan, 2001).

En términos de salud, en este momento se expande la prestación por parte de organizaciones mutuales o de socorros mutuos sin fines de lucro, las cuales eran básicamente financiadas por método prepago y gestionadas cooperativamente. El Estado comienza su primera participación en el sector, como prestador y regulador. Se crea la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública con el cometido de administrar los hospitales de caridad, y se financiaba con tributos a los juegos de azar. Se fundan los primeros hospitales departamentales en Colonia, Salto, Florida, y Paysandú. Se crea el Consejo Nacional de Higiene dependiente también del Ministerio de Gobierno con

---

<sup>3</sup> La modernización se refiere a la transición de una sociedad “bárbara” y pre-capitalista a una sociedad “civilizada” y capitalista. En Uruguay se dio con un proceso denominado “militarismo” que consistió en lograr el monopolio de la fuerza física por parte del Estado, la garantía a la propiedad privada, el alambramiento de los campos, la introducción del ferrocarril, y una reforma educativa con el ánimo introducir hábitos y conocimientos funcionales a la nueva sociedad

funciones normativas y de contralor sobre las instituciones prestadoras (privadas, mutuales, de caridad, públicas) (MSP, 2009:13-14)

Un tercer momento es sobre inicios del siglo XX durante el período denominado “batllismo” (1903-1930)<sup>4</sup>. El batllismo significó la continuidad del proyecto de modernización pero de matriz urbana y democratizante. Se consolidaría el Estado como centro político (función coactiva), el sector público avanzaría sobre otras áreas, y nacería la poliarquía (Lanzaro, 2004). Buscó ser un proyecto de orden social con objetivos de anticipación a conflictos sociales vividos en Europa, mediante la construcción de una sociedad de reducidas brechas sociales (Caetano y Rilla, 2001). El Estado jugaría un rol de evitar la radicalización, tornándose en un ámbito de negociación, compromiso y equilibrios (Panizza, 1990), y expandiéndose sobre distintas funciones (Filgueira et.al., 2003), y separándose de los destotalados y angostos estados del continente (Real de Azúa, 1964). El batllismo fue señalado como keynesianismo antes que Keynes, por consagrar la ciudadanía social antes que la ciudadanía política (Panizza, 1990; Lanzaro, 2004). Sería una etapa de modelación de una sociedad consociativa de hegemonía estatal (Panizza, 1990), que mostraría potencial amortiguador (Real de Azúa, 1984) e integrador (Rama, 1987). El Estado ampliaría su participación en el sector salud. El Consejo Nacional de Higiene asume roles de prevención como la administración de vacunas y el control de enfermedades infectocontagiosas. Se crea en 1910 la Asistencia Pública Nacional que significó el fin de la asistencia por caridad y la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios sanitarios para la población pobre. Se instalarían 38 nuevos establecimientos asistenciales (10 en Montevideo y 28

---

4 El “batllismo” fue la segunda etapa de la modernización de Uruguay, conocida como “modernización urbana”. Refiere a José Batlle y Ordoñez presidente en 1903-1907 y 1911-1915. Sus gobiernos y su posterior incidencia se caracterizaron por su liberalismo moral, su intervencionismo económico, y una legislación laboral de avanzada. Separó el Estado de la Iglesia Católica, legalizó el divorcio por la sola voluntad de la mujer, estatizó varios servicios y empresas, en lo laboral el principal hito de la instauración de la jornada laboral de 8 horas.

en demás departamentos), lo que significaría un aumento de casi un 90% en la cobertura (MSP, 2009:14)

Un cuarto momento lo ubicamos en el segundo tercio del siglo XX durante la implementación del modelo desarrollista cepalino o industrial sustitutivo de importaciones, que en Uruguay tomó el nombre de neo-batllismo. El neo-batllismo significó continuidad del modelo batllista pero con reorientaciones conservadoras (Caetano y Rilla, 2001). Se mantuvo el protagonismo del Estado en diferentes áreas. La función más relevante fue la interventora, luego la social, y por último la productiva. Regulación de la política cambiaria y el comercio exterior para una deliberada defensa del mercado interno y la industria nacional, constitucionalización de avances sociales que tenían fuerza de ley, unificación de las cajas de seguridad social (industria, comercio, Estado), creación del Instituto Nacional de Alimentación (INDA), creación de los Consejos de Salarios (negociación colectiva), creación de las Asignaciones Familiares (salario indirecto para trabajadores), separación la Educación Secundaria de la Universidad, y creación de ANCAP (Administración de Combustibles y Alkoholes) (Filgueira *et.al*, 2003). Los principales hitos en materia de políticas públicas de salud de este periodo fueron la creación del Ministerio de Salud Pública (MSP) que fusionaría el Consejo de Higiene con roles de rectoría y Asistencia Pública que tenía roles de prestación. En este momento, apoyada en una bonanza económica, un auge industrial, y la hegemonía de un paradigma estatista, se da una sustantiva expansión de los servicios de salud por todo el territorio nacional que fue el antecedente del primer nivel de atención y la Atención Primaria a la Salud (APS).

En el ámbito privado comienzan a proliferar nuevas formas de atención médica, herederas de los principios mutuales y que aspiraban a brindar servicios de alta calidad a sus afiliados. Por otro lado los sindicatos obreros se movilizaban por la aprobación de leyes que ampararan sus necesidades de atención en salud, logrando por ejemplo el seguro por enfermedad (gestionados en forma tripartita por obreros, empleadores y el Estado. Estos seguros cubrían sólo al trabajador y se financiaban con los aportes de

obreros y empleadores, y licitaban a mutualistas privadas. En este momento es que se funda el Hospital de Clínicas dependiente de la Universidad de la República que fue el puntapié inicial para la formación, investigación y desarrollo tecnológico; posibilitó la instalación de la Escuela Universitaria de Enfermería (Facultad de Enfermería), la Escuela de Graduados de Medicina, la Escuela de Colaboradores del Médico (Escuela de Tecnología Médica) (MSP, 2009:15-16).

Un quinto momento lo ubicamos durante el último tercio del siglo XX, décadas que incluyen el proceso militar (1973-1984) y la implementación del modelo neoliberal (1984-2004). El período se caracterizó por la desindustrialización del país, apuesta al país agroexportador y de servicios, represión primero y alejamiento después entre gobierno y movimiento sindical, no convocatoria a la negociación colectiva, pretensiones de privatización, reducción del gasto público con ajuste en el gasto social para controlar el déficit fiscal (Notaro, 2003; Antía, 2001; Moreira, 2001). Las consecuencias del modelo fueron: aumento de la desigualdad y de la pobreza, desempleo e informalidad laboral, caída del salario real, y servicios públicos de calidad cuestionada (Filgueira *et.al*, 2004; Olesker, 2001). Durante estas décadas se observaron menos avances que retrocesos en el sector salud. Los avances más destacados fueron la creación del Fondo Nacional de Recursos que permitiría ampliar el acceso a prestaciones de alta complejidad y la creación del Banco de Órganos y Tejidos con la función de promover y organizar lista de donantes, realizar procedimientos de extracción, conservación, preparación, y abastecimiento de órganos, tejidos y células (MSP, 2009: 18). Los retrocesos fueron: la reducción de la inversión, mayor participación del mercado, caída de salarios de los trabajadores del sector, emigración de profesionales y técnicos calificados, represión y distanciamiento de gobierno y Universidad de la República como principal centro formador de recursos humanos en salud (MPS, 2009:18-19)

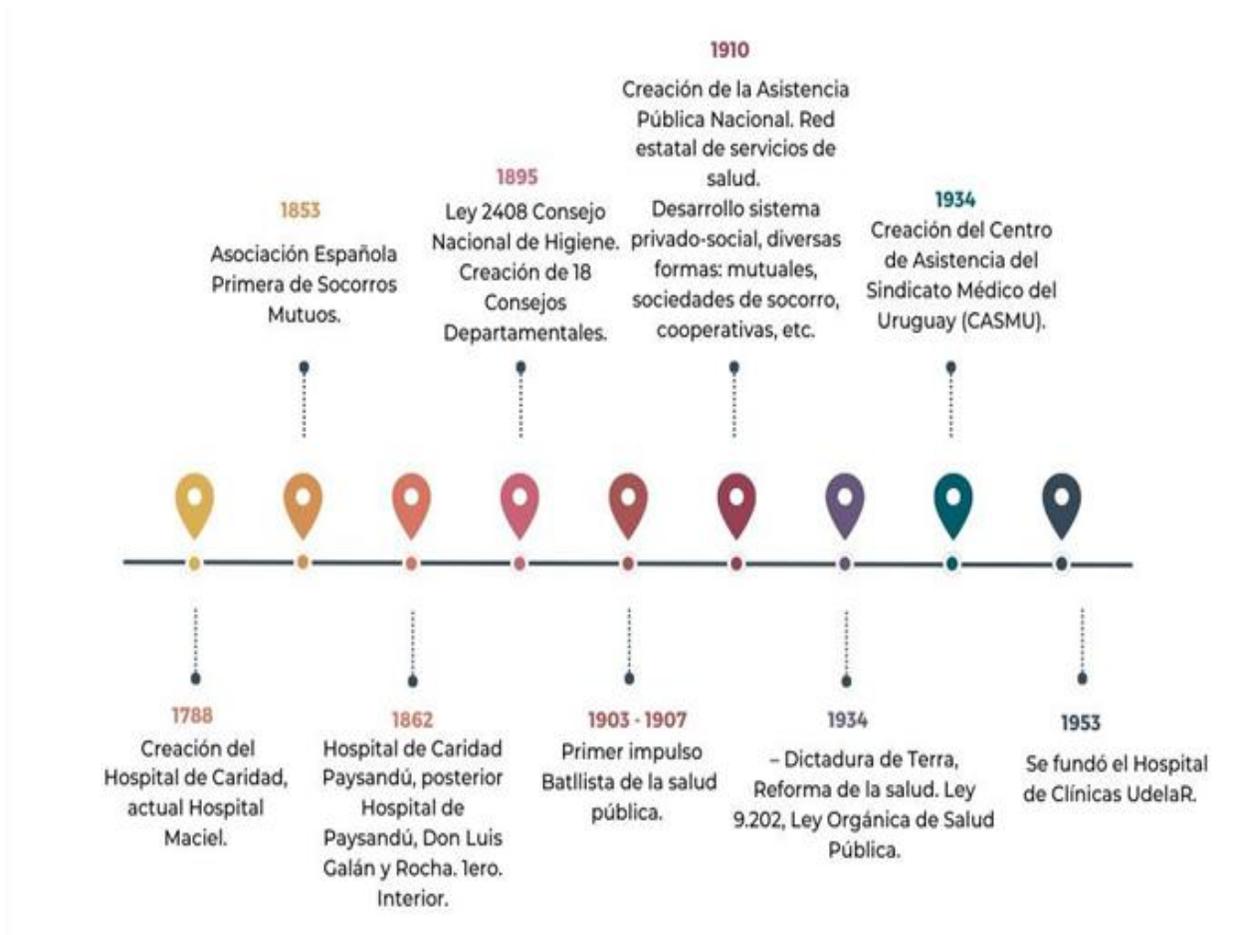
Un sexto momento lo ubicamos en el período 2005-2020 coincidente con tres gobiernos del Frente Amplio (FA) como primer partido de izquierda en llegar al gobierno

en Uruguay, que implementaron el modelo *neo-desarrollista* o *productivo con inclusión social*. El programa de gobierno del FA se estructuró en cinco ejes, Uruguay Social, Uruguay Productivo, Uruguay Innovador, Uruguay Democrático y Uruguay Integrado (Fesur, 2004). El Uruguay Social refería a la necesidad de revertir la situación pobreza y desigualdad, sin la cual no se veía válido un crecimiento económico. Las propuestas se orientaron a atacar la emergencia social. El Uruguay productivo refería a la reanimación del potencial productivo mediante la reorganización y diversificación económica, recalificación laboral, y competitividad internacional. El Uruguay innovador refería a mejoras tecnológicas para la generación de valor agregado a la producción y mejoras del espíritu empresarial. El Uruguay democrático refería a un Estado que permitiese la articulación público-privada para una economía productiva y una ciudadanía activa. La propuesta partía de que los uruguayos no estaban satisfechos con el funcionamiento de su democracia y de su Estado. El Uruguay Integrado refería a la soberanía nacional, la dependencia comercial, y especialización productiva (Sánchez, 2015:88).

Estas propuestas no tuvieron la misma prioridad en la agenda del gobierno, y existe acuerdo en sostener que las prioridades fueron puestas en lo social, en lo productivo, y en lo democrático (Chávez, 2008; Migdalia y Antia, 2007). El Uruguay Social tuvo su expresión en la creación del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), la implementación Plan Nacional a la Emergencia Social (Chávez, 2008), y la reinstalación de los Consejos de Salarios (Migdalia y Antia, 2007), y con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (Migdalia y Antía, 2007). El Uruguay productivo se expresó en una reforma tributaria orientada a promover la inversión en sectores productivos priorizados por el gobierno (Chávez, 2008), resultando un sistema tributario simplificado y progresivo (Migdalia y Antía, 2007). Respecto a lo democrático, se promovería la construcción de un nuevo Estado, basado en el respeto a los derechos ciudadanos, al combate a la corrupción, y la creación de espacios descentralizados y desconcentrados, y de participación social y ciudadana (Chávez, 2008). Las políticas

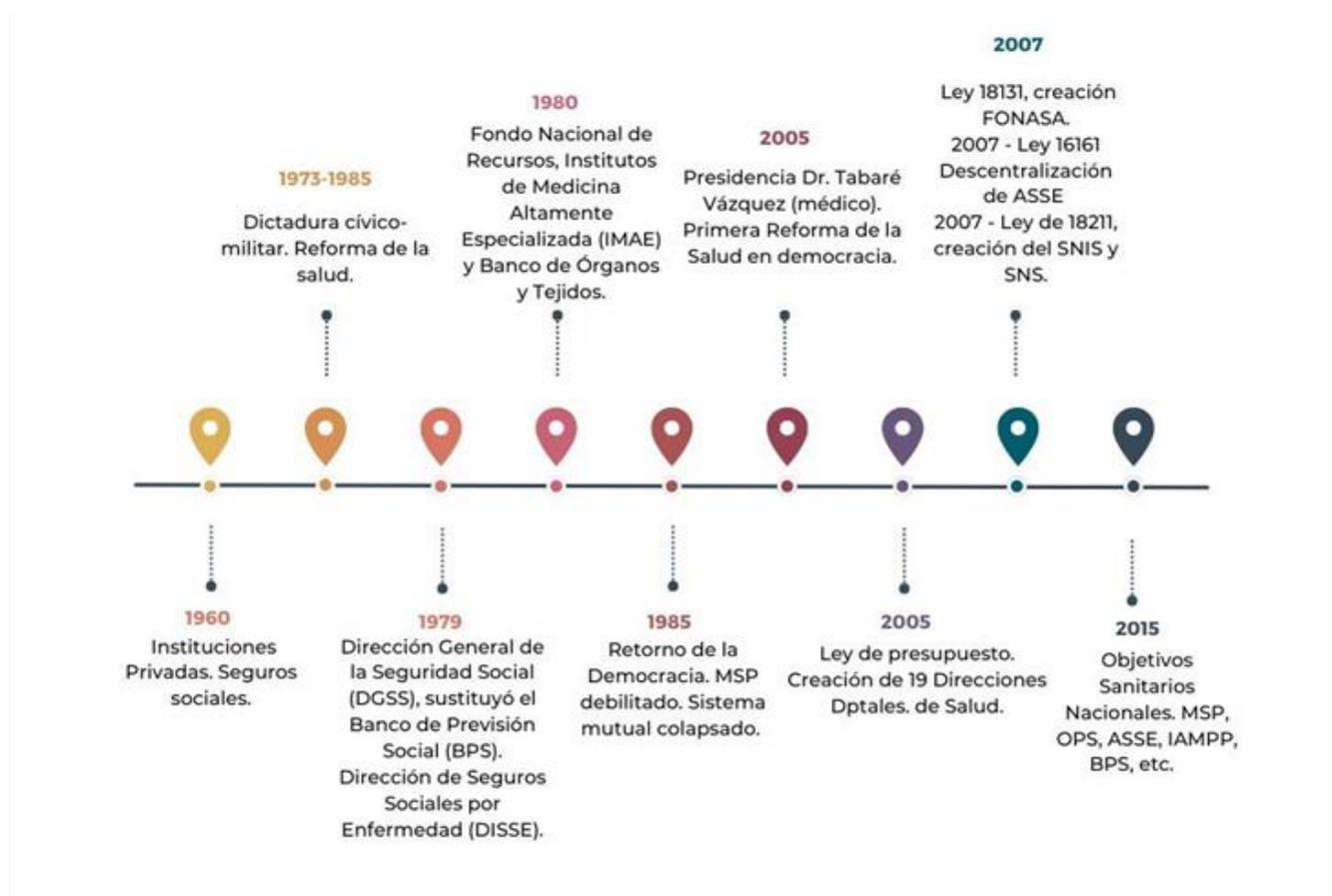
en este sentido se inscribieron en la *Transformación Democrática del Estado*, la cual pretendía un Estado cercano, moderno, igualitario, productivo y solidario, convertirlo en una estructura participativa al servicio del ciudadano (OPP, 2008). Las más relevantes en este punto fueron la creación del nivel municipal de gobierno, el acceso a la información pública, creación de agencias anticorrupción, desconcentración territorial de distintos organismos nacionales, etc (Sanchez, 2018).

**Figura 1. Línea de tiempo sobre la salud en Uruguay (1788 al 1953).**



Fuente: Elaboración propia.

**Figura 2. Línea de tiempo sobre la salud en Uruguay (1960 al 2015).**



Fuente: Elaboración propia.

En el año 2005, asume por primera vez el Frente Amplio la conducción política del país, al acceder el Dr. Tabaré Vázquez a la presidencia de la república. Desde ese año y hasta el 2020 gobernó este partido de izquierda, implementando un modelo de desarrollo productivo con inclusión social (Delgado y Peirano, 2011), conocido como “neo desarrollismo” (Diniz, 2008). Uruguay no fue el único país en el que se apostaba a este modelo, sino que se dió en un contexto regional sin precedentes conocido como “marea rosa” (Pererira Da Silva, 2011), referido al ascenso de partidos de izquierda a varios gobiernos del continente. Entre 2005 y 2020, se diseñaron e implementaron

políticas orientadas a la redistribución, la promoción de la inclusión social, y la reducción de la pobreza (Boschi y Gaitan 2009).

En el caso uruguayo, las políticas más relevantes al respecto fueron el aumento del Gasto Público Social, la reforma del sistema tributario, la re-convocatoria a la negociación colectiva, y la reforma de la matriz de protección social.

Dentro de los cambios en la matriz de protección social, una reforma relevante fue la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) mediante la aprobación de la ley 18211, el 5 de diciembre de 2007, que articula a los prestadores públicos y privados de atención integral a la salud determinados en el artículo 265 de la Ley 17.930, del 19 de diciembre de 2005. Este sistema concentraría esfuerzos para mejorar la protección social y colaborar en revertir la situación heredada, pero también para colaborar en democratizar el Estado mediante la consolidación de ámbitos de desconcentración territorial y de participación ciudadana. La situación heredada era de prestadores con carencias que no garantizaban la cobertura universal, un sector público con presupuestos restringidos y que atendía una población predominantemente vulnerable y con problemas múltiples, creciente participación de prestadores privados con una calidad superior en la atención lo que generaba una prestación segmentada y desigual, caída de los salarios de los profesionales del sector, etc (Pereyra Gonzalez, 2019; Gallo, 2015; Villar, 2009; Ponzó y Brioza, 2009).

El sistema de salud de Uruguay se fundamenta en la noción de salud como un derecho humano universal, un bien público y responsabilidad del Estado (OPS, 2021).

El objetivo general del SNIS consiste en garantizar el acceso universal de la atención en salud a toda la población en niveles de cobertura y calidad homogéneas, con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano (MSP, 2009). A su vez, los principios rectores que orientan el mismo son:

- La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
- La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.
- La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.
- La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
- El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.
- La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.
- La participación social de trabajadores y usuarios.
- La solidaridad en el financiamiento general.
- La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
- La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Estos principios rectores del sistema de salud a su vez determinan:

- El enfoque de los programas de salud (desde el punto de vista preventivo).
- La política de RRHH (formación, dotación, capacitación, distribución, disponibilidad, proyección oferta-demanda).
- Inversiones en tecnología y medicamentos.
- El presupuesto asignado a cada nivel de atención.

La reforma de la salud en Uruguay se sustentó sobre tres pilares fundamentales: cambios en el modelo de atención, en el modelo de gestión y en el modelo de

financiación. Estos tres componentes se conciben como interdependientes y se articulan con el SNIS en tanto organización de los servicios de salud y con el FONASA como seguro público obligatorio (Galeano, Levcovitz, Olesker, 2015).

Para llevar adelante estos tres ejes de cambio ha sido imprescindible el fortalecimiento de la función de rectoría del MSP como Autoridad Sanitaria Nacional, liderazgo de la política sectorial y ejercicio de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Es el responsable de planificar, conducir y regular el SNIS (tareas normativas, fiscalizadoras y de habilitación).

La creación de un Seguro Nacional de Salud (SNS), financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el cual es un fondo público obligatorio incrementa la capacidad regulatoria efectiva del Estado, además de promover mayor justicia social en los aportes y otorgar sustentabilidad económica al sistema (Galeano, Levcovitz, Olesker, 2015). La Junta Nacional de Salud (JUNASA) es la responsable de proporcionar el soporte legal, administrativo y técnico para administrar el Seguro Nacional de Salud.

### ***Cambio en el modelo de financiamiento***

El cambio en el modelo de financiamiento consistió en la implementación de un sistema de gasto y financiamiento, que asegure mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad a través de un fondo único administrado centralmente. Se pasa de un sistema de financiación mixto (pagos por seguridad social, impuestos, gastos del bolsillo) a un sistema financiado por el seguro social, basándose en la justicia distributiva, lo que significa que los beneficiarios aportan según su capacidad de pago y reciben atención según su necesidad (Gallo, 2015).

Según se describe en la Ley 18.131, a través de la cual se crea el Fondo Nacional de Salud, la propuesta de gasto y financiamiento del SNIS se basa en un Seguro Nacional de Salud (SNS), éste seguro es financiado por el Fondo Nacional de

Salud (Art. 57), es administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA) (Art. 57), y además es quien emite las órdenes de pago a los prestadores.

El objetivo del FONASA es brindar cobertura a todos los uruguayos, integrando a toda la población como beneficiaria del Seguro. El organismo responsable de la administración del Seguro es la JUNASA.

### ***Cambio en el modelo de atención***

El cambio en el modelo de atención en salud es sumamente complejo porque además de requerir un cambio en el modelo de gestión y financiamiento también supone un cambio cultural profundo tanto en el colectivo de trabajadores, de los usuarios del sistema y también de los equipos gerenciales de las instituciones de salud (MSP, 2009).

La propuesta apunta a trascender el modelo curativo y hospitalocéntrico e individualista para pasar a un modelo que considere a las personas y su entorno tanto familiar como comunitario, fomentando la promoción de la salud y con un primer nivel de atención fortalecido y que cuente con las capacidades resolutorias (Fuentes, 2010; Barot, 2016). Además de procurar la formación de redes integradas de servicios de salud (Gallo, 2015).

El nuevo Modelo de Atención se estructura como un sistema con base territorial, con énfasis en el primer nivel de atención, abordando interdisciplinariamente a los problemas de salud, a su vez que se favorece la coordinación intersectorial.

### ***Cambio en el modelo de gestión***

El Gobierno a través del Ministerio de Salud Pública ejerce la rectoría del sistema, posicionándose esta cartera como la máxima autoridad sanitaria del país (MSP, 2005).

El cambio en el modelo de gestión consiste en (Gallo, 2015):

- Fortalecer el rol del MSP como responsable de conducir el proceso de construcción del sistema y ejercer la función de rectoría en la definición de las políticas de salud.
- La coordinación y complementación de servicios públicos y privados, integrados en forma de red, para ofrecer atención integral. Conformación de Redes Integrales de Servicios de Salud y firma de acuerdos de complementación.
- La profesionalidad, transparencia y honestidad en la conducción de las Instituciones.
- La participación social activa (de trabajadores y usuarios) en la gestión. Control ciudadano sobre la calidad de las prestaciones.
- Se separan las competencias de rectoría y provisión de servicios de salud. La prestación de servicios queda a cargo de ASSE (principal prestador público).

A su vez, a través de la Ley 18.211, se creó la Junta Nacional de Salud (JUNASA) con los cometidos de:

- a) Administrar el Seguro Nacional de Salud
- b) Velar por los principios rectores y objetivos del SNIS.

En lo que refiere al rol de rectoría del MSP, el cambio de modelo de gestión implicó la jerarquización de las Direcciones Departamentales de Salud (DDS). Estas unidades fueron creadas en el 2005, con el propósito de ejercer funciones de rectoría y conducción del SNIS como presencia de dicho ministerio a nivel subnacional, con funciones la vigilancia epidemiológica, y la rectoría del sistema, entre otras (MSP, 2021).

## ***Principales componentes y principios rectores del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, rector de las políticas de salud del país.***

Como ya se mencionó anteriormente, de acuerdo a la Ley de 18211 de creación del SNIS, el MSP tiene como misión el de conducir el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), controlar y conducir a los prestadores de salud y cumplir las Funciones Esenciales de Salud Pública. El cometido de contribuir al mejoramiento de la salud de los habitantes de la República, elaborando las políticas de promoción de salud y prevención, normalizando y regulando el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad, bajo los principios rectores de universalidad, equidad, calidad, solidaridad, sustentabilidad y eficiencia (MSP, 2021).

Dentro de la estructura del MSP y del SNIS existen direcciones que tiene particular incidencia en la desconcentración de las políticas públicas de salud, por ejemplo la Dirección General de Coordinación (DIGECOOR) y las 19 Direcciones Departamentales de Salud (DDS) una por departamento, que tienen el cometido de llevar adelante la estrategia de construcción del SNIS compatible con un mapa sanitario ajustado a las necesidades asistenciales del país, de cobertura universal, amplia accesibilidad, que fomente la equidad, calidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones y la sustentabilidad de los servicios de salud. (MSP, 2021)

Por otra parte, la Ley N° 18211, tiene dentro de sus principios rectores el de “Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.” (Uruguay Legislativo. P., 2007)

Como prestador de salud estatal, se creó la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), el cual tiene un importante despliegue territorial en todo el país, a través de diversas redes de servicios de primer, segundo y tercer nivel de atención. Además, los prestadores privados del interior del país se nuclean en la

Federación Médica del Interior (FEMI), que tiene un desarrollo importante en el territorio nacional, complementando servicios con ASSE y los gobiernos departamentales.

Existen prestadores integrales privados, que están radicados principalmente en Montevideo (CASMU, Asociación Española, Médica Uruguaya, entre otros). También están los seguros privados que también se encuentran principalmente en la capital del país.

Por otro lado, se encuentran servicios de Sanidad Militar, Sanidad Policial, el Banco de Seguros del Estado (BSE), el Banco de Previsión Social (BPS) y el Hospital de Clínicas Universitario, que reciben recursos de rentas generales, pero no están dentro de los prestadores integrales.

A su vez, los gobiernos departamentales han desarrollado policlínicas, centros de salud de Primer Nivel de Atención, en todos los departamentos del país.

En el contexto mencionado, cobra relevancia el rol que cumplen las DDS en cuanto a capacidades estatales, el rol rector, de gobernanza y coordinación para incidir en la desconcentración del SNIS y generar políticas públicas.

#### **4. MARCO TEÓRICO.**

Centralización y descentralización encuentran sentido en proyectos sociopolíticos concretos (Ternavieso, 1989; Boisier, 2004), por tanto estarán condicionadas por el tipo de Estado, el tipo de sociedad, y el tipo de relación entre ambos (Sanchez, 2018). La centralización refiere a un diseño político-administrativo en el que el poder institucional se concentra en ese único punto, se ejerce en forma piramidal, y los niveles subnacionales implementan políticas diseñadas en el centro con racionalidad homogénea orientada a objetivos nacionales (Montecinos, 2007). La descentralización es un proceso de reforma de Estado y/o de política pública en el que se transfieren responsabilidades, recursos, y autoridad, desde mayores hacia menores niveles de gobierno (Falletti, 2006). Para Veneziano (2009), centralización y descentralización son formas que asume un Estado para desarrollar sus fines y funciones, y propone analizar desde un continuo entre control y autonomía, en el que la descentralización es directamente proporcional a la facultad transferida desde un órgano central a otro descentralizado, e inversamente proporcional al control del primero sobre el segundo. Para Oszlak y Serafinoff (2011) son las formas como se sostienen tres pactos sociales fundamentales: de gobernabilidad (reglas del juego político), funcional (distribución social del trabajo) y redistributivo (generación y distribución de riqueza). En la centralización el Estado, desde un centro, asigna y controla elementos para esos pactos; y en la descentralización los niveles subnacionales y la sociedad, asignan y distribuyen estos elementos.

Desde esta perspectiva de continuos, podemos encontrar diferentes estadios entre centralización y descentralización. Para Falletti (2006) esos estadios son desconcentración o descentralización administrativa, descentralización fiscal, y descentralización política o autonómica. En el caso de desconcentración o descentralización administrativa, la relación es entre el centro y un órgano subordinado sin personería jurídica a través de una transferencia limitada y controlada de funciones dentro de un sector institucional. Se transfieren poderes de gestión pero no se rompe el

vínculo jerárquico; el órgano descentralizado actúa con autonomía funcional pero sin recursos propios. La descentralización fiscal se refiere al conjunto de políticas diseñadas para aumentar los ingresos fiscales de los gobiernos subnacionales, y puede asumir diferentes formas como aumento de las transferencias desde el nivel central, creación de nuevos impuestos territoriales, o delegación de la autoridad fiscal. El nivel subnacional u órgano subordinado, tiene autonomía funcional y mayor autonomía económica, pero las autoridades siguen siendo designadas y responden a las autoridades del nivel central u órgano jerárquico. Por último, la descentralización autónoma que transfiere a un órgano descentralizado que tiene personería jurídica propia, patrimonio propio, y autonomía funcional. Se asocia a la posibilidad de producir autoridades con legitimidad popular en el ámbito descentralizado, con la misma fuente de legitimidad que el órgano centralizado. Por tanto, el nivel inferior tiene autonomía para elegir sus autoridades, cuenta con patrimonio y personería jurídica propia, y autonomía funcional para actuar en el marco de determinadas competencias.

Cada una de estas dimensiones o grados de la descentralización persiguen objetivos diferentes, aunque no excluyentes. La desconcentración o descentralización administrativa persigue la eficiencia de la gestión, entendiendo que la capacidad de fiscalizar y decidir puede ser más efectiva si se realiza en pequeñas escalas. La descentralización concebida como instrumento arrojaría como resultado una mayor libertad de gestión en unidades más pequeñas, y de este modo logrará mejorar la eficiencia (Grindle, 2010). Por su parte, la descentralización fiscal tiene como objetivo acordar la justicia tributaria, determinar cuánto corresponde recaudar y gastar a cada nivel gubernamental (Aghón y Krause-Junk, 1993). Por último, la descentralización política o autónoma se interesa por la democratización mediante la ampliación de canales de representación y participación de los ciudadanos, (Selee y Peruzzotti, 2009).

Pollitt (2007) propone diferenciar descentralización interna y externa, y según el sujeto sobre el que va a recaer la autoridad. Una descentralización interna es cuando sucede intra Estado, y externa es cuando se descentraliza hacia la sociedad civil o el

mercado. Cuando la descentralización es intra-estatal, el poder (administrativo, fiscal, o político) puede recaer sobre gobiernos subnacionales, agencias, u órganos territoriales del nivel central. En el primer caso se transfiere poder desde el nivel central a niveles subnacionales con autoridades electas; en los otros casos, los sujetos del poder son administradores o representantes no electos (Pollitt, 2007).

Estas distintas clasificaciones nos permiten avanzar en el análisis de cómo inciden los procesos de descentralización y el vínculo intergubernamental en el marco de las políticas públicas. Todo proceso de descentralización, independientemente del tipo y sujeto beneficiario, significan nuevas instancias y actores en el proceso de toma de decisiones, generando consecuentemente una tensión entre concentración-distribución de poder, o entre control y autonomía (Jordana, 2001; Grin, et.al; 2019; Grin y Abrucio, 2018; Freigedo, 2017; Rodríguez, 2014; Falletti, 2005; Navarro, 2004). Por autonomía entendemos la discrecionalidad o autodeterminación de un sistema para intervenir sobre su entorno desde criterios propios (Luhman, 1993).

El control y la autonomía en el marco de procesos de políticas públicas pueden ser observados en clave intergubernamental, identificando la participación de distintos niveles territoriales de gobierno y de gestión en las distintas etapas de las mismas. Se observa mayor centralización o control cuanto menos participación exista de los niveles territoriales de gobierno o gestión, mientras de lo contrario la autonomía territorial será mayor cuanto menos participación existe del nivel central. Cunill Grau et.al (2015) proponen hablar de integración en las políticas públicas como la inclusión de los actores en las distintas etapas de políticas públicas. Será una integración baja cuando no hay inclusión o es mínima, y es alta cuando hay inclusión en todas las etapas de la política. Siguiendo a Cabrero y Zabaleta (2009), desde la perspectiva intergubernamental los niveles mínimos de integración pueden expresar vínculos jerárquicos y centralizados orientados al control, o bien de lo contrario la autonomía donde los niveles inferiores de gobierno o gestión prescindan del nivel central; mientras los niveles máximos pueden expresar un esquema de gobierno multinivel en el que se

genera coherencia y complementariedad para alcanzar objetivos definidos conjuntamente. De manera genérica, Hall (1993) sostenía que los cambios en las políticas públicas pueden ser marginales cuando se dan solo en la implementación, de medios cuando se da en la etapa de formulación y también de implementación, y un cambio de paradigma cuando se introducen cambios en la formulación, la implementación, y la evaluación. De esta manera, la autonomía dentro de un proceso de política pública se torna un concepto mensurable cuyos resultados arrojan luz para saber con qué grado de discrecionalidad cuentan los actores territoriales, y consecuentemente ante qué tipo de diseño institucional se está. Abra más autonomía cuanto más discrecionalidad tengan los actores territoriales en la mayor cantidad de etapas de las políticas públicas (formulación, implementación, evaluación).

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. Objetivo general**

Conocer el alcance de la desconcentración de las políticas públicas en salud del Ministerio de Salud Pública de Uruguay, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, a través de la autonomía de las Direcciones Departamentales de Salud, durante el período 2015 – 2020.

### **5.2. Objetivos específicos**

El Objetivo general planteado, se nutre de los siguientes objetivos específicos:

- Definir el rol de la DDS en la desconcentración de las políticas públicas de salud.
- Identificar el proceso de autonomía desarrollado en las Direcciones Departamentales de Salud, del Ministerio de Salud Pública.
- Evaluar la percepción de los/as directores/as, sobre el nivel de autonomía que consideraban que tuvieron, mientras ejercían en sus cargos, respecto al gobierno central.

## **6. MARCO METODOLÓGICO.**

### **6.1. Tipo de estudio y diseño general**

El presente trabajo corresponde a un *diseño deductivo y descriptivo* de investigación. Se aplica un índice ordinal cuyos resultados son arrojados por la técnica encuesta conformada por un formulario autoadministrado.

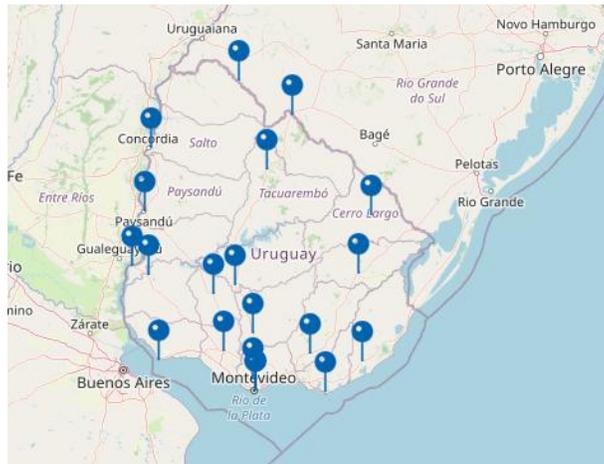
### **6.2. Ámbito de estudio**

Uruguay es un país de Sudamérica, presenta una superficie territorial 176.215 km<sup>2</sup>, limita al norte y noreste con Brasil; al oeste con Argentina; y por el sur y sureste tiene costas sobre el Río de la Plata y el Océano Atlántico. Administrativamente está dividido en 19 departamentos, siendo Montevideo su capital. Según datos del último censo realizado en el 2023, la cantidad de habitantes asciende a 3.444.263 (INE, 2023).

El Ministerio de Salud Pública de Uruguay es una de las secretarías de estado que integran el gabinete del Poder Ejecutivo del país. Este organismo es el encargado de establecer las políticas y las estrategias en materia de salud pública; y de realizar la rectoría y gobernanza del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Las direcciones departamentales de salud son dependencias del MSP, que se encargan de promover y llevar adelante la estrategia de construcción del SNIS en el territorio. Se distribuyen a lo largo de todo del territorio nacional, ubicándose una por departamento (Figura 3).

**Figura 3. Ubicación de las Direcciones Departamentales de Salud del MSP en Uruguay.**



Fuente: MSP

### **6.3. Unidades de Información**

Como unidad de análisis se tomó a las Direcciones Departamentales de Salud. Dado que el grado de participación de los actores locales es clave para evaluar la autonomía, se definió que la unidad de información fueron los Directores/as Departamentales de Salud. La muestra estuvo conformada por aquellos directores que estuvieron en sus cargos hasta el año 2020.

La selección de las unidades de información se realizó por conveniencia, aspirando a la participación de los 19 directores, pero finalmente en función de las respuestas obtenidas resultó en 16.

### **6.4. Procedimiento propuesto para la recolección de datos**

Para dar cumplimiento al primer objetivo específico se realizó una revisión documental que consistió en la identificación, selección y análisis de documentos que exploraron el rol de las DDS en la desconcentración de las políticas de salud.

La revisión documental se realizó a partir de diferentes fuentes de información.

Para describir el alcance de la desconcentración de las políticas públicas en salud se indaga sobre el proceso de autonomía de las DDS, mediante la realización de encuestas a través de un formulario auto-administrado, que fueron posteriormente operativizadas y procesadas para el análisis.

Las preguntas estuvieron enmarcadas entre los años 2015 y 2020, último período de los ciclos progresistas en Uruguay. Las preguntas se enfocaron al período en el cual los directores departamentales ejercieron su cargo.

### **6.5. Definiciones operativas de las variables y/o dimensiones.**

La desconcentración se refiere a una transferencia a autoridades del gobierno central de nivel inferior, o a otras autoridades locales que rinden cuentas al gobierno central (Khambule, 2021). Tal como se mencionó en el marco teórico la desconcentración está interrelacionada con la autonomía, por lo cual a los efectos del presente trabajo la desconcentración fue evaluada a partir de las capacidades de las unidades territoriales a la hora de definir asuntos claves de la gestión.

Por lo tanto, la autonomía aplicada a la gestión, se entiende como capacidad de una institución, servicio o dependencia para determinar aspectos vinculados a su estructura, funcionamiento y organización (Ladner, Keuffer y Baldersheim, 2016).

Freigedo, Carneiro y Fuentes (2023) con el objetivo de conocer el nivel de incidencia que tienen los actores locales sobre las políticas públicas, desarrollaron un índice que permite medir el grado de autonomía sobre los programas que se despliegan en el territorio. El mencionado índice, denominado Índice General, posibilita la medición de la autonomía de los actores locales resumiendo el grado de participación de los mismos en diversos aspectos.

## 6.6. Instrumento propuesto para la recolección de datos

A partir del Índice general que evalúa el grado de control local sobre la toma de decisiones en torno al diseño, implementación y supervisión de los programas (Freigedo, Carneiro y Fuentes, 2023), en el cual se definen 7 dimensiones que permiten medir el grado de participación de las DDS en diversos aspectos de los programas y políticas de salud en Uruguay.

Estas dimensiones que posibilitan la evaluación de la autonomía local, exploran aspectos vinculados a la definición de la selección de personal, la definición de perfiles de personal a contratar, la definición de la cantidad de recursos humanos necesarios, así como también a sus vías de contratación, aspectos vinculados a gastos de funcionamiento, gastos destinados a los programas desarrollados (Freigedo, Carneiro y Fuentes, 2023).

Para la recolección de datos, se construyó un formulario, adaptando el índice antes mencionado, generando 7 preguntas que pretendían identificar desde qué nivel se definían aspectos vinculados a los recursos humanos, financieros y materiales (Anexo 1). Además se agregó una pregunta para identificar, qué nivel de autonomía consideraban los/as directores/as que tuvieron respecto al gobierno central, mientras ejercieron sus cargos.

El mencionado formulario fue enviado en formato digital, una vez se obtuvieron las respuestas, se procedió al procesamiento y posterior análisis de los datos obtenidos.

## **7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS: LA DESCONCENTRACIÓN TERRITORIAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, EN EL MARCO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD URUGUAYO (2015 - 2020)**

### **7.1. Rol de la DDS en la desconcentración de las políticas de salud. Análisis documental.**

Se entiende por desconcentración o descentralización administrativa a:

“el conjunto de políticas que permite transferir a los niveles subnacionales la administración y prestación de servicios sociales tales como educación, salud, asistencia social o vivienda” (Falleti, 2006:320).

La desconcentración tiene como eje principal la eficiencia de la gestión, tal como plantea Grindle (2010) la capacidad de fiscalizar y tomar decisiones puede ser más efectiva a pequeña escala, en ese sentido la distribución territorial de las DDS a lo largo del país está alineada a lo que plantea este autor.

En un proceso de desconcentración, el poder se transfiere desde el nivel central a niveles de administradores o políticos no electos (Pollitt, 2007).

En el caso de las DDS, estas son las responsables de ejercer la función rectora del SNIS a nivel territorial, además de planificar y desarrollar actividades y participar de múltiples ámbitos de competencia del MSP (MSP, 2020).

En lo que refiere a funciones esenciales de la Salud Pública, también son responsables de la vigilancia epidemiológica, desarrollando tareas que implican la detección de cambios repentinos en la ocurrencia y distribución de las patologías, así como también el seguimiento en las tendencias y patrones del comportamiento de la salud –enfermedad de la población (MSP, 2020).

En el Informe sobre las Direcciones Departamentales de Salud (MSP, 2020) se describe el protagonismo clave en la coordinación sectorial e intersectorial para la planificación, la gestión del riesgo frente a la salud y la respuesta a emergencias y desastre naturales; a su vez se constituyen como representantes del MSP y voceros claves en el ámbito local.

La Promoción de la Salud como función esencial de salud pública (OPS, 2019), es otro de los ejes de trabajo de las unidades de análisis del presente trabajo. En este sentido, son responsables de coordinar, planificar y replicar las principales líneas de acción del MSP.

En cuanto al modelo de gestión y los cambios propuestos desde la creación del SNIS, las DDS son responsables de promover la complementación asistencial, apuntando a contribuir en la mejora en la prestación de servicios y evitar la superposición de recursos. La función que éstas cumplen, para el desarrollo del sistema, es de gran relevancia dado que son quienes conocen los recursos disponibles en el territorio y las demandas de la población local (Fernandez Galeano, Levcovitz, Olesker, 2015).

Siguiendo en la línea del modelo de gestión, desde las oficinas territoriales del MSP, también se promueve la participación social ya sea mediante el seguimiento del funcionamiento de los ámbitos generados para tales fines (Consejos Consultivos, Consejos Asesores Honorarios, Junta Departamental de Salud, entre otros) (MSP, 2021).

Por otra parte, las DDS también desarrollan funciones en el ámbito administrativo, relevando información referente a habilitaciones, fiscalizaciones y supervisión del cumplimiento de contratos de gestión de los prestadores integrales de salud, manteniendo informada la JUNASA sobre la situación de salud del departamento. Además de recepcionar, y elevar a la dependencia que corresponda los planteos, sobre

diversos temas, y solicitudes de la población, de distintos actores sociales o las instituciones proveedoras de servicios de salud (MSP, 2020).

En función de lo anteriormente expuesto, las DDS se constituyen como la representación del MSP en el territorio, ante la ciudadanía y demás instituciones; lo cual desde la lógica de la desconcentración de la política pública implica también dotar de autonomía a sus dependencias departamentales. Sin embargo, si bien esto es lo esperable, dada la larga historia centralizadora del país (Eaton, 2004) muchas veces esto queda en el discurso.

Dentro de los objetivos del presente trabajo, se buscó identificar la autonomía de las DDS, para ésto se procedió a la aplicación de una encuesta a quienes estaban al frente de éstas direcciones. Los resultados se presentan a continuación con su posterior análisis.

## 7.2. Autonomía de las Direcciones Departamentales de Salud del Ministerio de Salud Pública en el proceso de desconcentración de las políticas públicas en salud de Uruguay, durante el período 2015 – 2020.

En la tabla 1 se presentan los datos obtenidos de la aplicación del instrumento generado para valorar el índice de autonomía de las DDS, a la desconcentración, en el sistema de salud uruguayo.

En relación a la dimensión referente a la capacidad de definición de programas desarrollados desde las DDS, se observa que el 62,5% de los/as directores/as respondió que estos programas fueron definidos en conjunto entre nivel central y nivel local.

En lo referente a la capacidad de las DDS en la definición de los recursos, el 62,5% de los/as entrevistados respondieron que los recursos humanos eran definidos

por el nivel central, mientras que el 100% coincidió en que los financieros eran definidos desde la centralidad del organismo.

Para la definición de los objetivos y la población destinataria de las políticas y programas, poco más de la mitad de los directores/as coincidieron que eran definidos en conjunto entre nivel central y departamental, sin embargo, se obtuvo, la misma cantidad de respuestas pero para el ámbito de decisión en el nivel local para la dimensión que explora la elección de los territorios donde se desplegarán dichas políticas.

En cuanto a la supervisión del funcionamiento de los distintos programas, las respuestas estuvieron distribuidas de forma similar en los ámbitos de decisión conjunta entre nivel central-local y el departamental.

Por último, la dimensión que explora la autonomía en relación a la evaluación de los resultados y el impacto de las acciones desplegadas por el organismo sanitario, poco más de dos tercios de los/as directores/as coincidieron que se definieron en conjunto.

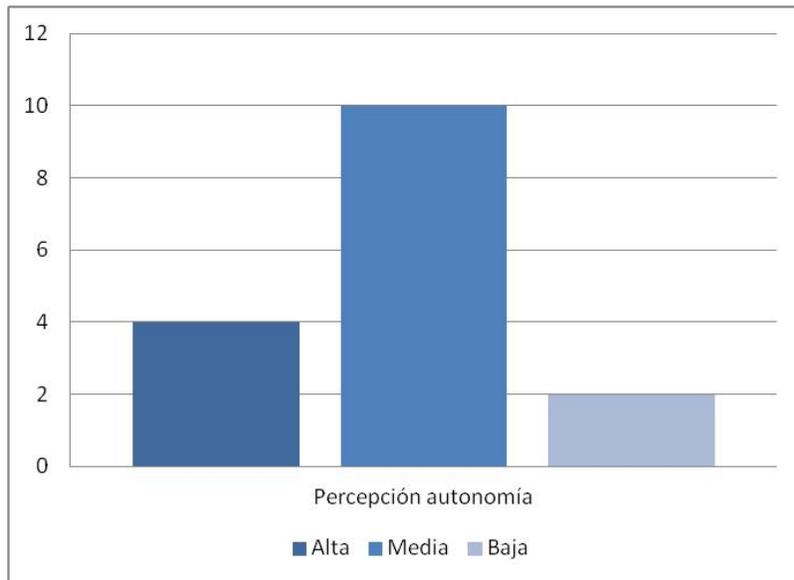
**Tabla 1. Distribución de las respuestas sobre capacidad de autonomía de las DDS.**

Ámbito de decisión	Nivel central		Ambos niveles		Nivel departamental	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
<i>Definición de programas desarrollados</i>	5	31,25	10	62,50	1	6,25
<i>Definición de recursos humanos</i>	10	62,50	6	37,50	0	0
<i>Definición de recursos financieros</i>	16	100	0	0	0	0
<i>Definición de objetivos y población destinataria de los programas.</i>	2	12,50	9	56,25	5	31,25
<i>Definición del territorio sobre el cual se desplegaron acciones y programas</i>	1	6,25	6	37,50	9	56,25
<i>Supervisión del funcionamiento de los distintos programas go-ejecutados en territorio</i>	3	18,75	6	37,50	7	43,75
<i>Evaluación de resultados e impactos de acciones y programas desarrollados.</i>	3	18,75	11	68,75	2	12,50

Fuente: Elaboración propia. Resultados expresados en FA (frecuencias absolutas) y FR% (frecuencia relativa porcentual).

Más allá de la aplicación del instrumento, a los efectos de evaluar la percepción de los/as directores/as sobre el nivel de autonomía ejercido respecto al gobierno central, mientras desempeñaban funciones en sus cargos, se agregó una pregunta específica al formulario. El 75% de los encuestado manifestó un nivel medio y alto de autonomía, primando el nivel medio con el 62,5% (figura 4).

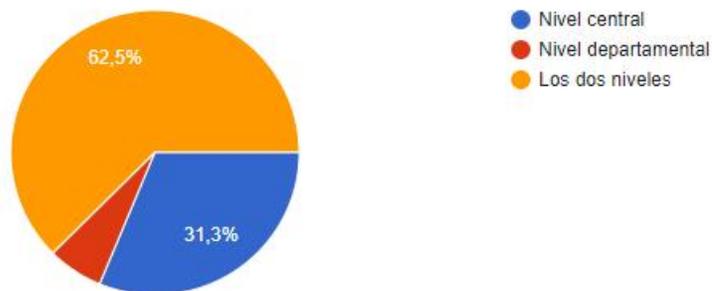
**Figura 4. Percepción de autonomía por parte de los/as directores/as.**



Fuente: Elaboración propia.

A los efectos de profundizar en el objetivo planteado, a continuación, se analizará cada una de las dimensiones abordadas.

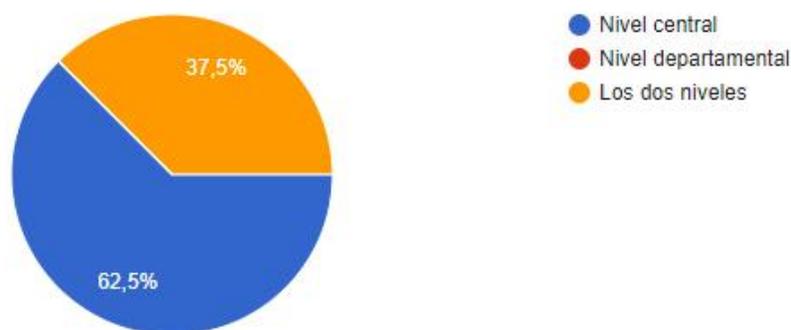
**Figura 5. Capacidad de autonomía en la definición de programas desarrollados.**



Fuente: Elaboración propia.

En referencia a la capacidad en la definición de los programas desarrollados por las DDS (figura 5), siendo el MSP el órgano rector, quien define las políticas de salud del país (MSP, 2009), y considerando el rol que cumplen las DDS, el hecho de que la mayoría de las respuestas estuvieron orientadas a que estas definiciones, durante el período estudiado, se dieron en conjunto entre ambos niveles, con un 62,5%, muestra la participación que tuvieron los actores locales en el proceso de definición de políticas así como también la coordinación entre ambos niveles. Tal como plantea Pollitt (2007), al diferenciar la “competencia vs no competencia” en los procesos descentralizadores, en la definición de la política pública es esperable, para no parcelar la autoridad, que sea competencia del nivel central y así evitar la duplicación y superposición de esfuerzos, optimizando los recursos; y asegurando la igualdad en los distintos territorios. Sin embargo, la participación y coordinación de las DDS en la definición de los programas que darán respuestas a dichas políticas es fundamental para generar equidad, atendiendo las necesidades específicas, en función de la realidad de cada departamento.

**Figura 6. Capacidad de autonomía en la definición de recursos humanos.**



Fuente: Elaboración propia.

**Figura 7. Capacidad de autonomía en la definición de recursos financieros.**



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la definición de recursos humanos (figura 6) y financieros (figura 7), según los directores/as, no hubo durante el período estudiado, autonomía local para la definición de los mismos, lo cual no es consecuente con el impulso descentralizador/desconcentrador que se pretendió desarrollar durante el ciclo progresista en el país. Uruguay se ha caracterizado a lo largo de su historia, por ser un país centralista (Eaton, 2004). Sin embargo, a partir del inicio de los gobiernos frenteamplistas se ha sostenido discursivamente la necesidad de la descentralización/desconcentración en los distintos organismos estatales (Milanesi, et al, 2019, Oszlak, 2014), hecho que a la luz de los resultados, en materia de recursos no se avanzó según lo esperado .

De acuerdo a lo planteado por Echebarría (2005) existe una tendencia a descentralizar la gestión del recurso humano a nivel mundial, sin embargo, en el sector público dicha transformación requiere de un proceso de cambios organizacionales y funcionales en el aparato administrativo estatal, lo que conlleva tiempo. A partir de esto se podría pensar que la duración del ciclo progresista en Uruguay, fue insuficiente para transitar la transferencia en la capacidad de definición de los recursos humanos.

En relación a la capacidad de autonomía en la definición de recursos financieros se constató que el 100% de las respuestas manifestaron que esas decisiones corresponden al nivel central.

Hay visiones (Ríos, G. 2013), que respaldan esa mirada de ineficiencia de capacidades en el interior del país y especialmente la necesidad de contar con recursos humanos calificados, con estructura y recursos financieros entre otros.

La delegación de responsabilidades y funciones sin las condiciones para hacerla efectiva puede resultar contraproducente para los objetivos generales del organismo, generando incertidumbre entre los ciudadanos y los actores locales, así como con los actores del nivel central.

Las asimetrías existen, nos encontramos con que en realidad las prioridades no son el interior, por ejemplo, tenemos menos de un 7% de médicos radicados al norte del Río Negro, y un 30% de los médicos del país radicados en el interior. (FEMI, 2021)

La dificultad se presenta a la hora de descentralizar los recursos, humanos, económicos, financieros y de poder decidir, donde tiene un peso importante el centralismo Montevideo, simplemente con mirar las rutas, o donde están concentrados los recursos muestran este aspecto.

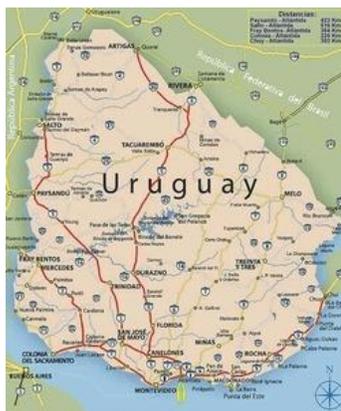
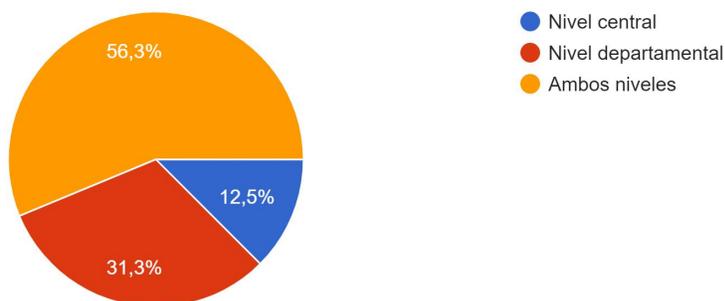


Figura 8. Mapa de Uruguay con rutas. Fuente: <https://mapasdeuruguay.com/rutas>

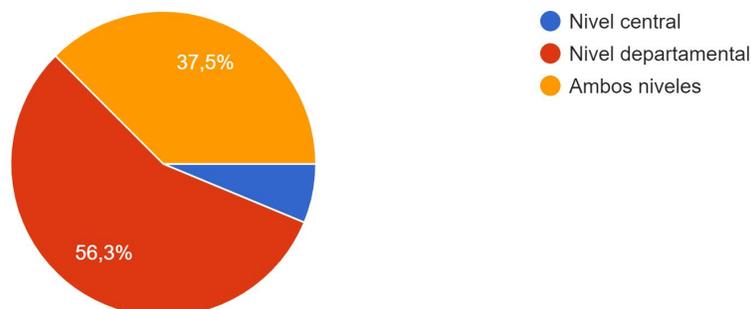
**Figura 9. Capacidad de incidencia en objetivos y población destinataria.**



Fuente: Elaboración propia.

En relación a la capacidad de incidencia en los objetivos y en particular en la población objetivo (figura 9) de las acciones de la DDS se destaca que solamente el 12,5% de los encuestados manifestó que los objetivos fueron definidos por el nivel central. Este resultado puede deberse a que en el período 2015-2020 se llevaron a adelante una estrategia de construcción de los Objetivos Sanitarios Nacionales (MSP OSN 2030, 2022), donde participaron más de 300 profesionales de diferentes disciplinas y donde las DDS tuvieron un rol preponderante a la hora de las opiniones y decisiones en cuanto a los OSN y la construcción de una política pública en base a objetivos, con indicadores y resultados esperados, que incluía acciones en distintos niveles y sectores de forma transversal, una nueva forma de llevar adelante las políticas en nuestro país, por lo que resulta relevante a la hora de considerar las respuestas brindadas por los encuestados.

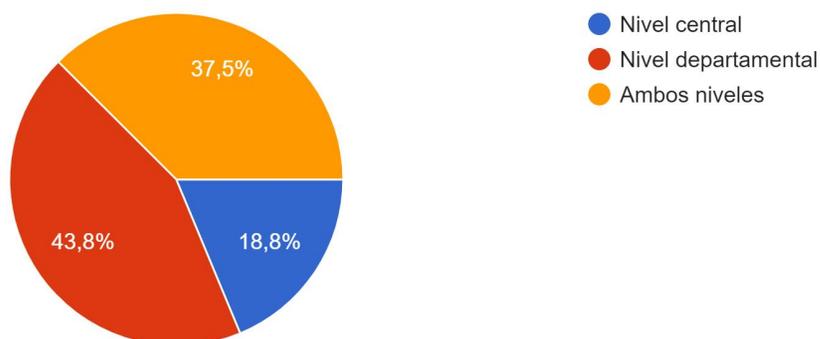
**Figura 10. Capacidad de incidencia en la definición de los territorios sobre los cuales se desplegaron las políticas.**



Fuente: Elaboración propia.

Respecto a los territorios sobre los que se desplegaron acciones y programas (figura 10) y el fenómeno de toma de decisiones en políticas públicas es uno de los temas que ha tenido mayor importancia en los últimos 40 años (Gonzalez, C., Gómez, C. (2007). En cuanto a los resultados obtenidos denotan que las decisiones fueron tomadas mayoritariamente por el Nivel Departamental con un 53,3% o entre Ambos Niveles 37,5%, sumando 90,8% entre los dos, lo que es esperable en el sentido del conocimiento que pueden tener los actores del territorio. El fenómeno decisional en políticas públicas en el modelo burocrático (Pfeffer y Salancik, 1974) que parten de las estructuras instaladas, con objetivos planteados habilita a ese proceso de toma de decisiones en los distintos niveles, siendo las mismas optimizadas y resultando más efectivas y eficaces.

**Figura 11. Supervisión del funcionamiento de los programas ejecutados**



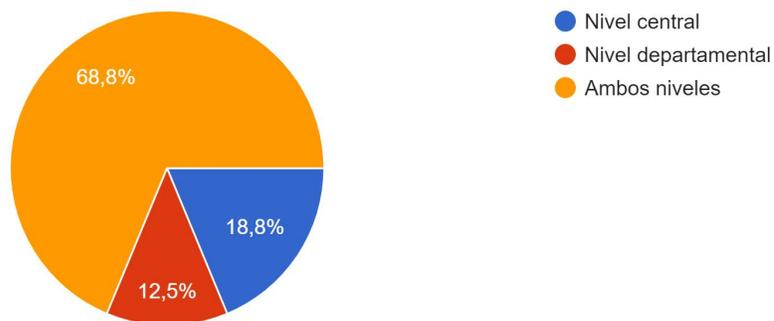
Fuente: Elaboración propia.

En la figura 11, se muestra la dimensión supervisión del funcionamiento de los distintos programas co-ejecutados en el territorio, en donde el 18,8% de los Directores Departamentales de Salud manifestaron que la supervisión era del nivel central, por lo que el peso relativo del nivel central es menor a la hora de supervisar los programas en el departamento. Esto va en sintonía con lo que se presenta en la revisión del rol de las Direcciones Departamentales de Salud y que tiene una fuerte presencia de lo intersectorial que denotan un trabajo horizontal de la política pública (Meny y Thoenig, 1996), con vínculos informales, relaciones personales entre los actores locales. Conocer que existen estas relaciones informales en el trabajo cotidiano en el territorio es fundamental para poder entender los procesos de planificación, diseño, co-ejecución y evaluación colectiva que se da en este nivel. Estas relaciones informales o instituciones informales descritas por North (1993) establecen reglas no escritas que dirigen los comportamientos de los responsables de las instituciones.

El sector de la salud necesita cooperar con otros sectores, si bien esto no es nuevo, ya que existía en la declaración de Alma-Ata (OMS, 1978), donde tenía 10 puntos claves y uno de ellos era que los gobiernos debían desarrollar la estrategia de

APS (Atención Primaria de la Salud) estableciendo planes de acción y políticas de coordinación intersectorial como parte de un sistema nacional integrado de salud.

**Figura 12. Evaluación de resultados e impacto de acciones y programas**



Fuente: Elaboración propia.

En referencia a la evaluación de los resultados e impactos de acciones y programas en el territorio (figura 12), encontramos que el 18,8% de las respuestas representan al nivel central, valorando que el 68,8% se da una evaluación de ambos niveles. Sin perjuicio de lo señalado, llama la atención el resultado, teniendo en cuenta que en ese período (2015-2020) se desarrolló una herramienta de supervisión, evaluación y monitoreo a nivel nacional, por parte de las autoridades nacionales del MSP y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP). La herramienta del Plan Operativo Anual (POA) (MSP, 2018), es de referencia para las DDS, que firmaron compromisos de gestión para el cumplimiento de determinados indicadores, objetivos, productos esperados y metas a cumplir en un determinado período.

## **8. CONCLUSIONES GENERALES**

Uruguay ha transitado por distintos modelos de desarrollo y distintos cambios constitucionales, sin embargo la centralización ha sido una constante en su diseño político-institucional. Durante la etapa progresista (2005-20020) se registraron intentos de jerarquizar lo territorial, ya sea para mejorar la gestión pública en términos de eficiencia, o para democratizar el Estado. Los principales hitos en este sentido han sido la creación de Municipios como tercer nivel de gobierno y administración, y la desconcentración de varios organismos nacionales, entre otros el MSP.

Esta tesis buscó conocer el grado de autonomía que el MSP a nivel central le otorga a sus referencias territoriales, las DDS. Para dar respuesta a esas interrogantes, hemos realizado una revisión documental para identificar el rol de las DDS y la aplicación de un índice de autonomía. En el marco teórico nos hemos concentrado en delimitar la centralización y la descentralización territorial como situaciones o diseños político-institucionales polares, entre las cuales existen diferentes escenarios como la delegación o la desconcentración, en función del control por parte del nivel central y de autonomía del nivel territorial. Las DDS son un caso de desconcentración territorial de intra-estatal y de tipo vertical, es decir desde un ámbito central del Estado hacia sus propias oficinas territoriales.

Respecto al rol de las DDS este se encuentra bien definido: rectoría del SNIS a nivel territorial, vigilancia epidemiológica, promoción de la salud, promoción de la participación ciudadana, fiscalizaciones y autorizaciones de algunas prestaciones, coordinación de acciones para enfrentar amenazas sanitarias surgidas en territorio, participar de ámbitos de coordinación de políticas sociales.

Respecto al Índice de Autonomía aplicado, con este se buscó medir el grado de discrecionalidad o autodeterminación de las DDS respecto al nivel central, en las siguientes dimensiones: en el diseño de programas, sobre recursos humanos (perfiles y cantidades a contratos), sobre recursos financieros, en definir población objetivo, en definir territorios objetivos, en supervisar programas, y en evaluar programas.

Se concluye que las DDS cuentan con competencias, funciones y responsabilidades claras, lo que indicaría que su nivel de autonomía no estaba sujeta a una eventual ambigüedad en las definiciones competenciales entre el nivel central y desconcentrado, sino a cuestiones relacionadas con el propio ejercicio de la misma. De acuerdo a las capacidades identificadas por parte de las DDS, la autonomía de dichas unidades fue escasa y la mayoría de las definiciones permanecieron en la órbita del nivel central, evidenciándose la mayor discrecionalidad territorial en el diseño de programas, la definición población y territorio objetivo, y la supervisión y evaluación de programas; una autonomía media en la contratación de los recursos humanos; y una heteronomía total a la hora de definir los recursos financieros.

En virtud de los elementos que se identificaron y describieron a partir de la revisión documental y el análisis de las encuestas realizadas, se puede concluir que durante el período estudiado el alcance de la desconcentración del MSP en el marco del SNIS fue limitado. En función de los resultados identificados en el presente trabajo, y al igual que lo que plantean Freigedo, Carneiro y Fuentes (2023), la intención descentralizadora planteada en el discurso durante el ciclo progresista en el país, en los hechos se dió parcialmente.

Este hallazgo es consistente con la teoría secuencial de la descentralización planteada por Falleti (2006) según la cual el nivel central prioriza detentar el poder político, luego el poder fiscal, y por último asumir las funciones administrativas. En el caso de la desconcentración desde el MSP central hacia las DDS, el MSP se reserva la designación de los titulares territoriales (poder político), controla de forma absoluta la cantidad y el destino de los recursos financieros (poder fiscal), y no muestra inconvenientes en transferir poder sobre responsabilidades funcionales. Este ADN centralista inclusive se observaría en la creación de los Municipios, dado que si bien se transfiere poder político (autoridades electas) no se transfiere autonomía fiscal ni reconocimiento jurídico, lo que vuelve al nivel local muy dependiente del segundo y primer nivel de gobierno.

En el caso de la salud, este diseño institucional genera varias dudas las cuales abren futuros temas de investigación. Por ejemplo, las DDS significan cercanía y canales de participación, sin embargo su poder es limitado por lo que pone en tela de juicio su capacidad para colaborar con la mejora de la eficiencia en la gestión del MSP como en la democratización de la misma. O como el actual diseño institucional puede ser más efectivo para poner en la agenda central los problemas estrictamente territoriales, es decir cómo sobreponer la racionalidad heterogénea de las particularidades subnacionales a la racionalidad homogénea de lo nacional, cuando los titulares de las DDS son designados y de confianza política del nivel central. Entendemos que este diseño institucional si bien es incipiente está lejos de garantizar una mayor eficiencia y una mayor democratización del Estado en materia de salud.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aghon, Gabriel y Krause-Junk, Gerold (1993). Descentralización fiscal: un marco conceptual. Serie Política No. 44, CEPAL, Santiago de Chile. Fiscal.
- Midaglia, Carmen y Florencia Antía (2007). “La Izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?”. Revista Uruguaya de Ciencia Política, Vol. 16, N° 1: 131-157.
- Arellano, A. (2022). ¿Cambio de rumbo? Análisis de la recentralización subnacional en gobiernos de centro-izquierda en América Latina (2000.2015). Revista Internacional de Filosofía.
- Banco Mundial. (2 de abril de 2024). *Uruguay: Panorama General*. <https://www.bancomundial.org/es/country/uruguay/overview>
- Boisier, S. (2004). Desarrollo territorial y descentralización. El desarrollo en el lugar y en las manos de la gente. Revista EURE - Revista De Estudios Urbano Regionales, 30(90). <https://doi.org/10.7764/1266>
- Boschi, R., y Gaitán, F. (2009). Legados, política y consenso desarrollista. Nueva Sociedad, (224), 33-46.
- Bulmer, T. (1989). La economía política de Centroamérica desde 1920.
- Buquet, D, Piñeiro. R (2010). “De las internas a las municipales: los impactos de las reglas electorales en Uruguay”. En Buquet y Johnson (Coords) *Del cambio a la continuidad: ciclo electoral 2009-2010 en Uruguay* (pp: 45-70). Editorial Fin de Siglo. Montevideo
- Buquet. D, Garcé. A (2018) *Gobierno municipal y régimen colegiado. Debate teórico, antecedentes históricos y alternativas de reforma*. En Serie | Descentralización y desarrollo territorial. Programa Uruguay Integra – Dirección de Descentralización e Inversión Pública -Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Montevideo

- Cabrero Mendoza. E, Zabaleta Solis. D (2009), *¿Cómo construir una mística intergubernamental en la política social? Análisis de cuatro experiencias latinoamericanas*. En: Revista del CLAD Reforma y Democracia, N° 43. Caracas.
- Caetano. G, Rilla. J (2001) *Historia contemporánea del Uruguay. De la Colonia al Mercosur*. Centro Latinoamericano de Economía Humana. Editorial Fin de Siglo. Montevideo.
- Calderón Suarez, Jorge (2007) “Descentralización Política: Aproximaciones Conceptuales y Pinceladas en Centroamérica”. Revista Vox Locális N° 013 (mayo 2007). Guatemala
- Cardarello.A., Freigedo. M (2016)*El escenario subnacional en transformación: las reformas institucionales y su impacto en la configuración del mapa político local en Uruguay*. Revista Uruguay de Ciencia Política N° 25 (pp:157-180). Montevideo, Uruguay
- Cardarello.A, Magri.A (2010)“Elecciones Departamentales 2010:consecuencias imprevistas, resultados esperados”. En Daniel Buquet y Niki Johnson (coords.): *Del cambio a la continuidad. Ciclo electoral2009-10* (pp: 295-324).Ediciones de la Banda Oriental - Instituto de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo.
- Carrión, Fernando (2000) “Criterios para la descentralización”. En Revista Persona y Sociedad. Volumen XIV - N° 2 *Descentralización y gobierno local en America Latina* (pp: 57-75). Universidad Alberto Hurtado - Instituto Latinoamericano de Doctrina y Estudios Sociales.
- Carrión, Fernando (2000) “Criterios para la descentralización”. En Revista Persona y Sociedad. Volumen XIV - N° 2 *Descentralización y gobierno local en America Latina* (pp: 57-75). Universidad Alberto Hurtado - Instituto Latinoamericano de Doctrina y Estudios Sociales.
- Chávez, D. (2008) Hacia la participación pasteurizada: La transición del presupuesto participativo a la gobernanza solidaria local en Porto Alegre, Brasil”.Revista Partipatory learning and action N° 58,Junio 2008. IIED-UK

- Cunill, N. (1995). La rearticulación de las relaciones Estado-Sociedad: en búsqueda de nuevos sentidos. *Reforma y Democracia*, (4), 1-20.
- Diniz, E. (2008). Depois do neoliberalismo: rediscutindo a articulação estado e desenvolvimento no novo milenio. *Ponto de Vista*, (2), s. p.
- Eaton, K. (2004). Risky Business: Decentralization from above in Chile and Uruguay. *Comparative Politics* Vol. 37, No. 1 (Oct., 2004), pp. 1-22 (22 pages) <https://doi.org/10.2307/4150121>
- Echebarría, K (2005). La gestión de los recursos humanos en el sector público, tendencias y desafíos. [Archivo pdf]. <http://hdl.handle.net/11626/12982>
- Falleti, Tulia (2005) "A Sequential Theory of Decentralization: Latin American Cases in Comparative Perspective". En *American Political Science Review*. Vol. 99, N°3. Nueva York, USA. (pp: 327 -346).
- Falleti, T. G. (2006). Una Teoría Secuencial De La Descentralización: Argentina Y Colombia En Perspectiva Comparada. *Desarrollo Económico*, 317-352.
- Ferla, P, González, J, Silva, L, Zuasnabar, I (2016) Panorama del nivel municipal en Uruguay. Universidad Católica del Uruguay - Konrad Adenauer Stiftung. Montevideo, Uruguay.
- Filgueira, F., Garce, A., Ramos, C., Yaffé, J. (2003). Los dos ciclos del Estado uruguayo en el siglo XX. *El Uruguay del siglo XX: la Política*. Banda Oriental.
- FILGUEIRA, F.; RAMOS, C.; GARCÉ, A. et.al. 2004. Los dos ciclos del Estado uruguayo en el siglo XX. En: Instituto de Ciencia Política. *El Uruguay del Siglo XX: La Política*. Montevideo: EBO.
- Freigedo, M., y Goinheix, S. (2019). Análisis del nivel de autonomía de los gobiernos departamentales en Uruguay. En P. Cardarello, A. y Ferla (Ed.), *Descentralización en Uruguay. Propuestas para avanzar en la agenda* (pp. 13-31). Montevideo: Konrad-Adenauer-Stiftung.
- Fernández Galeano, M.; Levcovitz, E.; Olesker, D. (coords.) (2015). *Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay*. Montevideo: OPS/OMS, 2015.

- FEMI (Federación Médica del Interior). (2021). FEMI.COM.UY. Obtenido de <https://femi.com.uy/entrevista-al-dr-daniel-ayala-presidente-de-femi/>
- Freigedo M., Milanesi A., Fuentes G (2017) *Invirtiendo la secuencia: el proceso de descentralización uruguayo bajo gobiernos de izquierda (2005-2015)*. En Revista Iberoamericana de Estudios Municipales N° 16. Santiago de Chile
- Freigedo, M., Carneiro, M., Fuentes, G. (2023). Autonomía local en la gestión de las políticas públicas en el territorio: el caso del gobierno central uruguayo durante los gobiernos del Frente Amplio. Revista Iberoamericana de Estudios Municipales. Vol N°27, pp. 1-21.
- García Delgado. D, Peirano. M. (2011) El modelo de desarrollo con inclusión social. La estrategia a mediano plazo. CICCUS-IDISA-FLACSO. Buenos Aires
- Gallicchio. Enrique; Camejo. Alejandra. (2005). *Desarrollo local y descentralización en América Latina. Nuevas alternativas al desarrollo*. CLAEH. Montevideo:
- Gallo, L. (2015). El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: Pasado, presente y futuro. *Monitor Estratégico*, (7), 3-8.
- Garretón, R. (2004). Derechos humanos y políticas públicas en Observatorio de Políticas Públicas de Derechos Humanos en el Mercosur. Productora Editorial.
- Gonzalez, C., Gómez, C. (2007). El proceso de toma de decisiones en políticas públicas. Revista Prospectiva Vol. 12.
- Grindle, M. (2010). Política social en el desarrollo: coherencia y cooperación en el mundo real. Documento de trabajo.
- Hall, P. A. (1993). Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain. Comparative Politics.
- INE (2023). Instituto Nacional de Estadísticas. Censo 2023 Población preliminar: 3.444.263 habitantes. <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/noticias/poblacion-preliminar-3444263-habitantes#:~:text=El%20Instituto%20Nacional%20de%20Estad%3%ADstica,interce%20estimada%20es%20del%201%25>.

- Jordana, Jacint (2001), “Relaciones intergubernamentales y descentralización en América Latina: una perspectiva institucional”. Documento de Trabajo INDES-BID-UE. Washington.
- Khambule, I. (2021) Decentralisation or deconcentration: The case of regional and local economic development in South Africa. *Local Economy*. Vol. 36, v 1.
- Koolhass. Martin , Rodriguez. José Raúl (2006) “Estrategias de conformación de gabinetes en las nuevas intendencias de izquierda”. Primer Congreso de Ciencia Política de la Asociación Uruguaya de Ciencia Política (AUCIP), Montevideo.
- Estado y globalización. Regulación de los flujos financieros” en M. Kaplan e I. Manrique (coords.), Regulación de flujos financieros internacionales, iij-unam, México, 2001
- Ladner, A., Keuffer, N., & Baldersheim, H. (2016). Measuring Local Autonomy in 39 Countries (1990–2014). *Regional & Federal Studies*, 26(3), 321–357. <https://doi.org/10.1080/13597566.2016.1214911>
- Leyva Flores, René. 2000. “Descentralización de los servicios de salud: ¿Una política de las crisis de fin de siglo?”. People’s Health Assembly. México.
- Luhmann, Niklas (1993 [1981]). *Teoría política en el Estado de Bienestar*. Madrid: Alianza Editorial.
- Magri. A, Rodríguez. M (2017) “La fábula de los tres hermanos y el desarrollo territorial en su complejidad multinivel. Consideraciones sobre el caso uruguayo en el contexto latinoamericano”. Cuadernos del CLAEH vol 36 N° 105 (pp:99-126). Montevideo-Uruguay.
- MENY, Ives y THOENIG, Jean-Claude (1996). *Las Políticas Públicas*, Barcelona, Ed. Ariel.
- Milanese, A; Freigedo, M y Carneiro, F. (2019) Análisis de los formatos organizativos de intervención pública en el territorio. Informe técnico del Convenio entre el Departamento de Ciencia Política y el Ministerio de Desarrollo Social.

- Montecinos, Egón (2005) "Los estudios de descentralización en América Latina: una revisión sobre el estado actual de la temática". En Revista EURE Vol. XXXI, Nº 93 (pp. 77-88) Santiago de Chile.
- Moreira, Constanza y Marcelo Setaro (2002). "Alternativas de reforma del sistema de salud en Uruguay". En Uruguay: la reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000). Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental,
- MSP. (2009). La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009. Montevideo, Uruguay.: MSP.
- MSP. (2018). MSP. Plan estratégico institucional. Plan Operativo Anual (POA). Obtenido de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/plan-estrategico>
- MSP (2020). Informe sobre las Direcciones Departamentales de Salud. [https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/INFORME\\_CG\\_FORTALECIMIENTO\\_DDS.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/INFORME_CG_FORTALECIMIENTO_DDS.pdf)
- MSP. (2021). MSP.GUB.UY. Obtenido de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/estructura-del-organismo/direccion-general-coordinacion>
- MSP. (2021). msp.gub.uy. Obtenido de Cometidos del MSP: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/cometidos#>
- MSP OSN 2030. (6 de 2022). MSP.GUB.UY. Obtenido de [https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-06/OSN\\_2030\\_borrador\\_Consulta%20publica.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-06/OSN_2030_borrador_Consulta%20publica.pdf)
- Navarro, Clemente (2004)*Sociedades políticas locales: democracia local y gobernanza multinivel*. Documento de Trabajo N°34. Departamento de Ciencia Política y Relaciones Internacionales. Facultad de Derecho. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid-España.
- North, D. (1993). Instituciones, cambio institucional y desempeño económico. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Notaro, J. (2003). a batalla que ganó la economía. 1972 – 1984 en El Uruguay del siglo XX. La economía. Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental.

- Oficina de Planeamiento y Presupuesto (2008). Transformación democrática del Estado y nueva relación con la ciudadanía. Más cerca, más fácil, más moderno, igualitario, productivo y solidario. Montevideo: Oficina de Planeamiento y Presupuesto.
- OLESKER Daniel (2001) Crecimiento y Exclusión Montevideo, Trilce.
- OMS (1978). [paho.org](https://www.paho.org). Obtenido de <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
- OPS (2019). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>
- OPS 2021. Funcionamiento del sistema de salud en Uruguay. Principios, modelo de financiamiento, gestión y atención. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/funcionamiento-sistema-salud-uruguay>
- Oroño, Abel (2004) *“El sistema de partidos en Canelones ¿Bipartidismo de nuevo tipo?”*. Documento de Trabajo N° 4 . Departamento de Ciencia Política - Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo.
- Oszlak. O y Serafinoff. V (2011) “Acerca del diseño institucional: apuntes para el caso uruguayo”. En *Aportes y reflexiones para la agenda nacional de descentralización*.
- Oszlak, O. (2014). “¿Descentralizar o desconcentrar? Uruguay frente a un dilema no resuelto.” En *Revista Iberoamericana de Estudios Municipales*, Año V, N°9: 173-205
- Pereira, F. (2011). ¿Dónde llegará la marea rosa? En C. Moreira y D. Avaro (Coords.), *América Latina hoy. Sociedad y política* (págs. 153-182). Córdoba: Editorial Universitaria Villa María.
- Panizza, F. (1990). *Uruguay: Batllismo y después: Pacheco, militares y tupamaros en la crisis del Uruguay batllista* . Editorial Prisma Ltda.
- Pereyra González, I. (20 de agosto de 2019). Historia social de la salud pública en Uruguay. *La Diaria*.

- PFEFFER, Jeffrey and SALANCIK, Gerald (1974). Organizational Decision Making as a Political Process: The Case of a University Budget, en *Administrative Science Quarterly*, Vol. 19, No. 2. (Jun., 1974).
- POLLITT, C. (2007). Decentralization. En Ferlie, E., Lynn, L., y Pollitt, C. (eds.). *The Oxford Handbook of Public Management*. Oxford University Press.
- Ponzo, J., Briozo, L. (2009). *La salud al comienzo del Uruguay progresista : otra visión*
- Rama, W. (1987). *La democracia en Uruguay: una perspectiva de interpretación*. Cuadernos del Rial vol 4. Grupo Editor Latinoamericano.
- Real de Azúa, C. (1964). *Antología del ensayo uruguayo contemporáneo*, Tomo II. Departamento de publicaciones de la Universidad de la República.
- Ríos, G. (2013). Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud. Recuperado el 2021, de *Perfiles de los Sistemas de Salud de los estados partes del MERCOSUR – República Oriental del Uruguay*.: [https://uruguay.observatoriorh.org/sites/uruguay.observatoriorh.org/files/webfiles/Perfil%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud\\_MERCOSUR\\_ROU.pdf](https://uruguay.observatoriorh.org/sites/uruguay.observatoriorh.org/files/webfiles/Perfil%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud_MERCOSUR_ROU.pdf)
- Rodríguez, Claudia (2014)“Las relaciones intergubernamentales (RIG). Herramienta fundamental para la descentralización y reforzamiento de la gobernanza”. *Revista de Estrategia Organizacional. Volumen 3* (pp: 157-167). Universidad Nacional Abierta y a Distancia de Colombia (UNAD)
- Sánchez, I. (2012). “Políticas de participación en el país: lecciones del Presupuesto Participativo”. En *Municipios: una política en el tintero*. Andreoli, Alejandra et.al (coords.)
- Universidad de la Republica-Comisión Sectorial de Investigación Científica. Ediciones Art 2. Paysandú
- Sánchez, I. (2012). “Políticas de participación en el país: lecciones del Presupuesto Participativo”. En *Municipios: una política en el tintero*. Andreoli, Alejandra et.al (coords.) Universidad de la Republica-Comisión Sectorial de Investigación Científica. Ediciones Art 2. Paysandú

- Sánchez, I. (2018). “Descentralización en Bolivia y Uruguay. Una aproximación desde la teoría de la gobernanza. *Revista Ratio Juris*, ISSN 1794-6638, Vol. 13, N°. 27, 2018. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6880114>
- Selee, A; Peruzzotti, E. (2009). *Innovación participativa y democracia representativa en América Latina*. Editado por The John Hopkins University Press.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta.
- Ternavieso, M. (1989). Reflexiones para la reconstrucción del espacio local. *Cuadernos del Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH)*, 14(51), 77-92.
- Uruguay, L. P. (Dic. de 2007). *Legislativo Parlamento Uruguay*. Obtenido de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp8218240.htm#:~:text=La%20c%20obertura%20universal%2C%20la%20accesibilidad,de%20los%20servicios%20de%20salud.&text=La%20equidad%2C%20continuidad%20y%20oportunidad%20de%20las%20prestaciones.&text=La%20ori>
- Veneziano, Alicia (2009) *Descentralización, Desarrollo Local, Participación Ciudadana y Reforma del Estado: una vinculación pendiente*. Facultad de Ciencias Sociales (FCS-UdelaR) - Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) - Ediciones ORBE. Montevideo, Uruguay.
- Valenzuela. E, Henríquez. O, Cienfuegos. I (2019) Os três tipos de distribuição de competências que estruturam a descentralização na América do Sul. En *Revista de Administração Pública* v. 53, n. 3 (pp:592-609). Rio de Janeiro.
- Villar, H. (2009). *Gestión de servicios de salud*.

## **10. ANEXO.**

### **10.1. Instrumento utilizado para valorar alcance de la desconcentración de las políticas públicas en salud se indaga sobre el proceso de autonomía de las DDS**

#### *Encuesta Autoadministrada:*

Gracias por dedicar su tiempo a rellenar este cuestionario, el cual pretende medir el Índice General para el Grado de Control Local sobre la toma de decisiones en torno al diseño, implementación y supervisión de las acciones, resumiendo el grado de participación de los/as Directores/as Departamentales de Salud (DDS) que estaban en sus cargos en febrero del año 2020, período en cual se dió el cierre del ciclo progresista en Uruguay.

Instrucciones: Por favor, responder las siguientes preguntas de manera sincera y honesta. Tu opinión es muy importante para evaluar el grado de control y la autonomía local que tenía la dependencia a su cargo.

Marque la opción que se adapte a su accionar.

#### Sección 2: Información General.

Las preguntas están dirigidas al período mientras usted se desempeño en el cargo de director/a departamental de salud.

¿En qué período se desempeñó en el cargo?

1. En relación a los programas desarrollados por la DDS, éstos fueron definidos por:

Nivel central

Nivel departamental

Los dos niveles

2. En relación a la capacidad de incidencia en la definición de los recursos humanos, el perfil y la cantidad de los recursos humanos a contratar fue definida por:

a - Nivel Central

b - Nivel Departamental

c - Los dos niveles

3. Respecto a la capacidad de incidencia en la definición de recursos financieros, el presupuesto asignado a la DDS fue definido por:

a - Nivel Central

b - Nivel Departamental

c - Ambos niveles

4. Capacidad de incidencia en objetivos. La población objetivo de las acciones de la DDS fue definida por:

a - Nivel Central

b - Nivel Departamental

c - Ambos niveles

5. Respecto a los territorios sobre los que se desplegaban acciones y programas fueron definidos por:

a - Nivel Central

b - Nivel Departamental

c - Ambos niveles

6. Respecto a la supervisión del funcionamiento de los distintos programas co-ejecutados en territorio, esta fue responsabilidad del:

a - Nivel Central

b - Nivel Departamental

c - Ambos niveles

7. Respecto a la evaluación de resultados e impacto de acciones y programas en territorio fue realizada por:

a - Nivel Central

b - Nivel Departamental

c - Ambos niveles

8. En términos generales ¿Qué nivel de autonomía considera que tuvo la DDS respecto al gobierno central?

a - Alta

b - Media

c - Baja