

ID:967**EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS MODELOS Y SISTEMAS SANITARIOS EN URUGUAY. SU IMPACTO EN EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (SNIS).**

Milton, Sbárbaro. Uruguay

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se desarrolló en base a la revisión bibliográfica realizada en el marco de una Investigación sobre Sistemas y Servicios de Salud (ISSS), que tiene por objetivo establecer un procedimiento para evaluar el desempeño de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), estrategia que fue tomada para la construcción del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en el Uruguay.

A punto de partida de esa revisión bibliográfica, surge éste trabajo con el objetivo de aportar a la comprensión y desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Salud a través del conocimiento de los procesos históricos que confluyeron en su creación.

En el mismo se pretendo identificar los factores contextuales que determinaron el rumbo del SNIS así como las características específicas de sus componentes, desde los recursos humanos hasta el modelo de atención, pasando por la importancia de la participación real de la sociedad y de los trabajadores en la defensa del derecho a la salud.

Éste proceso de desarrollo del sistema sanitario, debe ser utilizado de forma científica para transformar radicalmente la situación sanitaria de las personas a las que pretende dar cobertura.

OBJETIVOS

Aportar a comprender el desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Salud, a través del conocimiento de los procesos históricos que aportaron a su creación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica a través de la Biblioteca Virtual de Salud de Enfermería (www.bvsenf.org.uy), materiales históricos, artículos de prensa, normas, leyes y decretos relacionados con el tema.

RESULTADOS

Entendemos necesario definir el concepto Hombre, ya que nos permitirá comprender la concepción de salud en el cuál se fundamenta el nuevo sistema sanitario del Uruguay.

En el devenir de su desarrollo el ser humano agregó cualidades que lo diferenciaron de otras comunidades animales, incorporando pensamiento y raciocinio a sus acciones, que lo llevan a transformar su entorno, de forma voluntaria, a la vez que se ve transformado por el medio. Nos afilamos al concepto de Hombre definido como *“un ser bio-psico-social, en relación dialéctica con el medio. Por su quehacer transformador de la realidad objetiva es un ser histórico que elabora conocimientos acerca de sí mismo y de la realidad; se expresa a través de sus necesidades que emergen de lo social y psico-biológico, aun*

cuando lo que él piensa y siente no siempre se refleja en forma manifiesta.”ⁱ Esta afiliación permite entender la dialéctica de su propio desarrollo, colocando al Hombre como constructor de su propio destino.

Es éste mismo ser humano que va conceptualizando y creando modelos de salud, que le permiten ir resolviendo o transformado su realidad en general, y su salud en particular. Es así que, como parte de éste proceso, se entiende que la salud y la enfermedad son parte de una unidad dialéctica, que ha sido resuelta en las diferentes épocas de acuerdo a enfoques y concepciones filosóficas distintas, acorde siempre al desarrollo de las sociedades, identificando de esta forma finalmente y después de un largo proceso de evolución a la salud como un producto social.

Etapas precolombina.-

En nuestras tierras, antes de la etapa del imperio colonial español, existió una comunidad indígena viviendo en conglomerados de familias agrupadas por territorios (la macro etnia Charrúas). En su cultura la noción de salud-enfermedad estuvo relacionado directamente con la concepción mística - religiosa del mundo, en la cual las energías interactúan expresadas en una lucha entre el Bien y el Mal.

La forma de organizar el cuidado de las personas en ésta época tuvo entonces características de universalidad e igualdad, en tanto a todos se les aplicaba el mismo cuerpo de conocimientos (empírico – religiosos). Además la salud estaba garantizada por un sólo individuo, el “Hechicero”, quien era la única persona que poseía el conocimiento para “cuidar” a los individuos y el colectivo, dándole una importancia suprema a quien poseía “los conocimientos” para el cuidado de la misma.

La Colonia.-

Más tarde, con la irrupción de los conquistadores en América Latina y el Caribe, las diferentes formas que se dieron para el cuidado de la salud en éstas tierras, estuvieron centrados en cuidar los intereses económicos de la Corona, a través de políticas sanitarias que directa o indirectamente los beneficiaba.

Esta estrategia sanitaria, muy diferente a lo que hoy podemos entender por sistema de salud, presentaba el rasgo fundamental o el embrión del objetivo de los sistemas venideros, que era mantener sanos a aquellos que resguardaban los intereses del capital. En éste momento histórico no hacía falta reconocer a la salud como un bien social por parte de la Corona, y mucho menos desarrollar el carácter público de la salud, ya que solamente manteniendo a las tropas lo menos enfermas posibles, bastaba para que cumplieran su objetivo de salvaguardar los dominios sobre los territorios conquistados.

En el Río de la Plata, las reformas Borbónicas favorecieron el aumento del comercio entre los puertos de San Felipe y Santiago (Montevideo) y de España, permitiendo el desarrollo de una clase comerciante, que sintió la necesidad de cuidar a su mano de obra. La relación entre la incipiente burguesía comercial rioplatense, y la Corona, permitió un avance en la salud, al desarrollar una estrategia sanitaria que abarcó a algunos civiles, además de las tropas y los gobernantes, generando así un modelo menos restrictivo que el de la primera etapa de la colonia, aunque seguía siendo excluyente, elitista y destinado al mantenimiento del orden público.

Otra característica del modelo sanitario del Estado monárquico absolutista fue el Tribunal del Protomedicato, institución destinada a administrar la justicia en relación con las profesiones médicas.

Es así que conjuntamente con la consolidación de la ciudad, comienza a tomar fuerza la figura del médico ante la sociedad, con potestades paralelas a las de los gobernantes, generando un espacio en el cuál sólo los “Hombres de Ciencia” podían impartir justicia. Al decir de Gorman (1783) *“Los padres deben ser honrados porque son los autores de la vida y deben serlo los Reyes y los médicos porque son sus conservadores”*. Esta idea marcará fuertemente los destinos del sistema sanitario de Uruguay.

La Revolución Artiguista (1811-1820).-

Con la Revolución Artiguista se introduce un nuevo concepto de atención a la salud, con una estrategia para los momentos de actividad bélica, complementada con la asistencia a la sociedad civil, fundamentalmente vinculada al control de las epidemias en las poblaciones de la Liga Federal.

Artigas introduce desde nuevas concepciones ideológicas, el elemento de la salud pública como un bien comunitario, en donde la preocupación por la salud pasa a tener un lugar preponderante, llegando a plasmar en un edicto del Cabildo de Montevideo (1815) que, *“la salud pública es una de las leyes primeras sobre que deben velar los magistrados y nunca estará de más todo el celo y actividad que se propongan los hombres para la conservación de sus semejantes y el bien de sus conciudadanos”*.ⁱⁱⁱ

Este puede considerarse como el embrión del concepto de “universalidad” incluido en nuestro sistema de salud, es decir *“que la atención llegue a todos los individuos, familias, grupos sociales y población en su conjunto”*.^{iv}

Otro aporte fundamental de ésta época es entender la participación social como herramienta para la defensa del derecho a la salud, proclamando que la salud depende de los hombres para su conservación individual y colectiva, reconociéndola como un derecho de todos, sin ningún tipo de discriminación. También es importante destacar el concepto de responsabilidad del gobierno (Estado) y la comunidad para el cuidado de la salud como producto social.

El Uruguay Independiente (1830- 1860).-

En el nacimiento de la nueva República, el país estuvo invadido por la inestabilidad política, sucediéndose diversas guerras civiles, incluso con la participación de Gran Bretaña, Francia, Brasil y Argentina en el conflicto mayor (la Guerra Grande, 1839 – 1851).

En éste contexto el Estado no tenía entre sus prioridades a la salud, destinando para su atención sólo un 0.002% del Presupuesto General de Gastos. El Estado no garantizaba la salud a los ciudadanos resultando el cuidado de la misma una preocupación individual, a cargo de quien pudiera costearla.

Esta situación llevó a que las formas organizativas generadas (Consejo de Higiene Pública, Junta Médica, Junta de Higiene y Policía Sanitaria) estuvieran atravesadas por las antiguas concepciones absolutistas, en donde el poder central se debilitaba por la atomización del poder político. Esta generalización se veía también en el sector de la salud, como dice Juan Cesar García *“cuando este Estado incorporaba en sus actividades asuntos especializados, tales como salud, lo hacía en la forma característica de las monarquías absolutistas (mediante consejos consultivos). Por ejemplo, los consejos o juntas nacionales de sanidad que se establecieron en la mayoría de los países de América Latina.”*^v

El Uruguay Moderno (1860-1900).-

En la primera etapa del Uruguay Moderno (1860 – 1900), se produce la consolidación del modelo agroexportador y del aparato administrativo y jurídico del Estado. La reforma Educativa, con la creación de la Ley de Educación Común, entre otros cambios fundamentales, conformarían las bases para comprometer la modernización política y económica; que dejaban atrás a la nación oriental sustituida por un Estado.

A nivel social se vive un proceso donde las diferencias de clase se agudizan. En Montevideo la novedad en este fin de siglo fue la aparición de la *"cuestión social"* vi Pastorini A. (2000). Las condiciones de vida del proletariado industrial eran duras, Barrán describe en "El nacimiento del Uruguay Moderno" como la sociedad vivía ésta situación, con el siguiente párrafo: *"las jornadas de 11 o 15 horas ambientaron la prédica anarquista y la fundación de los primeros sindicatos hacia 1875. El viejo temor de la clase empresaria a la subversión blanca, fue poco a poco sustituido por su nuevo miedo a la revolución social."*

La atención a la salud acompañó este proceso, generando servicios sanitarios diferenciados de acuerdo a la clase social a que se pertenecía, pasando a ser el cuidado a la salud un problema de clase. Tanto el Estado como la sociedad organizada van creando nuevos servicios sanitarios, manteniendo la caridad y beneficencia para los pobres (excluidos del sistema), en tanto que las comunidades de migrantes comienzan a desarrollar sus respectivas sociedades de ayuda mutua (para los trabajadores), mientras que los sectores dominantes tienen una atención personalizada en su propio domicilio.

Cerrando el siglo XIX se va encaminando la estatización de la salud pública, se le va dando a la salud un carácter más nacional, lo que se consolida con el surgimiento del Estado de Bienestar.

Junto con ello se fortalece la figura del médico como centro del modelo sanitario, dándole las potestades de la formación, control y represión de todo lo concerniente a la salud. Como dice Barrán *"Ha nacido la clase médica"*, como un actor relevante en el espacio social, *"salió a la conquista del poder en los espacios que creyó le estaban reservados dada la naturaleza de su saber"* vii. Este hecho ha de marcar el rumbo que tomará el sistema de salud uruguayo, ya que con el desarrollo del corporativismo médico se comienza a impulsar una nueva concepción de salud, la salud como mercancía.

El Estado de bienestar.-

En los comienzos del siglo XX, y con el ascenso de José Batlle y Ordóñez a la presidencia de la República, se inaugura el período Batllista que constituye la etapa definitiva en el desarrollo del poder del Estado en forma deliberada. El reformismo Batllista se hizo cargo de asignar al *"Estado un nuevo lugar en el proceso económico y social, asumiendo nuevas funciones, expandiendo para ello su tamaño y diversificando su estructura."* viii El intervencionismo estatal en la economía alcanzó nuevas áreas y modalidades, tales como la inversión directa en empresas dedicadas a la producción de bienes y servicios, el control de la moneda y el crédito, o la fijación de algunos precios y salarios.

En éste período se fue afianzando la idea de un "Estado Providencia", es decir, que se anticipe a los conflictos sociales y actúe como árbitro en las relaciones entre el capital y el trabajo. O como lo define Rosental (1975) un "Estado de Prosperidad General" que significa un sistema de empresas de monopolio estatal, con el fin de fortalecer el capitalismo, debilitando la voluntad de la clase obrera en la lucha por el socialismo.

En éste marco, y como parte de ésta sociedad capitalista, la medicina estatal comienza a tener un rol preponderante con el objetivo de mejorar la producción y la rentabilidad del sector salud. En éste sentido, la atención médica, el hospital y las asociaciones mutuales se van transformando en las herramientas básicas para el cumplimiento y desempeño de ese rol, fortaleciendo la figura del médico como actor principal en la definición de las políticas del sector. Al decir de Portillo, la sociedad civil se va medicalizando, y el saber y fundamentalmente el poder médico van permeando y dominando el imaginario social, asumiendo un carácter burgués e iluminista, el modelo médico hegemónico dominante, se impone como un fuerte integrante de la modernidad (Barrán, 1995).

Surgimiento y posicionamiento del Ministerio de Salud Pública.-

Con la creación del Ministerio de Salud Pública (MSP) en 1934, se define con claridad que la salud es un problema de Estado, y por tanto debe ser parte de las políticas estratégicas del gobierno.

Se unifica el Consejo Nacional de Higiene (con funciones normativas) y la Asistencia Pública Nacional (con funciones asistenciales), posicionándose así como el órgano Rector en materia de salud, además se le agrega un perfil fiscalizador con ciertos rasgos punitivos.

La creación del MSP se da en medio de las contradicciones que imponía el desarrollo del conocimiento, y como fruto de una pugna entre el poder político y “la clase médica” por el control del sistema, quienes reafirmaban su posición de que son los “hombres de ciencia” los que deben definir las políticas sanitarias. Argumentaban que el cuerpo médico no participó en la elaboración de las normas, expresando que nadie excepto ellos, están en condiciones de realizar sus normas y fiscalizarse.

En éste período se afianza la alineación del gobierno a las necesidades y políticas de los EEUU, en la Tercera Reunión de Consulta de los Ministros de Relaciones Exteriores de las Repúblicas Americanas (Río de Janeiro), se imponen una serie de resoluciones que van desde medidas necesarias para la defensa militar del continente dirigida desde Washington, hasta aspectos de control de las políticas internas de los estados miembros. Particularmente, en el capítulo sobre “Mejoramiento de la Salud y Salubridad Pública” se plantea *“que el tomar medidas adecuadas para proteger la salud y mejorar la salubridad constituye un aporte esencial al mantenimiento del poder de los pueblos de América para defenderse y para resistir la agresión”*^{ix} resolviendo recomendar a los servicios nacionales de sanidad que utilicen la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana.

En éste período se termina de consolidar la centralización del Estado y su rol en la dirección de la salud pública, se fortalece el nivel secundario de asistencia y se comienza a desarrollar el nivel primario de atención con la creación de los primeros Centros de Salud.^x Como rasgo de continuidad histórica se consolida la hegemonía médica en el sistema sanitario y además en el sector político del país.

Dictadura. Terrorismo de Estado.-

Sobre finales del siglo XX América Latina se vio sacudida por los procesos dictatoriales impulsados por la Doctrina de Seguridad Nacional desde los EEUU, para contener el avance de las posiciones de izquierda. Perry Anderson plantea que todas las dictaduras de la región tienen como función esencial

“traumatizar a la sociedad civil en su conjunto con una dosis de terror suficiente para asegurarse de que no habría ninguna tentación ulterior de reincidir en desafíos revolucionarios contra el orden social vigente; para romper cualquier aspiración o idea de un cambio social cualitativo desde abajo; para eliminar permanentemente, en suma, el socialismo de la agenda política nacional.” Continúa diciendo que *“básicamente –y paradójicamente– la novedad consiste en que estos regímenes programaron una reintroducción de una democracia capitalista controlada, al fin de su obra de “reconstrucción ”.*^{xi}

En el Uruguay ésta política de terrorismo de Estado significó para el sector salud una reducción sistemática de la inversión, una pérdida de salario real de los trabajadores, la emigración de profesionales y técnicos calificados, la desarticulación de los mecanismos de gestión tripartita de los seguros de salud, además de llevar adelante una represión sistemática y planificada sobre la Universidad de la República como centro asistencial y principal centro formador de recursos humanos para la salud.

Neoliberalismo. Etapa de las Grandes Reformas del Sector Salud.-

A la salida de la dictadura, y particularmente en la década de los noventa, en el marco de un empuje brutal del capitalismo neoliberal, se desarrollan una serie de reformas estructurales en el país y la región. Rojas Ochoa, plantea que *“en resumen el Neoliberalismo y su globalización son en la práctica la renovación del sistema capitalista avanzado. Declarando como modelo el reduccionismo del Estado, el desmonte del “Estado de bienestar”; la guerra al sindicalismo; la prédica de la desigualdad como valor positivo; la desregulación de la economía y la privatización en masa.”*^{xii}

Por su parte la OPS señala que las reformas impulsadas en los años 80 y 90 en la región de las Américas, se basaron en la implantación de modelos estandarizados, aplicando la misma receta, sin tener en cuenta las características particulares de cada país. Estas reformas estaban centradas en cambios del modelo financiero y de gestión, y apostaban a una gran descentralización, con ausencia de un órgano rector. A su vez se promovía la desregulación laboral y la competencia irracional entre los distintos proveedores y aseguradores del sector salud. La aplicación de éstas políticas en el sistema sanitario de Uruguay, llevo a éste a una segmentación y fragmentación tal que concurrió inequívocamente a una limitación del acceso de grandes grupos poblacionales a servicios de salud, fundamentalmente de los más pobres de la sociedad.

El modelo de atención se centró en un enfoque curativo y asistencialista, signado por el multiempleo entre del personal de la salud. El sistema mutual entró en una crisis sostenida en los aspectos asistenciales y fundamentalmente de financiamiento, llevando al cierre de varios efectores privados. Todo esto junto a una crisis de confianza de los usuarios en el sistema y en los equipos de salud, con un débil o inexistente desarrollo del rol Rector del Ministerio de Salud Pública sobre el sistema sanitario nacional.

En éste marco se comenzó el nuevo siglo con un tercio de la población nacional bajo la línea de pobreza, excluidas de los servicios sanitarios, con una explotación desregulada sobre los trabajadores del sector, con efectores privados desfinanciados y empresarios descontentos, todo esto sumado a la llegada de gobiernos progresistas, creó las condiciones para la implementación de un nuevo sistema de salud.

Sistema Nacional Integrado de Salud.-

La crisis interna del sector salud llevó a un consenso de los actores relacionado a la necesidad urgente de reforma del sistema, sumado al cambio de estrategia de las políticas en Salud Pública impulsadas por la OPS para la región, más los acuerdos realizados con los organismos de crédito internacionales (BID - FMI), confluyeron a sentar las bases para la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que se concreta en el año 2007 (Ley N° 18.211).

La Ley 18211 crea un Seguro Nacional de Salud (SNS), con una canasta de prestaciones básicas, definiendo de hecho al SNIS como un seguro de salud. El SNS es administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), y donde participan el Ministerio de Salud Pública, trabajadores y el sector empresarial, tal cual fue planteado en los acuerdos con el BID y como prioritario para la OPS.

El SNIS se caracterizó por desarrollarse en etapas y con reformas en tres aspectos diferentes. Una reforma financiera, que crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) organismo recaudador del Seguro, que estabiliza económicamente al sistema y refinancia a las empresas privadas, como se acordara en el Programa de Reformas del Sector Salud (UR-0133 BID – ROU. 2001).

Una reforma en el modelo de gestión, donde la esencia fue la separación definitiva de las funciones asistenciales públicas y la rectoría del sistema.

La tercer reforma se da en el cambio del modelo de atención basado en APS, recogiendo en sus principios fundamentales las líneas planteadas por Organismos Internacionales de crédito y de salud para las Reformas Sanitarias en la Región.

CONCLUSIONES

La evolución histórica del sistema de salud de Uruguay no escapa al proceso de desarrollo que tuvieron los sistemas sanitarios de la región de América y el Caribe. Todos se nutrieron de las corrientes salubristas europeas de comienzo de siglo XVIII, de la contención social disfrazada de caridad por parte de la iglesia Católica, del impulso de las sociedades mutuales generada por las oleadas migratorias europeas y de los movimientos obreros de finales de siglo XIX, además por supuesto de componentes autóctonos.

En lo específico nuestro sistema mostró entre otros rasgos típicos, un fuerte componente de trabajo individual del médico que lo llevó a posicionarse en la sociedad como una clase diferente, la “clase médica”. Éste trabajo en solitario desarrollado durante décadas constituye aún hoy una dificultad para implantar el Equipo Básico de Salud como la pieza clave para el fortalecimiento de la estrategia de APS, herramienta indispensable para el cambio de modelo de atención planteado en el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud.

Otro rasgo característico del sistema, es la falsa contradicción generada entre el primer nivel de atención y los hospitales que durante años fueron fortaleciendo un modelo hospitalo - céntrico orientado a curar la enfermedad, lo que se replica automáticamente en los policlínicos llevando la atención en el primer nivel a estar enclaustradas en los consultorios médicos, sin poder llegar aún a la comunidad.

Por otro lado si bien es cierto que el SNIS, se basa en un Seguro de Salud con una serie de prestaciones obligatorias a las que la población accede, no es menos cierto que el empresarismo

médico utiliza sus influencias y su fuerza para controlar dichas prestaciones y que no afecten las ganancias de sus empresas.

Otro rasgo distintivo del sistema sanitario es la incorporación de sus actores en la dirección del mismo. La participación social como herramienta para la defensa del derecho a la salud de las personas, que se había visto como elemento clave en la Revolución Artiguista, recién ahora se instala en el marco normativo, como recomendación de los organismos de crédito internacionales, que sugieren la necesaria incorporación de trabajadores y usuarios en la dirección del sistema como parte de una gestión moderna y transparente.

El SNIS es el resultado dialéctico de las contradicciones propias de la sociedad uruguaya, la pregunta es ¿hasta dónde permitirán que el sistema se desarrolle sin que vean afectados sus intereses las corporaciones?; ¿cuál será el punto de inflexión entre lo declarativo del SNIS y lo pragmático y urgente de la realidad sanitaria nacional?

Cualquiera sea la respuesta a ésta u otras interrogantes queda claro que el desafío es no perder ésta oportunidad, la cuestión es si entendiendo el designio de los sistemas de salud, podremos asumir una postura profesional que realmente apunte al cambio del modelo de atención. Como plantea Villar los sistemas sanitarios son los instrumentos idóneos para llevar adelante transformaciones profundas en la situación de salud de las poblaciones, planteándolos como herramientas necesarias para que estos desarrollos no sean espontáneos y gane el camino del desarrollo administrado científicamente.

REFERENCIAS

- i Facultad de Enfermería – Universidad de la República. Plan de Estudios. Marco Conceptual. Concepto de Hombre. [Internet]. Disponible en: <http://fenf.edu.uy/index.php/depto-educacion/99-el-plan> [consulta: 15 de setiembre de 2014]
- ii Portillo, J. Historia de la medicina Estatal en Uruguay (1724 – 1930). Revista Médica del Uruguay Vol. 11 N°1. [Pág. 8]. [Internet] 1995. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/1995v1/art2.pdf> [consulta: 15 de setiembre de 2014]
- iii Portillo, J. Historia de la medicina Estatal en Uruguay (1724 – 1930). Revista Médica del Uruguay Vol. 11 N°1. [Pág. 11]. [Internet] 1995. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/1995v1/art2.pdf> [consulta: 15 de setiembre de 2014]
- iv Villar, H. Nowinski, A. Teoría y política en salud. En: Villar H. Gestión de Servicios de Salud. Montevideo: Zona Editorial. 2012. [Pág. 19]
- v García, JC. La medicina estatal en América Latina. (1880 – 1930). Revista Latinoamericana de Salud. [Pág. 4]. México. [Internet]. 1981. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/regionsanitaria6/files/2012/05/MedicinaSanitaria8.pdf> [consulta: 10 de julio de 2014]
- vi Pastorini A. “La cuestión social” la define como el conjunto de problemas sociales, económicos y políticos que se generan con el surgimiento de la clase obrera dentro de la sociedad capitalista, y

que deriva del proceso de constitución y desarrollo del capitalismo. (2000).

vii Barrán JP. Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. I- El poder de curar. Montevideo: Banda Oriental, 1992.

viii Filgueira F; Garcé A; Ramos C; Yaffé J. El Uruguay del siglo XX – Tomo II – La política. Cap. Los dos ciclos del Estado uruguayo en el siglo XX [Pág. 177]. [Internet]. Disponible en: http://www.onsc.gub.uy/onsc1/images/stories/Enap/Material/PDM2/PDM2_ciclos.pdf [consulta: 15 de mayo de 2014]

ix Organización de Estados Americanos. Acta Final. Tercera Reunión de Consulta de los Ministros de Relaciones Exteriores de las Repúblicas Americanas. Cap. XXX Mejoramiento de la Salud y Salubridad Pública. [Pág. 48]. [Internet]. Disponible en: <http://www.oas.org/consejo/sp/rc/Actas/Acta%203.pdf> [consulta: 15 de octubre 2014]

x Los primeros centros de salud del primer nivel de atención se crean por convenio entre el Instituto de Asuntos Americanos de los Estados Unidos de Norte América (EEUU) y el Ministerio de Salud Pública de Uruguay; y aprobado por ley en setiembre de 1945, extendiéndose hasta el año 1956, a través de los Servicios Cooperativos Interamericanos de Salud Pública (SCISP).

xi Anderson P. Democracia y dictadura en América Latina en la década del '70. [Pág. 8]. [Internet]. Disponible en: <http://politicalatinoamericana.sociales.uba.ar/files/2011/05/anderson.pdf> [consulta: 15 de octubre de 2014]

xii Rojas Ochoa F. Salud Pública. Medicina Social. Parte III. Cap. III, El desarrollo de la economía global y su impacto sobre las políticas de salud [Pág. 201]. Ed. Ciencias Médicas. La Habana. 2009