



XIII JORNADAS DE INVESTIGACIÓN

15 - 17 de setiembre, 2014

¿QUÉ DESARROLLO PARA URUGUAY?

Nuevos esquemas de gobernanza dentro de “los tres mundos del bienestar”: el caso del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay

Marcelo Setaro Montes de Oca

Nuevos esquemas de gobernanza dentro de “los tres mundos del bienestar” El caso del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay¹

1. Introducción

Los Estados Democráticos tienen un rol fundamental en la promoción del desarrollo de las sociedades y las personas. Este papel, que implica la coordinación política de diversos procesos económicos y sociales, se hace visible en la propia estructuración institucional de diversas áreas de política. La organización de los servicios de bienestar es una de las estructuras de mayor complejidad político institucional dentro de los estados contemporáneos.

En tal sentido, podemos afirmar que el sector salud es uno de los sectores más complejos del Estado de Bienestar. Por ello es que este trabajo apunta a mostrar la estructura político institucional del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), describiendo los principales institutos que hacen a la definición de derechos ciudadanos y a la coordinación de procesos productivos dentro de este complejo sector del Estado de Bienestar.

Nuestro objetivo es demostrar que la reforma de salud que implementó el Frente Amplio (2005-2013), creó un sistema de salud de naturaleza mixta, que combina elementos de diferentes “*mundos del bienestar*”. Además, queremos mostrar los novedosos dispositivos de gobierno que creó la reforma, que tienen por norte asegurar el acceso universal a servicios de salud de calidad homogénea, en clave de ciudadanía universal.

Desde nuestra perspectiva, estos nuevos dispositivos tienen un importante valor teórico, ya que explican en buena forma la complejidad que tiene el proceso de producción de servicios de bienestar social, bajo una lógica de derechos ciudadanos. Además, ellos pueden funcionar como interesantes ejemplos analíticos para la comprensión de otros procesos de reforma de servicios de bienestar en el Estado uruguayo, todavía en ciernes, como son los casos del sistema educativo o el mentado sistema de cuidados.

Nuestro artículo se organiza en cuatro partes, incluyendo esta introducción. La siguiente sección presenta una breve comparación entre la literatura del Estado de Bienestar y de Sistemas de Salud, a fin de mostrar las similitudes, pero también marcar las diferencias. La tercera parte describe los nuevos dispositivos institucionales que surgen con la reforma de salud en Uruguay, que terminan por delinear una nueva estructura de gobernanza sectorial. Finalmente, como conclusión, presentamos un balance respecto al tipo de estado que emerge con la reforma de salud, un nuevo estado que combina elementos de diversos “*mundos del bienestar*”.

2. Los mundos del Bienestar y los sistemas de salud

En términos de políticas bienestar nos hemos acostumbrado a pensar en términos de *trinidad*es. El Profesor Richard Titmuss, uno de los grandes precursores del análisis

¹ Marcelo Setaro Montes de Oca. Email: marcelo.setaro@cienciassociales.edu.uy. El presente artículo es una primera síntesis elaborada a partir de algunos capítulos de mi tesis de doctorado.

académico de política social, diferenciaba entre Estados de Bienestar de tipo Residual, Industrial Meritocrático e Institucional Redistributivo. Lo interesante del enfoque del profesor Titmuss radica en reconocer los principios morales, los valores que están implícitos en cada uno de estos tres modelos de políticas sociales. Cada uno de ellos supone una valoración específica del estatus ciudadano y sus derechos asociados, además de una cierta ética del trabajo y un posicionamiento específico de la institución familiar dentro de la sociedad moderna. (Titmuss, R. 1974)

Coincide con esta visión Esping-Andersen, G. (1993 y 2000), el cual reconoce *tres diferentes mundos* o regímenes de bienestar capitalista, bien diferentes en cuanto a sus niveles de gasto y de amplitud en la protección social. Marca con claridad las diferencias en sus lógicas institucionales, y en cómo distribuyen las funciones de producción de bienestar entre el mercado, las familias y el Estado. De esta distinción surgen tres tipos de estado: Liberales, Socialcristianos y Socialdemócratas. Todos ellos distribuyen de diferentes maneras las cargas entre mercado, familia y estado, con efectos diversos en términos de desmercantilización y desfamiliarización.

Para Esping-Andersen, G. (1993) los diferentes mundos del bienestar capitalistas se asocian al peso de los movimientos de trabajadores, y al tipo de coaliciones sociales que se establezcan en ese proceso. Por ejemplo, en el origen de los regímenes de bienestar socialdemócratas, la alianza entre los trabajadores industriales y sectores de productores rurales, resulta clave para comprender el desarrollo del bienestar en los países nórdicos.

En los estados de bienestar Liberales, los ciudadanos se constituyen primordialmente como actores individuales en el mercado. Existe una gran resistencia a suplantar las relaciones de mercado por derechos sociales. Los ciudadanos son alentados a buscar sus soluciones en el mercado, por ejemplo a través de la concesión de subsidios para acceder a beneficios sociales. Los esquemas básicos de seguridad tienden a diseñarse con mecanismos de control de capacidad económica (means-tested), y los beneficios otorgados por la seguridad social son generalmente modestos.

El segundo tipo de régimen tiene diversas etiquetas, dependiendo del énfasis que se quiera marcar: Conservador, Corporativista o Demócrata-Cristiano. Es conservador en el sentido clásico europeo, en cuanto tienen su origen en los desarrollos impulsados por las élites dinásticas continentales. En su origen son decididamente antiliberales, con una marcada preocupación por la conservación de los rasgos orgánico-jerárquicos heredados del pasado, antes que por el logro de la eficiencia mercantil. Los derechos sociales son extendidos, y el espacio para la provisión mercantil es limitado. Es corporativo en el sentido de que en su origen los beneficios estaban estratificados en función de grupos ocupacionales y de status, y la redistribución es marginal.

Son herederos de la tradición cristiana (Católica, principalmente), con doctrinas que rechazan la primacía del mercado, enfatizan la subsidiariedad del Estado y la centralidad de la Familia como eje de la producción del bienestar. El gasto social es más alto que en los estados liberales, pero su énfasis está en transferencias de ingresos hacia el varón jefe de familia (bread-winner). Los servicios sociales que facilitan la inserción de las mujeres en el mercado de trabajo son muy limitados.

Finalmente, los estados Socialdemócratas representan un modelo de organización caracterizado por la presencia de derechos sociales extendidos y un rol marginal para la

provisión privada, vía mercado, de servicios de bienestar. Los derechos son universalistas, haciendo énfasis la ciudadanía igualitaria y rompiendo con los enfoques corporativistas de diferencia de estatus. Por tanto, a diferencia del modelo conservador, hay un énfasis importante en la redistribución, brindando a todos los ciudadanos altos niveles de seguridad económica. Las transferencias y los servicios estatales facilitan la inserción de las mujeres en el mercado de trabajo. Son estados con altos niveles de gasto social, al igual que los Conservadores, pero su orientación es totalmente diferente.

Por último, los estados de bienestar no solo operan de distintas formas frente a las desigualdades que produce el Mercado. También regulan las formas de distribución primaria del ingreso (salarios) y la seguridad del trabajador en el empleo. Los estados Nórdicos y Continentales han creado estructuras de negociación que limitan la dispersión salarial, además de regulaciones que limitan los derechos de los empleadores para contratar o despedir empleados a voluntad.

En términos de análisis de sistemas de salud, debemos a Terris, M. (1980) una de las modelizaciones más importantes: Asistencia Social, Seguro Social de Salud (Social Health Insurance, SHI) y Servicio Nacional de Salud. Su visión sobre estos modelos de salud tiene una fuerte impronta evolutiva, en donde los modelos de Asistencia Social, característicos de los países del tercer mundo, pueden y deben evolucionar hacia formas “socialistas” como los Servicios Nacionales de Salud (National Health Service, NHS). Como hemos visto entonces, los modelos de tipo NHS se asocian claramente a la visión del Estado Institucional Redistributivo de Titmuss, o la de régimen Socialdemócrata de Esping-Andersen.

En Docteur y Oxley (2003) hay una extensa aplicación del esquema de Milton Terris. Para ellos el NHS se conforma por elementos de financiamiento público con proveedores que son parte del Estado. Estos sistemas, que fusionan las funciones de aseguramiento y de provisión, son operados como cualquier repartición gubernamental. El personal es financiado en base salarial, y en su mayoría son empleados públicos. Los médicos de atención ambulatoria y otros profesionales de la salud pueden ser empleados públicos directos, o contratar con la autoridad asistencial, en base a una remuneración determinada. La cobertura universal es relativamente sencilla de lograr en este sistema, por que controlan el aporte presupuestal y porque también tienen una fortaleza relativa para contener los costos globales. Sin embargo, también tienen incentivos débiles para incrementar su producto, mejorar la eficiencia o mantener la calidad. Esto es menos rotundo en el sector de la atención ambulatoria, en donde los sistemas de pago están generalmente asociados a la actividad y producto de los proveedores.

Por otro parte, en el modelo SHI, los fondos pagadores contratan con proveedores privados de servicios. Los pagadores pueden ser agencias estatales o fondos de seguridad social. Los esquemas de un solo pagador tienen una posición más fuerte en relación a los proveedores (como en el modelo público integrado) y tiende a tener menores costos administrativos en relación a esquemas de pagadores múltiples. En muchos de los sistemas de contrato público, los hospitales privados y clínicas son gestionados en base no lucrativa. La atención ambulatoria es brindada por una red de proveedores independientes, bajo vínculo contractual. Los sistemas de pago, históricamente, se establecían sobre la base de los servicios provistos, con pagos ex post. Pero eso está cambiando mucho, estableciendo nuevas formas de contratación, porque si bien estos sistemas de pago por actividad responden bien a la demanda de los

usuarios, tienen una tendencia a la sobre-expansión productiva y de costos. Por eso se introducen regulaciones y controles adicionales por parte de las autoridades públicas.

En el modelo de Aseguramiento y Proveedor Privado, tenemos que además de la relación privada entre usuario y aseguradora, generalmente tenemos redes de proveedores con fines de lucro. El aseguramiento privado puede ser obligatorio, como en el caso de Suiza, o voluntario como en EUA. Los métodos de pago en este sistema se basan, históricamente, en el pago por actividad. Son sistemas muy sensibles a las necesidades de los pacientes, ofreciendo una gran amplitud para elegir la atención, pero que tienen grandes dificultades para contener los costos. Han surgido algunas respuestas frente a estos problemas, como el Managed Care en EUA en los 90s, que introduce incentivos para los controles sobre los volúmenes y precios de los servicios que brinda el sistema. Bajo el Managed Care, las aseguradoras contratan, en base competitiva, a redes de servicios organizados, y restringen la amplitud de elección de los usuarios (de manera obligatoria o a través de incentivos económicos).

De acuerdo a Doctoeur y Oxley (2003), en términos amplios, los modelos Públicos Integrados predominan en el área de la Europa Nórdica, Italia, Grecia y Portugal. El Reino Unido integraba este grupo, hasta las reformas de los años 90s. Nueva Zelanda, un integrante histórico del grupo, introdujo reformas relevantes en los 90s, de separación (split) entre la función de financiamiento y provisión, pero a partir de las reformas del año 2000 la tendencia de reforma se revierte, volviendo a un esquema más integrado. Para estos autores, la mayoría de los países de la Europa continental, son parte del modelo del Contrato Público, a los cuales se suman con sus reformas el Reino Unido, y también, hasta cierto punto, Nueva Zelanda.

Entonces, según Doctoeur y Oxley (2003), podemos clasificar a los países de la OCDE en cualquiera de estos tres modelos. Pero es importante reconocer que estos casilleros son, antes que nada, enfoques nacionales dominantes para la resolución colectiva de la atención en salud. Esto es, podemos reconocer en un momento histórico determinado, que en estos países coexisten elementos de los diferentes modelos de intervención. Además, debe tenerse en cuenta que con los procesos de reforma, muchos de los rasgos de los modelos dominantes, están bajo un proceso de cambio permanente.

Tabla				
Rasgos de los tres esquemas institucionales básicos de organización del bienestar en Salud				
Modelo de Bienestar/ Sistema de Salud	Derecho a la Salud/ Cobertura/ Acceso	Financiamiento	Provisión de Servicios	Conducción/ Regulación/ Asignación recursos
Conservador-Corporativo.	Base ocupacional, según categoría laboral	Cotización obrero patronal	Organizaciones privadas sociales, no lucrativas	Sistema multifondos
Seguro Social de Salud (SHI)	El jefe de familia genera derechos al núcleo familiar	Pago de primas	Asociaciones de profesionales autorregulados	Asignación de recursos mediante contratos

	Servicio público complementa asistencia dirigida a sectores con problemas de empleo	Sistema de copagos al momento de uso	Clara separación respecto a la función de compra. Plan de prestaciones definido	Autorregulación de Fondos y corporaciones. Ministerios ejercen rectoría "a distancia".
Liberal. Seguros Privados	Acceso basado en capacidad de pago	Prepago	proveedores privados con fines de lucro	Estado promueve la competencia empresaria
	Servicios públicos gratuitos para quienes demuestren ser pobres	Pagos directos de bolsillo	Servicios públicos para pobres	y protege los derechos de los clientes
Socialdemócrata. Servicio Nacional de Salud. NHS	Base ciudadana	Impuesto generales	Pública. Las instalaciones son propiedad del Estado	Fondo único. Recaudación
	Cobertura universal	Existen aportes obreros y patronales, pero de naturaleza marginal	Los profesionales de la salud son funcionarios públicos	y Asignación centralizada
			Los médicos pueden ser contratados como profesionales autónomos	Conducción es de Ministerios de Salud
			Plan de prestaciones no definido	Bienestar y Seguridad social

Fuente: elaboración propia

En realidad, no existen modelos estrictamente puros, sino variantes nacionales que se ajustan más o menos a esta modelización. Otro caso extremo podría ser el de los países latinoamericanos, en donde la tendencia histórica ha sido a la coexistencia de diferentes arreglos, una mixtura en los cuales coexisten modalidades de servicio público, seguro social y provisión privada (BID, 1996: 319-336). Las magnitudes de cada subsector son variables, pero lo distintivo es la vinculación directa y exclusiva del beneficiario con las instituciones que corresponden al subsistema que le brinda asistencia².

Coincidentes con este enfoque del BID, Londoño y Frenk (1997), Fleury, S. (2000), CEPAL (2006) y también Mesa-Lago, C. (2007), muestran que el volumen de estos subsectores tiende a ser variable de acuerdo a los países, mostrando grados de segmentación variables. Las poblaciones más pobres tienden a ser atendidos en los servicios públicos de salud, hospitales y centros de salud financiados por el Estado. La población con inserción formal en el mercado de trabajo obtiene cobertura a través de la seguridad social, con marcos de cobertura variable según categoría ocupacional. Los

² La segmentación institucional se refiere a la especialización de los Ministerios de Salud, la Seguridad Social y los Mercados, en brindar cobertura a diferentes estratos de población, según su nivel de ingreso. Se denomina segmentación, en tanto no existen canales de comunicación integración entre los diferentes subsistemas.

sectores de mayores ingresos tienden a estar atendidas por seguros privados de salud o entidades de medicina integral prepagas³.

Este esquema ha sufrido la presión al cambio durante los ochentas y noventas. En realidad, como documenta Mesa-Lago, C. (2007: 155-165) en su estudio sobre veinte países del área latinoamericana, los cambios han sido muy relevantes, aunque en su mayoría conservan esa naturaleza mixta en cuanto a su financiamiento, provisión de servicios y cobertura poblacional⁴.

Por cierto, esta visión generalizada sobre el modelo de servicios de salud fragmentado y segmentado, termina siendo una caricatura de la realidad global latinoamericana. En realidad lo que se aprecia es una diversidad de experiencias históricas muy importantes⁵. Por ejemplo, en el área del Caribe angloparlante, con modelos muy homogéneos, bajo una fuerte impronta de NHS o de modelo público integrado. También en el caso cubano, que desarrolla su versión nacional del modelo público privado (con inspiración Shemasko). Por otro lado, casos como el de Costa Rica, con un sistema basado en seguro social⁶. Estos tres ejemplos son casos de sistemas de salud unificados, que garantizan en términos generales el acceso a servicios de salud para toda su población.

Lo interesante de notar es que, en particular para los países del cono sur, esta estructura tripartita tiende a variar en su composición, de acuerdo al funcionamiento de una institución clave: el mercado de trabajo. La variable empleo, en cuanto a cantidad y calidad de su oferta, determina el peso relativo de los tres sectores. En los períodos expansivos, sobre todo en las áreas más desarrolladas industrialmente del cono sur, estos sistemas se recuestan fuertemente contra el componente seguridad social (también el mercantil), reduciendo el peso de los servicios públicos. De esta form

La otra variable a considerar, a la hora de valorar el grado de inclusión de un sistema de salud, es la presencia del Estado y los servicios públicos. Para el área latinoamericana, sus modelos de desarrollo nacionales no han permitido desarrollar mercados de trabajo inclusivos, el volumen y calidad de la oferta de servicios públicos es determinante. Se podría decir que, aún durante el período de oro del Modelo Sustitutivo de Importaciones, en el Cono Sur, los niveles de empleo, en cantidad y calidad, nunca permitieron dar sustento a esquemas de seguridad social demasiado amplios. La oferta

³ Este tipo de modelo ya había sido caracterizado por Terris, M. (1980), al cual denomina Asistencia Pública. Característico de los países del tercer mundo, donde la asistencia pública está dirigida a la población indigente, existen programas específicos para los trabajadores formales y la población de mayores ingresos accede a la atención médica y hospitalaria privada.

⁴ La excepción aquí sería Brasil, con la creación del Sistema Único de Salud (SUS), mediante la Constitución de 1990. En su origen, un sistema público, de fuerte orientación universalista, que al día de hoy se ve jaqueado por la insuficiencia de fondos y por el auge de los seguros privados de salud complementaria.

⁵ Para Frenk y Londoño (1997), en América Latina podemos reconocer 4 modelos de organización de los servicios de salud: el público unificado, privado atomizado, de contrato público y el segmentado. Mesa-Lago (2007), también reconoce cuatro esquemas, pero su esquema es más descriptivo, en comparación a las pretensiones del enfoque mencionado de Frenk y Londoño.

⁶ Tanto Cuba como Costa Rica pueden explicar la instalación de sistemas de salud con vocación universalista, en tanto un forma de resolución de importantes conflictos políticos previos. El caso brasileño podría aplicar también, ya que el SUS esta inscripto en la Constitución brasileña de 1990, que marca la salida de la Dictadura Militar.

de servicios públicos, de los hospitales, resultaba siempre fundamental para la inclusión de amplios sectores populares.

Si miramos el caso uruguayo, tenemos que coincidir con esta visión de estratificación del bienestar. Ya había sido anotado por Carmelo Mesa-Lago, quien caracterizó el universalismo estratificado de nuestro viejo estado social. En la tabla siguiente se resumen los diversos estratos, que brindan beneficios diferenciados a diferentes segmentos poblacionales.

Tabla 1. Población cubierta por el sistema de salud, según financiador. 2000						
ASSE	BPS	IAMC	Corporaciones Pub y Priv	Seguros Lucrativos	Sin Cobertura	TOTAL
36,36%	21,21%	30,30%	7,58%	1,52%	3,03%	100,00%
1.200.000	700.000	1.000.000	250.000	50.000	100.000	3.300.000
Fuente: estimación propia en base datos INE.						

Podemos ver que el proveedor público ASSE tiene una presencia fundamental en el sistema, brindando cobertura a más de un tercio de la población. Pero es importante anotar que el BPS brinda cobertura de salud a través de contratos con las IAMC, las cuales brindan servicios a sus asociados individuales y/o colectivos, pero también venden servicios a los seguros lucrativos y a algunas corporaciones públicas y privadas que carecen de servicios propios.

Este esquema resulta ser altamente ineficiente en términos económicos y asistenciales, ya que genera un esquema de múltiples coberturas, fragmentación y superposición de servicios, falta de coordinación asistencial, sobreinversión tecnológica, entre otros problemas. La reforma de salud del Frente Amplio apunta a establecer el derecho al acceso universal a servicios de salud, de calidad homogénea.

3.- El SNIS como un Estado Social de nuevo tipo

En términos sintéticos, podemos decir que la reforma de salud implementada a partir de la ley 18211 de Diciembre de 2007, genera un salto respecto a la vieja organización institucional del sistema de salud. Supone el pasaje de un esquema de bienestar en salud de alta cobertura pero “estratificado”, hacia un esquema de bienestar “integrado”. Para nuestra investigación, resulta de particular interés la transformación de los mecanismos institucionales que afirman el rol de conducción estatal, que son los que propiciarían este pasaje desde un esquema estratificado hacia uno integrado. Dentro de los rasgos a destacar, merece destacarse los siguientes puntos.

En primer lugar, la reforma de la salud instala la lógica de un sistema nacional integrado de salud (SNIS), en un sistema dominado por la lógica de la fragmentación y la competencia. El sistema se había desarrollado históricamente sobre la base de una variedad de subsistemas fragmentados y sin conexión, inequitativos en su acceso y sin vínculos de complementariedad. Esta concurrencia y solapamiento de los actores,

determinaban que los recursos del sistema no sean aprovechados en su plenitud, generando inequidad e ineficiencia.

En segundo término, la reforma creó un seguro nacional de salud (SNS) en el que se aporta por ingresos, incluyendo dentro de él a toda la población y no sólo a los trabajadores privados que estaban incluidos en el viejo DISSE. Establece un proceso de universalización del aseguramiento social, de manera planificada y por etapas. La reforma incluye a los familiares en la cobertura de aseguramiento social, de manera inmediata a los hijos y a partir de 2010 a los cónyuges y jubilados en forma progresiva.

Por otra parte, desde el punto de vista de los prestadores es un sistema mixto que incluye a prestadores privados sociales y prestadores públicos en régimen de complementación-competencia, dando opción a los asegurados de elegir entre prestadores públicos o privados. Esto es una gran diferencia respecto al antiguo DISSE, que sólo permitía elegir prestadores privados. Los seguros lucrativos son aceptados como una realidad del sistema, aunque se incorporan de una manera restrictiva, que trata de no fomentar su desarrollo dentro del SNIS⁷.

Desde el punto de vista del pago a los prestadores, el SNS paga por riesgo y no por cuota única, como en el viejo DISSE. Los ciudadanos aportan en función de su capacidad contributiva y reciben asistencia según sus necesidades en salud. Además, transforma el seguro de salud en un seguro de por vida, ya que no se pierde la cobertura del aseguramiento en salud cuando el beneficiario se jubila.

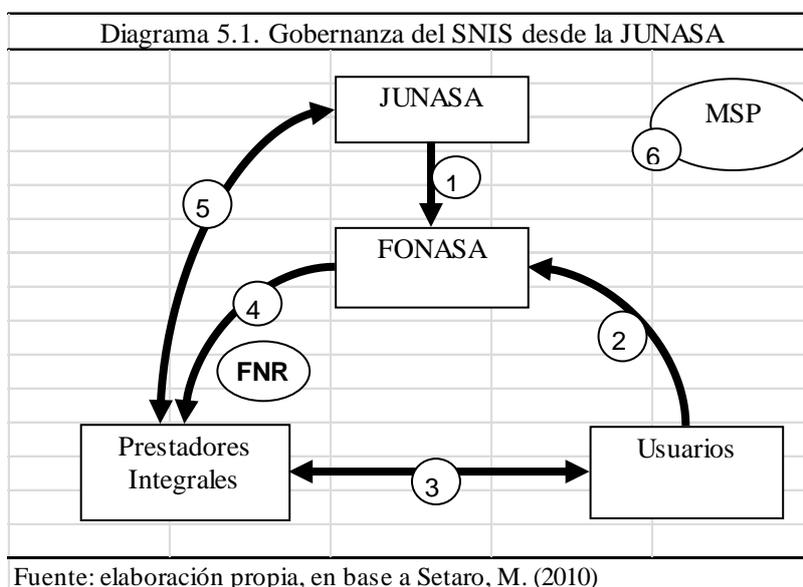
El esquema apunta a la transformación del modelo de atención avanzando en la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, en base a normativas que estimulan dichas estrategias. Para eso se establecen pagos adicionales por performance (Metas), ligado a metas de atención que deben ser cumplidas por el primer nivel de atención. El sistema apunta a nivelar la calidad y cantidad de las prestaciones a través de la definición taxativa del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), que se convierte en una garantía explícita y exigible ante la autoridad sanitaria.

La reforma también establece una verdadera política de Rectoría y Contralor, que tiene una de sus expresiones en la definición de contratos de gestión y su marco sancionatorio que define compromisos de las instituciones prestadoras con el cumplimiento de los programas sanitarios prioritarios, en el cual la JUNASA es un actor clave. La participación social se incorpora como un eje en la conducción de la reforma, con la participación de usuarios y trabajadores del SNIS en el nivel macro de la JUNASA y en el nivel micro de los Prestadores Privados y Públicos (Consejos Consultivos Asesores en los prestadores privados y participación en el Directorio de ASSE). (MSP, 2009: 67-68)

El nuevo esquema de Gobernanza en el SNIS

⁷ El artículo 22 de la 18211 prevé que aquellos usuarios amparados por el FONASA que deseen acceder a la prestación de un Seguro Privado Lucrativo podrán hacerlo. El Fondo pagará la cuota salud de beneficiario, siempre y cuando ésta no supere el monto de las aportaciones obrero-patronales que perciba por este usuario. Además, el FONASA descontará a los Seguros Privados, por concepto de gastos de administración, un 6% de la transferencia de la cuota.

En Setaro, M. (2010: 202-22) anticipábamos nuestra idea de que con la reforma de salud se configura un Estado de nuevo tipo. Es un Estado orientador del desarrollo del sector salud, que administra estratégicamente los incentivos económicos para la conducción del sistema, que está orientado por la universalización del derecho a la salud. El diagrama siguiente trata de mostrar la estructura, los pilares fundamentales, de este nuevo Estado Social para el sector salud.



En lo que respecta a su estructura institucional, el nuevo sistema se sustenta en los siguientes pilares (Ver diagrama). En primer lugar, el FONASA reúne los aportes económicos del Estado, empresas y familias. Los Usuarios del Fondo aportan según su capacidad contributiva y su estructura familiar (2). Los porcentajes van desde 3% hasta 8% de sus ingresos. Las Empresas y el Estado aportan un 5% por sus trabajadores en todos los casos. El Fondo paga (4) directamente a las instituciones de salud una cuota de salud ajustada por riesgo, por cada uno de sus beneficiarios, de manera independiente de lo que éstos aporten al Fondo. Finalmente, los usuarios eligen libremente el prestador de salud preferido para recibir atención (3).

En este esquema, el Fondo de Salud (FONASA) oficia como cajero, pagando a los Prestadores Integrales Cuotas de Salud ajustadas por riesgo, además del componente por Meta Asistencial (4). El Fondo recibe las órdenes de pago (1) de la JUNASA, que es quien asiste al Poder Ejecutivo para definir la estructura de las Cuotas y Metas en el SNIS. La JUNASA acuerda con los Prestadores Integrales un Contrato de Gestión, en el cual se establecen las obligaciones que serán monitoreadas por la Junta (5).

Esta modalidad contractual busca explicitar obligaciones, transparentar incentivos económicos y penalizaciones. Todo bajo una lógica que busca alentar el mejor desempeño de los prestadores, antes que ser un mero dispositivo de control y castigo. Se pretende con esto orientar la modificación de las prácticas asistenciales de las instituciones, generando estímulos para el logro de acciones que vayan en el sentido del nuevo modelo de atención sanitaria que se plantea el SNIS.

Dentro de este esquema debemos “insertar” al Fondo Nacional de Recursos (FNR), que es el organismo responsable de administrar el porcentaje de la capita correspondiente al financiamiento de las prestaciones de alta complejidad. El FNR es responsable de administrar los servicios y prestaciones de alta complejidad a los cuales tiene derecho de acceso todos habitantes del país.

En el esquema ideal, el Seguro Social de salud apunta a combinar justicia contributiva, eficacia sanitaria y eficiencia económica. Los individuos aportan según su capacidad contributiva (ver Tabla siguiente) y reciben atención según sus necesidades de salud. Además, el Fondo redistribuye los recursos financieros, desde los grupos de población con utilización baja de servicios de salud (menor riesgo), hacia otros grupos que deben hacer un uso más intensivo de los servicios (mayor riesgo). Los incentivos económicos, mediante las Cuotas de Salud y el pago de las Metas Asistenciales, buscan alentar la calidad y la eficiencia asistencial, mitigando las prácticas empresariales de selección de usuarios menos riesgosos.

Tabla. Tasas de aportación y derechos en el Seguro Nacional de Salud		
Cotizan al SNS	Tasas	Derechos que generan
Trabajadores con ingresos inferiores a 2,5 BPC	3%	Atención en salud para el trabajador, hijos y cónyuges, en el prestador público o privado que seleccionen. Las prestaciones son explícitas en el PIAS. El SNS genera derechos de por vida para el trabajador que se jubila. Los jubilados y pensionistas se incorporan progresivamente
Trabajadores con ingresos superiores a 2,5 BPC	3% + 1.5%	
Trabajadores con hijos a cargo que tienen ingresos superiores a 2,5 BPC	3% + 3%	
Trabajadores con Cónyuge o Concubino a cargo	3% + 3% + 2%	

Fuente: elaboración propia en base a ley 18211

La jerarquía democrática está presente dentro de este esquema que tiene fuertes rasgos de autorregulación corporativa. El Ministerio de Salud (6) tiene el rol de supervisión general de todo este esquema, de ejercer el comando democrático sobre el desarrollo del SNIS. Determina el PIAS que los prestadores deben brindar a los usuarios, negocia con el MEF los ajustes de las Cuotas de Salud y los niveles de aportes del Gobierno Central al SNS, aprueba los contratos y las metas que la JUNASA acuerda con los prestadores, entre otros.

La ley obliga al MSP a determinar el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), en el cual se definen las prestaciones y programas de salud prioritarios. Además, el MSP debe establecer la estructura de las Cuotas de Salud y las Metas Asistenciales. Se espera que estas tres herramientas tengan un especial impacto sobre la organización de los prestadores y sus estrategias asistenciales. La JUNASA, organismo desconcentrado del MSP, es el responsable de supervisar el funcionamiento de esos tres dispositivos.

El PIAS garantiza el acceso del ciudadano a los programas prioritarios y a las prestaciones de salud fundamentales. El hecho de que el PIAS sea un plan explícito

contribuye a instalar una lógica de derechos, de consecuencias muy relevantes para la conducta de los prestadores de salud. El ciudadano puede recurrir ante la autoridad sanitaria si un efector de salud no cumple con las prestaciones obligatorias en cuanto a calidad y oportunidad, tal cual deben estar definidas por el PIAS⁸.

El PIAS funciona como el elemento de cohesión de todo el sistema, ya que la ley lo define como el plan único y obligatorio para todos los prestadores de salud. En sentido estricto, es el elemento de cohesión de todos el SNIS, ya que están obligados a brindarla tanto los prestadores públicos como los privados. La ley 18211 establece la obligatoriedad del PIAS, que incluye el Formulario Terapéutico Médico (FTM) y las prestaciones de alta complejidad a cargo del FNR. La transferencia económica que realiza la JUNASA está determinada por la estructura del PIAS, por los servicios incluidos y sus costos.

Según el Banco Mundial (2012), el PIAS es la pieza que permite “suturar” todo el SNIS, al establecer el plan básico que todo ciudadano debe recibir, de parte de cualquiera de los prestadores del sistema. De allí que resulte vital la adecuada protocolización del PIAS, para garantizar la equidad en el acceso. Pero también es muy importante la adecuada administración de las incorporaciones de las prestaciones y su protocolización, porque eso luego se refleja en el precio de la Cuota de Salud, impactando directamente en la salud financiera de los prestadores de salud o del FONASA.

Tabla 2. Contenidos principales del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS)

Componente PIAS	Contenido	Regulación
1. Programas Nacionales de Salud	Modalidad provisión de servicios, según perfil sanitario de la población de referencia	MSP-Digesa
2. Catálogo de Prestaciones de baja y mediana complejidad	Listado de prestaciones médicas obligatorias	MSP-Digesa
3. Formulario Terapéutico de Medicamentos	Listado de medicamentos obligatorios	MSP-Digesa
4. Prestaciones de alta complejidad y alto costo	Listado de técnicas diagnósticas y de tratamiento de alta complejidad	MSP-FNR
5. Medicamentos de alto costo y alto impacto económico	Listado de prestaciones de medicamentos de alto costo y bajo uso	MSP-FNR
Fuente: elaboración propia, en base a BM (2012) y Molins, S. et al (2014)		

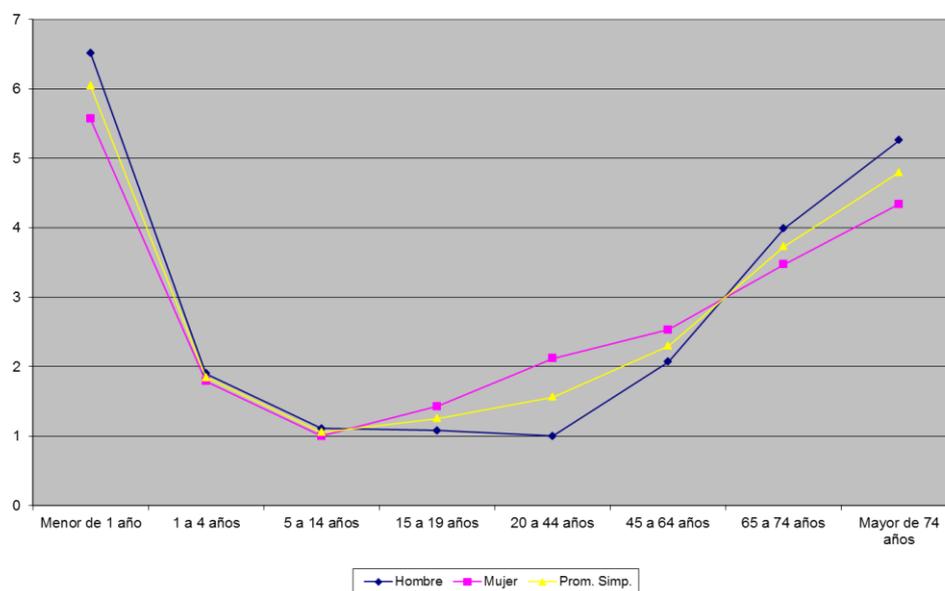
Por otra parte, tenemos la estructura de la Cuota de Salud, que tiene la virtud de transparentar los costos de atención esperados para diferentes grupos de población, diferenciados por edad y sexo⁹. Los grupos de mayor costo se concentran en los tramos de niños menores de 1 año y en los individuos mayores de 65 años. En 2009, un

⁸ La ley 18211 establece que el MSP y la JUNASA deben elaborar y publicar el Decreto que establece el PIAS. Además, los obliga a publicar los resultados asistenciales de las instituciones públicas y privadas, y el grado de cumplimiento de las Metas Asistenciales.

⁹ El sexo y la edad son principios básicos de diferenciación. La ley habilita a que el MSP pueda incorporar otros elementos asociados al riesgo asistencial, como ser las condiciones socioeconómicas o medioambientales en que viven los individuos.

prestador de salud recibe por un recién nacido unos 2500-2900 pesos mensuales, según el sexo, lo cual es casi el triple del valor de lo que recibiría por un adulto varón de 45-64 años (940\$). Esta estructura de pagos tiene como finalidad que los prestadores de salud no incurran en práctica de “selección de riesgos”. El gráfico siguiente muestra la estructura relativa de la cuota de salud, ajustada según riesgo¹⁰.

Gráfico 5.2. Estructura relativa de las cápitas del FONASA



El esquema de Cuota ajustada por riesgo establece incentivos fuertes a los prestadores para tener una política muy activa de promoción y prevención en salud en estos grupos de población. Los administradores de salud tienen ahora estímulos muy fuertes para mantener a la gente sana, porque eso evita los costos de la atención de la enfermedad. El nuevo esquema de cuota de salud supone un aliciente específico al desarrollo de la Atención Primaria en Salud. Además, contribuye a evitar el desfinanciamiento de los prestadores, al retribuir de manera diferencial, según los costos esperados de la atención de poblaciones con necesidades diferentes.

Por último, el componente Meta Asistencial está dirigido a establecer incentivos para el mejor desempeño asistencial de los prestadores que contratan con la JUNASA. Es decir, si la estructura de la Cuota de Salud no es un incentivo suficiente, la Meta puede corregir esa situación, asociando el pago al desempeño asistencial. En la primera etapa de la reforma, el MSP ha establecido sus prioridades en la salud Materno-infantil, el Adulto Mayor y las de capacitación del personal de salud y la definición de Médicos de Referencia. Todas estas acciones, además de la prioridad sanitaria, están fundamentadas en razón de su efecto esperado en el cambio de modelo de atención.

¹⁰ En Setaro y Koolhas (2008) hay una buena descripción del sesgo generacional, por sexo y territorio que establece el sistema de capítas. En los primeros dos casos resulta muy evidente en la lectura del gráfico. En el tercer caso, el sesgo territorial viene dado por que el FONASA paga una única cuota en todo el país, y la estructura de costos en el Interior es inferior a la de Montevideo.

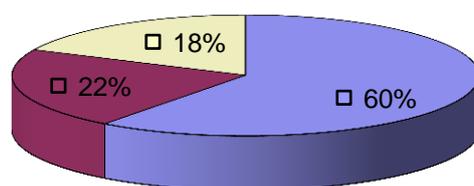
Tabla 5.14.
Metas en el Seguro Nacional de Salud, 2008-2012

Metas	Indicadores
Meta 1. Salud Materno Infantil	Captación del Recién Nacido
	Visita domiciliaria para nacidos de riesgo
	Controles en salud, de niños de un año según pauta
	Controles en salud, de niños de dos años según pauta
	Controles en salud, de niños de tres años según pauta
	Ecografía de Cadera
	Acreditación en BPA
	Control del Embarazo
	Historia clínica Perinatal básica completa
	Control de VDRL y HIV en el embarazo
Captación precoz del embarazo	
	Pesquisa de violencia doméstica
Meta 2.i. Estructura RRHH	Médicos Generales, Pediatras y Ginecólogos cada mil habitantes, en prestadores del SNS
Meta 2.ii. Capacitación	Programas de capacitación para trabajadores de salud en temas de: hipertensión, diabetes, tabaquismo y violencia doméstica
Meta 2.iii. Médico de Referencia	Población 15-19 y 45-64 años referenciada a Médico General de primer nivel de atención
Meta 3. Adulto Mayor	Usuarios mayores de 65 años captados en SNIS, con Carné del Adulto Mayor y controles de salud
Meta 4. Cargos Médicos Alta dedicación	Cargos médicos creados: General, Familiar, Pediatría, Gineco, Intensiva, Neonatología, Internista.

Fuente: MSP, (2009: 62-70); JUNASA (2012 y 2013)

La tabla 5.14 muestra en detalle la estructura de las Metas y sus indicadores de seguimiento. En 2008 se comenzó a aplicar la Meta 1 y la Meta 2.i. Las otras metas se comienzan a aplicar a partir de Julio de 2009. Al día de hoy, dentro de la meta 2 se mantiene vigente la meta número 2.iii. La JUNASA le paga a los prestadores integrales, según las actividades y resultados alcanzados. En caso de no cumplir la Meta, la Junta está habilitada a suspender, de forma total o parcial, el pago de este incentivo económico. El peso económico de la Meta es significativo en las finanzas de los prestadores, ya que representa algo así como el 10% del valor de la Cuota Salud promedio que paga la JUNASA. El gráfico siguiente muestra la estructura relativa, con el peso que tienen las cuatro metas en el esquema.

Gráfico 5.3. Estructura de la Meta Asistencial. 2009



■ Meta 1. Materno Infantil ■ Meta 2. Varios □ Meta 3. Adulto Mayor

De acuerdo a Buglioli, M., et al (2009), la metodología seguida para determinar el valor de las Cuotas Salud, consistió en determinar los costos de atención de los usuarios del sistema. Para ello se seleccionaron prestadores de salud, que reunían condiciones aceptables de eficiencia y calidad de información, estimando su costo asistencial por usuario. A partir de esta estimación de costos, surge una diferencia, entre el costo asistencial esperado, y el financiamiento que surge de las cotizaciones de estas poblaciones. Frente a este dato, las autoridades se plantean establecer un pago atado al cumplimiento de objetivos asistenciales, que operen como metas de desarrollo institucional de los prestadores de salud. (Buglioli, M., et al 2009: 57-69)

El mecanismo de metas, por su propio diseño, fija el estímulo a nivel de los gestores institucionales (nivel gerencial, la administración), quienes son responsables de “movilizar” a la institución en la búsqueda del resultado buscado. El mecanismo es interesante y novedoso, ya que la experiencia internacional está concentrada en la implementación de mecanismos de tipo P4P (Pay For Performance)¹¹.

Dentro de este esquema, resulta de gran interés analítico el diseño e implementación de la Meta Asistencial número 1. En su diseño podemos apreciar la orientación dirigida al cambio de modelo de atención. Las autoridades del MSP definieron, en primer lugar, una línea de base en cuanto a la actuación de los prestadores de salud respecto al Programa Nacional de Salud del Niño (PNSN). Esta actuación se define en términos de los controles obligatorios que establece el PNSN, sobre los cuales cada prestador del SNS determina su línea de desempeño base. El paso siguiente consiste en la determinación de una meta de mejora institucional por parte de los prestadores de salud, a través de un diálogo técnico y negociación entre prestadores y MSP¹².

¹¹ En realidad, la bibliografía se focaliza principalmente en la aplicación del P4P al personal de salud, con la idea de que los estímulos económicos debe estar lo más próximo posible a quienes proveen el servicio de salud. Un caso interesante es el Plan NACER de la República Argentina, que establece objetivos en salud Materno-infantil entre prestadores del sector público, y pagos asociado al cumplimiento de resultados

¹² Este procedimiento es muy interesante, porque procura preservar la autonomía de gestión de cada prestador, pero establece además un espacio para la negociación, que permita determinar un objetivo de mejora concreto. En sentido estricto, guarda una relación muy estrecha con las metodologías de mejora de la calidad de los procesos (TQM) y los procesos de Bench-Marking.

La JUNASA y los Contratos de Gestión

Los Contratos de Gestión, definidos por el artículo 15 de la 18211, establecen las obligaciones que los prestadores de salud se comprometen a realizar ante la JUNASA. Los Contratos establecen una serie de obligaciones para los prestadores de salud y beneficios para los usuarios del SNS, que son de naturaleza adicional a las que establece el PIAS. El Contrato de Gestión es un elemento clave en el funcionamiento del SNIS, porque en él se incluye el mecanismo de sanción ante incumplimiento de los prestadores de salud. Las obligaciones incluidas en el Contrato de Gestión pueden generar, en caso de incumplimiento de alguna cláusula, la aplicación de una sanción o penalización económica¹³.

Con el primer Contrato, los prestadores se obligan a brindar el PIAS, FTM y los programas de salud obligatorios (Decreto PE 464/008). Incluye el pago de las Cuotas Salud y las Metas Asistenciales. Establece los beneficios de todos los usuarios del SNIS, también define beneficios extra para usuarios del SNS. El Contrato tiene una duración de tres años, se puede prorrogar y también rescindir por las partes, pero esto implica la pérdida y redistribución de sus usuarios, hacia otros prestadores que contraten con JUNASA. Esta primera versión del Contrato tiene un carácter inaugural, de introducir a los prestadores en una nueva lógica. Con la excepción de las Metas Asistenciales, la implementación de esta primera herramienta fue relativamente “suave”. (Entrevistas Elites)

El último Contrato de Gestión aprobado por la JUNASA, por el Decreto PE 81/002, incorpora un nuevo enfoque a la relación con los prestadores. Se incorporan aspectos relacionados con dimensiones de la gestión institucional de los prestadores. Por ejemplo, referidos a la calidad de la atención y seguridad del paciente. El prestador se compromete a instalar los siguientes dispositivos internos: Comité de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina COSEPA; Comité de infecciones hospitalarias; Comité de Gestión de Residuos Hospitalarios; Estrategia de Cirugía Segura.

Además, el último Contrato de Gestión incorpora una diversidad de nuevos dispositivos. Se constituye un grupo de trabajo para el seguimiento de los ajustes de Cuotas Salud en el sector, y para analizar la evolución de la incorporación de jubilados y su impacto en la situación financiera, integrado por: 2 MSP, 2 MEF, 2 IAMC y 1 FEMI. También se conforma una Comisión Asesora de Metas Asistenciales, que entenderá en la revisión, actualización o renovación de metas asistenciales, integrada por: 5 del MSP, 3 IAMC (1 es FEMI) y 1 ASSE.

Se acuerda un proceso de modificación del PIAS, estableciendo un procedimiento técnico para la consulta a las instituciones de salud, que se realizará sobre la base de una propuesta fundamentada técnicamente por la JUNASA, con estudios de financiamiento realizados por el MSP y el MEF. También se acuerda un procedimiento para modificación del FTM, delimitando las responsabilidades de la Comisión Asesora del FTM. En el caso de Medicamentos de alto costo, se estará a lo que define el Decreto 4/010, que le asigna la mayor carga de responsabilidad al FNR.

¹³ Este procedimiento está reglamentado por Decreto 464/008 del Poder Ejecutivo. Las sanciones van desde una simple observación, retención de los montos de las Cuotas Salud, hasta la propia expulsión del prestador y ruptura de su vínculo con el FONASA, lo cual le implicaría perder a todos sus asegurados..

El proceso de negociación de este Contrato provoca la introducción de un mecanismo nuevo para el financiamiento de proyectos de inversión. El sistema consiste en la introducción de una sobre-cuota de inversión, de hasta el 3% del valor de las cuotas salud que ingresan a las instituciones. Los proyectos serán presentados por las instituciones ante la JUNASA, para ser evaluados por el MSP y el MEF en cuanto a su factibilidad asistencial¹⁴ y económico-financiera. La ley 18922 de 2012, en su artículo 17, establece el marco general de este sistema. El Poder Ejecutivo prevé un fondo máximo de unos 90 millones de dólares, para financiar proyectos a ser ejecutados en 2013-2014, Los proyectos de inversión deberán ser financiados en un 30% por recursos propios de las instituciones.

Como podemos ver, en términos comparativos, podemos ver que el segundo Contrato de Gestión se introduce de lleno en los aspectos micro de las instituciones de salud. Hay una actitud mucho más intervencionista del Estado sobre la gestión de los Prestadores del SNIS. Pero, en contrapartida, también hay un involucramiento mayor de los Prestadores de Salud en los procesos críticos de Gobernanza del Sistema, que comienzan a participar en los grupos técnicos relacionados con la determinación de las Cuotas de Salud, PIAS y el FTM. Jerarquía y participación social se mixturán, en un proceso de conducción que podríamos caracterizar de “coproducción regulatoria”.

El control del circuito de producción de salud

Ejercer el control del cumplimiento de metas y objetivos resulta una función crítica, si se pretende que el nuevo sistema logre un cambio verdadero. Es por eso que el Ministerio crea en 2008 la División de Fiscalización Sanitaria mediante el Decreto 433/008. Esta repartición tiene como competencias la inspección de todo establecimiento que fabrique, almacene, distribuya o entregue bienes de consumo que incidan en la salud humana. También tiene la inspección de todos los prestadores de servicios dirigidos a la atención en salud en su funcionamiento y sus posibles riesgos de todo tipo. A dichas competencias también se le suma un constante seguimiento de todas los establecimientos y prestadores, y son responsables del contralor del cumplimiento de las Metas Asistenciales del SNIS. (Rébora Dumestre, M., 2014: 35-39)

De acuerdo a Rébora Dumestre, M., (2014) el proceso de creación de esta división fue realizado bajo el asesoramiento de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y la Oficina Nacional de Servicio Civil. Los lineamientos de la reestructura fueron los establecidos por la Presidencia de la República en el documento “Transformación Democrática del Estado”, que guiaron el proceso 2005-2010. El proceso de reforma se inspiró fuertemente en la experiencia de la Dirección General Impositiva, que acompañó al proceso de implantación del Impuesto a la Renta en 2007¹⁵.

¹⁴ La reglamentación de esta norma establece que se deberá considerar muy especialmente la existencia de proyectos de complementación asistencial en la formulación de estos proyectos. Entonces, este fondo crea una herramienta muy potente (dinero público) para fomentar la “complementación cooperativa” entre prestadores de salud privados y públicos.

¹⁵ El proceso preveía un sistema de alta dedicación e incompatibilidades similar al de los Fiscales que se desempeñan en la DGI. Pero el proyecto del MSP debió moderarse un tanto, en función de las limitaciones financieras para establecer un régimen similar en el MSP.

Los Fiscalizadores ingresan a la administración mediante concurso. Tienen un régimen de alta dedicación horaria, capacitación permanente, e incompatibilidades de trabajo u asesoramiento con el sector privado. Los Fiscales perciben su remuneración asociada a un Compromiso de Gestión, al cual se asocia un salario base y una remuneración variable que se vincula con el cumplimiento de metas individuales y colectivas.

Toda la información presentada sobre metas asistenciales se registra en las Historias Clínicas, documentos que luego son auditados por Fiscalización. Para la auditoria se selecciona la historia clínica del mes que se va a auditar para ver si la información corresponde a los resultados presentados. En caso de encontrarse alguna omisión, falla o error en la información declarada por la meta, que no sea consistente con la información contenida en las historias clínicas, el ministerio puede aplicar deducciones financieras como forma de sanción.

La participación social en la Gobernanza del sistema

El SNIS le asigna un rol fundamental a la participación social para el ejercicio del control sobre este esquema de política pública. De alguna forma, esto puede ser visto como un nuevo circuito de control y gobierno sobre el sistema de salud.

La reforma incorpora la participación de usuarios, trabajadores y gestores de servicios de salud, en diversos ámbitos de gestión del sistema. Se configura una arena participativa para la formulación y, muy especialmente, el control de la política de servicios de salud. La tabla siguiente muestra la diversidad de ámbitos institucionales de participación, que se generaron desde la asunción del Frente Amplio, y en particular con la reforma de salud. Todos estos dispositivos tienen un impacto directo en la configuración de la política de salud.

Como podemos ver, se introduce la participación de los principales actores sociales en todos los procesos relevantes del funcionamiento del SNIS. No solo en la JUNASA, que es muy importante, sino en una diversidad de espacios, que van generando toda una capilaridad social en el proceso de elaboración de políticas. La participación puede enfocarse hacia el control de las políticas, pero la propia participación en los ámbitos de dirección, ofrece a los actores la oportunidad de incidir en la propia formulación de las políticas. Se estaría planteando un esquema de *autonomía articulada* (Evans, P., 2007), en el cual los políticos, técnicos estatales y organizaciones representativas, participan activamente en la formulación de políticas. Se genera capacidad de conducción sectorial, en el relacionamiento con la sociedad para la definición de objetivos generales.

Tabla. Ámbitos de participación social en el SNIS

Ámbito	Actores	Observaciones
Consejo de Salarios-Sector Privado *	MTSS, MEF, Trabajadores privados, Empresarios (MSP)	Según el sector regulado, se suman otros ministerios, como por ejemplo el MSP en la negociación del Laudo del Sector salud.
Consejo de Salarios-Sector Público *	MTSS, MEF, OPP, ONSC, Trabajadores estatales (MSP-ASSE)	En el sector salud, ASSE, está adquiriendo lentamente especificidad dentro de esta negociación general.
Consejo Consultivo para implementación del SNIS	MSP, UDELAR, BPS, Consejo de Intendentes, Trabajadores, Usuarios, Empresarios, etc.	De suma importancia para la negociación de las leyes de reforma, en la actualidad ha perdido relevancia como ámbito negociador.
Directorio JUNASA	MSP, MEF, BPS, Usuarios, Trabajadores y Gestores del sector salud	Ejercen la administración del Seguro Nacional de Salud. La representación de los trabajadores corresponde a la Central de trabajadores, los médicos como cuerpo reclaman participación en este ámbito.
Directorio de ASSE	2 integrantes del Poder Ejecutivo, 1 integrante de la Oposición + Usuarios y Trabajadores	Sociales integran el directorio y participan de las decisiones de la empresa ASSE. La representación de los trabajadores corresponde a la Central de trabajadores. Los médicos como cuerpo reclaman participación en este ámbito.
Consejos Honorarios Departamentales	Director Departamental de Salud-Intendencia-Actores sector salud local: usuarios, trabajadores no médicos y gremios Médicos	Supervisan la implementación del SNIS a nivel Departamental, se articulan a nivel nacional con el MSP y la JUNASA. Médicos logran incorporarse en este ámbito.
Consejos Consultivos de las IAMC	Usuarios, Trabajadores y Gestores de las IAMC	Fiscalizan el correcto funcionamiento de las IAMC, denunciando desvíos ante el MSP.
Consejos Consultivos de ASSE	Usuarios y Trabajadores	Pendiente de reglamentación, aunque existen varios organizados en diversos lugares
Comités de Bioética	Técnicos, trabajadores y usuarios de la institución de salud	Entender y asesorar en aquellos procesos que implique valoraciones desde el campo de la bioética
Comités de Seguridad del Paciente	Técnicos, trabajadores y usuarios de la institución	Entender y asesorar en todos aquellos aspectos que hacen a la seguridad de los procesos de atención en salud

Fuente: elaboración propia. (*) Corresponde a la política de relaciones laborales que promovió el gobierno desde el MTSS, que impacta directamente sobre la política de salud.

Financiamiento de inversiones en infraestructura y tecnología

La ley 18922 de 2012 crea un nuevo esquema para el financiamiento de los proyectos de inversión en infraestructura y grandes tecnologías, de acuerdo a los lineamientos sanitarios que establezca el MSP. El Decreto 427 de Diciembre de 2012 establece los mecanismos para que las instituciones puedan acceder a este fondo financiado con recursos públicos, además de indicar que todos los nuevos proyectos deberán estar orientados hacia el cambio de modelo de atención y la complementación asistencial.

En principio, este fondo no es de naturaleza permanente, ya que el Poder Ejecutivo destina una partida única que ronda los 90 millones de dólares a ejecutar en dos años. Ese fondo debe ser complementado con recursos de las IAMC (en un 30% adicional), y es percibido como un adicional sobre cada cuota que la institución percibe del FONASA (entorno 3,2% adicional). En la medida de que los recursos de las IAMC pasan a estar concentrados en los aportes del FONASA, es razonable pensar que este mecanismo se convierta en permanente.

Este fondo de inversiones se agrega al esquema montado por la ley 18439 de Diciembre de 2008, que creó el “*Fondo de Garantía para la Reestructuración de pasivos de las IAMC*”. Éste es uno de los instrumentos clave en el diseño global de la reforma de salud. Este fondo permite establecer los mecanismos para superar los efectos de la crisis económico-financiera del sector, generado por el endeudamiento masivo de las IAMC. Permite a las IAMC cumplir con sus compromisos financieros y asistenciales, reduciendo el riesgo de caer en insolvencia y sufrir el cierre por bancarota.

Tabla. SINTESIS: los nuevos dispositivos institucionales de Gobernanza

Dispositivo institucional			El efecto esperado
Seguro	Nacional	de	Establece un mecanismo obligatorio para el financiamiento obligatorio del sistema de salud, facilitando la redistribución entre las poblaciones comprendidas en el Fondo.
Fondo Nacional de Salud			Centraliza en el Estado el financiamiento del sector salud, ampliando la conducción económica del Estado sobre el sector
Administración de Servicios de Salud del Estado-RIEPS		de	Determina el estándar de base en términos de la calidad de los servicios de salud que se deben brindar en el SNIS. Asiste a la población no incorporada al SNS. Lidera la construcción de la red pública y la complementación
Cápitales ajustadas por riesgo		por	Se evita que los prestadores seleccionen riesgos. Los prestadores redistribuyen sus recursos hacia la asistencia de los grupos de población priorizados por la cápita.
PIAS			Establece la forma de acceso a las prestaciones de salud, atención médica, servicios diagnósticos, medicamentos, alta tecnología, entre otros.
Metas Asistenciales			Refuerza o corrige el efecto de las cápitales, al establecer un pago por actividades priorizadas, pautadas por programas de salud.
Programas de Salud			Establece normas referidas a las formas de organizar la atención en salud de la población: promoción, prevención, diagnóstico, asistencia, rehabilitación, etc.

Contrato de Gestión	Establece como obligaciones adicionales, además de las Metas y los Programas de Salud. Explicita El mecanismo de sanción administrativa o económica ante incumplimientos de los prestadores
Participación Social	Trabajadores y Usuarios de servicios de salud participan en el comando y el control del SNIS, provocando un reequilibrio entre el poder de médicos, administradores, empresas, etc.
Fondo mutuales	Inversiones Financiamiento para proyectos de infraestructura
Fondo de Reversión	Establece un mecanismo alternativo para acceder a financiamiento de proyectos de reversión de las instituciones de salud
Colegio Médico	Fortalece la autorregulación profesional médica, separando al gremio de la función de administrar un prestador (CASMU)
Junta Nacional de Salud	Articulación de los principales actores instituciones y sociales: MSP, MEF, BPS, Prestadores, Trabajadores y Usuarios. Administra el SNS y desarrolla la conducción del SNIS.

Fuente: elaboración propia en base a leyes de reforma.

4. Conclusión: emerge un nuevo tipo de Estado Social

En este artículo tratamos de mostrar la emergencia de un nuevo tipo de Estado Social, con un esquema novedoso de Gobernanza sobre el sistema de salud. En primer lugar, por la propia estructura mixta del nuevo sistema, que combina elementos de propios de SHI y NHS, que buscan potenciar la equidad y la eficiencia del sistema de salud.

En el balance teórico, la reforma se presenta como un producto mixto, en el cual se combinan diferentes institutos. Si bien aprecia un claro avance en términos de vocación desmercantilizadora, de universalización de derechos, el SNIS combina elementos de NHS y SHI. En realidad, como podemos ver en la tabla siguiente, el sistema uruguayo toma elementos de cada uno de esos dos modelos ideales de SHI y NHS.

	SHI	NHS	ES
Provisión	Privada y Social	Pública	Pública, Social y Privada
Financiamiento	Seguridad Social	Impuestos	Seguridad Social e Impuestos
Mecanismos de asignación de recursos	Multifondos	Fondo público único	FONASA y Presupuesto
Beneficios	De acuerdo al Fondo. Niveles altos	Homogéneos. Diferencias territoriales según disponibilidad	Diferencias de calidad territorial y público-privado
Médicos Generales	SI. No GK	SI. Contratados por NHS. Si GK	NO. No GK (en proceso de implementación)
Plan de	SI	NO	SI

Beneficios definido				
Capacidad para determinar prioridades asistenciales	Baja	Alta. Gran poder Ministerio de Salud	Media. MSP	
Pago por Resultados (P4P)	Profesionales de la salud	Profesionales de la salud	Profesionales de la salud/ Prestadores de servicios	

Fuente: elaboración propia, en base a Setaro, M (2013)

Esta nueva institucionalidad estatal, está marcando un renovado rol conductor del Estado en el sector salud. Al igual que otros estados que han jugado papeles determinantes en la transformación productiva sectorial, aquí tenemos también el rol de un aparato estatal que trata de conducir la reestructuración productiva y el desarrollo sectorial. Para ello apuesta a la misma fórmula: alta competencia técnica en el aparato burocrático estatal, que se combina con una interfase especial con los actores relevantes de este sector productivo.

En este nuevo esquema aparece la JUNASA como responsable de administrar el Seguro de Salud y de definir los dispositivos contractuales mediante los cuales se compromete a los prestadores del SNIS a cumplir con las Metas Asistenciales y otras obligaciones. La Junta vigila el cumplimiento de las obligaciones asistenciales, verifica el cumplimiento, y emite las órdenes de pago con cargo al FONASA. Es un esquema de Gobernanza por Contratos, que apunta a la mejora progresiva de la calidad de la asistencia y al cambio del modelo de atención, mediante la fijación de metas y la administración de premios y castigos.

Desde nuestra perspectiva, este nuevo esquema de incentivos genera un tipo de Estado diferente. Es un Estado que fija metas de desempeño sectoriales, que luego audita y fiscaliza, aprobando o negando el pago de premios económicos a los prestadores. Es un Estado para la performance, que alienta y premia la mejora del rendimiento de las organizaciones, en función del cumplimiento de objetivos sanitarios establecidos. Es un nuevo formato estatal, que lidera la transformación del modelo de atención en salud a través de la administración de incentivos económicos al desempeño, pero también mediante la participación y el control social sobre el funcionamiento del sistema.

Este nuevo Estado implica una importante reconfiguración de la relación entre lo estatal, lo social y lo privado lucrativo. Es un Estado que oficia como Rector en el proceso de implementación y desarrollo del sistema de salud, es un estado *con rasgos desarrollistas*. El Estado, gana peso en la conducción del sistema por su incidencia en la administración de los recursos económicos. Hay un claro redimensionamiento político, con mayor presencia del Estado, de las esferas técnicas del Ministerio de Salud y de la Sociedad Civil, en el nuevo proceso regulatorio.

En síntesis, además del nuevo diseño institucional del sector, se aprecian cambios en la estructura y el desempeño de los servicios de atención en salud. Las estructuras de los servicios de salud no son inmunes a los cambios introducidos por la reforma de salud. Recientemente han surgido interesantes estudios sobre la relación entre las Metas Asistenciales y el cambio de modelo de atención y gestión en las instituciones de salud,

que hacen foco en la capacidad regulatoria y fiscalizadora del Estado (Aguerregoyen, L. 2013; Rébori Dumestre, M., 2014). La evidencia que aportan estos estudios indica la existencia de un impacto concreto de las metas sobre la estructura y el funcionamiento de las IAMC.

Bibliografía citada

Aguerregoyen L. (2013). MAs SALUD. Los efectos de las Metas Asistenciales y su relación con el cambio de modelo de atención de salud. Monografía final de grado en Ciencia Política. UDELAR-FCS-ICP. Uruguay

Banco Mundial (2012) Gobernanza y servicios de salud: políticas de gestión performance en el sector salud en la región de América Latina y el Caribe. Estudio de caso Uruguay. Informe final. Uruguay

BID (1996) Progreso económico y social en América Latina. Informe 1996: Como organizar con éxito los servicios sociales. Banco Interamericano de Desarrollo. EUA.

Buglioli, M., Dean, A., Esponda, F., Raffaele, E., (2009) El pago de los servicios de salud por parte del Seguro Nacional de Salud. En: MSP (2009) Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Páginas 48-71. Uruguay.

CEPAL (2006) La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. ONU-CEPAL. Chile.

Esping-Andersen, G. (1993) Los tres mundos del Estado de Bienestar. Edición Alfons El Magnanim. Valencia. España.

Esping-Andersen, G. (2000) Fundamentos sociales de la economías postindustriales. Editorial Ariel. España.

Docteur, E. and H. Oxley (2003), "Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience", *OECD Health Working Papers*, No. 9, OECD Publishing.
Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.1787/865047648066>

Fleury, S. (2000). Remodelando los servicios de salud en América Latina. Un análisis comparativo de la reforma en México, Argentina y Brasil. IRDC-CIID.

Londoño, J.L., Frenk, J., (1997). Pluralismo Estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento de trabajo número 353. EUA.

Mesa-Lago, C. (2008). Reassembling Social Security. A Survey of pensions and healthcare reforms in Latin America. Oxford Press. EUA.

Rébori Dumestre, M. (2014). Nuevos paradigmas de construcción institucional del Estado. Análisis de la política pública metas asistenciales en el marco del Sistema Nacional de Salud. Monografía final de grado en Ciencia Política. UDELAR-FCS-ICP. Uruguay

Setaro, M., (2010). "La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y el nuevo Estado para la performance". En Narbondo, P., y Mancebo, M.E., (Coord.). Reforma del

Estado y políticas pública de la Administración Vázquez: acumulaciones, conflictos y desafíos. Fin de Siglo-CLACSO-ICP. Uruguay

Terris, M. (1980) Tres sistemas mundiales de atención médica. CUADERNOS MÉDICO SOCIALES N° 14. Argentina. Disponible en:
<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/regionsanitaria6/files/2012/05/MedicinaSanitaria5.pdf>

Titmuss, R. (1974) What is Social Policy? Contenido en: Leibfried, S., Mau, S., (2008) Welfare States: Construction, Deconstruction, Reconstruction. Volume I. An Elgar Reference Collection. USA.



Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Uruguay