

Protección social en salud: el Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay

María Andrea Medina*

Resumen

Uruguay a partir de la década de los años setenta comienza a manifestar transformaciones sociales referidas a lo laboral, familiar, entre otras, éstas conllevan al surgimiento de lo que algunos autores denominan como nuevos riesgos sociales, lo cual deriva en que el sistema de protección social uruguayo se reestructure para poder dar respuestas a la tensión existente entre la arquitectura de bienestar y la estructura de riesgos, resultada de las nuevas demandas.

Los nuevos riesgos sociales, de forma directa o indirecta, tienen efectos en el sector salud, agudizando en la década de los 90 la segmentación y fragmentación existente desde la conformación del sistema.

En el año 2008 se inicia una Reforma del Sistema de Salud (RSS), dando surgimiento al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), ésta procura generar un cambio cualitativo en la manera en que se pretende estructurar la producción y distribución de bienestar en salud, pretendiendo responder a los riesgos sociales.

El artículo aborda, mediante una revisión bibliográfica, los conceptos de arquitectura de bienestar y estructura de riesgos sociales y cómo ambos tuvieron incidencia en el diseño de la nueva estructura del sistema de salud desde una visión integral. La RSS se constituye en un eje fundamental del sistema de protección social.

Palabras claves: arquitectura de bienestar, estructura de riesgos sociales, sistema de salud.

Introducción

El tema a abordar se ubica en el campo de la salud, presentando éste la particularidad de constituirse en objeto de estudio de múltiples disciplinas como lo son las ciencias sociales, clínicas, epidemiológicas, entre otras. Esto lo hace interesante y complejo ya que pese a tener sus orígenes en el mundo médico, a lo largo del tiempo ha adquirido importancia para otras disciplinas que mediante sus

investigaciones han otorgado explicaciones que van más allá de lo biológico, procurando otorgar visiones globales e integrales.

Pese a sus diferentes abordajes, el presente artículo propone estudiar la salud como política social y en el marco de una discusión sobre Estados de Bienestar y protección social. Por consiguiente, se pretende contribuir al debate sobre si la construcción y posterior proceso de implementación de la RSS (2005-

* Maestranda en Trabajo Social por la Facultad de Ciencias Sociales (FCS), Universidad de la República (UdelaR). Diploma de Especialización en Políticas Sociales por la FCS, UdelaR. Licenciada en Trabajo Social por la Regional Norte de la UdelaR Trabajadora Social del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Correo electrónico: mariandrea.med@gmail.com

2015) implicó un avance hacia un cambio sustantivo en la matriz de bienestar del país.

La salud se constituye como área fundamental dentro de las políticas sociales, ya que las políticas de salud pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas. Las decisiones que se lleven a cabo en ésta materia, principalmente relacionadas a su financiamiento, atención y gestión, son un punto importante en la organización de un Estado de Bienestar.

1. Arquitectura de bienestar y estructura de riesgo del Uruguay y su relación con el ámbito de la salud

1.1 Conceptualización de Estado y Regímenes de Bienestar y riesgos sociales

Un sistema de salud forma parte del sistema de protección social de un país, por ende, el primero no puede ser estudiado sin remitirse a la dimensión de bienestar como marco general.

Esping Andersen (1999) considera que la provisión de bienestar y protección social, se producen a través de la interrelación de los Estados sociales y los sistemas de políticas sociales combinados con el mercado, las familias y comunidades. El autor afirma que las personas se liberan tanto de riesgos como de necesidades, no sólo por lo que realiza el Estado sino también por lo que hace su familia y el mercado, pero cuando estas dos últimas esferas de producción de necesidades y riesgos (también de bienestar) cambian, se torna preciso que el Estado ajuste sus dispositivos para cubrir dichos riesgos. En consecuencia, el producir bienestar por estos tres componentes (familia, mercado y Estado), va a estar relacionado con lo que suceda con los otros dos.

La articulación del Estado, mercado, familia y comunidad constituye lo que, comúnmente, se denomina como régimen de bienestar. Dichos regímenes son la intersección de una estructura de riesgo y una arquitectura estatal de bienestar y protección de esos riesgos

(Esping Andersen, 1999). Los regímenes de bienestar son el conjunto de normas, discursos y prácticas referidos al “qué” y “quiénes” les corresponde la producción de bienestar; permiten hacer frente a los riesgos sociales (Esping Andersen, 2002 *apud* Martínez, 2008).

Según Esping Andersen y Palier (2010) los regímenes de bienestar pueden ser agrupados en tres grandes grupos, su división se debe a que no todos los países occidentales ponen en marcha los mismos dispositivos de protección social, estos sistemas son: el régimen socialdemócrata de los países escandinavos, el liberal de los países anglosajones y el régimen conservador-corporativistas de los países de la Europa continental. Cada uno de estos presenta diferentes objetivos sociales y políticos (respectivamente: igualdad entre ciudadanos, cobertura social simple para los más pobres, mantener los ingresos de los trabajadores) y a su vez, presentan distintos instrumentos (respectivamente: servicios sociales gratuitos y políticas universales, políticas sociales destinadas a un sector restringido de la población, seguros sociales financiados por cotizaciones sociales).

Estos tres mundos de bienestar capitalista, según entiende Esping Andersen (1990), son centrales para comprender que no todos los regímenes de bienestar tienen las mismas características, de lo contrario, cada uno está estructurado con su lógica de estratificación social, organización e integración social y sus orígenes se deben a diferentes fuerzas y trayectorias.

Vale aclarar, que mediante la bibliografía estudiada (Esping Andersen, 1999; Del Pino, 2013) se constata que diversos investigadores consideran que no existe de manera absoluta la tipología anterior, ya que esa clasificación se consideraría como tipos ideales y que al observar características de otros países, surgirían otras clasificaciones o simplemente se añadiría algún tipo adicional de régimen.

Algunos autores incluyen el tipo mediterráneo, sus características reflejan una impronta católica, fuerte rol de la familia en lo

que refiere a bienestar, desarrollo tardío, algunos de los países que se encuentran aquí son Italia, Grecia, Portugal, entre otros (Castles & Obinger, 2008 *apud* Del Pino, 2013). Pese a que Esping Andersen (1999) coloca a Australia y Nueva Zelanda en el régimen liberal otros autores consideran que estos países de las Antípodas presentan una mirada más inclusiva en términos de cobertura que los países del régimen liberal; la seguridad en el empleo y el control salarial son de suma importancia en estos (Castles & Mitchel, 1993 *apud* Del Pino, 2013). Se evidencia que los sistemas de protección social dejan a la luz las concepciones sobre los riesgos sociales que presentan.

Los riesgos, por diversas circunstancias, se encuentran transversalizando la vida de las personas, aunque en determinados momentos se está más expuesto a cierta calidad y cantidad de riesgos sociales. Éstos constituyen la segunda categoría de análisis del presente artículo, que será abordada a continuación.

Filgueira (2007) establece que la idea de riesgo social no remite a la presencia o ausencia de riesgo en forma más o menos aleatoria, sino a la idea de recurrencias empíricas en las que es posible identificar situaciones de vulnerabilidad social ligadas a categorías de población definidas por diversos criterios (ciclo vital, nivel educativo, clase social, sexo, etcétera).

El autor menciona que existen situaciones estructurales que generan riesgos en la mayoría de las sociedades, pese a que en éstas últimas varíe el grado de producción y distribución de riesgos sociales. En consecuencia, retomando lo que establece la definición brindada, los riesgos no son aleatorios, así como no lo es su distribución según la nación, de lo contrario, corresponden a la operación de las familias, el mercado y el Estado (Filgueira, 2007).

Esping Andersen (1999) considera que los riesgos tienen diferentes características, algunos de ellos son eternos, otros aparecen y desaparecen según el momento histórico dado. A modo de ejemplo, en las sociedades modernas la gente se enfrenta a la violencia, la pobreza, la muerte, sin embargo, no siem-

pre lo hacen a la radiación nuclear o al desempleo. También, existen otros riesgos que se visualizan como “democráticos” ya que afectan a todos, como lo es la vejez; la pobreza y el desempleo, pueden ser estratificados socialmente y hay otros riesgos que son generacionales como la pérdida de ingresos en la vejez.

Esping Andersen (2001) establece que a lo largo del tiempo las sociedades han vivido transformaciones sociales y económicas conllevando al surgimiento de nuevos riesgos sociales y por ende surgen nuevos arreglos familiares, del mercado y los Estados de Bienestar en procura de gestionar esos riesgos.

En función de cómo sean abordados los riesgos sociales y quiénes constituyan la población a ser protegida, es que puede definirse el papel del Estado (Filgueira, 2007).

1.2. Regímenes de Bienestar en América Latina y el rol del Estado como proveedor de servicios públicos

Ksiazienicki y Fuentes (2013) establecen que la literatura sobre el bienestar en América Latina evidencia que dicha región tiene iniciativas en materia de protección social y ampliación en la provisión de servicios por parte del Estado hacia fines de la década del veinte y del treinta del siglo XX (a modo de ejemplo: primeros seguros por desempleo, acceso a la educación primaria y extensión de la cobertura de atención en salud) principalmente para países del Cono Sur, es decir, Uruguay, Argentina y Chile.

Pero es recién a mediados de siglo, que los autores refieren que los regímenes de bienestar comienzan a afianzarse, a través de una importante reforma en el ámbito productivo y económico, llamado Modelo de Industrialización por Sustitución de Importaciones. Filgueira y Alegre (2008) mencionan las características del modelo en materia de protección social: las políticas son destinadas principalmente a sectores urbanos, con cobertura preferencial para aquellos insertos en el

mercado formal de trabajo, sin embargo, los beneficiarios presentaban una fuerte estratificación en su acceso y los sectores pertenecientes al mercado informal se vieron excluidos de los sistemas de protección social.

Ante las características planteadas Filgueira (2007) desarrolla una tipología de los Estados sociales en América Latina, ésta es realizada previa a la crisis económica que tuvo lugar en la década de los años ochenta. Uno de los regímenes es el universalismo estratificado, aquí se encontrarían Uruguay, Argentina y Chile, estos países ya hacia el año 1970 comparten la característica de que de alguna u otra forma protegen a la mayoría de su población a través de sistemas de seguridad social, de servicios de salud y una amplia extensión de la educación. Otro aspecto que los identifica es la marcada estratificación que sus beneficios ofrecen, existiendo condiciones de acceso en materia de servicios y rangos de protección en seguros sociales y servicios de salud.

En segundo lugar, identifica a los regímenes duales colocando dentro de esta categoría a Brasil y México. Hasta la década de los setenta éstos se caracterizan por un casi universalizado desarrollo de la educación primaria y un amplio grado de cobertura en salud, pero estratificado. Su particularidad radica en la heterogeneidad de sus territorios, a tener presente en determinadas regiones se observa un desarrollo importante del mercado formal, el Estado y la protección (sectores urbanos) en contraposición a otras áreas con gran desprotección (sectores rurales).

En tercer lugar, identifica regímenes excluyentes, que caracterizarían a los sistemas de Guatemala, República Dominicana, Honduras, Nicaragua, El Salvador, Ecuador y Bolivia. Estos se identifican por poseer sistemas elitistas de seguros sociales y salud y dual en lo que refiere a educación, con un Estado mínimo y casi una nula asignación de recursos.

Como se mencionó anteriormente, la creación de la presente tipología tuvo lugar previo a la crisis económica de los años

ochenta, la cual produce la gestación del agotamiento del Estado Benefactor. Una de sus principales características se centra en la ejecución de una restricción financiera que implica severas limitaciones en el gasto público social, evidenciándose un debilitamiento del papel social del Estado en lo que respecta al suministro de bienes y servicios.

Ante la presencia de nuevas características en las últimas décadas del siglo XX, Filgueira (2007) retoma su tipología y la reelabora ya que visualiza dos caminos, por un lado, el liberalizado de Argentina y Chile y por otro Costa Rica y Uruguay que dan cuenta de reformas más graduales; a Brasil lo coloca en este camino. El régimen dual es desintegrado ya que presenta dudas sobre dónde ubicar a México. A los excluyentes los continúa ubicando juntos, estableciendo que en estos se comienzan a desarrollar programas sociales focalizados destinados a los sectores que carecen de intervención estatal previo a la crisis (Filgueira, 2004 *apud* Martínez, 2008).

Martínez (2008) toma la tipología anterior y otras: Esping Andersen (2010), Gough y Wood (2004) y Rudra (2005) y conforma nuevos indicadores para establecer una tipología en la región. Visualiza tres tipos de regímenes de bienestar, el primero es el estatal-productivista, encontrándose Argentina y Chile; el segundo es el estatal-proteccionista, estando Brasil, Costa Rica, Panamá, México y Uruguay y el tercero es el informal-familiarista, aquí se ubican Venezuela, Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Perú, Guatemala, Honduras, República Dominicana, Paraguay y Nicaragua.

Sus hallazgos sobre los regímenes de bienestar indican que éstos son informales, ya que en los tres conglomerados determinada población no puede hacer frente a los riesgos sociales a partir de lógicas diferenciales entre el intercambio mercantil, la política pública y las relaciones familiares, a lo que la autora llama informalización del bienestar. En consecuencia, una parte de la población depende de los arreglos familiares y comunitarios para su bienestar.

Para que esta situación sea revertida, se puede interpretar la necesidad de brindar al Estado un rol activo en lo que refiere a la provisión de bienes públicos y la promoción del bienestar, por medio de un aumento sostenido del gasto social. Para mejorar la gestión pública se requeriría revertir asimetrías en el mercado de trabajo, crear sistemas de protección social desde un enfoque de integralidad y con derechos universales.

En dicha línea, entrado el siglo XXI, se observa en el Uruguay una nueva propuesta de Estado en la provisión de servicios, siendo la RSS un ejemplo de política pública que da cuenta de lo mencionado.

1.3. Sistema de protección social en el Uruguay

Los anteriores apartados pretenden exponer los principales insumos conceptuales para poder comprender qué se entiende por bienestar y riesgos sociales, cuáles han sido los regímenes de bienestar en Europa y en América Latina, dando cuenta de la actual situación de la región en lo que refiere al surgimiento e incremento de nuevos riesgos sociales, según la perspectiva de los autores seleccionados. La presente sección pretende centrarse en los cambios que el esquema de bienestar uruguayo presenta en términos de bienestar y riesgos, los cuales caracterizan el contexto en el cual se enmarca la RSS.

La bibliografía consultada coincide en señalar que Uruguay se constituye en un país pionero en materia de protección social, ya que en las primeras décadas del siglo XX crea un sistema de asistencia y seguridad social de amplia cobertura. Este sistema se desarrolla sobre un mercado de empleo con dosis de informalidad, consolida un componente de bienestar contributivo, pero también, estratificado según sector y categoría laboral que fue limitado a trabajadores formales (Filgueira, 2007 *apud* Antía, Castillo, Fuentes & Midaglia, 2013). Esto amplía la explicación del régimen universal-estratificado al que hace

alusión Filgueira (2007) y que fue descrito anteriormente.

Filgueira (2005) plantea que hacia el año 1970 después de un período de estancamiento económico, se comienza a observar problemas sociales y políticos. Pese a las dificultades, el régimen de bienestar uruguayo refleja características del modelo que predomina en los años cuarenta y sesenta. El Estado como dador de servicios y el modelo sustitutivo de importaciones se mezclaron con un régimen de bienestar generoso y estratificado en lo que refiere a seguridad social, era de básica incorporación en materia de salud y más integrador en el sistema educativo. El hombre se constituye como jefe de hogar, en la mujer recae la carga reproductiva y a la tercera edad se le brinda garantías básicas de cobertura en seguridad social.

El autor considera que el viejo edificio del Estado Social se agota en los años sesenta, pero políticas de parches lo mantuvieron hasta los noventa, hasta que los embates liberales tomaron fuerza en ese edificio fracturado.

Antía et al. (2013) establecen que en la década de los noventa comienza una reforma socioeconómica de orientación al mercado, lo cual conlleva a reformular los pilares del bienestar, se produce una oferta de servicios públicos universales deteriorados producto del recorte económico y de la baja inversión pública llevada a cabo por los gobiernos de facto, estando al mando entre los años 1973 y 1985.

Las áreas del bienestar que sufren amplias reformulaciones son la seguridad social y la laboral, llevando adelante una nueva orientación económica. En lo que refiere a servicios públicos como por ejemplo en materia de salud, los cambios son menores, se basan principalmente en aspectos organizativos como la incorporación de prácticas gerenciales por parte del MSP (Piotti, 2002 *apud* Antía, et al. 2013) y hay intentos por descentralizar determinadas funciones asistenciales, lo cual, agudiza sus problemas de funcionamiento (Rodríguez Araújo, 2011 *apud* Antía, et al. 2013).

Estos autores indican que, si bien la reforma introduce criterios liberalizadores no se manifiesta una versión ortodoxa, es decir, el proyecto de reforma pro-mercado se ejecuta con moderación. El sistema de políticas sociales evidencia criterios liberales, pero a su vez, continua con cierta intervención estatal asegurando prestaciones básicas, pero de menor calidad. De este modo, se evidencian características que aluden a la tipología realizada por Martínez (2008) en la cual coloca a Uruguay dentro del régimen de bienestar estatal-proteccionista.

A fines de la década de 1990 la acción pública empieza a tener incidencia en áreas sociales, considerando el principio de solidaridad como principio organizativo, en consecuencia, las políticas destinadas a personas de bajos recursos comienzan a tener impulso. Otro aspecto que toma reconocimiento, es el papel del desarrollo social en la potenciación del crecimiento económico y desarrollo productivo, desde este momento se manifiesta una clara tendencia al aumento del gasto público social. Sin embargo, solamente con el cambio de siglo se va a poder apreciar una real modificación del concepto del papel social del Estado, dirigiendo su acción por medio de una visión integrada (CEPAL, 2011).

En lo que refiere al inicio del siglo XXI, se caracteriza por una profunda crisis socioeconómica que impacta al Cono Sur, principalmente a Argentina y Uruguay. En el año 2004 Uruguay asiste a una nueva era política dada la asunción, por primera vez, de un gobierno de coalición izquierda el Frente Amplio y es reelegido para el período de 2010-2015 y 2015-2020. Se inicia un proceso de pensar y evaluar el régimen de bienestar que se pretende construir (Filgueira, 2005).

La crisis socioeconómica deja como una de sus principales consecuencias el aumento del desempleo y la precarización laboral, dichas consecuencias generan repercusiones en el ámbito de la salud basado principalmente, hasta el momento, en aspectos contributivos. Muchas personas quedan sin cobertura privada yendo a ASSE, ésta queda desbordada

por el aumento masivo de usuarios (CEPAL, 2011), tema a desarrollar en próximas secciones.

Antía et al. (2013) manifiestan que, ante la situación de emergencia, el país responde con políticas focalizadas destinadas a la población en situación de extrema pobreza. La pobreza e indigencia aumentan considerablemente, pero en los posteriores años sus porcentajes comienzan a bajar de forma sostenida, en el año 2004 se registra un 40% de pobreza y en el año 2012 un 13%; la indigencia representa un 4,7% en el año 2004 mientras que en el año 2012 se redujo a 0,6%. El Frente Amplio mejora el patrón redistributivo mediante un conjunto de reformas sociales, entre ellas la reforma del sector salud. A partir del año 2004 el país retoma el camino del crecimiento económico.

La política pública dedica mayores esfuerzos a la protección de la pobreza y la exclusión y a la universalidad de determinados derechos, como por ejemplo la salud, ya que se pretende efectivizar la concepción de igualdad de derechos para todas las personas (Moreira & Delbono, 2010).

Como se observa, un sistema de protección social se conforma por múltiples políticas públicas, entre ellas: políticas habitacionales, sanitarias, económicas, entre otras; en su conjunto están destinadas a atender diferentes riesgos sociales. Las decisiones tomadas sobre protección social en general, así como también, las de protección social en salud en particular u otra área, dan cuenta del tipo de Estado que un país presenta.

Por consiguiente, el presente apartado intentó abordar cuál fue la coyuntura social, política y económica del país previo a la reforma, como forma de obtener mayores insumos para comprender los problemas del sector salud y la necesidad de su nueva arquitectura.

1.4. Protección social en salud

Para profundizar lo anteriormente mencionado, Bazzani, Levcovitz, Hernández,

Rodríguez, Rico de Sotelo (2011) entienden que la protección social en salud no es una función asistencial, de lo contrario, es un derecho de todos los ciudadanos que el Estado debe garantizar, cumpliéndose tres condiciones: una radica en garantizar el acceso a servicios mediante la eliminación de barreras sociales, económicas, culturales, geográficas, las relacionadas a la etnia, clase, género y las del propio sistema de salud; en segundo lugar, procurar efectivizar la solidaridad del financiamiento y la estabilidad económica de los hogares y por último, pero no menos importante, asegurar una atención de calidad.

El no cumplimiento de alguna de estas tres condiciones implica la existencia de una forma de exclusión en salud, referida a “la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan” (OPS/OMS, 2002 *apud* Bazzani, et al. 2011).

Esta definición trasciende las fronteras del sector salud, ya que implica la dificultad de acceso a otros recursos y oportunidades. En consecuencia, para ampliar la protección social e incluir al sistema a los más desprotegidos, se necesita de intervenciones multi e intersectoriales (OPS, 2003; Levcovitz & Acuña, 2003; OPS, 2002 *apud* Bazzani, et al. 2011). Este trabajo intersectorial entre las distintas áreas de la sociedad, las cuales guardan relación con las condiciones de salud de la población, surge debido a que los indicadores de salud de cualquier comunidad, van a estar determinados por múltiples factores que hacen a su calidad de vida: alimentación, empleo, vivienda, educación, saneamiento, así como al acceso y real posibilidad de uso de los servicios de salud (Faral, 2005).

Por lo cual, la CEPAL (2006) considera que para obtener mejoras considerables en la salud de toda la población es necesaria la creación e implementación de políticas que trascienden al sector salud, como lo son políticas habitacionales, de seguridad alimenticia, saneamiento, entre otras. A su vez, se requie-

re de transformaciones en el financiamiento, organización y prestación de los servicios de salud, para dicho cometido sugiere la universalización de prestaciones prioritarias siendo progresiva la incorporación de éstas, integración del financiamiento público y la seguridad social, expansión de los modelos de atención y, por ende, del acceso y cobertura.

Es en ésta línea que surge la RSS, procurando dar respuestas ante la emergencia de problemas en dicho ámbito, los cuáles a su vez, surgen alimentados de transformaciones sociales y económicas que el país vivencia.

2. Antecedentes del Sistema de Salud uruguayo

En la primera sección se abordan elementos conceptuales sobre Estados de Bienestar y riesgos sociales realizando un devenir al Uruguay, en esta segunda parte se pretende relacionar la información brindada hasta el momento con el sistema de salud uruguayo previo y posterior reforma. Esto permitirá acercarse al estudio de si la RSS contribuye a generar un cambio en la matriz de bienestar del país.

Uno de los aspectos que conforman el campo de la salud es el del estudio de los sistemas de salud. Para entender el actual sistema de salud uruguayo es necesario arrojar algunos datos históricos respecto al cuándo y cómo comenzaron a estructurarse las primeras instituciones de salud.

En Uruguay, desde comienzos del siglo XX conviven tres modelos: el privado, el público y el seguro social. En lo que refiere al ámbito privado, Pereira, Monteiro y Gelber (2005) indican que, a diferencia de otros países de América Latina, en los cuales el principal proveedor de servicios de salud es el Estado, en Uruguay desde muy temprano tanto el sistema de salud privado y público se despliegan.

El surgimiento de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), también llamadas mutualistas, se podría ubicar

a fines del siglo XIX y principios del XX. Arbulo, Pagano, Rak y Rivas (2012) establecen que las IAMC se basan en un sistema de prepago, sin fines de lucro, ya que estas instituciones se crean bajo los principios de ayuda mutua y solidaridad. Es decir, aquellas personas que no necesitan recibir atención en salud financian de forma colectiva la atención de otros que sí necesitan.

Los autores indican que las instituciones al comienzo se constituyen en colectivos de inmigrantes, sin embargo, con el tiempo los afiliados se incrementan con tal magnitud que comienzan a nuclear a personas de diversos sectores, sin coincidir necesariamente en algún aspecto. La cobertura de estas instituciones es limitada, motivo que conlleva a que el Estado, a principios del siglo XX, comience a asumir un papel fundamental en la atención en salud (MSP, 2009 *apud* Arbulo et al, 2012).

Ante lo cual, surge un hecho de importante magnitud para el ámbito público de salud y es la creación de la Ley de Asistencia Pública Nacional en noviembre del año 1910, consagrándose el derecho a la asistencia para todos los ciudadanos. En adelante aquellos ciudadanos sin recursos económicos tienen derecho a que el Estado de forma gratuita les proporcione asistencia médica (Setaro, 2013). Décadas posteriores se fusiona dicha Ley y el Consejo Nacional de Higiene, dando origen a la Ley N° 9.202, Ley Orgánica de Salud Pública (MSP, 2009).

En el año 1933 se crea el Ministerio de Salud Pública (MSP), brindando servicios de salud en un esquema de funcionamiento centralizado. Su desempeño como rector es bajo, provocando un debilitamiento en el desarrollo y continuidad de políticas en el sector en el mediano y largo plazo, así como las coordinaciones intra e intersectoriales en procura de una mirada integral de los problemas de salud (Faral, 2005). En consecuencia, se halla una histórica debilidad por parte del MSP en lo que refiere a sus capacidades tecno-burocráticas y en su rol como rector, habiendo ausencia de liderazgo sectorial.

En el año 1987 se decide separar las funciones de regulación de las asistenciales, creándose la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) como un organismo desconcentrado del MSP (MSP, 2009).

En lo que respecta a los seguros sociales, un documento del MSP (2009) evidencia que en la década del cincuenta comienzan movilizaciones de diferentes sindicatos reclamando la aprobación de leyes que amparen sus necesidades de atención en salud. Se aprueban algunos seguros dirigidos a la construcción, luego a los textiles, a los trabajadores de la madera, entre otros.

A fines de la década de los setenta, las IAMC amplían su cobertura poblacional debido a la creación de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE), bajo la órbita del Banco de Previsión Social (BPS) (Arbulo et al, 2012).

Se basó en un sistema de subsidio estatal que permite a los trabajadores privados incorporarse a mutualistas que estén habilitadas por BPS para ser contratadas. DISSE se encarga de gestionar los nuevos seguros de salud (Filgueira & Hernández, 2012).

Pereira et al. (2005), establecen que existe un acuerdo entre el Estado, el sistema mutual y trabajadores formales, que posibilita ampliar la cobertura de servicios de salud de calidad a asalariados. Se basa en criterios contributivos, los aportes para poder financiar el sistema mutual son proporcionales a los ingresos que reciben los afiliados. Se entiende que existe un incremento del mercado en la provisión de servicios de salud.

El establecimiento de los seguros sociales, contribuye al fortalecimiento de las IAMC como efectoras de fondos públicos, por lo contrario, los servicios provenientes del Estado no pueden contratar seguridad social.

Esto conlleva a que, a fines de la década de los noventa, según da a conocer Pereira et al. (2005), ocurra una masificación de afiliados en las instituciones privadas. Sin embargo, evidencian que entre los años 1999 y 2004 esta tendencia al crecimiento se reduce a raíz

de la crisis socio económica que el país sufre en el año 2002, derivando en el desfinanciamiento de muchas IAMC y en la baja significativa de la calidad de servicios. En Montevideo, se pasa de 54 IAMC en el año 1971 a 12 en el año 2004, sobreviviendo aquellas de mayor tamaño y recursos.

Las instituciones sobrevivientes implementan nuevas estrategias de financiamiento, resultando en la disminución de la calidad en las prestaciones y en transferir la carga del aporte económico principalmente a aquellos que consultan, transformándose en un mecanismo de castigo para quien se enfermara. Hay aumentos en los tickets, demoras en la obtención de servicios, rebajas salariales, entre otros (Faral, 2005).

La situación de desfinanciamiento de muchas IAMC, genera un aumento de usuarios afiliados a ASSE, sin embargo, no hay un aumento de recursos para la atención. Estos movimientos de usuarios generan consecuencias en la dinámica del sistema de salud. Por lo cual, se evidencia que la coyuntura socio económica que atraviesa un país tiene directas repercusiones en las instituciones de salud tanto públicas como privadas.

Como se observa hasta el momento, la estructura del sistema de salud previo a la RSS presenta problemas de financiamiento, accesibilidad, condiciones de empleo, entre otras características que son detalladas y resumidas en la siguiente tabla.

Tabla 1- Principales problemas del Sistema de Salud previo a la RSS	
Modelo de atención	<ul style="list-style-type: none"> - Enfoque curativo y asistencial - Atención despersonalizada y episódica
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Deficiente organización del sistema financiero - Crisis financiera del sistema mutual
Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades para el acceso a los servicios - Inequitativa redistribución de los servicios y recursos de la salud - Dificultades para la utilización de la cobertura de atención formal
Indicadores de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Estancamiento y pérdida de dinamismo en el desarrollo de los indicadores de salud - Existencia de una nueva estructura epidemiológica de riesgos
Condiciones de empleo	<ul style="list-style-type: none"> - Situación de multiempleo por parte de los trabajadores de la salud, lo que deriva en la pérdida de una atención de calidad
Papel del MSP	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo papel como rector del sistema de salud - Debilidad en sus capacidades tecno burocráticas
Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de confianza en el sistema de salud

Fuente: elaboración propia en base a datos del MSP (2009)

A raíz de los problemas descritos surge la necesidad de cambios en el sistema de salud. En el año 2005 asume el Frente Amplio, dentro de sus líneas programáticas se halla una RSS acompañada de una visión diferente del Estado en cuanto un papel mayor como proveedor de servicios de salud.

3. Nueva arquitectura del Sistema de Salud. Implementación de la Reforma

Una vez descrito el anterior sistema de salud y los problemas que surgen, los cuales ponen en cuestionamiento su propia sustentabilidad; en el presente capítulo se desarrolla los aspectos que producen la materialización del SNIS en procura de gestar una nueva matriz de protección social en salud.

El proceso formal de implementación de la reforma tiene lugar el 1° de enero del año 2008, cabe mencionar que dicha implementación es gradual. Se crean leyes que otorgan un marco jurídico al actual sistema de salud. En mayo del año 2007 se aprueba la Ley N° 18.131 que establece la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), el cual es administrado por el BPS, dicho Fondo se encarga de reunir los distintos aportes a la seguridad social, comenzando el proceso de incorporación de todos los trabajadores a los dispositivos de la seguridad social.

De forma paulatina se incorporan otros colectivos, por ejemplo, a partir del año 2011 se incorporan a cónyuges y concubinos, pensionistas y jubilados que no tienen cobertura. También, a los trabajadores profesionales que ejerzan de forma libre, Cajas de Auxilio y trabajadores autónomos que tengan personal a cargo. Se estima que en el presente año más del 70% de la población esté cubierta por el FONASA (Setaro & Fuentes, 2012).

En julio de 2007 se aprueba la Ley N° 18.161 que establece la descentralización de ASSE, en adelante, ASSE es quien administra al sistema de salud pública. Se produce la separación de las funciones de prestaciones de

servicios de salud y las funciones de rectoría ejercidas por el MSP.

El gobierno fortalece los servicios públicos de salud mejorando el presupuesto, aumenta las retribuciones a funcionarios, así como también, el gasto en inversiones. A diferencia del anterior sistema, ASSE entra en la competencia por usuarios.

Finalmente, en diciembre del año 2007 se termina de delinear la arquitectura del sistema de salud con la creación de la Ley N° 18.211 que da surgimiento al SNIS. Algunos de sus principios rectores son: la promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población, intersectorialidad de las políticas de salud, cobertura universal, orientación preventiva e integral, la elección informada de prestadores de salud por parte de los usuarios, entre otros. Esta ley permite expandir los derechos sociales proponiendo un esquema de regulación del Estado, para lo cual, crea una nueva agencia: la Junta Nacional de Salud (JUNASA).

El SNIS es financiado por el Seguro Nacional de Salud (SNS), dicho Seguro actúa bajo un esquema de seguro social dirigido a combinar eficacia sanitaria, eficiencia económica y justicia contributiva. Los individuos deben aportar según su capacidad contributiva, pero recibiendo atención en salud según sus necesidades (MSP, 2009).

Otro aspecto a destacar sobre la Ley N°18.211 es que obliga al MSP y a la JUNASA a publicar un decreto que establece el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), el cual define prestaciones y programas de salud prioritarios.

La creación del marco jurídico descrito intenta expresar acciones realizadas en procura de gestar un sistema de salud equitativo, accesible, solidario y de calidad, evidenciándose en sus contenidos un papel mayor como proveedor, administrador y regulador por parte del Estado. Para el cumplimiento de este objetivo, se plantea la necesidad de que el MSP asuma un papel clave como rector, en

contraposición, al bajo desempeño que tiene a lo largo del tiempo en dicha materia.

3.1 Principales cambios de la Reforma.

El devenir realizado expuso el estado de situación en que se encuentra el sistema de salud previo a la RSS, conformando un sistema fragmentado e inequitativo en su acceso. Ante la presencia de problemas surgen propuestas de cambios, implementándose el SNIS en el año 2008.

A continuación, se detallan algunos de los principales cambios que la RSS trae aparejados, los cuales pueden tener incidencia en la estructuración de una nueva matriz de protección en el área de la salud.

- » El presupuesto para ASSE es considerablemente incrementado a partir de la RSS (MSP, 2009).
 - » Los aportes al FONASA son según capacidad contributiva pero los servicios de salud son según las necesidades de las personas. La redistribución es desde aquellos grupos de población que presentan una baja utilización de los servicios de salud, es decir, que poseen menores riesgos, hacia otros grupos que necesitan hacer un uso más intenso de los servicios, considerados grupos de mayores riesgos (MSP, 2009). Se apunta a un sistema solidario con un gasto equitativo.
 - » Se crean las metas asistenciales (pago por desempeño asistencial y por el logro de resultados en salud definidos por el MSP) que se constituyen en herramientas que dispone la JUNASA para guiar las conductas de las instituciones de salud en lo que refiere a los objetivos que se plantea el SNIS y las políticas del MSP.
 - » La construcción del PIAS, donde los prestadores de salud se ven obligados a brindar los programas integrales descritos en la Ley N° 18.211, por ejemplo: Programa Nacional de Salud de la niñez, de la mujer y género, del adolescente,
- entre otros. El desarrollo de éstos se extiende tanto el subsector público como en el privado, lo cual, permite reducir desigualdades entre ambos.
- » Se crea una política de regulación de los precios (tickets y órdenes), con el fin de mejorar el acceso de las personas a la atención médica, priorizando niños, adolescentes, mujeres y patologías de alta incidencia en la población.
 - » A partir de la RSS se fortalecen las funciones inspectivas y de fiscalización sanitaria, otorgándole al MSP un papel mayor como regulador. Se crean nuevas divisiones para el ejercicio de la rectoría como: la división de fiscalización, la de normalización y la de habilitación sanitaria (MSP, 2009).
 - » La reforma otorga a los usuarios el derecho a elegir el prestador de salud, instalándose ASSE como un prestador más dentro del sistema.
 - » Otro derecho que adquieren los usuarios es el de la movilidad entre prestadores de salud. Desde que la RSS se implementa el número de habilitados para ejercer el derecho a cambiarse de prestador aumenta, esto se ve asociado a la incorporación paulatina de distintos colectivos al FONASA. A modo de ejemplo, los cónyuges se incorporan en el año 2010 en función de la cantidad de hijos a cargo, por consiguiente, en el año 2014 es la primera vez que tienen el derecho a cambiar su afiliación. Otro dato relevante a destacar es que, en el año 2015, la mayoría de los ingresos se producen en las mutualistas de Montevideo (69,1%), por el contrario, los egresos se dan mayoritariamente desde ASSE (42,4%). Esta realidad implica una preferencia hacia el sistema mutual por los usuarios que tienen derecho a elegir su prestador (Movilidad Regulada, 2015).
- A través de los puntos establecidos se observan los principales cambios que la RSS implementa, muchas de esas acciones tienden a reducir las desigualdades entre los subsis-

temas público y privado. Desde sus orígenes, la construcción de una nueva arquitectura del sistema de salud se plantea basar sus fundamentos en la contribución a un sistema de protección social más integrado y equitativo, apuntando a transformar ese sistema segmentado y fragmentado. Se evidencia que la RSS pretende generar un cambio en la manera en que se procura estructurar la producción y distribución de bienestar en salud.

Consideraciones finales

Como se indica en la introducción, el artículo pretende exponer las principales características de lo que algunos autores entienden por arquitectura de bienestar y estructura de riesgo, con el objetivo de vincular dichas características con el sistema de protección social del Uruguay, poniendo énfasis en su sistema de salud.

Se observa que en función de cómo se encuentre articulado el mercado, la familia y el Estado, es cómo se gestionan los riesgos sociales. Las decisiones llevadas a cabo en el relacionamiento de estas esferas son un punto importante en la organización de un Estado de Bienestar.

A lo largo del tiempo, los Estados de Bienestar tienen que dar respuestas a los viejos y nuevos riesgos sociales productos de transformaciones demográficas, familiares, del mercado de empleo, entre otras, éstas impactan ya sea de forma directa o indirecta en la salud, debiendo el Estado intervenir en procura de garantizar a la población protección en salud.

Esto se visualiza en Uruguay, entre los años 1970 y 2000 el sistema público de salud se piensa de forma residual, la no posesión de un trabajo formal implica el desfonde de los sistemas de protección, los cuales se vinculan a la atención médica colectiva mediante el sistema de aportes (Filgueira, 2005). Esta situación se agudiza en el año 2002 con el advenimiento de la crisis económica y social, la cual tiene como una de sus principales conse-

cuencias el aumento de la tasa de desempleo y, por ende, mayor población sin cobertura en salud dado que quedan por fuera de la seguridad social. Esta situación genera graves problemas en la protección social en salud, ante lo cual, el Estado debe adecuar sus estructuras a las nuevas características que surgen en la sociedad.

El artículo evidencia que la reforma de la salud nace en un escenario que se caracteriza por una crisis propia del sistema de salud, pero en sentido más amplio por un contexto marcado por el endeudamiento público y la crisis social, por consiguiente, existe un anhelo de cambio en procura de garantizar bienestar para toda la población (Midaglia & Antía, 2011).

La RSS se constituye como proceso que pretende consolidar una real protección social en salud, desde una visión global. Dicha visión puede observarse en los criterios sobre los cuáles se desarrolla la reforma y que son mencionados en apartados anteriores, vale recordar: 1- conducción del Estado de la mano de un nuevo Estado de Bienestar, el Estado debe garantizar el acceso a la política social y no dejarla al juego del mercado; 2- carácter universalista del acceso, esto es contrapuesto a la visión focalizada de los años noventa, la universalización se convirtió en reto de las políticas; 3- aportes de los beneficiarios según sus ingresos y recepción del beneficio según sus necesidades, se procura quebrar el vínculo existente entre el pago del servicio y su recepción; 4- incremento presupuestal para los recursos, en la década de los noventa los recursos disminuyen y en la crisis del año 2002 el ajuste se hizo sobre el gasto social, se debió revertir tal situación y 5- pese a que el objetivo principal es la universalización se dio prioridad a los hogares con mayor presencia de menores de dieciocho años (MSP, 2009).

A través de estos puntos y el desarrollo del artículo se entiende que la RSS trasciende lo asistencial, se concibe a la salud como derecho que el Estado debe garantizar tomando decisiones integrales en materia de financiamiento, atención y gestión con el fin mejorar

la calidad de vida de las personas. Estas decisiones están en conexión con otras áreas de la sociedad que tienen relación con la salud, contribuyendo a la visión global que se hizo referencia anteriormente.

Se visualiza que el SNIS implica un cambio cualitativo en la manera en que se pretende estructurar la producción y distribución de bienestar en salud. Para lograr esto y como se observa en los apartados, los conceptos de arquitectura de bienestar y riesgos sociales juegan un papel importante al momento de pensar la nueva estructura del sistema de salud.

Bibliografía

Antía, F., Castillo, M., Fuentes, G. & Miaglia, C. (2013). La renovación del sistema de protección social uruguayo: el desafío de superar la dualización. *Revista Uruguaya de Ciencia Política* 2, 22, 171-194.

Arbulo, V; Pagano, J; Rak, G & Rivas, L. (2012) El camino hacia la Cobertura Universal en Uruguay. Análisis de la cobertura poblacional del Sistema Nacional Integrado de Salud y de la incorporación de colectivos al Seguro Nacional Salud. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=404&Itemid=241 Revisado: agosto 2016.

Bazzani, R., Levcovitz, E., Hernández, A., Rodríguez, O., Rico de Sotelo, C. (2011). Nuevos horizontes para la producción de conocimiento y las políticas en protección social en salud, en Hernández, A. & Rico de Sotelo, C. (Ed.), *Protección social en Salud en América Latina y el Caribe. Investigación y políticas*. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Pp. 11-32.

CEPAL. (2011). *Estudio Económico para América Latina 2009-2010*. 33° Período de sesiones de la CEPAL. Santiago de Chile, CEPAL.

Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, NJ, Princeton University Press.

Esping-Andersen, G. (1999). *Social Foundations of Postindustrial Economies*. New York, Oxford University Press.

Esping-Andersen, G. (2001). Reestructuración de la protección social. Nuevas estrategias de reforma en los países adelantados. En Franco, R. (Ed.). *Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia* pp.202-216. México: Siglo Veintiuno.

Esping-Andersen, G. & Palier, B. (2010). *Los tres grandes retos del Estado de Bienestar*. Barcelona, Planeta, S.A.

Faral, L. (2005). “1984-2004: los “clásicos” de la salud”, en Caetano, G. (Ed.), *20 años de democracia. Uruguay 1985-2005: miradas múltiples*. Santillana S.A, Montevideo. Pp. 193-220.

Figueira, F. (2007). Cohesión, riesgo y arquitectura de protección social en América Latina. Serie Políticas Sociales N° 135. Santiago de Chile, CEPAL & Naciones Unidas.

Figueira, F. (2007). Nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada. Documento de Trabajo. Serie Políticas Sociales. N° 135. Santiago de Chile, CEPAL & Naciones Unidas.

Figueira, F. y Alegre, P. (2008). *La debilidad estatal en América Latina: entre la captura y el desmantelamiento*. Documentos de Trabajo del IPES. Colección Aportes Conceptuales N° 12. Facultad de Ciencias Humanas. Montevideo, Universidad Católica del Uruguay.

Figueira, F. & Hernández, D. (2012). *Sistemas de Protección Social América Latina y el Caribe: Uruguay*. Santiago de Chile, CEPAL & Naciones Unidas.

Figueira, F. (Coord), Rodríguez, F. Rafaniello, C. Lijtenstein, S. & Alegre, P. (2005). Estructura de riesgo y arquitectura de protección social en el Uruguay actual: cónica de un divorcio anunciado. *Revista Prisma* 21, 7-37. Universidad Católica del Uruguay.

Fuentes, G. (2010). El Sistema de Salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la Reforma del Frente Amplio y las condiciones

que la hicieron posible. *Revista uruguaya de Ciencia Política. Vol. 19, N° 1, 119-142.*

Fuentes, G. (2013) *La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay (2005-2012): impulso reformista con freno desde los puntos y actores de veto.* Madrid: Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset.

Ksiazienicki, I. & Fuentes, G. (2013). Permanencias y rupturas. Una mirada en torno a las matrices de bienestar social en Argentina y Uruguay a comienzos del siglo XXI. Colombia, *Pap. Política Bogotá Vol. 18, No. 1, 83-114.*

Ley N° 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp4723470.htm> Revisado: agosto, 2016

Ley N° 18131 Fondo Nacional de Salud. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2562099.htm> Revisado: agosto, 2016

Ley N° 18.161 Administración de los Servicios de Salud del Estado Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp862704.htm> Revisado: agosto, 2016

Martínez, J. (2008). *Domesticar la incertidumbre en América Latina. Mercado laboral, política social y familias.* Universidad de Costa Rica.

Moreira, C. & Delbono, A. (2010). “De la era neoliberal a la reemergencia de la cuestión social”, en Mancebo, Ma. Esther & Narbono, P. (Ed.), *Reforma del Estado y políticas públicas de la Administración Vázquez: acumulaciones, conflictos y desafíos* Fin de Siglo, Montevideo. Pp. 97-114.

Ministerio de Salud Pública (2009). *La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009.* Montevideo.

Ministerio de Salud Pública – DIGESNIS (2015). *Movilidad Regulada de los usuarios del Seguro Nacional de Salud.* Montevideo.

Pereira, J., Monteiro, L. & Gelber, D. (2005). Cambios estructurales y nueva configuración de riesgos: desbalances e inequidades en el sistema de salud uruguayo. *Revista Prisma 21, 141-167.* Universidad Católica del Uruguay.

Setaro, M. (2013) *Innovación y continuidad en la construcción del Estado Social. Instituciones y Reforma del Sistema de Salud en Uruguay (2005-2012).* Montevideo: Tesis Doctoral. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales.

Setaro, M. & Fuentes, G. (2012). Segunda etapa de la Reforma de Salud, navegando entre Escila y Caribdis. En Instituto de Ciencia Política. Informe de coyuntura N°11. *Política en tiempos de Mujica II. Un balance en mitad de camino* Montevideo, Estuario.