

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Reforma de la salud en Uruguay:
avances y vacíos

Patricia Barot Costas
Tutora: Celmira Bentura

2016

INDICE.

Resumen, Palabras Clave y Presentación	3
Introducción	4
Capitulo primero.	
Estado Regímenes de bienestar y Políticas Sociales	7
Perspectivas sobre políticas sociales.....	10
Flujo de ideas como vínculo entre Estado y Sociedad.....	12
Algunos conceptos de Políticas Públicas.....	14
Antecedentes del gobierno colorado en el período (1985-2004) a la reforma de la salud del gobierno progresista.....	20
Capitulo dos.	
Contexto nacional en materia de Salud.....	23
Reforma de Salud.....	25
Cambiando los modelos de gestión.....	28
Nuevos modelos de financiación.....	29
Cambiando los modelos de atención.....	32
Dificultades para los cambios en los modelos de atención.....	33
Sistema Integrado de Salud	35
Seguro Nacional de Salud.....	36
Cambios en ASSE.....	37
La Reforma en marcha.....	38
Reflexiones Finales.....	40
Bibliografía.....	45

Resumen: el presente trabajo pretende analizar los avances y los vacíos que existen en la Reforma de la Salud en nuestro país a partir de la implementación de la misma (diciembre 2007). Así también los cambios que se dieron en las políticas públicas a partir de la asunción de gobiernos progresistas.

Palabras Claves: Reformas, Salud, políticas sociales.

PRESENTACIÓN.

En el marco de la licenciatura de Trabajo Social, es que presentamos esta monografía final de grado. Pretendemos hacer un estudio exploratorio en relación a los avances, permanencias y vacíos, que existen en la Reforma de la Salud, que se llevó a cabo en los gobiernos progresistas. Particularmente en el primer gobierno, es decir el período 2005-2010¹

Consideramos relevante nuestro trabajo ya que busca aportar elementos para la discusión en nuestro espacio ocupacional vinculado a la salud.

La principal motivación que nos llevó a realizar esta investigación de carácter exploratoria, se vincula a que consideramos que la Reforma de Salud ha hecho un aporte importante, sustancial en materia de reconocimiento de derechos sociales, económicos y políticos ha tenido en las últimas décadas y por ende de un mayor ejercicio de ciudadanía para las usuarios, por otra parte ha sido un espacio de inserción laboral de la autora en el ámbito de la salud.

¹ Primer gobierno del Dr. Tabaré Vázquez.

El trabajo lo presentaremos en dos capítulos: un primer capítulo donde desarrollaremos las políticas sociales de las últimas décadas, los cambios que se producen como consecuencia de la asunción de la izquierda en nuestro país en relación a las políticas sociales.

Un segundo capítulo estará dedicado específicamente a la Reforma de la Salud con sus avances, permanencias y vacíos lo que constituye el objetivo general de nuestro trabajo, para concluir nuestra monografía incorporaremos las reflexiones finales.

Para llevar adelante este estudio la estrategia metodológica seleccionada es la revisión bibliográfica y de documentos, con ellas buscaremos dar luz a nuestro objetivo general. Por otra parte las categorías analíticas que utilizaremos serán las siguientes: Estado, Políticas de Salud, familia.

INTRODUCCIÓN.

En el año 2005 asume por primera vez en la historia de nuestro país un gobierno de izquierda, comienzan una serie de cambios en materia política, económica y social que se traduce en la Reforma de la Salud, en materia tributaria, en el plano laboral, en la restitución de los consejos de salarios, y con una fuerte inclinación hacia lo social, creándose el Ministerio de Desarrollo Social.

Uruguay venía de atravesar una fuerte crisis económica (2002) que impacto en muchos hogares de nuestro país. Si bien es cierto que el gobierno inicia la gestión en un contexto de reactivación económica post-crisis, las secuelas de la crisis persisten.

Era necesario dar respuestas urgentes en materia social dado los altos índices de vulnerabilidad social presentes. Para esto el gobierno se centra en diferentes áreas sociales las cuales adquieren un significado político particular. En el año 2005 con la creación del Ministerio de Desarrollo Social se comienza a implementar el Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social (PANES), posteriormente el Plan de Equidad, que continua en ejecución hasta el presente cuyos programas son: la Asignación Familiar Plan de Equidad, tarjeta Uruguay Social, programa de Asistencia a la Vejez, Uruguay Trabaja, a los cuales se les suman los programas llamados por el gobierno como prioritarios: Cercanías, Uruguay Crece Contigo y Jóvenes en Red cuyo nacimiento se da hacia el año 2012.

Para este trabajo nos centraremos específicamente en la Reforma de la Salud, orientada a crear un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) cuyo objetivo central es asegurar el acceso universal a los servicios de salud, el cual esta guiado por principios de equidad, calidad y descentralización. (Midaglia, C. Antia, F. 2011)

La Reforma de la Salud, ha impactado significativamente en materia de ejercicio ciudadano, ya que ha contribuido a la ampliación de acceso a la salud para la población, esto redundo a su vez en el reconocimiento de derechos sociales, políticos y civiles, en cambios en los modelos de atención, gestión, y financiación de la salud.

Como antecedentes al tema podríamos marcar que previo a la reforma nuestro país mostraba un sistema de salud que estaba en crisis, con cierre de mutualistas, profesionales con multiempleo, una atención en salud esencialmente asistencialista y curativa, un modelo de atención fragmentado y segmentado, y con una marcada heterogeneidad en las prestaciones.(Pazos, D. 2012)

El Ministerio de Salud Pública, como órgano rector en materia de salud presentaba un fuerte debilitamiento y falencias en cuanto a la planificación de recursos humanos.

El escenario se traducía en un sistema mutual colapsado, que necesitaría una reforma de carácter estructural, para poder superar la problemática, el otro elemento importante es que la cobertura de salud no alcanzaba a toda la población.

Nuestro espacio de inserción laboral estaba principalmente limitado al ámbito público de asistencia de salud, el cual era el que se llevaba la menor parte del presupuesto destinado a esta.

Es relevante la temática abordada en este trabajo ya que consideramos a la reforma en salud la de mayor importancia de las últimas décadas, que es parte de una reforma más amplia, como lo es la reforma del Estado.

A partir de la llegada de la izquierda al gobierno, se comienzan a implementar una serie cambios, algunos de carácter más profundo que otros, todos ellos orientados a políticas públicas con un fuerte énfasis en la mejora de las condiciones de vida de los y las ciudadanas, entre ellos se comienza una reforma de carácter estructural en el ámbito de la salud, la cual para Moreira, C. fue de gran envergadura

“...acaso la reforma de la salud no fue una gigantesca reforma del Estado? O no recordamos que hace diez años, el sistema mutual estaba colapsando y la única alternativa que parecía viable era la privatización total de la salud? Pero Uruguay no siguió esa línea: por el contrario, recupero mutualistas, fortaleció ASSE, y duplico los recursos de salud que el sistema público pedía desesperadamente... (Moreira, C. 2014).

Capítulo primero.

Estado, Regímenes de Bienestar, y Políticas sociales.

Creemos que es pertinente iniciar el análisis de las políticas de salud haciendo un breve desarrollo sobre el Estado y para esto tendremos en cuenta el análisis realizado por Gosta Esping Andersen en cuanto a regímenes de bienestar dado que los mismos junto a las políticas sociales y estrategias de los gobiernos van a incidir en el modelo de intervención que se asume a la hora de dar respuesta la problemática social, (Ortega, E.2013).

Los Estados de bienestar para Anderson E. pueden ser abordados fundamentalmente desde dos perspectivas: una estricta y otra de carácter más amplio.

Si pensamos desde la perspectiva estricta estaríamos reduciendo el análisis a una mirada exclusiva a las mejoras sociales, lo que implica centrarnos en la relación de transferencias de rentas y servicios sociales.

Desde la perspectiva amplia: el interés está centrado en el papel central del Estado como gestor y organizador de la economía, de este modo los problemas de empleo, salarios, y de la macro-economía en general son “componentes integrales del complejo del Estado de bienestar” (Esping Anderson, 2000).

No todos los Estados de bienestar son del mismo tipo, cada uno de ellos está organizado con su lógica propia, y a la vez con una lógica diferente de estratificación, e integración social.

Una de las características más importantes de los Estados de bienestar refiere a los derechos sociales en términos de capacidad para la “desmercantilización”.

“...el criterio relevante para los derechos sociales debe ser el grado en que estos permiten a la gente que sus niveles de vida sean independientes de las pugnas de fuerzas del mercado. En este sentido es que los derechos sociales disminuyen el status de ciudadanos como mercancías...” (Esping Andersen, 2000:8)

El sistema de estratificación social es una parte fundamental de los Estados de bienestar, la política social no solo aborda los problemas de estratificación, también los produce, si pensamos que la igualdad es algo que los Estados de bienestar debían producir, es algo que ha permanecido borroso.

Podemos diferenciar claramente tres tipos de regímenes de Estado de bienestar.

“El término regímenes se refiere a los modos en que se reparte la producción de bienestar entre el Estado, el Mercado y la Familias.” (Esping-Andersen, 2000.), visualizamos claramente tres regímenes: el Liberal, el Socialdemócrata y el Conservador.

El Régimen del Bienestar Liberal, mostraría un compromiso político por minimizar la actuación del Estado, por individualizar los riesgos que son considerados sociales y fomentar las soluciones de mercado, esta postura adhiere a que el mercado es el soberano y el rol del estado es mínimo . Estos regímenes presentan características como el fomento del mercado y el residualismo En este sentido el autor señala

“...las garantías sociales se limitan típicamente a los “malos riesgos” o “riesgos inaceptables”. Adopta una visión restringida a la hora de elegir que sujetos tienen derecho a que garantías.” (Esping-Andersen, 2000:10.)

Pensando desde la matriz Socialdemócrata, encontramos algunos elementos presentes en el Estado Uruguayo en cuanto a que tiene un papel central como regulador y ha intentado desmercantilizar en cierto grado, por ejemplo como con las reformas en varias áreas (Salud, Seguridad Social entre otras)

“ El régimen socialdemócrata se distingue también por su activo y -en cierto sentido- explícito esfuerzo para desmercantilizar el bienestar; para minimizar, o abolir completamente, la dependencia del mercado”. (Esping-Andersen, 2000:8.)

Desde una matriz de Régimen de estado de Bienestar Conservador apreciamos la conservación de las diferencias de status, por lo cual los derechos se vinculan a la clase social a la que pertenecen o al status social. El Estado tiene su énfasis en elevar las diferencias de status lo que significa que su impacto redistributivo es insignificante.

El Estado va a intervenir solamente cuando la capacidad de las familias para atender a sus miembros este agotada.

“...los principios unificadores del corporativismo son una fraternidad basada en la identidad de status, en la afiliación obligatoria y exclusiva, en el mutualismo y en el monopolio de la representación...” (Esping, Andersen.2000:9)

Desde la década del 70 en adelante América Latina se encuentra en un proceso de redefinición de su modelo de desarrollo económico y social.

“...las actividades económicas que predominan actualmente- relacionadas con la innovación tecnológica, el saber especializado, y los servicios- poco se parecen al entorno de industrialización de mediados del siglo XX...”
(Fuentes, G .2010:6)

.El giro desde un modelo Estadocéntrico hacia adentro, hacia un mercadocéntrico orientado a la exportación, tiene sus consecuencias en los modelos de prestación y protección social. Políticas Sociales sectorializadas, con aspiración a universales, están dando lugar a políticas sociales descentralizadas, focalizadas y delegando funciones en el sector privado.

Las Políticas Sociales, por su propia naturaleza, se dirimen en torno a las ideas, y convicciones sobre la mejor manera de lograr el bienestar deseado.

Perspectivas sobre políticas sociales.

.Podemos reconocer diferentes perspectivas sobre las políticas sociales: tomaremos para este trabajo solamente dos: una tradicional y una marxista.

En cuanto a la perspectiva tradicional, podríamos decir que esta asume a las políticas sociales como acciones a través de las cuales se busca disminuir las desigualdades, o los efectos negativos del modelo de acumulación capitalista, estas se entienden como concesiones por parte del Estado, procurando redistribuir los escasos recursos sociales, especialmente entre los más desprotegidos en el mercado (Pastorini, A. in Borgianni, E. y Montaña, C. 2000:209)

En relación a la perspectiva denominada crítica o marxista, las políticas sociales no deben definirse solo como concesiones, deben ser pensadas

como conquistas, de la clase trabajadora, y “concesiones” del Estado y el capital.

Esto no implica una relación bipolar, sino que participan en ella al menos, tres sujetos protagónicos:

“...ellos son: las clases “hegemónicas”, el Estado “intermediador”, y las clases trabajadoras y subalternas como usuarios de las políticas sociales...” (Pastorini, A. in Borgianni, E. et al. 2000:214)”

Estos tres actores involucrados, se encuentran en permanente tensión, por consiguiente, las políticas no pueden ser tomadas como meras concesiones, sino como resultado de las tensiones entre ellos.

Es importante no tomar a la política social, como un mero producto final (o sea viendo el producto que otorga) sino pensarla también como resultado de las luchas y conflictos que dieron lugar a dicha concesión por parte del Estado.

También es relevante pensar que las políticas sociales tienen una función económica y política y no deben ser vistas, solamente, como prestadoras de servicios, es necesario llevar la mirada hacia la contraparte política como mecanismos de legitimación del orden, y económica que refiere a abaratar la fuerza de trabajo, socializando los costos de su reproducción y a la intervención en el aumento de la demanda efectiva (Pastorini, A. in Borgianni, et al. 2000:214)

Flujo de ideas como vínculo entre Estado y Sociedad.

Paulo, L. en su análisis de políticas públicas plantea que podríamos afirmar que existe un vínculo entre Estado y sociedad y que es el de flujos de ideas, las cuales impactan en ambas esferas

Los cambios acaecidos en la formulación de las políticas públicas constituyen un tema central en las investigaciones en ciencias sociales, nos paramos desde un lugar donde debemos elegir entre ponderar a la sociedad, o ponderar al Estado como fuentes de explicación.

Tenemos por un lado las perspectivas estado-céntricas donde el Estado no es un simple ejecutor de políticas que cede ante las pretensiones de grupos que logran hacer prevalecer su opinión, por el contrario este enfoque concibe un Estado con autonomía tal que le permite conducirse con sus propias prioridades.

Por otro lado las perspectivas socio-céntricas las cuales incorporan como variable principal a los procesos sociales para la explicación de las Políticas Públicas. El punto de atención o el centro están puestos en la trama de las relaciones que se conforman entre individuos y grupos, y se atiende a la manera en que se defienden y eventualmente se imponen sus intereses.

“ ...los marcos interpretativos de la realidad y la evaluación de cuál debe ser la medida correcta, difiere entre los diversos actores en juego. Entonces, se requiere desviar el foco del lado de la solución para re-centrarlo en la forma que se configura cada problema social en particular...” (Paulo, L. 2005:3)

Si el rol de las ideas está formado por las preferencias y las estrategias llevadas adelante por los diferentes actores esto conlleva a que las mismas tengan impacto en la formulación de una política pública. Esto es de suma importancia para el Trabajo Social ya que está incorporando variables claramente identificadas con nuestra profesión.

Los marcos interpretativos de la realidad son diferentes entre los actores en juego, así como también lo son las evaluaciones sobre qué medidas son correctas tomar, por lo tanto es necesario visualizar en cómo se configura cada problema social particular en lugar de tener el foco en la solución al mismo.

“...un enfoque plausible es la de centrarse en las ideas que los diferentes actores involucrados han desarrollado respecto al tema de estudio, así como observar que condiciones permitieron la prevalencia o no de cada concepción. De esta forma, se sienta evidencia del marco interpretativo del que se parte y se explica por qué se desarrolló esa solución (política pública) y no otra... (Paulo, L.2005:6)”..

El rol que tienen las ideas es de suma importancia en el proceso de aprendizaje en política, dado que ese proceso los individuos adquieren nuevas informaciones y las incorporan a las ya obtenidas en experiencias anteriores y llevan adelante acciones hacia el futuro. Podríamos decir que existe un aprendizaje cuando visualizamos el cambio en una política a causa del proceso mencionado, con esto no podemos afirmar que todo cambio necesariamente implique “mejores condiciones”

Algunos conceptos de Políticas Públicas.

Para continuar el análisis de políticas públicas creemos pertinente definir el concepto:

“Objetivos, decisiones, y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado, los ciudadanos y el propio gobierno considera prioritarias” (Tamayo, M. 1997:281).

Dado que nuestro objeto de estudio está relacionado con una reforma, específicamente la de salud, donde entre otras, esta la participación de instituciones, no podemos desconocer que las políticas públicas son acciones con una institucionalidad clara, muchas veces focalizadas a determinada población.

Desde el retorno a la democracia, nuestro país se transforma radicalmente (Filgueira, F.2009). Esto no ocurre de manera aislada, en América Latina se están suscitando cambios que de una manera u otra impactan en Uruguay.

A diferencia de otros países del cono sur el nuestro no siguió una ruta de reforma neoliberal sino un “camino híbrido” (Filgueira, F. 2009). Desde 1985 en adelante se vienen dando cambios en lo económico, político, social. Las reformas en favor del libre mercado tienen avances y retrocesos los cuales no siguen una línea fija. Es por esto que el autor menciona que el sistema de política social en nuestro país presenta un edificio de tres pisos donde conviven el Mercado, el viejo Estado Social Corporativista y el nuevo estado social, “focalizado” , pero, el que convivan no necesariamente implica que se logren articular adecuadamente.

La primera década del siglo XXI trajo aparejado grandes cambios para América Latina con la asunción de partidos políticos de ideología de izquierda, en Brasil el triunfo del PT, en Chile el partido socialista, y el Frente Amplio en Uruguay, entre otros. En este contexto se abren nuevas expectativas en relación a reformas estructurales que logran impactar sobre la pobreza, y desigualdades existentes en América Latina.

Continuando con la línea del autor podemos encontrar dos cambios importantes en la esfera del mercado y de las familias. En el año 2000 el mercado de trabajo muestra signos claros de desempleo estructural y continúa una marcada precarización de relaciones laborales.

Otro cambio marcado es en las familias, foco de impacto de las políticas públicas, donde se van diversificando los arreglos familiares y su durabilidad en el tiempo, surgiendo nuevos modelos de funcionamiento familiar.

Nuestro país en las últimas décadas ha transitado por múltiples transformaciones en relación a las Familias, es decir que la política que se aplique, debería tomar en cuenta este hecho no menor a la hora del diseño de políticas públicas. Grandes cambios vinculados a los valores, diferentes arreglos familiares, estructuras de hogares que se han ido modificando. Las tasas de fecundidad se estabilizan o disminuyen, la tasa de mortalidad disminuye.

Para América Latina, se podrían ver dos modelos coexistiendo (uno de primera transición demográfica y otro de segunda transición demográfica), por un lado un modelo de comportamiento demográfico con características de las sociedades más desarrolladas (Paredes, M. 2003) que se da en los sectores más favorecidos económica y socialmente y por otro la permanencia de comportamientos demográficos tradicionales: entre otros alta tasa de natalidad, etc. en los sectores más vulnerables y de menor acceso a bienes y

servicios de la población. Actualmente y según Atlas sociodemográfico tomos N°5 y N°6, los hogares nucleares siguen disminuyendo siendo aproximadamente un tercio del total, hay un incremento de los hogares monoparentales de jefatura femenina (sabemos que estos hogares soportan una gran carga con los escasos ingresos que poseen, ya que muchos de ellos son hogares muy vulnerables) y los hogares unipersonales que son casi un tercio de la población. Consideramos pertinente haber hecho una breve mención de las transformaciones familiares, ya que como hemos dicho, las familias son el foco de las Políticas Sociales.

Volviendo al mercado de trabajo, desde la restauración de la democracia, el Estado recupero su función rectora de las relaciones laborales, convocando a los consejos de salarios, fijando pautas de aumentos salariales, etc.

En 1990 comienza una nueva reforma, se suspenden en 1992 los consejos de salarios, es el gobierno el que marca el salario mínimo, el salario rural, y también el del servicio doméstico. Esto conlleva a un cambio, ahora las empresas volvían a tener más libertad para adaptarse al “nuevo” entorno competitivo, esto conlleva a la pérdida de conquistas que habían tenido los trabajadores como ser los derechos asociados al empleo, los ajustes salariales, así como también, intensifica la fragmentación sindical y agudiza la “desigualdad de los agentes sociales en cuanto a su capacidad de negociación” (Alegre, P. 2006).

Entre los años 2000 y 2004, nuestro país presenta los más bajos niveles de negociación colectiva, el grupo de empresarios que estaba incitado por la crisis del 2002, suprime todos los espacios de negociación colectiva, y en aquellos casos que aun podía existir un espacio de negociación se mostraban esquivos a ellos (Filgueira, F. 2009), el movimiento sindical estaba

muy debilitado. Encontramos también un salario mínimo por debajo de la inflación, lo cual continúa en esa línea hasta 2003 aproximadamente.

En relación al gasto público social en porcentajes del PBI muestra un crecimiento constante de estos recursos públicos al menos hasta la crisis del 2002 (a excepción del periodo de la dictadura 1973-1985). Esto desmentiría la tesis de la retirada del Estado uruguayo del campo social (Filgueira, F. 2009)

Nuestro país es uno de los países que brinda más recursos a nivel de porcentajes a la seguridad social (porcentaje cercano al 70% del gasto público). Si bien se podría justificar este gasto en el entendido que nuestra población es una población envejecida, no menos importante que la pobreza afecta principalmente a niños y adolescentes. (Filgueira, F. Alegre, P. 2009)

Si nos detenemos a pensar un instante lo antes mencionado, la interrogante que se nos plantea es: cómo poder ser un poco más equitativos?

En 1989 se realizó en nuestro país un plebiscito de la reforma constitucional, iniciativa de agrupaciones de jubilados y pensionistas, apoyada por la mayoría de los partidos políticos. El objetivo del mencionado plebiscito fue, la indexación de los aumentos de jubilaciones y pensiones a los aumentos medio de los salarios, con lo cual se podría recuperar el valor real de las jubilaciones en forma sustantiva. Por otro lado, otro aspecto no de menor importancia es: la financiación de las pasividades, si no se alcanza con lo recaudado por conceptos de aportes a la seguridad social el Estado deberá asistir en su financiamiento, en otras palabras el Estado deberá recaudar impuestos para pagar jubilaciones y pensiones. Esto obliga en parte al Estado a incrementar sustancialmente las transferencias a rentas generales.

El Uruguay reformo en 1995 el sistema de seguridad social, pasamos de un sistema de reparto estatal a la participación de un sistema mixto con la participación de agentes privados y con niveles de capitalización obligatorios a nivel personal fijados según el ingreso del trabajador.

La mencionada reforma generó grandes costos de transición dado que, una parte de los aportes sociales que iban a financiar el sistema de reparto aun existente, permanecen en cuentas individuales las cuales son administradas en forma privada.

Así mismo, incremento la edad de retiro a los 60 años, así como los años de trabajo formales exigidos

El Banco de Previsión Social, además del sistema de jubilaciones y pensiones administra el sistema de asignaciones familiares, a través del cual se concede un monto determinado de dinero a las familias con hijos menores de 18 años o con alguna discapacidad. Este sistema fue creado en 1940 y era universal para todas las personas en el inicio, lo cual se modifico en la década de los ochenta, donde se restringió a los trabajadores de hogares con menores ingresos. Dado que los montos que se pagaba por hijo eran muy bajos, se pensó en una focalización que realmente permitiera incrementar el monto de las asignaciones. Pero esto trajo dos inconvenientes, el primero es que se confirma la necesidad de tener un trabajo formal para poder aspirar a la asignación y el segundo refiere a mantener indexada la asignación al salario mínimo, en lugar de calcularla sobre el salario medio (Filgueira, F. Alegre, P. 2009)

Si nos detenemos en esto último, podemos visualizar que el sistema de asignaciones familiares al mantenerse atado al mercado de trabajo no favorece a los trabajadores informales, que por lo general pertenecen a los hogares más pobres, y son justamente estos que tienen mayor cantidad de

niños y adolescentes, potenciales beneficiarios de la asignación familiar que quedan excluidos del beneficio.²

Para seguir con nuestro análisis es importante considerar también el plano educativo en el marco de la restitución democrática. La educación pública en ese contexto se encontraba en una situación compleja vinculada a magros salarios docentes, falta de infraestructuras, salones desbordados de alumnos, planes de estudio caducos que no se estarían adaptando al nuevo panorama social.

El proyecto más importante de la reforma en educación es la conocida “reforma de Rama” la cual cambia los planes de estudio de enseñanza secundaria, incrementa el tiempo de permanencia de los estudiantes dentro del centro de estudios, se acerca el contenido lectivo a las necesidades reales del mercado laboral, etc.

Otro punto de importancia de esta reforma es la obligatoriedad de nivel preescolar e impulso de las escuelas de tiempo completo en áreas socialmente deprimidas y otro logro de la reforma que podríamos destacar es que en parte y en forma transitoria se logro desestimular el ausentismo en la enseñanza secundaria, específicamente en el ciclo básico.

En cuanto a Salud.

El sector de la salud es un buen ámbito para ver cambios de envergadura. La arena de la Salud es una “arena” compleja ya que en ella es donde se da

² “...los sistemas de protección social basados en los seguros sociales (...) se muestran mal adaptados para proteger la vida (...) (Esping Andersen, 2010:210).

una diversidad de intereses que la mueven: intereses políticos, económicos, sindicales, etc. por un lado y por otro y no menos importante la cantidad de recursos que involucra.

El triunfo del Frente Amplio en nuestro país, genera una “ventana” para reformas de corte estructural.

“...el primer triunfo electoral de un partido de izquierda en Uruguay generó una ventana de oportunidades para reformas de corte estructural cuya necesidad estaba presente en la agenda política a partir de la segunda mitad del siglo XX. El caso salud es particular en ese sentido ya que solo registro modificaciones bajo regímenes autoritarios, sin embargo, en este contexto poco propicio para los cambios el FA logró comenzar a instrumentar un Sistema Nacional Integrado de Salud en un marco de debilidad estatal y fortaleza de los principales actores colectivos...en este escenario de virtual bloqueo, el FA aprobó y comenzó a implementar una reforma que tuvo como cometidos principales cambios en los modelos de gestión, financiación, y atención...” (Fuentes, G. 2010:1).

Antecedentes del gobierno colorado en el período (1995-2004) a la reforma de salud del gobierno progresista.

Con el advenimiento de la izquierda se comienzan a procesar una serie de reformas vinculadas al plan laboral, social, tributario, de salud, educación, etc. En nuestro caso nos interesa centrarnos en la reforma de la salud ya que es el eje central de nuestro trabajo.

Es importante no desconocer los antecedentes de la reforma de la salud, ya que estos de alguna manera preparan el terreno para llevar adelante dicha reforma.

Para Garcé, A y Yaffé, J (2005) la vocación reformista de la izquierda se vio beneficiada por diez años de fracasos “...de intentos reformistas liderados por ministros del partido colorado”. (Garcé, A. y Yaffé, J.2005:140)

.La izquierda fue puliendo sus propias ideas en lo que fue el debate durante esa década, debate con ministros que conocían el sector y estaban dispuestos a reformarlo, como por ejemplo Solari (durante la segunda presidencia del Dr. Julio M. Sanguinetti) y Fernández Ameglio durante la presidencia del Dr. Jorge Batlle en el período 2000-2005.

Las nuevas autoridades cuentan con un capital informativo muy importante referente al sector de la salud, diagnósticos situacionales y diferentes propuestas de reforma. Estos datos en su mayoría fueron de elaboración en el período 1995-1999, a solicitud de las autoridades del ministerio competente, fundamentalmente por el ministro Solari o como respuestas desde los gremios de médicos y funcionarios a las alternativas de reforma manejadas por los colorados. (Garc, A. y Yaffé, J. 2005)

Las acumulaciones realizadas por el propio Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Sindicato Médico Del Uruguay (SMU), fueron puestas en contacto en los primeros años del gobierno de Batlle, lo que generó un ámbito de discusión en el que confluyeron diferentes actores, entre ellos: representantes gremiales, sindicales, empresariales y del propio ministerio. El resultado de esta conformación fue un documento común que recogía en buena medida los planteos del SMU. Este ámbito dio origen a lo que se llamó comisión multisectorial, que fue institucionalizada en enero de 2001, en ella también hubo representación del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Trabajo y Seguridad social. El trabajo de dicha comisión generó acuerdos importantes y documentos entre ellos: el “Acuerdo Multisectorial de fortalecimiento del Mutualismo y de mantenimiento del empleo” (abril de

2001) y el “Plan de Fortalecimiento del Sector Mutual”(junio del 2000).Este es el contexto en el que asumen el MSP las autoridades de izquierda, un contexto que tenía un acumulado de diez años de trabajo, estudios e intentos de reformas en los cuales en los últimos cinco años el SMU y la FUM fueron protagonistas decisivos. Todo esto genera un camino mucho más allanado para la reforma progresista de la salud ya que cuenta con un largo trayecto de debates como insumos para una propuesta bien elaborada. Era importante detenernos en este trayecto de diez años para poder entender el nacimiento de la reforma progresista.

Capítulo dos

Contexto nacional en materia de salud.

En nuestro país la situación que encontramos en relación a la implementación de políticas Públicas de Salud, es decir, antes de la reforma en el gobierno de Vázquez, nos muestra el siguiente panorama:

Ministerio de Salud Pública (MSP) con un papel muy debilitado, sigue bajo la tutela de la ley orgánica de 1934 donde podemos observar grandes falencias en cuanto a la planificación; (es decir al cómo y con quién se van a pensar las líneas en lo referente a planificación).

En cuanto a cómo son financiadas las políticas de salud previa a la reforma, podemos visualizar una fragmentación e inequidad en lo que se refiere a recursos. No menos importante que esto, es la crisis en que está sumergido el sistema mutual, no solo en lo financiero, también en el modelo de atención fragmentado y segmentado de corte netamente Asistencialista.

El sistema mutual se trata básicamente de instituciones de asistencia médica colectiva sin fines de lucro, las cuales funcionan bajo la órbita del derecho privado.

Existen dos modalidades dentro del sistema mutual: las mutualistas que se supone son propiedad de todos sus asociados y son gobernadas por un consejo directivo el cual debería tener representación de los asociados. Otra modalidad es el cooperativismo: las cooperativas están formadas por un grupo de médicos que se rigen por las normas del cooperativismo y también están comprendidas por el derecho privado. Estas dos modalidades se

agrupan bajo la denominación de instituciones de asistencia médicas colectivas IAMC. A diferencia de estas dos modalidades encontramos los servicios de salud integrales privados, que funcionan como empresas privadas y tienen fines de lucro, por ej.: Medicina Personalizada MP.³

Encontramos al país con mutualistas ineficientes, lentas, que no daban cobertura a toda la población y muchas de ellas en crisis financieras a pesar del subsidio del Estado.

Como respuesta a esta situación surgen las primeras emergencias móviles que brindan atención en forma más rápida y efectiva, lo cual claramente no significaba calidad de atención. Si continuamos con la línea de Filgueira y Alegre (2008) podemos encontrar en el Uruguay pre reforma un sistema estratificado de tres franjas: en primer lugar aquellas personas que destinan muy poco dinero a la atención de salud, por su situación socioeconómica vulnerable y terminan atendiendo la misma en el sistema público “estancado y en declive”. En segundo quienes logran acceso a atención ya que, poseen un mayor poder adquisitivo para obtener los bienes en el mercado; en este caso la Salud, concretamente en una Institución Mutual de Asistencia Colectiva (IAMC). Existe una tercera franja que además de pagar la mutualista puede pagar los costos de una emergencia móvil. Se podría pensar en la emergencia de una cuarta franja que sería: aquella población que puede costear un servicio total privado de salud, un seguro médico,

³ “...el sistema uruguayo de sanidad es un tejido complejo de organismos y agencias públicas y privadas que interactúan a diferentes niveles. Pueden distinguirse históricamente dos sistemas: público y privado...” (Alegre, P. Filgueira, F.2008:358)

Cualquiera de las estratificaciones mencionadas deja parte de la población sin cobertura, (por ejemplo un alto número de niños y adolescentes quienes dependen directamente de los ingresos del hogar para poder pagar una mutualista).

En el año 2004 nuestro país enfrenta a nivel sanitario una crisis histórica con el cierre de 16 mutualistas, un alto grado de desempleo del sector médico, médicos con magros salarios, en este contexto comienza a aflorar la idea de que es necesario un cambio radical en el sistema de salud. Con la idea ya instaurada de cambiar, el problema era el cómo y el con quién.

La Reforma de la Salud

En el 2005 con la asunción del Dr. Vázquez en la presidencia de la República, y la Dra. María Julia Muñoz al frente del Ministerio de Salud Pública, la voluntad de los cambios era unánime, pero se planteaba el tema de cómo afrontarlos a nivel económico ya que todo cambio necesita de “inversiones y gastos” (Ponzo, J. Briozo. L. 2009).

En este contexto el gobierno se propone como meta avanzar en lo que sería a posteriori la reforma de la salud, se comienza a avanzar junto a aquellos lugares que menos resistencia presentan, se establecen espacios para negociar aun con aquellos que más resistencia presentaban y se marca la autoridad en casos que fue necesario con una significativa participación activa del Dr. Tabaré Vázquez mediando con representantes del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y con la sociedad Anestésico Quirúrgico (Ponzo. J, Briozo.L,2009:)

La reforma de la Salud, debe ser entendida en el marco de una política social integral, ya que fue diseñada en equipo desde el gabinete social e instrumentada por el Consejo Coordinador de Políticas Sociales y las mesas representativas de cada departamento (Muñoz J. et al.). La reforma de la salud ha tenido en cuenta el aporte de diversas disciplinas, entre ellas, las ciencias sociales, la economía, del área de la salud, de los médicos, etc. También el aporte de los usuarios y sus inquietudes.

Por esto se dice que la reforma fue de puertas abiertas ya que no se llevo adelante entre las paredes del MSP.

La participación social fue una estrategia de mucha importancia, ya que involucra no solo al modelo que se pretende implementar en atención en salud, sino que también al modelo de gestión de las instituciones sanitarias.

El 13 de diciembre de 2007 con la aprobación de la ley 18.211 se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) el cual será financiado con el aporte de todos a través del FONASA.

Modos de tributación al FONASA.

Art. 60 de la ley 18211

La reforma tiene que lograr cambiar el modelo de atención existente que podríamos sintetizarlo con las siguientes características:

*Fragmentado y Segmentado

* De carácter esencialmente asistencialista y curativo

*Heterogeneidad de las prestaciones

* Dificultad de acceso a la atención

* Precarización en el trabajo en el sector de la salud: subocupación, multiempleo, desocupación del personal de la salud.

* No se contemplaba la participación activa ni de trabajadores ni de usuarios de los servicios de salud, en otras palabras ausencia de participación de diversos actores sociales.

Los servicios fragmentados provocaban una inequidad en la accesibilidad a los servicios de salud, también una falta de optimización en los recursos disponibles lo que llevaba a un aumento considerable de costos. Las prestaciones no eran integrales lo que no permitía una complementariedad de los servicios ni de los cuidados. Con este contexto de trasfondo surge una nueva institucionalidad con las siguientes características: ley de negociación colectiva, Reforma de la salud, reforma tributaria, Ley de Educación y cambios en el Sistema de Protección Social.

Partiendo de la base que la Reforma de la Salud no es algo que se da en forma automática en el entendido que no solo con la aplicación de la ley todo se transforma en forma mágica, (Alegre y Filgueira. 2008), las realidades existentes en el ámbito de la salud no se cambian de un momento para otro, las transformaciones se darán en un marco de negociaciones, acuerdos, desacuerdos y conflictos (Ponzo, J. Briozo, L. 2009).

La estrategia de la Reforma se basa en tres pilares fundamentales: cambios en el modelo de atención, en el de gestión y en el financiamiento

Ya habíamos mencionado que anteriormente a la reforma teníamos un MSP con un débil rol de rector, aquí surge el primer cambio donde claramente ese rol débil se hace cada vez más fuerte y juega el papel que debe jugar: papel rector del MSP (art 2 5,6,7 de la ley 18211 entre otros), con una posición de liderazgo, diseñando normas, pautas, indicadores para todos los efectores, contribuyendo al desarrollo y transformación de los recursos humanos interactuando con la UDELAR.

Cambiando los modelos de gestión...

Encontramos aquí un cambio muy novedoso, se piensa en una gestión participativa, la participación social como clave de la conducción de la reforma.

En marzo del 2005 se había instalado el consejo consultivo para los cambios en el ámbito de la salud con una amplia integración social. (se constituyó por decreto del ejecutivo).

Se creó también la Junta Nacional de Salud (JUNASA), que es un desconcentrado del MSP, es una nueva unidad ejecutora que tiene como funciones principales la de administrar el seguro de salud que crea la ley 18.211.y la función de supervisión, de control sobre los prestadores ya sean estos públicos o privados. La JUNASA estará integrada por 7 miembros, 2 del MSP, 1 del BPS, 1 del Ministerio de Economía y Finanzas (MEYF), 1 representante de los trabajadores que integran las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS),1 integrante de los trabajadores de la salud (técnicos y no técnicos) y por último un representante de los usuarios del SNIS.

La JUNASA, debe ejercer la regulación del sistema a partir del seguimiento del cumplimiento o no de las metas asistenciales de este modo se está resolviendo en parte un problema histórico del MSP, que es el de poder resolver en tiempos reales problemas de estructura, proceso y resultados que estén relacionados con la atención médica. Todo esto se ve expresado en lo económico con estímulos y desestímulo económicos de manera que el

financiamiento del seguro sea funcional a los objetivos sanitarios de la autoridad (MSP).

Por último remarcar que no solo se controlaran y supervisarán el sistema privado, ASSE también será controlada y supervisada con la misma fuerza. A nivel micro la creación del movimiento de usuarios tanto a nivel público como privado con el objetivo de aportar a la gestión del servicio y no solo, también a la salud y no actuar como mera comisión recaudadora de fondos para solventar los déficit de gestión. La complementación de los subsectores público y privado es en un nivel macro del sistema la base de su arquitectura, antes separados ASSE y mutualismo tienen en el ahora un vínculo articulado por el propio sistema más allá de las voluntades de uno y otro están pautados por una financiación común que los acerca, los integra y a la vez los hace competir para lograr ser mejores. (Ponzo, J. Briozo, L. 2009)

Analizando desde el 2005 al 2008 el sector mutual se ha estabilizado y ha aumentado en los años mencionados sus ingresos en un 23%, mientras que en ASSE, la nueva arquitectura se acompañó de mejoras sustanciales su presupuesto se incrementó al doble, se abrieron nuevos cargos lo que conlleva a nuevas fuentes laborales para personal médico y no médico y aumentos considerables en los salarios. (Ponzo, JBriozzo.L 2009)

Nuevos modelos de financiación.

Se cambia el financiamiento con predominio de las organizaciones sociales en la provisión de servicios el cual se encontraba repartido entre: contribuciones de actores privados es decir las familias, recursos provenientes de la seguridad social y en menor medida de un componente

público. Con esta mirada podríamos decir que se trataba de un financiamiento mixto, con predominio de los actores sociales (sector privado)

.

Si pensamos en el gasto que se distribuía por usuario al sistema de salud, en el año 2006, encontramos que por usuario las IAMC perciben 903 pesos uruguayos, mientras que ASSE solo 342 pesos uruguayos por usuario, esto nos daría porcentualmente un 74,6% a 25,4% a favor de las instituciones privadas. Con la reforma esta inequitativa distribución mejoro sustantivamente y llegamos a una relación de 1,12 a 1 a favor de las IAMC. (datos extraídos de “La Construcción del Sistema Integrado de Salud.2005-2009,MSP: 62)

.

Con la reforma, apreciamos un aumento de los aportes de contribuciones provenientes de rentas generales y de la Seguridad Social, por lo que se cambia el componente mayoritario de carácter privado a público, lo que conlleva a una disminución en los aportes realizados por las familias.

El aporte ahora es proporcional al ingreso y la cobertura a las necesidades familiares.

Modos de aportes al FONASA por parte de los trabajadores

Aportan un 6%	Trabajadores cuyos ingresos mensuales superan umbral mínimo(más de 2.5 BPC) con hijos menores de 18 años o mayores de esta edad con alguna discapacidad
Aportan un 4,5%	Trabajadores cuyos ingresos mensuales superan un umbral mínimo (2,5 BPC) y no tengan hijos a cargo.
Aportan un 3%	Trabajadores de menores ingresos,(menor a 2,5 BPC) independiente de tener hijos o no
Aportan 5%	Los patrones.

Artículo 60 de la ley 18211.

Los empresarios unipersonales rurales y los unipersonales mono tributistas mantendrán el carácter opcional de su afiliación al Seguro de Salud.

Podríamos decir que es a nivel social es un sistema más justo, el que más gana más aporta. Se planifico que el ingreso al FONASA fuera gradual, así lo muestra el art. 66 de la ley (18211).Así mismo el art 69 de la ley mencionada anteriormente incorpora a los trabajadores de Cajas de Auxilio, a los afiliados a la caja notarial de Seguridad Social y a los trabajadores amparados a la ley 13318 (28/12/64) y sus modificativas se incorporaran al Seguro Nacional de Salud no más allá del 01/01/2011.

Los cambios que se dieron en los tres ejes: en la atención, en la gestión y en el financiamiento permitieron la implementación del SNIS (Sistema Nacional

Integrado de Salud), del seguro nacional de salud (FONASA) y la descentralización de ASSE.

Cambiando los modelos de la atención...

El art 31 de la ley 18.211 dice "...el SNIS tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención..." "se entiende por atención primaria en salud el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigidas a la persona, la comunidad, y el medio ambiente, tendiente a satisfacer las necesidades básicas de salud y de mejoramiento de la calidad de vida, que se desarrollan con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social"

Diferenciaremos que se entiende por conceptos mencionados en este artículo de la ley a ser "Atención de Salud", "Salud" "atención primaria"

La atención en salud al decir de Ponzio (2009) es apenas uno de los cuatro grandes determinantes de la salud en su red o maraña multicausal, donde confluye con el ambiente, los estilos de vida y la biología humana. De todos ellos es el menos determinante de la salud de una población, pero aun así no es menos importante...el sistema de atención a la salud es la interfase del sector salud con la población y ámbito de contacto en los momentos más vulnerables de las personas como lo son el nacimiento, la enfermedad y la muerte.

"Es de todos los componentes el más visible, el más sensible, el más requerido en momentos críticos. Si esto resultará poco para jerarquizarlo se agrega que de todos los determinantes de la salud es este que se lleva

la mayor parte de los recursos que una sociedad destina a la salud...”
(Ponzo J y Briozo L, 2009:2)

Cuando hacemos referencia a “salud” nos referimos no solo a “estar sanos” la salud es un concepto mucho más amplio en el cual se incluye el ambiente, el estilo de vida de las personas, la economía, la geografía, la vida misma de las personas y la sociedad toda. Desde esta mirada el profesional de la salud o sea específicamente el médico debe moverse de su ámbito de “confort” y pasar a interactuar con el otro en lo que refiere a la construcción de la salud lo cual también lleva al “otro” a moverse e involucrarse con la salud. (Ponzo, J. Briozo, L.)

Los cambios relacionados a priorizar la atención de la salud en el primer nivel llevan a otra problemática como lo es el re perfilamiento de los profesionales para la práctica en el primer nivel, de orientación integral, comunitaria y preventiva con un fuerte énfasis en la promoción.

No debemos olvidar que antes de la Reforma la atención tendía a ser con un carácter asistencialista y curativo: en otras palabras no existía lo que es la prevención, la promoción en hábitos saludables, solo se curaba cuando la enfermedad ya estaba instalada.

Dificultades para los cambios en el modelo de atención

La salud surge como una necesidad a atender, ya que los profesionales están formados en un modelo hospitalario y fragmentado.

Los cambios en la atención son en primer lugar cambios culturales, los que no se dan de manera automática, más bien son lentos, no solo se debe

cambiar la mirada que dan los profesionales de la salud en las personas, sino que también debe existir un acercamiento a la cotidianidad de las personas, de los usuarios de los servicios de salud.

No podemos obviar que las instituciones como tales presentan una forma de cambio en ellas mismas que es complicado y difícil. Para Steinmo, S. (2008) al realizar un cambio en una institución, la cual se encuentra inserta en un conjunto de instituciones, cualquier variación en una de ellas repercutirá en las otras pudiendo generar resistencias. Estas resistencias las podemos visualizar también en las personas, al tener que adaptarse al funcionamiento de las instituciones.

Pierson (2000) en su análisis institucional, da cuenta que las instituciones tienen incorporados una serie de mecanismos que refuerzan su funcionamiento, entre los que se encuentran los “costos asociados a cualquier tipo de cambio...” como consecuencia de los procesos de aprendizaje y adaptación.

Una dificultad que podemos vislumbrar en cuanto a las instituciones mutuales y la implementación en los cambios de modelos de atención es que no todas tienen la infraestructura para el primer nivel de atención, muchas tienen solo una sede sanatorial y carecen de policlínicas, se suma que no cuentan con el número suficiente de profesionales especializados en los problemas de salud que prevalecen en la población o en lo que significa la atención en la comunidad

Un avance en el cambio de modelo de atención lo apreciamos claramente en los programas de salud colectiva como lo es el programa de cesación del tabaquismo, el programa de salud a niños y niñas, salud de las mujeres, y en

estrategias de .disminución de riesgos y daños en temas como: uso problemático de drogas entre otros.

Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

El Sistema Nacional Integrado de Salud es un sistema mixto ya que incluye prestadores públicos y privados es decir la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y las Instituciones de Asistencia Médica colectiva (IAMC).

Ambos prestadores se encuentran en régimen de competencia y a la vez complementariedad, dando a los usuarios o beneficiarios la opción de optar por uno u otro sistema de atención. Aquí vemos un avance, ya que anteriormente los beneficiarios de la ex DISSE, solo podían optar por el sistema privado para la atención de la salud. No debemos olvidar que históricamente ambos subsistemas eran fragmentados y no existía vínculo de complementariedad alguna.

El SNIS se encuentra conformado al momento de su implementación por 41 IAMC, 8 seguros de salud integral, y ASSE. Si bien existe un convenio entre ASSE y el Hospital de Clínicas, éste no es parte del SNIS concreto. ASSE le paga un porcentaje por los usuarios que son atendidos en el hospital Universitario y son usuarios de salud pública.

Seguro Nacional de Salud.

Con la creación del seguro de salud comienza la inclusión de toda la población, vemos la tendencia a la inclusión en forma progresiva de todos los ciudadanos no solo de los trabajadores privados que antiguamente estaban bajo la protección de lo que llamábamos DISSE.

Desde la implementación de este seguro de salud se incluye a todos los trabajadores, públicos y privados y también a sus hijos menores de 18 años, o con alguna discapacidad.

Metas planificadas para el acceso al FONASA.

AÑO	ADQUIEREN EL DERECHO A FONASA:
2010	Conyugue o concubino del aportante con 3 o más hijos menores de 18 años a cargo.
2011	Conyugue o concubino del aportante con 2 o más hijos menores de 18 años a su cargo.
2012	Conyugue o concubino del aportante con 1 hijo menor de 18 años a su cargo
2013	Conyugue o concubino del aportante sin hijos menores de 18 años a su cargo.

Art 66 de la ley 18211.

Siguiendo con el análisis, un cambio importante es que el SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud) pasa a pagar por edad y sexo y no por una cuota única como pagaba el antiguo DISSE. Esto implica otro reconocimiento de derechos y hace realidad la vieja premisa que expresaba: cada quién según su ingreso y pasa a cada quién según su necesidad.

Históricamente se pagaba una cuota uniforme a cada prestador de salud, lo cual en parte desconocía las necesidades de salud de la población como tampoco reconocía los costos diferenciados que tiene su atención.

Las cuotas salud del SNS constan de un componente de cápitas que son ajustados por riesgos, con lo cual se le asignan diferentes pagos por grupos de población.

La estructura de la cuota salud muestra los costos de atención según edad y sexo, los mayores pagos que recibe un prestador de salud es por los niños menores de un año y por las personas mayores de 65 años.(MSP,2008)

Cambios en ASSE

Se deben implementar políticas de descentralización fortaleciendo las respuestas a las realidades territoriales.

La primer ley que se aprobó en el proceso de conformación del SNIS fue la descentralización de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), principal prestador público, esto ha tenido el apoyo de todos los partidos políticos de nuestro país, incidió en esto, el hecho que desde gobiernos anteriores se venía promoviendo la descentralización del organismo. Esto para muchos actores (incluso autoridades ministeriales)

implicaba la manera de avanzar de una manera efectiva y sostenida hacia la modernización de la estructura pero no solo esto, también los mecanismos tradicionales de gestión. Se buscaba convertir a ASSE en una institución ágil, centrada en los usuarios para que estos pudieran recibir atención en salud en tiempo y forma. Dicho en otras palabras se busca mejorar la atención, la calidad de los servicios y que estos fueran acordes a las necesidades de los usuarios.

Se incorpora representante de los trabajadores y de los usuarios (uno en representación de cada uno) de ASSE en el directorio del mismo.

El segundo punto de importancia relacionado con la descentralización de ASSE consiste en que se habilita a la misma, a la competencia en la captación de afiliados a FONASA, esto es difiere del sistema anterior donde la elección de institución para la atención de la salud estaba sesgada al subsistema privado de atención a la misma. ASSE solo atendía a los que no podían pagar atención, digamos a los pobres.

La reforma en marcha...

La salud es muy valiosa para ser atendida solo por equipos de salud, debe ser atendida en forma integral, es un tema de la sociedad en su totalidad, es condición necesaria para el pleno ejercicio de la Ciudadanía.

La salud atendida no solo dentro del centro de atención, sino en la comunidad misma.

Por este motivo consideramos de suma importancia nuestro rol como trabajadores sociales, el espacio en el ámbito de la salud privada está, es necesario la integración del trabajador social en los equipos multidisciplinarios.

Un ejemplo de lo antes expuesto, podrían ser las políticas anti-tabaco, estas políticas trascienden el sector porque afecta estilos de vida, cambia el ambiente familiar y el ambiente interior de espacios públicos, muy poco de lo que pasa con esta política específica transita por los servicios de salud, pero los efectos sobre la salud de cada uno de nosotros esta fuera de discusión.

La inversión en salud no solo pasa por crear nuevos centros de atención, ni hospitales, pasa también por invertir en infraestructura para la salud ambiental, y ocupacional, por invertir en tecnología, en investigación.

El tema de gasto en investigación es a nuestro entender un pendiente, no solo en salud, es necesario destinar un mayor porcentaje del gasto público para investigar, el ámbito de la salud es una parte, pero los magros recursos están en todas las áreas.

La instalación de los comités bipartitos de salud laboral, en los ámbitos de trabajo no es cosa menor, ya que de un modo u otro están introduciendo la dimensión salud en el ámbito de lo productivo, de lo económico, desde una dimensión participativa inclusiva de trabajadores y patronos, esto aun sin la efectividad buscada ya que falta infraestructura para desarrollar.

Reflexiones finales

En la presente monografía, nos enfocamos en primer lugar, en mostrar el proceso por el cual ha venido transitando nuestro sistema de salud en los últimos diez años, es así que dimos cuenta de avances, permanencias y vacíos que fuimos vislumbrando a través de la lectura de fuentes bibliográficas y documentales, en el proceso de elaboración de este trabajo buscamos posicionarnos desde nuestra disciplina de Trabajo Social.

Uno de nuestros objetivos en este trabajo fue explorar el contexto el cual surge la reforma de la salud, los cambios, impactos que produce la misma a nivel de ejercicio de derechos para la ciudadanía, ya que uno de nuestros roles es la promoción de derechos, fue pertinente enfocarnos en el estudio de un elemento vital para la sociedad, como lo es la salud.

Consideramos que la reforma en salud, la cual no se ha dado de un momento para otro, ha surgido en un contexto histórico particular, que no es menor, estábamos en presencia de una sociedad civil dinámica, la que se expresaba en formas asociativas, como las del movimiento mutual y cooperativo con prestigio “social” en nuestro país. El Uruguay cuenta con una profesión médica, que en forma temprana⁴ logra alcanzar el monopolio de la práctica y conocimiento científico sobre la atención en salud. Los servicios de salud estatales, no eran otra cosa que servicios de atención en salud para “pobres” lo que contrasta fuertemente con el sistema de mutualistas y la debilidad histórica del MSP en su rol de rector, lo que dificulta la generación de políticas de salud de largo plazo.

El sistema de salud ya no daba respuesta a las necesidades de la población de nuestro país, existe un nuevo perfil de necesidades que no están siendo

⁴ En el primer gobierno Batllista donde comienza a configurarse la matriz del Estado asistencial del “Uruguay Batllista”

cubiertas por los prestadores de servicios de salud. La expectativa de vida en constante crecimiento y la baja natalidad provoca una población envejecida, que requiere mayor servicios de atención a la salud.

El SNIS, sin lugar a dudas fue un gran avance, la salud comienza a ser percibida como un derecho, y la atención en salud como sistema único regulado por el Estado.

La lógica mercantil pierde fuerza y es la autoridad pública integrada por el Estado, y la sociedad es decir: los trabajadores, proveedores, usuarios la que regirá el sistema.

Al momento de la reforma se definen compromisos de las IAMC y ASSE, para el cumplimiento de los Programas de salud prioritarios, se hace más equitativa la cantidad y calidad de las prestaciones a través de la definición del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS)

Consideramos que los pasos dados desde la construcción del SNIS han permitido iniciar un camino de transformaciones de corte estructural.

Desde el inicio de la reforma, la cual se inscribe en el marco de gobiernos progresistas, se visualiza un gran impulso y un rol fundamental en cuanto al fortalecimiento del Sistema Público de atención a la salud, en particular en ASSE. El liderazgo estatal es un componente básico para el funcionamiento del Sistema Integrado de Salud.

En relación al SNIS, la dificultad o vulnerabilidad que observamos en este sistema, es que al estar atado al mercado de trabajo, de por lo menos un integrante del hogar, siendo el mercado de trabajo tan dinámico, se puede caer en una situación de desempleo y modificar el acceso a servicios.

No olvidemos que la movilidad laboral existe y esto también lleva a un problema en las instituciones de asistencia que cuando planifican la gestión anual cuentan con determinados ingresos y al finalizar el periodo han perdido parte de ellos por las altas y bajas que son intermitentes. Esto lleva a una distorsión en los procesos de gestión, asistencia y de finanzas. Sin desconocer lo que implica para el individuo que transita por dicho problema. Otra situación donde percibimos un vacío con este sistema es en los jóvenes al cumplir los 18 años, no es difícil encontrar que los jóvenes a esta edad aun no estén insertos en el mercado laboral formal y al perder el beneficio del FONASA, los mismos quedan librados a la posibilidad que tienen ellos mismos o las familias de contratar en forma privada la cobertura de atención de la salud.

La salud trasciende lo que son los servicios de atención en salud, es un asunto previo, un Derecho Humano. Debemos pensar en un sistema de salud con la mirada fuera del mismo, de los servicios de salud, no entendido en el sentido de medicalizar la vida de los sujetos, si en el entendido que es necesario un abordaje integral de salud, contribuir a la vida cotidiana y productiva, construir procesos saludables, no quedarse en la atención en el centro de salud, estar en la comunidad, en contacto con la realidad de cada persona, que es única e irrepetible. Con esta mirada, es posible pensarnos insertos en estos nuevos escenarios, era poco probable previo a la reforma de salud, que el trabajador social fuera parte de equipos interdisciplinarios en el ámbito privado de salud, más bien nuestro ámbito laboral en salud estaba reducido prácticamente al espacio público de atención.

Creemos que los cambios deseados en relación a los modelos de atención ya han comenzado, pero son lentos, es necesario avanzar lentamente para arribar a los objetivos planteados, el cambio en la atención como ya

mencionamos en el trabajo es ante todo un cambio cultural, que requiere cambios desde y en las instituciones, hasta cambios en los estilos de vida de las personas, para lograr estos cambios es imprescindible una participación comunitaria.

La educación para y en la salud, mirada desde una perspectiva de promoción de salud se debe abordar desde diferentes áreas de acción como podrían ser espacios de educación popular, pero, ¿alcanza con esto ?

Nos quedan varias interrogantes al finalizar este trabajo como ser: ¿es posible el cambio en los modelos de atención sin cambios que partan de los propios médicos?

Recién este año saldrá la primera generación de médicos formadas no solo en hospitales, sino también en la comunidad. ¿Qué pasa con las generaciones anteriores que están formadas en hospitales? ¿Cómo formarlas en comunidad?, ¿cómo acercar al médico a la realidad cotidiana de las personas, cuando en la mayoría de los casos no la tienen en cuenta, o directamente la desconocen? Hasta este momento los únicos profesionales médicos que han sido formados en comunidad son los médicos de familia, los cuales desde el inicio de la residencia están en contacto con la comunidad.

Otra interrogante es en relación a las instituciones. Están preparadas para la atención en un primer nivel de atención? Cuentan con infraestructura suficiente y adecuada ?.

La reforma de salud no ha logrado subsanar el problema de los usuarios para la atención en tiempo y forma, si bien existen reglamentaciones, al

momento continúa siendo un debe el solucionar este tema, la permanencia en la demora para conseguir hora con especialistas, la demora en intervenciones programadas etc, es al día de hoy una constante.

En síntesis podemos apreciar avances en determinadas áreas, la existencia por ejemplo de decretos donde se exonera el pago total de determinados medicamentos para usuarios con patologías crónicas como diabéticos, hipertensos, etc. los cuales pagaran un ticket cuyo valor es de un timbre profesional, el no pago de ordenes en embarazadas, controles gratuitos a niños y niñas de 0 a 14 meses, entre otros.

Pero aún falta...falta, en relación por ejemplo a la primera infancia, donde desde la reforma se instrumentó varios programas, pero existe a nuestro entender un gran vacío en cuanto al tema por ejemplo, de la alta tasa de medicalización en niños y niñas en la primer infancia y más, tema este que no tratamos en el trabajo por no ser pertinente a nuestro objeto de estudio, precisamente porque es un vacío existente en la reforma.

Falta en el cambiar la mirada desde algunos sectores de Salud, que continúan visualizando nuestra profesión exclusivamente con un rol asistencialista.

De todos modos creemos que en cuestión de reconocimiento de derechos la Reforma de la Salud, ha sido la reforma de mayor importancia de las últimas décadas y que queda mucho aún para hacer, se está en el camino.

Bibliografía

Alegre, P. y Filgueira, F. (2009). Una Reforma Híbrida: la política social y laboral en Uruguay de 1985 a 2008. En revista internacional de trabajo social vol.128. Núm. 3.

Briozzo, Leonel. (2007) La crisis como oportunidad reformulando la relación sanitaria. *Revista Médica*. Uruguay

Batthyány, K. Espino, A. et al(2014) Atlas Socio demográfico de la Desigualdad del Uruguay. Fascículo N°5. Calvo, J.J (Coord.) Programa de Población. Unidad Multidisciplinaria Facultad de Ciencias Sociales. Ed. Trilce

Cabella, W. Fernández, M.et al (2015) Atlas Socio demográfico de la Desigualdad del Uruguay. Fascículo N°6. Calvo, J.J. (Coord.) Programa de Población. Unidad Multidisciplinaria Facultad de Ciencias Sociales, Ed. Trilce.

Garcé, A y Yaffé, J. (2005) La Era Progresista. Ed. Fin de Siglo, Montevideo

Ortega, Elizabeth. Políticas Sociales y prácticas profesionales del trabajo social: una mirada socio-histórica. *Sociedade em Debate*, Pelotas, 19(1):p.7-26, jan-jun./2013

Disponible en:< <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/905>

Paredes, M. (2003) “Los cambios en la familia en Uruguay ¿hacia una segunda transición demográfica?” en: Nuevas Formas de Familia. Perspectivas nacionales e internacionales. Udelar-UNICEF, Montevideo.

Paulo, L. (2005) “La circulación de ideas como factor de incidencia en los procesos políticos”. *Revista de Trabajo Social*, (Número 24). Montevideo.

Steinmo, S. (2008) “*What is Historical Institutionalism?*” en Della Porta & Keating (eds.): *Approaches in the social science*. Cambridge University Press, Crambridge.

Sunkel, Guillermo. (2006). *El papel de las familias en la protección social en América Latina*. Santiago de Chile. CEPAL. Serie Políticas Sociales.

Tomayo Saenz, M. (1997) *El análisis de las políticas públicas*. Bañón R. y Carrillo E. (Comps.). . *En la nueva administración pública*. Madrid: Alianza Universidad.

Fuentes, Guillermo. (2010). *Reformas de salud bajo gobiernos de centro-izquierda. El caso del Frente Amplio en Uruguay*. IV Congreso Uruguayo de Ciencia Política.

Páginas Web

Ley 18211(2007) *Sistema Integrado de Salud Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación*.

Disponible en <http://www.parlamento.gub.uy>

Ley 18335 *Derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios*.

Disponible en <http://www.bps.gub.uy> 2008

Ley 18131. Creación del FONASA.

Disponible en <http://www.parlamento.gub.uy>

M.S.P (2008). *Un Balance de la Reforma de la Salud*. Montevideo,

Disponible en: <http://www.msp.gub.uy//uc2628.1html>

Moreira. Constanza entrevista en www.cuadernosdecompas.com.uy

SMU (2008) Ponzó, J. Rodríguez Dulcini, H Urruty, F. *curso de Reperfilamiento de médicos para el primer nivel de atención. Una estrategia en marcha*. SMU, Montevideo. Cuadernos del CES,

Disponible en <http://www.smu.orr.uy>