

Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales
Instituto de Ciencia Política

***“LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN
EL PRIMER GOBIERNO DE IZQUIERDA EN
LA HISTORIA DEL URUGUAY”***

LOS DESAFIOS DEL CAMBIO

Tutora: **Carmen Midaglia**

Autor: **Marcelo Pérez**

Montevideo, Febrero de 2009

Índice

I- Presentación	Pág. 3
II- Marco Conceptual	
II.1. “La reforma del estado, de las Políticas Públicas Sociales, de la Salud: ¿Cambio estructural de primer orden o simple recalibración?”.....	Pág. 6
II.2. “Reforma del Estado, políticas sociales en Latinoamérica neo-liberal y ¿después?...”.....	Pág. 13
II.3. “Política Pública de Salud, modelos de entendimiento y dimensiones para el análisis de la ‘reforma a la uruguaya’...”.....	Pág. 18
III- Descripción analítica de la Reforma del Sistema de Salud.	
III.1. Introducción a la Reforma.....	Pág. 24
III.2. Escenario: “la coyuntura política...”.....	Pág. 25
III.3. Dimensionando el sistema de salud: “crónica de un cambio anunciado y traumático...”.....	Pág. 26
III.4. La reforma vista desde otros esquemas.....	Pág. 38
III.5. Conclusiones del Capítulo.....	Pág. 39
IV- Descripción analítica de la arena corporativa: los actores de la salud	Pág. 42
IV.1. Los actores del sistema de salud: “entre el corporativismo y la vida...”.....	Pág. 43
IV.2. Los actores la Reforma: mapeando posiciones.....	Pág. 51
V- Consideraciones Finales	Pág. 52
VI- Bibliografía Consultada	Pág. 58
VII- Fuentes Documentales.....	Pág. 61
VIII- Prensa utilizada para el análisis.....	Pág. 62
Anexo	Pág. 63

I- Presentación

El presente trabajo, constituye la monografía final de grado de la Licenciatura en Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

El mismo, aborda la **Reforma del Sistema de Salud (RSS)** que se está instrumentando en nuestro país y tiene como resultante la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En tal sentido, la **presente monografía** tiene como **objetivo general comprender cuales son las características de dicha reforma y donde residen los apoyos y los vetos tanto actuales como a futuro¹**.

La RSS encuentra un escenario único, a nuestro entender, debido a que es la primera vez en la historia del Uruguay que la izquierda llega al gobierno nacional, tras ganar las elecciones el Frente Amplio en Octubre del año 2004. Gobierno que al haber ganado en primera vuelta, cuenta a su vez con mayorías en el parlamento. A esto se le suma, un creciente desarrollo de la sindicalización y de otras organizaciones sociales fuertes², que muestran cercanías ideológicas con muchas de las propuestas políticas del Frente Amplio, lo cual nos presenta un escenario que avizora grandes “chances” de avanzar en la reforma planteada.

Esta reforma está integrada a un abanico de reformas estructurales y políticas de gran impacto que fueron priorizadas en la agenda de la izquierda para este periodo de gobierno (2005-2010). Entre dichas apuestas, podemos enumerar: la reforma tributaria, las que refieren a los derechos laborales y re-instalación de la negociación colectiva, la ley de educación, la transformación democrática del Estado, así como a otras políticas sociales de gran envergadura como el Plan de Emergencia y en la actualidad el Plan de Equidad.

Los sistemas de salud han estado, desde hace décadas, en boga respecto al ensayo de reformas al igual que el resto de los componentes de los regímenes de bienestar. La salud junto al resto de políticas de protección social, son un componente estructurante de los distintos Estados de Bienestar.

En nuestro país, cabe señalar que, el sector salud, no ha tenido en su historia modificaciones de gran porte dentro de los periodos democráticos. El proceso histórico, mostró que los cambios en las políticas de salud se han dado principalmente en periodos

¹ Creemos interesante emprender esta apuesta por varios factores que están interconectados por dimensiones tanto contextuales, históricas como sociales que atraviesan el cambio en la política pública de salud. Sumado a esto, está nuestro interés personal, que tiene como origen proceder de una familia de trabajadores del sector salud, como además canalizar y dar curso a esfuerzos realizados en la temática durante la enseñanza de grado. Así también el presente, nos posibilita vincular esta apuesta con las experiencias de extensión universitaria de las cuales formé parte e intentaron (entre otras cosas) intervenir sobre problemáticas significativas las cuales en parte estaban asociadas a las dificultades del sistema de salud todo y del Estado en particular a la hora de asegurar este derecho humano a todas las personas.

² Entre ellas podemos ubicar a algunas históricas como FUCVAM y otras más recientes en el tiempo como el Movimiento de Usuarios de Salud Pública y Privada (MUSPP).

dictatoriales, ejemplo de ello es la creación del Ministerio de Salud Pública en 1934 (bajo la dictadura de Terra).

Tras la reapertura democrática y hasta la llegada al gobierno del Frente Amplio, como señala Setaro (2004: 7), “en estos últimos 20 años han existido múltiples transformaciones, pero el ritmo y la ausencia de un liderazgo sectorial definido, nos hacen etiquetar a ese proceso como amortiguado”.

Esto está emparentado con muchos factores constitutivos como ser: a)- la heterogeneidad de actores con intereses en el sector; b)- la configuración institucional de la provisión de servicios, con un fuerte sector social que encuentra las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC) y un relevante sub sector público que cuenta como principal proveedor con la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y otros múltiples actores dispersos; c)- problemas de rectoría o conducción de la política sectorial; d)- una orientación que ha promovido una lógica “curativa” y de alta especialidad, que lo alejan de centrar al sistema en la estrategia de APS como se recomienda por los organismos de referencia; e)- grandes problemas cíclicos de financiamiento.

La magnitud de la reforma de salud, implica un cambio en la política social y una transformación en un área muy sensible para la población toda.

Reforma que no ha sido fácil de lograr en la historia de nuestro régimen de bienestar y que hoy se está implementando, en una arena de poder fuertemente marcada por grandes poderes corporativos (en particular las gremiales médicas), que han marcado el *timing* en muchos de los intentos de reformas anteriores (como por ejemplo el Proyecto del Ministro Solari) y pueden presentar resistencia en la consolidación del nuevo SNIS.

Esto conlleva a que asumamos un acercamiento a los aspectos de la reforma y a las coincidencias que los distintos actores políticos y sociales, manifiestan respecto a la misma.

Como ya se indicó en párrafos anteriores, el objetivo de este trabajo es analizar la reforma salud promovida por la coalición de izquierda, tomando en cuenta las iniciativas de transformación proyectada históricamente por esa fuerza política, la formulación del proyecto actual y las posiciones de los actores del sector en tal sentido. En este marco, se intentará dar cuenta de la gama de intereses que operan en la salud, así como cuales son las estrategias de acción (tanto de apoyo como de veto) respecto a la reforma. Este trabajo pretende ser un aporte al entendimiento sustantivo del proceso de reforma que está en curso, al tiempo que permita plantear potenciales escenarios a ser abordados por otros trabajos al respecto, que incluso pueden asumir un carácter más explicativo.

Interesa destacar que el estudio es de tipo descriptivo-analítico, orientado por un conjunto de dimensiones teórico conceptuales que plantean los diferentes enfoques de reformas de políticas públicas. Nos basamos para ello, además de la revisión de

bibliografía, en el análisis de fuentes secundarias: documentos referenciados producidos tanto por actores políticos como sociales del sector, y el estudio desde Junio de 2004 a Setiembre de 2007 de la prensa escrita nacional que refiere al tema (ubicando dentro de las mismas tanto diarios como semanarios).

En este trabajo, comenzaremos el **capítulo II** realizando un recorrido teórico respecto a la reforma de los Estados de bienestar en general, tratando de ver diferentes características de los tipos de regímenes de bienestar y como son los procesos de reforma que en ellos se dan. Posteriormente, nos preguntamos por las características de los Estados de bienestar en América Latina y nuestro país, para luego avanzar en las políticas públicas de salud de estos regímenes, que nos permitan plantearnos modelos y dimensiones para el análisis que vamos a llevar a cabo.

En el **capítulo III**, realizaremos una descripción de la reforma de salud en su conjunto. Para ello, realizaremos una presentación de lo que implica un *sistema de salud* y el *cambio de modelo* que lo orienta, así como también esbozaremos las dimensiones-funciones que guían el análisis de la política pública en nuestro trabajo (provisión, generación de recursos institucionales, financiación, rectoría y orientación de la misma) y su relación con los modelos de salud. A su vez, desarrollaremos una combinación analítica que pone en juego la propuesta original del Frente Amplio como impulsor de la reforma, describiendo la situación del sistema de salud pre reforma a través de las dimensiones antes mencionadas, para luego valorar, a partir de las herramientas utilizadas para implementar los cambios, cuales fueron los conflictos y como quedó constituido el SNIS en sus diversas aristas.

En el **IV capítulo**, abordaremos la arena de intereses en el área de la salud, realizando una descripción de cada actor de relevancia, dando cuenta de sus características generales, sus posiciones respecto a la reforma (en caso de tenerla), cual fue en la implantación de la reforma su posición y los potenciales desafíos que estos actores plantean al SNIS en su consolidación. Hacemos especial hincapié por su peso, en las corporaciones médicas, donde tratamos de entender las lógicas corporativas así como las políticas partidarias que confluyen en las mismas.

Finalizaremos el capítulo, con un mapeo donde representamos a los distintos actores y su posición respecto a la reforma, a partir de la descripción antes efectuada.

En el **último capítulo**, plantearemos algunas reflexiones que surgen del trabajo, al tiempo que intentaremos enunciar algunas posibles líneas que podrían ser asumidas en posteriores trabajos. Se enunciarán además algunos de los desafíos que desde una perspectiva amplia, debería abordar la reforma para generar, más que un cambio político, una transformación cultural.

II- Marco conceptual

II.1 “La reforma del estado, de las Políticas Públicas Sociales, de la Salud”: ¿Cambio estructural de primer orden o simple recalibración?”

Para entender la Reforma del Sistema de Salud (RSS) es necesario realizar un recorrido conceptual por los procesos de Reforma del Estado en general y de esta manera es que podemos enmarcar la actual iniciativa sectorial que se instrumenta en nuestro país.

Los Estados de Bienestar³ en la actualidad y desde hace más de dos décadas, han tenido que abordar procesos de reformas que permitan enfrentar sus problemas de sustentabilidad en general (financiación, modernización institucional, entre otros) y así como dar respuestas a las realidades de las sociedades capitalistas contemporáneas. Estas sociedades, viven importantes transformaciones económicas y sociales, entre las cuales podemos destacar: la internacionalización financiera, en particular la situación cada vez más precaria de algunos trabajadores con bajo nivel educativo en un escenario de creciente utilización de la tecnología; el problema del envejecimiento y la baja fecundidad; familias con una configuración distinta a las tradicionales (con hogares monoparentales, por ejemplo). Estos elementos sumados a una mayor esperanza de vida, contribuyen a una gran demanda de servicios sociales.

En relación a la reforma de dichos Estados, el debate ubica entre sus aportes principales el de Gosta Esping-Andersen y el de Paúl Pierson, quienes son referencia en la literatura científica sobre el “*Welfare State*”.

Esping-Andersen (1993) plantea que las reformas del Estado en las sociedades capitalistas contemporáneas se desarrollan en claves de “regímenes” de Bienestar. Hablar de un ‘régimen’, según este autor, “denota el hecho de que, en la relación entre el Estado y la economía, están entremezclados sistemáticamente un complejo de rasgos legales y organizativos” (Esping-Andersen, 1993: 18).

Regímenes que ofician de gestores y organizadores de la economía, los cuales se distinguen entre sí de acuerdo con la distribución de responsabilidades sociales entre Estado, Mercado, Familia y ONG’S.

El autor establece, en su trabajo referido a los países desarrollados, que existen tres tipos de **regímenes de bienestar** (“*tres mundos del capitalismo de bienestar*”) con su propia lógica organizativa, su estratificación e integración social. Estos tres tipos son: **liberal**, integrado por países anglosajones, donde se coloca el acento en un Estado mínimo o residual, que apunta a la focalización en su intervención dirigida a las personas de menores

³ Una definición que aparece en distintos autores respecto al Estado de Bienestar, establece que el mismo implica una responsabilidad estatal para asegurar mínimos básicos de protección social para sus ciudadanos.

recursos y que promueva al mercado como actor central de los servicios sociales; **conservador**, integrado por la mayoría de los países de Europa Occidental, donde el Estado es de tipo corporativo y se caracteriza por tener un sistema de seguridad social vinculado al empleo (dando cobertura sobre todos a los varones) y por su dependencia del cuidado familiar (principio católico de subsidiariedad), tiende a conservar el statu quo; y el **socialdemócrata**, integrado por los Estados de Bienestar típicos de Escandinavia que ofrecen cobertura universal, cuyo objetivo manifiesto siempre ha sido el de tender a excluir al mercado de la prestación de servicios sociales⁴.

El avance de los Regímenes de Bienestar, para Esping-Andersen, debe ser analizado desde la lógica de los derechos sociales, en términos de sus capacidades para la **desmercantilización**. En tal sentido, el “criterio relevante para los derechos sociales, debe ser el grado en que éstos permiten a la gente que sus niveles de vida sean independientes de las puras fuerzas del mercado”. (Esping- Andersen, 1993:20).

Estos Estados de bienestar están inscriptos en sociedades que cuentan con una determinada estratificación social, sobre las cuales sus políticas sociales operan, agregándole a su vez, que esos Estados y sus acciones son a su vez, productores de esa estratificación.

Paul Pierson (1993) realiza un aporte en este aspecto al plantear, citando a Schattschneider, que “las nuevas políticas generan una nueva política” (Schattschneider en Pierson, 1993:1); y las políticas públicas pasan a ser entrada y no sólo salida en el proceso político, desde una perspectiva, a nuestro entender sistémica, que incorpora la retroalimentación (o “*feedback*”) como realidad constitutiva de dicho proceso⁵.

Es decir, el Estado de Bienestar es “una fuerza activa en el ordenamiento de las relaciones sociales”, por lo cual el tipo de régimen tiene relación con las diferencias en la estratificación del bienestar de cada Estado. (Esping-Andersen, 1993:44).

El grupo de Estados de bienestar de tipo liberal, con su mira puesta en la ayuda vía transferencias monetarias a quienes sólo tienen bajos ingresos, genera una estigmatización social y un dualismo estado-mercado en la provisión social, mostrando también un límite en la protección social que minimiza los efectos de la *desmercantilización*. Estas afirmaciones, según Esping-Andersen, “construyen un orden de estratificación que es una mezcla de una relativa igualdad de pobreza entre los beneficiarios de la protección social, de un bienestar

⁴ Una pregunta respecto a la desmercantilización, que nos podríamos hacer en futuros trabajos, sería: ¿La no dependencia del mercado implica la dependencia del Estado en las propuestas de tipo socialdemócratas? De ser afirmativa esta respuesta, podría estar indicando que quedan excluidas aquellas visiones teórico-filosóficas que entienden la dimensión autonomista como central en cualquier proceso de transformación en clave emancipadora. Pensemos en ejemplos como el movimiento campesino, el cooperativista o el indígena.

⁵ Las políticas no sólo producen cambios en su área o sector, ya que las mismas además de partir de ciertas subjetividades, inciden en las subjetividades del resto de la sociedad.

social para mayorías diferenciado por el mercado y un dualismo político de clase entre los dos” (Ibidem, 1993:47).

En el caso del tipo de bienestar corporativo, fue el mismo importante para atender la nueva estructura “pos industrial” de clases, no desde una lógica que se centre en favorecer el mercado, ni tampoco por una lógica de concesión de los derechos sociales. Lo que predominaba era la conservación del status quo y los derechos estuvieron vinculados a la asunción de las diferentes clases y status social de las personas (Ibidem, 1993:48).

El grupo más reducido de países lo constituyen aquellos que son denominados socialdemócratas, cuyo principios son el universalismo y la desmercantilización de los derechos sociales que se han extendido también a las nuevas clases medias y no sólo a los pobres. Por tanto, ello “implica en primer lugar, que los servicios y prestaciones se elevaran hasta unos niveles equiparables con los gustos más particularizados de la nueva clase media; y en segundo lugar, que la igualdad se proporcionara garantizando a los obreros la completa participación en la calidad de los derechos disfrutados por los más pudientes” (Ibidem, 1993:48).

Cabe agregar, a los efectos de comprender la estratificación, que la pobreza y la distribución de los ingresos constituyen sólo un aspecto, dado que aunque se trabaje sobre las desigualdades en el nivel de vida de las personas en dichos regímenes, puede que persistan las divisiones fundamentales de clase. Por lo cual, como sostiene Esping-Andersen, “lo que interesa aquí no son tanto sólo los ingresos, sino como difieren los países en la estructuración de la ciudadanía social”. Podemos identificar tres modelos o tipos ideales de estratificación y de solidaridad que son comparables con los tipos de regímenes que sea han identificado con respecto a la desmercantilización”. (Ibidem, 1993:84,85)

Al revisar los procesos de reforma de dichos regímenes de bienestar en la actualidad, **Paul Pierson (2001)** como mencionamos anteriormente, realiza un aporte significativo. Él afirma que, las presiones sobre los Estados de bienestar maduros en las democracias desarrolladas, vienen dadas más que por la economía global, por las transformaciones sociales (por ejemplo el envejecimiento) y económicas (por ejemplo el descenso del crecimiento económico). Estas presiones, a la vez, están acompañadas por un gran apoyo a los beneficios sociales del Estado de bienestar. Ambos elementos configuran un escenario de fuertes presiones, en dos sentidos tanto “a favor de la *austeridad* como de la duradera *popularidad* de las políticas de bienestar”. (Pierson, 2001:44).

Esto conduce, siguiendo al autor, a un contexto donde se requieren ajustes para abordar las demandas sociales. Ajustes que no sean de una magnitud que impliquen el desmantelamiento de la estructura de bienestar. Esto lleva a que, en las democracias desarrolladas, “la política de las políticas sociales se centra en la **renegociación, reestructura y modernización** de los términos del contrato social de la posguerra” (Ibidem,

2001:44). En tal sentido, la “pregunta crucial es si ciertas características nacionales particulares facilitan el surgimiento de un esfuerzo tan centrista de reforma y, si es así, en qué términos” (Ibidem, 2001:44).

En este sentido, el autor plantea una idea para entender los procesos de reforma, estableciendo que “una reforma de primer orden en materia de políticas es un proceso político que depende de una movilización de recursos políticos suficientes para superar a la oposición organizada y otras barreras contra el cambio” (Pierson, 2001:45).

Por lo tanto, cualquier proceso de reforma que intente generar un cambio profundo de primer orden o de otro de corte mas moderado, debe tomar algunos elementos que para el autor son centrales en los Estados de bienestar:

a) “**Incentivos electorales**” asociados con programas sociales expandidos y con apoyo popular (pensiones, seguro de desempleo, empleos públicos, etc.). Dichos incentivos pesan sobre los intereses individuales, pero también a nivel general tienen legitimidad como fuente de estabilidad social y garante de derechos básicos de la ciudadanía en su conjunto.

b) “**Tenacidad institucional**” de las políticas publicas existentes. Entre ellos ubica los “*puntos de veto*” institucionales formales e informales (la necesidad de determinadas mayorías parlamentarias, el tipo de gobierno de coalición o no, entre otros y los “*path dependent processes*” que tienden a blindar las configuraciones de políticas públicas, ya que “los resultados sociales existentes originalmente en el diseño institucional, organizativo o de políticas publicas pueden auto reforzarse con el paso del tiempo” (Pierson, 2001:46-52).

Esto produce un escenario donde los procesos de reforma, por un lado, parecen ser inevitables dadas las múltiples presiones mencionadas. Pero, por otro lado, dado que los elementos enunciados presentan un impulso de tipo *gradual* respecto a los cambios, es presumible que se asuman respuestas de tipo centristas en la arena política, lo cual, aleja la idea de un desmantelamiento de estos Estados de bienestar como proceso viable en la mayoría de los países desarrollados y por extensión (con los cuidados del caso) cabe aplicarlo a los países latinoamericanos con esquemas de protección social amplios.

Es así que, “la vulnerabilidad política de los que pretenden modificar programas de bienestar social populares es tal que a menudo buscarán un consenso relativamente amplio en lugar de ‘una coalición ganadora mínima’ [a la hora de implementar una reforma] (...) especialmente, en el caso de programas vastos y altamente institucionalizados, como la sanidad y las pensiones, los actores sociales valoran en gran medida la predictibilidad y la continuidad de las políticas. La reforma no es suficiente [en si misma; ya que] poderosos intereses buscan una garantía razonable de que las nuevas políticas van a ser sostenidas”. (Pierson, 2001:55)

Por tales motivos, consideramos necesario profundizar en la descripción de las dimensiones centrales, que el autor señala, para entender los procesos de reforma del Estado que se dan en clave de la reestructuración:

1. **Re-mercantilización** - La misma implica el esfuerzo inverso del que da cuenta Esping-Andersen en su concepto de desmercantilización, que implica “restringir las alternativas de participación en el mercado de trabajo, ya sea endureciendo las condiciones o recortando la cuantía de las prestaciones” (Ibidem, 2001:61). Pierson se aleja de Esping-Andersen en este punto, al establecer que la lógica planteada por este último es equivocada, ya que “da una imagen de los estados de bienestar como algo que estuviera encomendado a los capitalistas” (Ibidem, 2001:62). Afirma que, ni los capitalistas dejan de bregar por la mercantilización, ni tampoco de eso deviene que ninguno de ellos se sirva de una interconexión con los sistemas de provisión social para su beneficio propio. Por tanto, según él, “la tarea para los analistas se triplica: identificar las condiciones bajo las cuales la atención sobre la re-mercantilización es significativa, establecer el grado de cambio a lo largo de dicha dimensión y explicar los patrones observados” (Ibidem, 2001: 63).
2. **Contención de costes** - Esping Andersen plantea con énfasis que la diferencia entre los regímenes de bienestar no se puede basar en el gasto público, sino que este último depende a su vez de otros fenómenos. Acentúa la idea (ubicado en un contexto de crecimiento económico) que los actores no luchan por el gasto *per se*. Pierson en cambio, plantea que “en muchos contextos, los actores con poder están preocupados sobre las implicaciones de la reforma para con los niveles de gasto del Estado. Por supuesto, la imposición de la austeridad puede convertirse en un vehículo para perseguir otras ambiciones, pero a menudo el principal foco de atención es la contención de costes en si misma. (...) Los gobiernos se enfrentan a la nada envidiable tarea de reconciliar fuertes tendencias hacia un aumento del gasto con el potencial de castigos electorales y la posibilidad de que nuevos impuestos dañen la economía” (Pierson, 2001: 64-65).
3. **Re-calibración** - Entiende por aquellas reformas que tratan de hacer que los Estados de bienestar contemporáneos sean más coherentes con los objetivos y demandas de provisión social actual. Distingue “dos tipos de re-calibración: a) la racionalización [que] implica la modificación de programas de acuerdo con nuevas ideas sobre como lograr ciertos objetivos establecidos; b) la actualización [que] comprende los esfuerzos para adaptarse a demandas y normas sociales cambiantes”. (Pierson, 2001: 65-66)

Cabe mencionar siguiendo a Pierson (2001), que hay relación entre los tipos de re-estructuración y los tres regímenes de bienestar, los cuales tienen diferentes agendas, y por ende (en parte) diferentes procesos de reformas y coaliciones políticas para poder llevarlas adelante. Es así que, en los Estados de bienestar liberales, el énfasis está dado en la re-mercantilización, o sea en la profundización de su característica mercantilizadora. En el

caso de los Estados de bienestar corporativos o conservadores, el protagonismo de éstos se encuentra en la recalibración y la contención de costes. A su vez, los Estados de bienestar socialdemócratas tienen como su principal asunto la contención de costes.

En este sentido, un elemento más a entender son los *escenarios* en los cuales se producen los procesos de reforma. Tales escenarios “son los productos de un compleja causalidad coyuntural, con múltiples factores operando juntos a lo largo de prolongados períodos de tiempo para generar resultados notablemente diferentes” (Pierson, 2007:72)

Todo esto configura que, cada uno de los regímenes de bienestar esté compuesto no solamente por ciertos tipos de Estado de bienestar, sino también por distintas circunstancias políticas. Por lo tanto, las agendas para la reestructuración del Estado de Bienestar y las coaliciones políticas dominantes varían. Sobre este punto, Pierson (2001) toma la tipología de Esping-Andersen pero utiliza explicaciones políticas distintas a las del mismo.

El régimen liberal, está caracterizado por: impuestos y gastos bajos, pocos empleados públicos, programas de transferencias basados en las personas con insuficiencia de recursos, un sector privado predominante en la prestación de servicios sociales, que opera en esquemas de economía liberales de mercado (aunque no exista un solapamiento entre el régimen liberal y el mundo de las “economías organizadas de mercado”). En dichos regímenes durante la reestructuración, “los trabajadores carecen de capacidad de veto y de baja capacidad para promover una reforma negociada a través de sistemas de intermediación de intereses organizados; (...) los cambios deben ser ejecutados casi exclusivamente a través de la política electoral y partidista; (...) esto no implica que la mayoría de los votantes se opongan al estado de bienestar, tan solo son mas débiles en su oposición” (Pierson, 2001:76-77) comparados a otros regímenes.

El régimen socialdemócrata, es caracterizado por: generosos programas de transferencias que cubren los riesgos, servicios públicos sociales extensos, políticas de apoyo a las familia y dirigidas al mercado laboral que generan una importante participación de hombres y mujeres, donde la provisión de servicios por parte de los privados es limitada. En tales regímenes, los sindicatos además de fuertes, tienen buenos vínculos con los partidos socialdemócratas de peso. Estos regímenes tienen además un número importante de empleados públicos y son la principal fuente laboral de las mujeres, lo cual genera una especie de coalición y opinión publica pro bienestar fuerte. En la actualidad, el desafío es cómo contener los costes en un contexto de desempleo creciente y recalibrar los programas con un presupuesto fijo (Pierson, 2001:88-93).

El régimen conservador (o demócrata cristiano), se ha caracterizado por: un gasto elevado dirigido principalmente a transferencias generales y pensiones en particular; un limitado número de empleados públicos (lo cual redundaba en un sindicato del sector, menor al de los regímenes socialdemócratas); fuertes programas de jubilación temprana, de

discapacidad y desempleo; disuasión indirecta de la participación de las mujeres en el mercado laboral; carga tributaria fuerte sobre los trabajadores; prestaciones vinculadas al mantenimiento de las diferencias de status. Tanto los empresarios como los sindicatos (lógica organizativa corporativa) desempeñaron un predominante papel institucional en la gestión de dichos fondos, además de posibilitar estos Estados, políticas de tipo clientelar. A esto se le suma, sistemas electorales que tienden a generar múltiples posibilidades de veto: representación proporcional, federalismo, y los interlocutores sociales institucionalizados promueven una tendencia a una reforma negociada. En definitiva, “dada la amplitud de los estados de bienestar, no es sorprendente que la opinión pública es también ampliamente favorable a estos”, aunque menor que en los países socialdemócratas. En ese escenario, y en un contexto actual que puja por una serie de reformas que tienen que ver con la contención de coste y la recalibración que permita aliviar la dependencia de los impuestos sobre los salarios, los desafíos pasan por expandir el empleo y facilitar el acceso al mercado laboral de las mujeres que combinan esa responsabilidad con las familiares. (Pierson, 2001:95-99)

En síntesis, para Pierson, estas diferencias en la popularidad de los regímenes y en el tipo de presiones, generan distintos escenarios políticos con diferentes caminos de reformas y distintas “variables críticas” en el proceso de reestructuración. Esto lo resume diciendo: “no hay una sola ‘nueva política’ del Estado de bienestar, sino diferentes políticas en diferentes configuraciones” (Pierson, 2001:111).

Este conjunto de aportes, nos permite entre otras cosas, visualizar lo complejo del fenómeno de las reformas de los regímenes de bienestar y la variedad de dimensiones que resultan importantes para su comprensión, las cuales **Andersen** (2007) esquematiza de la siguiente forma:

i) **Dirección** (reducción de costos, re-calibración, re-mercantilización y recuperamos -junto a Midaglia & Antia (2007)- en este trabajo la “desmercantilización; ii) **Nivel** (cambio de paradigmas, discursos, políticas, instituciones y resultados), para lo cual se apoya en los tres tipos de cambios políticos⁶ de Hall (1993); iii) **Dinámica** (radical o gradual); iv) **Grado** [u orientación] (transformador o no transformador).

A estas dimensiones se les transversaliza una de las preguntas guía para este trabajo: *la participación de los distintos actores con interés propio en la reforma.*

Nos interesa, tomando a **Del Pino** (2004), la participación incentivada por parte del propio gobierno a los efectos de evitar aparecer como “únicos culpables” del proceso y reforzar la legitimidad de la reforma. Además, nos preocupa la configuración de la

⁶ **Peter Hall (1993)**, plantea tres tipos de cambios políticos: aquel en el cual se cambia la forma de utilizar los instrumentos de una política pero no sus objetivos; aquel donde se modifican los instrumentos y la forma de utilizarlos; y aquel donde son modificados tanto los instrumentos como los objetivos de la política.

participación de los actores, como clave para la durabilidad y sostenibilidad de la reforma, lo cual nos permite comprender los potenciales desafíos a futuro de la misma.

Todos los conceptos expuestos hasta el momento, tienen como objetivo aportar al análisis de las reformas de los regímenes de bienestar, pero los mismos, están centrados en los países desarrollados y hacen referencia al contexto de fines del Siglo XX. Por lo tanto, es importante que tratemos de entender cómo se relaciona esto con nuestros países latinoamericanos y su relación en el actual contexto.

II.2. “Reforma del Estado, políticas sociales en Latinoamérica neo-liberal y ¿después?...”

Los análisis de las reformas de los Estados de Bienestar y de las políticas sociales que en la bibliografía y en particular en las referencias desarrolladas con anterioridad, presentan dificultades, a nuestro entender, emanadas de que sus modelos son conformados en función de dar cuenta de las realidades de los llamados países desarrollados (Europa y Norteamérica). Por estos motivos, aportan desde la comparación de forma limitada y requieren, desde nuestra parte, un esfuerzo por entender nuestros países latinoamericanos también desde nosotros mismos.

Respecto a las diferencias entre los países “desarrollados” y los latinoamericanos, **Filgueira** (1998) plantea algunos elementos que son conocidos y dan cuenta de tales afirmaciones. Según este autor, sabemos que en América Latina: a) La clase trabajadora en la región es débil numérica y organizacionalmente; b) Que el período exportador primario tuvo poco o nulo efecto sobre el desarrollo de la ciudadanía social, en tanto el mismo se basó en la producción agraria y en formas coercitivas y semi-coercitivas de trabajo; c) Que en la mayor parte de América Latina el desarrollo de la ciudadanía política fue tenue e inestable (Rueschemeyer, Stephens y Stephens en Filgueira, 1998: 73); d) Que el período en donde puede detectarse cierto desarrollo de la ciudadanía social fue en el de sustitución de importaciones y no en el de apertura al mercado mundial e inserción exportadora. Lo que es tal vez más importante, la expansión del sector público, no responde al complejo entramado causal en donde la exposición externa incrementa el corporativismo de tipo societal, el poder del trabajo y los gobiernos de izquierda influenciando así el tamaño del sector público (Cheibub en Filgueira, 1998: 74).

Cabe resaltar, junto a **Huber, Prible y Stepehens** (2008), que nuestros países, con un mercado de trabajo informal importante hacen más bien regresivo el seguro social como búsqueda de dar cumplimiento a los derechos de la personas, ya que quienes reciben los beneficios sociales son aquellos trabajadores formales. Entonces, afirman estos autores, este elemento debe ser tomado en cuenta para el análisis en América Latina. En este sentido, las políticas de asistencia social, en vez de las que se basan en el seguro social, que están

dirigidas particularmente a los sectores más vulnerables, serían más efectivas en el cumplimiento de sus derechos y en el combate a la desigualdades sociales (Huber, Prible y Stephens 2008:5-6)

Si tomamos estos elementos en cuenta y de igual forma estas miradas las seguimos considerando útiles, deberíamos de sortear otro elemento coyuntural que también desafía estas conceptualizaciones. Nos referimos al fenómeno de los gobiernos con otra orientación político-ideológica (que en la mayoría de los casos asumen por primera vez tal responsabilidad).

Gobiernos con otro signo ideológico, los gobiernos progresistas o de izquierda en nuestra América Latina (Brasil, Venezuela, Ecuador, Chile, Bolivia, Argentina, Uruguay y recientemente Paraguay), los cuales no nos resultan fácil de clasificar, más allá de algunos intentos por denominarlos social demócratas o neo-populistas (Lanzaro, 2006), debido a que se conforman como un fenómeno complejo y reciente lo que requiere profundizar aún más en el análisis dentro de las Ciencias Sociales.

Los planteos de algunos de estos países, más allá de que accedan al gobierno a través de nuestras democracias representativas, en sus esquemas ideológicos-programáticos promueven estrategias de acción tendientes a profundizar o superar los regímenes actuales. Es así que muchos de ellos trazan sus cambios en función de perseguir ciertos valores que se alejan de los horizontes que hoy tienen las sociedades del “primer mundo”. Un ejemplo de ello es la propuesta de reforma constitucional del gobierno de Bolivia, donde la autonomía está dada no sólo en términos territoriales sino también por el reconocimiento de sus comunidades indígenas autónomas. Otro ejemplo podría ser el proceso de estatización de los recursos naturales en Venezuela, que lo encuadra en un proceso de desarrollo hacia el “Socialismo XXI”.

Estos ejemplos, deberían hacernos (re)preguntar, compartiendo con **Isuani y Tenti** (1989: 33), si las propuestas de reforma de dichas políticas públicas no deberían comenzar por considerar los valores que se refieren al plano del *deber ser* que socialmente se asume como válido. Es decir, debemos incorporar la importancia de la *orientación* ideológica como una dimensión sustantiva a ser retomada en los análisis de reforma que emprendamos. En este sentido, concordamos con **Constanza Moreira**, cuando plantea que “el signo político del gobierno ha tenido impacto tanto sobre las preferencias que hacen a la agenda de reforma y sus contenidos, como por las preferencias sobre formas de decisión e implementación de las reformas”. (Moreira, 2001:179)

Por estos motivos, debemos buscar claves que nos permitan comprender los Estados de bienestar y sus procesos de reforma desde una pauta diferente a la de los países “desarrollados”.

Explicitadas tales señalizaciones respecto a las diferencias de contexto y coyuntura con la literatura de referencia, y dejando sentado nuestro esfuerzo por abordar la tradición hipotético-deductiva y el neo-positivismo en general, es que nos apoyamos en Fernando Filgueira (1998), para aproximarnos a modelos de clasificación de los Estados de Bienestar Latinoamericanos.

Este autor, en su revisión bibliográfica respecto a las clasificaciones de los modelos de bienestar de nuestros países, comienza por retomar a Mesa-Lago (Mesa Lago en Filgueira, 1998:80-83) quien ofrece una clasificación basada en los *inicios históricos* y *grado de maduración* de los mismos. Ello le permite clasificar a los diferentes países entre: a) **pioneros**, b) **tardíos**, c) **intermedios**, los cuales tienen las siguientes características:

Tipo de Países	Características
Pioneros	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura Universal - Estratificación en la calidad y condiciones de acceso
Tardíos	<ul style="list-style-type: none"> - Baja cobertura - Número limitado de servicios - Desproporcionada calidad y cantidad a los efectivamente protegidos
Intermedios	Sub Tipo I: - Estratificación madura desde una lógica excluyente de los modelos tardíos.
	Sub Tipo II: - Avance en los niveles de cobertura, oferta y calidad sin incurrir en los errores de estratificación de los pioneros.

*Fuente: Cuadro propio elaborado en base a los argumentos de Mesa Lago en Filgueira (1998).

Si bien muchos autores criticaron este tipo de clasificaciones, ya que entienden que se centran de forma significativa en *cuánto* se gasta y ellos creen que lo esencial es *cómo* se gasta; Filgueira, dadas las diferencias de gasto en la región, cree que la pregunta por cuánto sigue siendo válida además del cómo.

Este autor, en tal sentido, si bien retoma los modelos antes enunciados de los países de la región que presenta Mesa Lago, modifica en su clasificación propia la conceptualización y explicación histórica de su desarrollo y su tipología y enfatizará variables diferentes al grado de madurez de estos sistemas.

Los indicadores fundamentales a considerar para este autor serán: la cobertura (cierta forma del *cómo* del gasto), el gasto (el *cuánto* del gasto), y su distribución sectorial y en niveles de prestación de servicios (una aproximación adicional al *cómo* del gasto). No es por tanto que deje de lado el *cómo* del gasto, pero le importa un *cómo* cuyo énfasis difiere del propuesto por Esping-Andersen. Esto refiere al *cómo* en tanto distribución sectorial y cobertura poblacional y sólo, en segunda instancia, en tanto *desmercantilización*.

Acompañando a estos indicadores se presentarán dimensiones referidas a los niveles de desarrollo social, los cuales si bien dependen tan sólo en parte de las prestaciones y niveles de cobertura de los dispositivos sociales, permiten captar una imagen más integral y tipológica de las sociedades en cuestión.

La tipología de Filgueira (1998) de los Estados Sociales en América Latina está pensada para el período 1930-1970/80; y se divide en:

- i. Universalismo estratificado. (Uruguay, Argentina, Chile); países pioneros. Las características centrales de estos países, son que: a) hacia 1970 todos ellos protegían a la mayor parte de la población mediante sistemas de seguro social, de servicios de salud a la vez que habían extendido la educación primaria e inicial secundaria a toda la población; b) tienen una fuerte estratificación de beneficios, condiciones de acceso, y rango de protección en materia de seguro social y en similar medida en salud. Los trabajadores del Estado y los profesionales, servicios urbanos y trabajadores fabriles urbanos accedieron en ese orden a protecciones y beneficios, y también en ese orden estratificaron calidad y acceso. Sin embargo, la estratificación de los servicios sociales amortiguó, no reforzó, la pauta de estratificación social.
- ii. Regímenes duales. (Brasil, México); estos regímenes presentaban hasta la década de los '70 un casi universalizado desarrollo de la educación primaria y un importante aunque estratificado grado de cobertura en salud. En lo relativo a la seguridad social la cobertura acentuaba los aspectos estratificados de los sistemas maduros sin la cobertura universalizada de los regímenes de universalismo estratificado. En estos países es donde el problema de la heterogeneidad territorial puede observarse con mayor claridad. Políticamente, el control e incorporación de los sectores populares ha descansado en una combinación de formas clientelares y patrimonialistas en las zonas de menor desarrollo económico y social y forma de corporativismo vertical en áreas más desarrolladas
- iii. Regímenes excluyentes. (República Dominicana, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua); con la excepción de Costa Rica los países centroamericanos -y posiblemente Bolivia y Ecuador, presentan sistemas elitistas de seguro social y salud y dual en materia de educación. En estos casos se asimilan según el autor, a lo que (Peter Evans en Filgueira, 1998:91) denomina "estados depredadores": elites que se apropian del aparato estatal y que apoyados en la exportación de bienes primarios en economías de enclave, utilizan la capacidad fiscal de estos estados para extraer rentas, sin proveer la contraparte de bienes colectivos, sea ello en la forma de infraestructura, regulación o servicios sociales.

Resumiendo las clasificaciones ensayadas por Mesa-Lago, Filgueira y la aportada (a pesar las diferencias contextuales ya señaladas) por Esping-Andersen, surge la elaboración del siguiente cuadro:

Países Latinoamérica	Argentina, Chile, Uruguay	Brasil, México	Costa Rica	Resto de Sudamérica y Centroamérica
Modelos de análisis				
Tres regímenes de Bienestar Esping – Andersen	Corporativismo	-----	Social Democracia	Liberal
Estados Sociales 30- 80' Fernando Filgueira	Universalismo Estratificado	Duales	-----	Excluyentes
Modelos de Bienestar Mesa Lago	Pioneros	Intermedios	Intermedios (2º subtipo)	Tardíos

*Fuente: Elaboración propia, en función de las clasificaciones que realizan: Esping-Andersen, Fernando Filgueira, Mesa Lago.

Tales clasificaciones analíticas, tienen la particularidad de que se realizaron en distintos momentos históricos, que dan cuenta del camino transitado por las Ciencias Sociales en el intento de entender de forma comparativa las características de los mismos. Filgueira (1998) con una obra más reciente, sirve de guía a los efectos del cuadro, ya que en su clasificación de alguna forma hace referencia a los otros autores, siendo obviamente más fácil en el caso de Mesa-Lago cuyo objeto son nuestros países. En el caso de Esping-Andersen, cuyo objeto son los países denominados desarrollados, nos apoyamos además de en Filgueira (1998), en las características propias de cada país que surgen de la obra del propio autor.

Resulta significativo mas allá de que cada uno de nuestros países presentas diferencias entre sí, podemos llegar a agrupar a los efectos analíticos, tres grandes grupos de países. Tales grupos tienen que ver con sus construcciones históricas, donde pesaron los procesos de colonización e independencia, el rol de los partidos y las organizaciones sociales, así como los mismos fueron estructurando su tipo de protección social en función de tales factores.

De esta forma, encontramos un grupo integrado por Chile, Argentina y Uruguay, pionero respecto a la universalización de los servicios sociales, con una clara estratificación en cuanto al acceso de dichos beneficios, ligado a los procesos de desarrollo del mercado laboral y la capacidad de movilización de los actores sindicales, y el tipo de estímulo por parte del Estado.

Por otro lado, tendríamos un grupo integrado por México y Brasil, donde se ha desarrollado un cuasi universalismo de los servicios, que encontró diferencias en la cobertura según el desarrollo de la zona donde provinieran las personas y donde la calidad y cantidad de los beneficios es volcada a aquellos que efectivamente están protegidos (los trabajadores formalizados). Resulta difícil otorgarle una categoría en términos de Esping-

Andersen, dado que ninguno de los modelos se ajusta a la clasificación que el mismo realiza.

Otro gran grupo estaría integrado por el resto de los países de Sudamérica y Centroamérica, donde la protección social ha quedado librada a la capacidad de pago, donde los servicios sociales a las personas con menos ingresos se han promovido de forma tardía en el contexto histórico y en el cual un pequeño grupo de personas vinculadas al Estado son las únicas que acceden a los beneficios.

Una excepción en esta clasificación resulta ser Costa Rica, que de forma singular ha ensayado un esquema de universalidad en los servicios sociales sin estratificación que lo acercan al planteo de la social democracia.

Estos análisis de diferenciación y clasificación entre los regímenes de bienestar del “primer mundo” y nuestros países, llevados al sector salud, según **Marcelo Setaro** (2004), configuran una particular realidad. Afirma el autor que, en “América Latina el proceso de modernización, que en las sociedades europeas fuera procesado gradualmente, se concretó prácticamente en estos últimos 50 años. Claro que de una manera despareja, siguiendo las peculiaridades de su proceso de desarrollo, caracterizado por el desarrollo económico que convive con la estructural desigualdad social (CEPAL en Setaro, 2004:14). En tal sentido, algunos autores han hablado de la coexistencia de retos o problemas en salud *acumulados* y *emergentes* en el continente, que tornan más complejos los intentos de reforma (Frenk & Londoño en Setaro, 2004: 14). Los “problemas acumulados” refieren a retos sanitarios resueltos de manera deficiente por los sistemas de salud del continente. Están asociados a la precariedad de los procesos de desarrollo latinoamericanos, así como también a la peculiar configuración institucional de sus servicios de salud. Por otro lado, los problemas *emergentes o modernos*, se asocian al fuerte proceso de modernización experimentado por el continente en las últimas décadas, que inyecta demandas y requerimientos similares a los de los países avanzados, pero en un contexto de subdesarrollo” (Setaro, 2007:14).

Preguntemos a continuación, cómo las políticas de salud y los sistemas que configuran, abordan los problemas sanitarios y cuáles son los modelos analíticos que posibilitarán dar cuenta de la RSS en nuestro país.

II.3. “Política Pública de Salud, modelos de entendimiento y dimensiones para el análisis de la ‘reforma a la uruguay’...”

Las **políticas de salud** constituyen un capítulo de las políticas sociales y pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático por abordar problemas de salud.

Una Política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito.

En principio, las políticas de salud tienen su génesis, según Setaro (2007), en la identificación de problemas en el estado de salud de las personas, como ya señalamos en este trabajo: “los cambios registrados en la estructura poblacional (envejecimiento), en los patrones de morbi-mortalidad, y los fenómenos de transición de riesgos y de la atención sanitaria, generan nuevos requerimientos poblacionales en materia de atención en salud, que resumimos en la idea de la Transición Sanitaria. Las estructuras de los sistemas de salud deben responder a estos nuevos requerimientos, aunque muchas veces se ven superadas por el ritmo de esas transformaciones, como es el caso notorio de las sociedades latinoamericanas” (Setaro, 2007:13-14).

Si entendemos la salud, como la **Organización Mundial de la Salud** (2000) la define, es decir, como el estado **bio-psico-social** de las personas y no meramente desde el continuo salud-enfermedad, cabe señalar, que ese **estado de salud de la población**, es consecuencia de un conjunto de factores combinados tales como: las conductas y estilos de vida, el ambiente, la genética y, por último, el sistema de salud.

Tales **sistemas de salud** hacen alusión a un conjunto de actores y acciones más abarcativas que el sistema de atención médica. En sentido estricto el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), un sistema de salud incluye a todas aquellas actividades cuyo propósito primario sea el de promover, restaurar y conservar la salud. Según la visión normativa de la OMS, *los mejores sistemas de salud* se caracterizan por perseguir *tres objetivos esenciales*: buena salud para toda la población, brindar una respuesta adecuada a las expectativas y demandas de la gente y asegurar la justicia en la contribución financiera de las personas al funcionamiento del sistema.

Para lograr cumplir con esos objetivos esenciales, señala **Setaro**, “los sistemas de salud deben desempeñar las siguientes funciones: **Provisión de Servicios, Generación de Recursos, Financiamiento y Rectoría del Sistema**.”

Además, señala el autor, “el reciente informe de la OMS (2003) ha enfatizado la necesidad de fortalecer a los sistemas de salud, principalmente en su *orientación* hacia la Asistencia Primaria en Salud” (Setaro, 2007:15-16). Esto requiere mejorar los sistemas de información y abordar el problema de los recursos humanos (en un contexto de crisis mundial) con una formación volcada a la especialidad y no a trabajar en concordancia a tal estrategia.

Los sistemas de salud involucran un conjunto de *actores* que desempeñan roles y asumen objetivos propios (no siempre están vinculados con la situación o estado de salud de la población). En la persecución de esos objetivos particulares se despliegan acciones que establecen flujos de servicios (de salud) y de recursos (financieros, físicos y humanos).

Por lo cual, en cada sistema de salud se dan una serie de acciones recíprocas entre un conjunto de proveedores (con diferentes *status* y categorías) y una población (con intereses específicos). Por lo general, la relación entre estos actores, está mediada por actores colectivos, desde los sindicatos y empresas hasta el Estado.

Uno de los aportes que cabe señalar en el análisis de dichos sistemas de salud, es el de **Federico Tobar** (2000), quien en los albores del siglo XXI otorga prioridad a la perspectiva económica y administrativa de los sistemas y sus reformas.

Todo sistema de salud puede ser pensado como la articulación de tres componentes (Tobar, 1998): a)- político, que llamaremos aquí modelo de gestión; b)- económico, al que llamaremos aquí modelo de financiación y c)- técnico, al que llamaremos aquí modelo de atención o modelo asistencial.

Respecto al **Modelo de Gestión**, en los sistemas de salud a nivel nacional se pueden distinguir dos cuestiones centralmente:

- i) Cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros, por ejemplo, unos se preocupan más por la universalidad en la cobertura y otros privilegian la efectividad de las acciones;
- ii) Cada sistema de salud involucra determinadas formas de participación del Estado en la resolución de los problemas de salud de la población.

Las funciones del Estado en materia de salud se pueden encuadrar en cuatro categorías:

I. Informar a la población, II. Proveer directamente servicios a la población, III. Financiar servicios de salud, IV. Regular el mercado de salud.

La problemática del **modelo de financiación** involucra un conjunto de cuestiones tales como: I-¿Cuánto debe gastar un país en salud? Esto está relacionado con los niveles de salud de la población, los modelos de sistemas de salud y el tamaño de la economía. II-¿De dónde deben provenir los recursos? por ejemplo el impuesto al trabajo. III-¿Cómo asignar los recursos? desde los niveles centrales a los locales, instrumentos o modelos de pago a emplear para la compra de servicios.

El **modelo de atención**, da cuenta de los criterios que establecen como se organiza y divide el trabajo médico. Las cuestiones que involucra son aquellas vinculadas a: I. ¿Qué cubrir? (prestaciones) II. ¿A quién cubrir? (criterios de elegibilidad) III. ¿Cómo prestar? (¿Qué prestadores? ¿Con cuáles criterios o padrones?) IV. ¿Dónde prestar? (¿En qué lugares y de qué manera se debe distribuir la oferta? ¿Qué criterios de referencia y contrarreferencia adoptar?)

El autor ensaya una clasificación y aquí la presentamos en forma de cuadro para facilitar su comprensión:

Modelo	Características
Universalista	<ul style="list-style-type: none"> -Financiación pública con recursos procedentes de impuestos, a veces de pago directo de los usuarios y otros aportes. -Acceso universal a los servicios que son suministrados por proveedores públicos. -Estado gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema.
Seguro social	<ul style="list-style-type: none"> -Seguro donde la participación es compulsiva. -Menor protagonismo estatal, gestión descentralizada y una organización basada en la regulación, más que en la planificación. -Financiación obligatoria por aporte de trabajadores y empresarios. -Gestión de los recursos y la organización de los servicios la efectúan entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados o públicos. -Cobertura centrada en los aportantes y sus familias.
Seguros Privados	<ul style="list-style-type: none"> -Ausencia del sector público tanto en las funciones de financiador como de prestador. -Organización típicamente fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública
Modelo Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> -Concepción liberal clásica, por lo cual no corresponde al Estado asumir funciones, ni de prestación ni de financiamiento ni de regulación. -Sólo se asiste aquellos pobres sin capacidad de cuidar su salud de forma individual.

La relevancia, tal vez desmesurada admite el autor, que ha adquirido la perspectiva económica para la consideración de los sistemas de salud convirtió a la clasificación centrada en los tipos ideales en una herramienta insuficiente para el análisis. La taxonomía centrada en los actores y flujos (de recursos y servicios) que entre ellos se plantean facilita el análisis de las reformas.

Daniel Maceira (2007), por su parte, en su análisis utiliza tres marcos metodológicos de gran influencia en el diseño de reformas de salud en la región, ellos son el sanitarista, el focalizado y el regional-sistémico.

El primero de ellos, el **sanitarista**, concibe a la salud como derecho, entiende que el estado debe proveer y distribuir servicios de salud, que es importante la participación social y comunitaria en el sistema, tiene su mirada centrada en el desarrollo de la atención primaria, y plantea que a través de la disminución del enfoque de especialidad, se logra contener costos. “Dado el objetivo de gratuidad asociado con este enfoque, y ante la evidencia que la dinámica del sistema lleva a un modelo dual, con mayor acceso relativo a la salud de los grupos de mayores ingresos, el dilema de este enfoque es encontrar un modelo de atención adecuado, ‘médicamente correcto’” (Maceira, 2007:4).

En segundo término, está el focalizado, que tiene su orientación centrada en que el Estado maximice el costo-beneficio de su intervención, por lo cual el Estado se debe focalizar en un paquete de servicios básicos en general y las personas adquieren el resto de las prestaciones en función de su elección e ingresos en el sector privado. Además el Estado debe centrar sus energías en quienes no tienen, a fin de paliar la pobreza, y no terminar pagando los servicios a la clase media o alta (la cual por lo general está asegurada) en cubrir a las personas con menores ingresos. También resulta importante, al abrirse a la competencia entre privados en este esquema, la regulación por parte del Estado (Maceira, 2007:5).

Por último, nos encontramos con los “posturas intermedias”, los cuales “no pueden considerarse como un modelo homogéneo, y cuentan con características distintivas: a)- reconocimiento de un sistema de financiamiento y provisión mixto; b)- limitaciones del sector público como proveedor de servicios; c)- eficiente uso del sector privado en cooperación; y d)- búsqueda de mecanismos de pago y financiamiento que maximicen el uso de recursos disponibles” (Maceira, 2007:6).

El autor retoma la idea de Frenk y Londoño, y resalta que, ante un realidad de reforma que se bate entre lo público exclusivamente y lo privatizado, hay que avanzar a un modelo que permita la mezcla público-privada con regulación que responda a los objetivos de salud, al que tales autores le denominan “pluralismo estructurado” (Maceira, 2007:6).

En este enfoque propone una estructura de división de tareas de modulación (establecer y monitorear las reglas de juego, estaría en manos del Ministerio de Salud); financiamiento (fuentes múltiples: estado, trabajadores, empresas, bolsillo y agencias de crédito, esta función recaería en mecanismos sociales de aseguramiento); articulación (organización y gerencia del consumo de atención, afiliación grupal a planes, beneficios, organización de la red de proveedores para facilitar la elección, y gestión con proveedores); y prestación (provisión del servicio tanto desde lo público como privado), distribuidas entre los distintos actores del sistema (Maceira, 2007: 7).

Como vimos, tanto los aportes de Maceira (2007) y Tobar (2000), en referencia a la temática, tienen (aunque con matices) como preocupación central los aspectos referidos al financiamiento, a la provisión de servicios, a la atención y al juego de intereses de los actores (políticos y sociales) de los sistemas de salud. Sin duda tales dimensiones son más que importantes a la hora de evaluar los procesos de reforma en un escenario de “*permanente austeridad*” como señalamos con Pierson (1993, 2007) y teñido por la preocupación de la contención de costes, pero nos parece interesante incorporar otras dimensiones.

Es así que, junto a Setaro (2004) y la OMS (2003), compartimos su preocupación por la rectoría o modulación de estos sistemas de salud, y que además debemos incorporar, a nuestro juicio, la orientación que las políticas de salud tienen y en particular sus cambios.

Tomando en cuenta estos elementos, nuestras dimensiones para el trabajo son: a) **provisión** de los servicios de salud; b) **generación de recursos institucionales** (humanos, tecnológicos, farmacéuticos); c) **financiamiento**; d) **rectoría** o gobierno de la salud; e) incorporamos a cuenta nuestra e) **orientación** de la misma, lo que consideramos de presumible relevancia en el actual contexto político nacional.

La provisión refiere a quienes son los efectores de los servicios de salud. Pueden ser públicos, privados o sociales (mutualistas en el caso de Uruguay). Los mismos pueden tener cobertura total o parcial respecto al tipo de prestación y pueden brindar el servicio a nivel local o nacional.

En lo que respecta a la generación de recursos institucionales, nos referimos a los recursos humanos (formación, organización del trabajo, remuneración, entre otros), tecnología (provisión, comercialización de la misma, desarrollo y regulación como ejemplos), Medicamentos (producción, comercialización y regulación). Estos recursos se presentan de forma diferente de acuerdo a cada sistema de salud.

Entendemos que el financiamiento se da por: el pago del bolsillo del usuario, impuestos generales o aportes trabajador- empresario, entre otras fuentes.

En lo que refiere a la Rectoría, siguiendo a Setaro (2004:17), los elementos del mismo refieren a la: generación de inteligencia; formulación de la dirección estratégica de las políticas; asegurar las herramientas para la implementación (poderes, incentivos y sanciones); la construcción de coaliciones; la construcción de la cooperación; asegurar el ajuste entre los objetivos de política y la estructura y cultura organizacional; asegurar la responsabilización (*accountability*).

La orientación, es el sentido político conceptual de la política, en este caso salud, que puede estar guiada por: mercantilización o desmercantilización; atención centrada en lo "curativo" o en la prevención y promoción; participación comunitaria y social como elemento constitutivo o no; entre otros.

En función de esos aportes podemos tratar de realizar un abordaje de la temática referida a la política de salud, en particular cuales son los desafíos del Sistema Nacional Integrado Nacional de salud en clave de relaciones de poder entre los actores en juego.

Capítulo III- Descripción analítica de la Reforma del Sistema de Salud

III.1. Introducción a la Reforma

La reforma del sector salud, está atravesada por dos grandes fines, la creación de un **sistema nacional** como tal y un **cambio de modelo** que permitan ofrecer una cobertura universal con equidad y calidad para toda la población.

Estos fines van a dar vida a las acciones que se implementan desde el inicio del primer gobierno de la izquierda en nuestro país, en marzo del 2005.

Cuando nos referimos a la creación de un *sistema de salud* y no a la reforma tan sólo, es sobre la base de compartir con muchos autores como **Hugo Villar** (2003), la ausencia de un sistema en nuestro país. Esto implica: tener un esquema de referencia y contra referencia entre niveles de atención, articulación entre los prestadores y capacidad de respuesta a las demandas de la población.

En cuanto al *cambio de modelo*, el mismo está centrado en los objetivos, la dirección y las herramientas que se desarrollan a fin de consagrar la **salud** como un **derecho humano** universal. Este cambio de modelo se compone a su vez de tres cambios, los cuales señalábamos con **Tobar** (2000) en el Capítulo II, que ofician de pilares del mismo: a) modelo de financiamiento, b) modelo de gestión y c) modelo de atención.

Por tanto, para describir la reforma de salud en nuestro país procederemos a analizar las tres leyes fundamentales (Ley 18.161, Ley 18.131, Ley 18211) que el gobierno ha impulsado hasta el momento para construir el nuevo SNIS. El análisis de esas leyes lo realizamos a partir de un conjunto de dimensiones conceptuales planteadas por la **OMS** (2000) y **Setaro** (2007) en el capítulo II, que refieren a la: *provisión, orientación, financiación, generación de recursos institucionales y rectoría*.

Entre las dimensiones a utilizar y las modificaciones que hacen a un cambio de modelo, existe una relación dada porque la primera permite ver, de forma clara, los aspectos constitutivos. Tomar tales dimensiones y modelos (financiación, gestión y atención) son opciones metodológicas que realizamos a fin de emprender diferentes acercamientos en la descripción de la reforma de salud en curso.

Luego procederemos a comparar las modificaciones que promovió la actual reforma (centrados en esta etapa por aspectos jurídicos-institucionales) con los documentos elaborados por el Frente Amplio antes de asumir el gobierno⁷. Esto nos sirve para evaluar las líneas de continuidad y diferencia entre lo dicho y lo hecho.

⁷ Dichos documentos son: IV Congreso Extraordinario "Héctor Rodríguez" y la presentación de Tabaré Vázquez ante el SMU "Salud para todos a partir del año 2000"

Posteriormente, analizaremos el proceso político que se desarrolla desde que asume el Frente Amplio (Marzo 2005) hasta que es aprobada la Ley que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (Noviembre 2007)⁸, para apreciar los puntos de conflicto de forma de entender qué factores pueden haber influido en las potenciales modificaciones y/o por qué se demoró alrededor de dos años para aprobar las herramientas institucionales y legales que la posibilitan la reforma.

III.2. Escenario: *coyuntura política...*

La reforma del sector salud y la correspondiente puesta en marcha del Sistema Nacional Integral de Salud, que lleva adelante el actual gobierno del Frente Amplio, cuenta con muchos aditivos en diversos planos.

Este gobierno del Frente Amplio constituye la primera vez en la historia política del Uruguay, que un partido de izquierda asume tal desafío, con las expectativas que ello concita, la multiplicidad de temas y las transformaciones que debe abordar y sin contar con más experiencia de gestión que las cuatro (contando la que está en curso) administraciones en la Intendencia de Montevideo (desde 1990 hasta la actualidad).

La coalición de izquierda gana en primera vuelta las elecciones de Octubre del 2004, obteniendo así la mayoría absoluta en ambas cámaras, por lo cual tiene un gran respaldo para llevar adelante la mayoría de sus iniciativas a no ser las que precisen de mayorías especiales (2/3 de una cámara o 3/5 de la asamblea general) donde necesitaría negociar con la oposición (Partido Nacional, Partido Colorado, Partido Independiente). Dicha mayoría parlamentaria es suficiente para llevar adelante las reformas jurídicos-institucionales del sector salud, lo que puede abrir o trasladar las diferencias hacia los propios sectores integrantes del Frente Amplio y con los actores sociales (sobre todos aquellos que asumen acciones corporativas), ya que no necesita a priori actuar en bloque (para negociar con otras fuerzas o defender cerradamente la propuesta).

Entre la multiplicidad de temas que la izquierda se plantea abordar en materia de políticas públicas en general y sociales en particular encontramos: la reinstauración de la negociación colectiva a través de los Consejos de Salarios; el Plan de Emergencia y en la actualidad el Plan de Equidad; la nueva Ley de Educación; la Reforma Tributaria; la Reforma de la Administración Central del Estado y la propia Reforma del Sistema de Salud. Esto implica manejar una agenda política donde valorar escenarios, actores, costos y tiempo para su formulación y puesta en práctica; estableciendo prioridades y midiendo permanente las fuerzas propias, la de los actores aliados como de aquellos otros que generan resistencia y que cuentan con posibilidad de veto.

⁸ Para ello recurrimos a la prensa escrita.

En las últimas elecciones del 2004, cuando la izquierda llega al Gobierno, el programa se nutrió en lo referente a salud, principalmente de los aportes de dos espacios de tal fuerza política: Congreso Extraordinario del año 2003 “Héctor Rodríguez” y los documentos de la Unidad Temática de Salud que funcionaba de forma permanente.

III.3. Dimensionando el sistema de salud: “crónica de un cambio anunciado y traumático...”

La provisión de salud: pre reforma.

Es destacar en primer término, el rol que han tenido históricamente las **instituciones de asistencia médica colectiva** en nuestro país, cuyos orígenes se vinculan a colectividades migratorias que luego ampliaron su atención al resto de la sociedad.

Este es un hecho significativo en nuestro país, en lo que respecta al desarrollo de los sectores constitutivos de nuestro Estado de Bienestar, que visto a lo largo de la historia, muestran una presencia preponderante del Estado y una significativa debilidad de la sociedad civil. En el sector salud en cambio, es la sociedad civil quien propone una institucionalidad de asistencia colectiva y solidaria a la salud.

Dicha participación de la sociedad civil en la salud, tuvo sus primeras expresiones, hace más de ciento cincuenta años con la Asociación Española (1853). Luego, podemos ubicar entre otras: las Sociedad Francesa de Socorros (1862), La Fraternidad (1866), Circulo Napolitano (1880), el Circulo Católico de Obreros (1885). Al terminar el flujo migratorio, el impulso de la sociedad civil en la salud, se retomó con la creación de otras instituciones. Es de destacar la del Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) en 1935 (Setaro, 2004).

Tales instituciones, se vieron favorecidas en su consolidación por el régimen de seguridad social, que se dirigía a cubrir trabajadores (vinculados por sector o rama de actividad laboral), sobre todo en el periodo 1960 -1985. Dicho proceso, tiene como resultado, que hasta el actual proceso de reforma, el aporte vía DISSE representa un 30% de los ingresos totales de las IAMC (Asociación de Química y Farmacias: 2008).

Por otro lado, existen desde la época colonial **servicios públicos** de atención, que desde la conformación del Estado han estado marcados por dirigirse a la población de menores ingresos y por presentar una fragmentación de efectores con diversas posibilidades asistenciales. Así es que nos encontramos, hoy en día, con varios organismos, entre ellos: ASSE; el Banco de Previsión Social (BPS); la Universidad de la República (UDELAR), en especial a través de su Hospital de Clínicas; la Dirección de Sanidad Militar; la Dirección de Sanidad Policial; las Intendencias Municipales, el Banco de Seguros del Estado (BSE).

La Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), es el principal efector público y tiene a su cargo: Hospitales Públicos, Centro de Atención a la Salud y policlínicas a lo largo y ancho del país. Dicha administración vivió algunas transformaciones en los últimos veinticinco años del Siglo XX, entre ellas, su paso hacia la forma jurídica de organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública. Este cambio, si bien propicia un avance en la separación entre la función de prestación y la de rectoría que recaería en el propio Ministerio, evidenció además el bloqueo y la falta de consensos de la propuesta original que era de descentralizar. Por otro lado, en ese periodo se piensa en ASSE como un competidor del efector privado, que tomando una idea de **Diosma Piotti (2002)**, ASSE estaba en bastante desigualdad por varios motivos dentro de los que señala: la falta de medios, los estereotipos y prejuicios de una cultura que ve a este servicio “como para pobres”.

En el **ámbito privado**, sobre todo desde los noventa, donde según Piotti (2002), se da la “innovación desde el mercado”, ante las carencias de las mutualistas y la sobre-oferta médica, se consolida la “hiper-especialización médica”, la creación de seguros parciales (como las emergencias móviles, clínicas de alta especialización, y de rehabilitación, entre otros) y la adquisición de alta tecnología.

Esto configura un sector que combina efectores públicos, privados sociales (sin fines de lucro) y privados (con lógica de mercado), diversos en el tipo de cobertura, recursos humanos y tecnología con que cuentan, los cuales además presentan falta de articulación y complementación.

La provisión en el SNIS: “de lo fragmentado a lo integrado”

En cuanto a la **provisión**, la nueva legislación estipula que la misma estará integrada de forma complementaria por el sub sector público y el sub sector privado sin fines de lucro. Dentro del sub sector público se incluye tanto ASSE como los otros organismos existentes. En el sub sector privado, sólo podrán integrar el SNIS instituciones de asistencia médica colectiva (mutualistas) e instituciones de asistencia médica particular privadas sin fines de lucro (Ley 17930 Inciso 12: Presupuesto Quinquenal Nacional).

Tanto en la Ley de Presupuesto, como en la que prevé la descentralización de ASSE así como en la que crea el FONASA se estipula que la provisión del sistema de salud estará dada por **prestadores integrales**. Hecho que marca una línea de continuidad con los documentos históricos del Frente Amplio, por lo menos hasta esa etapa del proceso. En la misma se aclaraba además, que dichos prestadores integrales pueden contratar servicios con terceros.

Estos prestadores de llevar adelante programas integrales, que incluyen según el artículo 45 de la ley 18211: “a) actividades de promoción y protección de la salud dirigidas

a las personas; b) diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados; c) acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda; d) acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes”. Asimismo tales entidades deben ofrecer a sus usuarios prestación en emergencia médica como parte de los programas integrales, realizando los propios usuarios (amparados en el Seguro Nacional de Salud) la afiliación a una de las entidades prestadoras de tales servicios habilitados por el MSP.

Esta prestación de emergencia, representa un cambio con relación a los documentos del Frente Amplio y a lo manejado por los voceros del MSP en la prensa desde el año 2005, por ende rompe la línea de continuidad antes señalada. Tal servicio tenía que brindarlo la mutualista como parte de las prestaciones, y en caso de no asumirlo con recursos propios, debería contratarlo con los servicios que estén habilitados. Pero sería la misma mutualista, quien se encargaría de hacerlo y abonarle, no el propio usuario como terminó aprobándose.

Al revisar este cambio entre lo planteado y lo aprobado, apreciamos que en el mismo tuvo injerencia, tanto la Cámara que reúne a las emergencias móviles de Montevideo y del interior como así también a los trabajadores de las mismas, quienes realizaron acciones para promover su inclusión al nuevo sistema (en primer término) y que la misma fuera con independencia económica de las mutualistas (en segundo término). Es decir, que la elección de la prestación la haga el usuario y el pago lo realice el FONASA directamente. Tales acciones pasaron por plantear su problemática ante el MSP (ya que no fueron convocados y por ende no integraban el Consejo Consultivo para la Reforma), así como también a través de la prensa y de las comisiones de salud y hacienda del parlamento.

En síntesis, el nuevo sistema estipula una provisión mixta que integra al sub sector privado social (sin fines de lucro) y al sub sistema público ASSE y a otros actores con los cuales articula y complementa la prestación integral. Las mutualistas representan las instituciones más consagradas del sector, que pese a sus crisis, han configurado el eje de la seguridad social en el sector. La salud pública, dedicada históricamente a los pobres y que atiende actualmente a la mitad de la población, permite, si mejora su *performance*, ser una opción real para mucha gente⁹, y que además de brindar un servicio de calidad puede articular con otros efectores y servir como ente testigo del sub sector privado en lo referido a la atención y gestión.

⁹ Recordemos que la legislación enuncia la libertad del usuario para el elegir el prestador público y los privados. Libertad que se concederá de forma gradual vía reglamentación, de modo de minimizar el impacto en el sistema mutual.

Gobierno del sector salud: ¿de una gran autonomía de los actores al centralismo estatal?

Rol rectoría pre reforma.

La rectoría del sector salud siempre ha sufrido dificultades para consolidarse si lo evaluamos en relación a otros sectores de nuestro Estado Social y a que los avances que se han podido registrar en esa dirección han sido prácticamente todos en periodos dictatoriales hasta el día de hoy.

Es así que se crea el MSP como autoridad sanitaria centralizada, en 1934 bajo la dictadura encabezada por Gabriel Terra. El intento fue generar una institución que concentre las competencias referidas a la reglamentación y vigilancia de las instituciones de asistencia, así como de las instituciones de carácter científico y gremial referidas a la salud, además de la administración de los centros hospitalarios. (Setaro: 2004: 79).

Las debilidades del MSP en su rol rector, tienen que ver con muchos factores que presentan rasgos históricos. Entre ellos podemos marcar la preponderancia de la sociedad civil como efector y una menor participación del Estado como prestador.

En tal sentido, las IAMC han tenido un grado importante de autonomía respecto al MSP, generada en base a su desarrollo tanto en el plano asistencial como en el del prestigio social con que cuenta y ha contado.

Entre los intentos de avance en consagrar dicho rol en el MSP, tanto en lo que hace a la regulación y siguiendo la evolución histórica de los cambios, cabe destacar que bajo la presidencia de Baldomir en 1943, se promulgó un decreto ley (Nº 10384) que establece el primer marco regulatorio del sector privado.

Pero a las limitaciones antes enunciadas, se le suman otras características, como que dicho Ministerio tiene doble rol: prestador público de salud y rector del sector, lo cual presenta un sesgo hacia vislumbrar la cartera con su rol de efector dado por su identificación social y su accionar, lo que lo termina alejando en la práctica de su otro rol, el de "fiscalizador".

Avanzando en el recorrido histórico, se visualizan otras acciones que a priori posicionarían al MSP como organismo rector, ante la crisis mutual de los ochenta (aún en dictadura), se instituyeron controles sobre las instituciones de atención médico-colectivas a fin de controlar la situación financiera.

Llegada la administración de gobierno del Doctor Jorge Batlle en el año 2000, se

formalizó el cargo rector del MSP y se consolidó una nueva distribución institucional¹⁰, pero se siguió sin lograr promover una política nacional de salud. Ante la coyuntura crítica del sector mutual y del país en su conjunto, sólo se pudieron registrar avances en la introducción de elementos de gestión pública (Nueva forma de Gerenciamiento Público), en ASSE y su relación con sus unidades ejecutoras, la centralización de las compras estatales de medicamentos (unidad dependiente del MEF) y algún otro avance.

Pero las dificultades para atender las problemáticas epidemiológicas, la mala praxis médica, entre otras, fueron las constantes del periodo que se vieron reflejadas en la gran volatilidad en el cambio de jerarcas ministeriales.

Así que llegado el tiempo de la reforma, nos encontramos con un Ministerio con dificultades en la práctica para diferenciar y actuar en su rol de prestador y rector, con una falta de liderazgo y equipo técnico-burocrático para establecer la política nacional de salud, siendo la estructura formal, la Dirección Nacional de Salud del MSP, la responsable de gobernar sobre las IAMC y ASSE.

La rectoría en el SNIS.

El rol de rectoría en el SNIS lo asume el Ministerio de Salud Pública quien establece las políticas de salud nacionales, y debe realizar el seguimiento y la evaluación del funcionamiento del novel sistema. A tales efectos, el nuevo sistema crea un organismo desconcentrado de dicho Ministerio, que es la Junta Nacional de Salud (JUNASA).

La JUNASA representa una gran novedad por la integración de su dirección, que establece una forma “co-gobernada”¹¹, ya que de la misma participan: dos representantes del MSP, un representante del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), un representante del BPS, un representante de los trabajadores organizados, un representante de los prestadores de salud y un representante por los usuarios.

Esta forma de gestión política en organismos estatales es una novedad, que cuenta con pocos precedentes, él más claro es del directorio del BPS, que desde la administración anterior incluye a un representante de los empresarios y a uno de los trabajadores.

Entre las tareas que se destacan en la rectoría, se mencionan: elaborar políticas de salud según las cuales se organiza el sistema; habilitación de los prestadores SNIS

¹⁰ Según lo dispuesto en la ley de Presupuesto Quinquenal 2000-2005, la estructura del MSP quedó conformada por: Ministro y Sub Secretario a la cabeza, luego tres direcciones: la Dirección General de Secretaría, la Dirección General de Salud (que ejerce la rectoría tanto sobre el sub sistema publico como del privado) y ASSE con sus Unidades Ejecutoras quien se ocupa de la atención propiamente dicha.

¹¹ El Consejo Consultivo para la reforma de salud decretado el 11 abril de 2005, es también un antecedente de la forma de hacer política del Ministerio y del gobierno en conjunto con los otros actores. Espacio donde integraron los sindicatos médicos (SMU y FEMI) y no médicos (FUS, FFSP y otros servicios de salud públicos), los odontólogos (AOU y FODI), las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (mutualista o cooperativas) de Montevideo y el interior, la Universidad de la República, la asociación de Psicólogos y los usuarios.

(integrales y parciales); realizar el control financiero de los prestadores del SNIS; fiscalizar la articulación entre prestadores; regular la política de medicamentos y tecnología.

La JUNASA fomentará que “las entidades partícipes en el SNIS coordinen acciones dentro de un marco territorial definido, para brindar una adecuada asistencia y racionalizar los recursos”. Además prevé la “inter-sectorialidad, entre las redes territoriales de salud y las otras políticas sociales y con los centros educativos de cada zona” (Ley 18211: Creación del Sistema Integrado Nacional de Salud).

Tales competencias de la JUNASA así como su integración, hacia finales del 2007, generaron fuertes críticas por parte del Plenario Mutual y la oposición política de los partidos tradicionales, blancos y colorados (Semanao “Búsqueda”, 3/05/07).

Siguiendo las innovaciones dentro del sistema de salud, se prevé la participación social de trabajadores y usuarios en los distintos prestadores en sus organismos de dirección. En el caso de ASSE al crearse como organismo descentralizado, constituye un directorio de cinco miembros: 3 propuestos por el Poder Ejecutivo y rectificadas por el senado, uno por los trabajadores y otro por los usuarios.

Por otro lado, la ley de descentralización también generó diferencias entre senadores y diputados de la bancada oficialista, en temas relacionados a la integración y potestades del directorio, la cual podría ser modificada (según los diputados oficialistas Vega y Gallo) a fin de conseguir el apoyo de los partidos de la oposición (Diario “El País”, 6/02/07).

En julio de 2007, ante la eventual firma entre el BPS y los efectores, se realizaron críticas por parte del Plenario Mutual y el SMU por el grado de intervención que tendrá el propio BPS para controlar las prestaciones que se le brindan a los usuarios de la ex DISSE en las diversas entidades mutuales (Semanao “Crónicas”, 13/07/07)

Orientación del sector salud

“Como se paraba el equipo y para donde pateaba” el sector salud antes de la reforma.

El sector salud, tuvo una orientación “dada en los hechos” por una salud centrada en la enfermedad, en lo curativo, donde se conjugan conceptos como la “medicalización de la sociedad” (Barran, 1992), la hiper especialización y la cada vez más dependencia de los avances tecnológicos como una constante.

Utilizamos el término orientación “dada por los hechos”, porque el país y los distintos gobiernos han confirmado la importancia de trabajar en el primer nivel de salud y en la estrategia de atención primaria en salud¹², sobre todo en el discurso, estipulaba que el sub sistema público profundice en tal sentido

¹² El MSP confirma y ha tomado como validos los enunciados de los organismos de referencias: OMS y OPS, sobre todo después de la declaración de Alma Ata en 1978.

La población trata su salud cuando surge alguna enfermedad y se referencia en los servicios en el segundo y tercer nivel de atención, no tomando en cuenta los determinantes de salud y la prevención como algo prioritario. Los niveles no tienen una coordinación y seguimiento compartido de los usuarios, menos aún las instituciones entre sí. Esto viene de la mano de una situación asimétrica de poder muy marcada en la relación medico-paciente; delimitada por la conjunción de un paradigma respecto a la producción de conocimiento y su utilización, el prestigio social y la esencialidad de un área que trata con la propia existencia.

Orientación centrada en la APS y organización interrelacionada en sus niveles de atención y políticas, los cambios del SNIS...

Al respecto de la orientación, el artículo 264 del presupuesto quinquenal, establece que el MSP “implementará un Sistema Integrado Nacional de Salud con el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal. Dicho sistema se articulará sobre la base de la complementación público-privado y tendrá como estrategia global la atención primaria de salud, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación”.

La Ley 17.930 establece en su Artículo 3º, cuales son los **principios rectores del SNIS:**

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

Entre las cuestiones centrales cabe señalar, la búsqueda de trabajar sobre condicionantes o determinantes de la salud¹³, que proyecta abordarlas de forma intersectorial, dado que los organismos y sectores con injerencia en la salud de forma directa o indirecta son varios (educación, trabajo, hábitat, etc.), por lo cual es necesario tomar acciones comunes para que se generen espacios saludables.

En cuanto a la orientación, las modificaciones al respecto más allá de la estructura y legislación habilitante, son cambios que hacen al cambio de modelo atención y requieren un proceso de largo aliento. Podemos pensar que sus logros tendrán resultados en el mediano y largo plazo. No obstante las resistencias y dificultades, actúan a lo largo del proceso.

Entre las dificultades que es presumible se encuentre la reforma en este sentido, apoyándonos en la **Organización Panamericana de la Salud** (OPS), podemos destacar el lograr que los distintos actores del sistema de salud basen su funcionamiento en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Cabe destacar, junto a la OPS, que entre esas problemáticas ligadas a los actores, las vinculadas a los recursos humanos de la salud cobran un papel preponderante, debido a que como señala tal organismo: “el trabajo en equipo no tiene desarrollo ni estímulo suficiente, los profesionales calificados prefieren trabajar en hospitales y grandes urbes, la formación de pre-grado y pos-grado del personal de salud no responde a los requerimientos de la práctica de la APS, la migración de los trabajadores de la salud más capacitados hacia países de mayor desarrollo (fuga de cerebros) obstaculiza la aplicación de estas reformas en muchos países de la región”. (OPS, 2007:8)

Financiación de la Salud...

Págale a la salud privada y atendete en la salud pública: Financiación pre reforma

Nos encontramos con un esquema múltiple, ya que las fuentes de las que se nutre el sector en su financiación son varias, por un lado vía presupuesto se le paga a los servicios de salud pública para que brinde cobertura gratuita a las personas con menores recursos, por otro lado los trabajadores y empresas aportan a la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE) y quedan cubiertos los primeros por el sistema mutual, y en último término las personas no comprendidas en lo anterior acceden a través del pago (bolsillo) de la cuota mutual o del arancel que corresponde en ASSE u otro efector privado.

En lo que hace al sistema DISSE, es el BPS quien recauda el aporte de empresas 5% y trabajadores 3%, y **paga** a las mutualistas una cuota fija por cada afiliado, a los que se suman las empresas unipersonales tras su aporte. También los jubilados que perciben las remuneraciones de menor cuantía, el BPS les abona la cuota mutual.

¹³ Una acción concreta en tal sentido y que tuvo gran repercusión, fue cuando en septiembre de 2005, el presidente decretó la prohibición de fumar en espacios cerrados tanto públicos como privados.

Las IAMC además de nutrirse de los aportes del BPS y del régimen de libre contratación (pago el usuario de su bolsillo), generan ingresos a través de los llamados **co-pagos**¹⁴ (tickets y órdenes) que abona el usuario cuando utiliza los servicios.

Existen convenios colectivos entre determinada rama de actividad u organismo, donde los trabajadores en bloque asumen un acuerdo con alguna mutualista¹⁵. Ejemplo de ello es el convenio colectivo contraído entre los funcionarios del Palacio Legislativo y la mutualista “La Española”.

Por otro lado, existe el **Fondo Nacional de Recursos** (FNR) quien se nutre de los aportes del BPS por sus asegurados y de parte del Estado, a fin de financiar aquellas intervenciones de alta especialidad o productos clínicos de alto valor.

Financiamiento a partir de la reforma: Seguro y Fondo Nacional, la nueva ingeniería institucional.

En cuanto a la **financiación** del SNIS, en la ley 17.930 de Presupuesto Nacional Quinquenal, se establece que el mismo está a cargo del Seguro Nacional de Salud, que contará con un Fondo Público único y obligatorio: el Fondo Nacional de Salud (FONASA). El mismo, se nutrirá con los aportes del Estado, las empresas (públicas o privadas) y el aporte universal de los hogares beneficiarios.

La ley 18131 por la cual se crea el FONASA, indica que será administrada por el Banco de Previsión Social (BPS), instituto que se encarga de la seguridad social en nuestro país. El hecho que sea el BPS quien administre el FONASA, implica una diferencia con lo enunciado por el Frente Amplio en sus documentos históricos, donde establecía que a tales efectos se crearía una Superintendencia dependiente del MSP (Frente Amplio, 2003: 100)

En dicha modificación, operaron tanto presiones externas, canalizadas vía FEMI el cual planteaba que ampliar el sistema DISSE era más conveniente (Diario “El País”, 25/11/05) y presiones internas al gobierno que implicaron la negociación con el Directorio del BPS, quien aducía la conveniencia de ser el administrador del FONASA, como termino quedando en definitiva.

El BPS realizará el **pago** a los distintos prestadores públicos y privados de forma uniforme, por intermedio de capitas o cuotas de salud, que tomen en cuenta el riesgo (vinculado a edad y sexo) y el cumplimiento de metas asistenciales.

El pago por capitas, generó durante el proceso de discusión y aprobación de la legislación, diferentes discusiones y presiones por parte del Plenario Mutual y de la FEMI.

¹⁴ Los montos de los CO-PAGOS son fijados por el Poder Ejecutivo.

¹⁵ Esta lógica de acuerdo por rama de actividad o sindicato con un servicio de salud, se acerca al esquema de los regimenes de bienestar llamados conservadores o corporativos.

Estas discusiones, tienen su raíz, en el hecho de que tales instituciones se han orientado y tienen la mayor parte de sus afiliados en usuarios considerados de riesgo bajo (jóvenes y adultos en particular); por lo cual, el valor de su cuota también es bajo, lo que repercute en su situación financiera. Pero además esto implica, que las mismas modifiquen su política de “socios” y empiezan a admitir y a atender a usuarios con niveles de riesgo mayores.

En términos de Daniel Olesker retomado por Midaglia & Antía (2007), a través de las capitas se evita la “selección adversa”, en la orientación de los prestadores como ocurría antes de la reforma.

En cuanto a la **procedencia de los aportes**, como establece el artículo 60 de la ley 18.211, un 5% corresponde al aporte patronal de las empresas privadas, un 4,5% del salario de los trabajadores sin hijos menores de 18 años o con discapacidad, el 6% del salario de aquellos trabajadores con hijos menores o discapacitados, el 5% del aporte del Estado y de las organizaciones publicas no estatales, aporte de rentistas y de rentas generales.

El esquema central del financiamiento está dado por la contribución vía los aportes mencionados con anterioridad más los aportes centrales del gobierno en el caso de trabajadores o jubilados con menos de 2,5 Base de Prestaciones Sociales (que son alrededor de 4000 pesos uruguayos).

En el aporte de los trabajadores al Fondo, encontramos una diferencia entre los planteos del Frente Amplio antes de llegar al gobierno y la legislación aprobada; la diferencia reside en “lo progresional” de los aportes. En la legislación, lo progresional está determinado por el hecho de tener o no hijos menores o discapacitados, contribuyendo los trabajadores con el 6% o 4,5% de su salario según el caso. En la propuesta manejada en los discursos que interpretan el programa del Frente Amplio, de Olesker por ejemplo, lo progresional se vincularía al Impuesto a la Renta (IRPF) como forma de que la contribución sea lo más equitativa con relación a los ingresos de los hogares. (Diario Últimas Noticias: 31/01/05)

A esto mismo hace referencia el diputado del Espacio 609 el Dr. Álvaro Vega integrante de la comisión de salud de la Cámara de Representantes, en la discusión respecto a Ley que crea el FONASA (Diario “La República”, 05/03/07)

El proceso fue el siguiente: tras no ser incluido el aporte, como una alícuota del IRPF como se planteaba por la izquierda históricamente, el MSP envía la Ley de creación del SNIS estableciendo un aporte del 6% para todos los trabajadores, argumentado la solidaridad entre aquellos que no tienen hijos en relación con los que sí los tienen (Diario “Últimas Noticias”, 31/07/07)

Esto trajo discusiones a la interna del partido de gobierno entre el MSP y los legisladores Dr. Luís Gallo y Dr. Álvaro Vega y entre estos legisladores y otros

pertenecientes al propio Frente Amplio (en especial con los socialistas). De toda esta discusión y al estirarse los plazos de aprobación, en la Cámara de Diputados se llega a cambiar el hecho de que los trabajadores sin hijos menores o discapacitados, pasen de aportar al FONASA de un 6% a un 4,5% (Diario La Diaria: 02/10/07) aduciéndose en que no se generara una carga tributaria tan grande sobre los mismos.

Es imprescindible para entender estas modificaciones y el complejo proceso político que las acompañó, retomar algunos elementos mencionados a lo largo del trabajo: la gran agenda de reformas, la falta de una estrategia de gestión de la intersectorial a la hora de la producción de las políticas públicas, las visiones y costos que evalúa cada sector con cada reforma propuesta (según se lidere o acompañe la misma).

Otra diferencia comparativa, al repasar la legislación con relación a las propuestas documentales y los dichos de prensa (de por ejemplo, el Sub secretario del Ministerio Fernández Galeano), refiere a que el Seguro Nacional de Salud contaría con los aportes, entre otros, del Fondo Nacional de Recursos (FNR), el Hospital Policial y Militar. Estos, en definitiva, terminaron integrándose al SNIS y no al FONASA, manteniendo así su autonomía administrativa.

¿Por qué se sucedieron modificaciones de tales organismos respecto a la integración presupuestal al FONASA?, ¿Cuáles fueron las dificultades o presiones al respecto?, son incógnitas sobre las cuales no se tiene mucha información y sería deseable que fueran develadas en futuros trabajos.

Generación de recursos institucionales...

Los recursos pre-reforma

El MSP de salud pública no orienta, ni tiene la información de qué **recursos humanos** requiere el sector, como tampoco forma a la gran parte de los técnicos. Recordemos que es la Universidad de la República quien forma a los profesionales que trabajan en el sistema. Dicha institución es autónoma y co-gobernada, por lo cual, gran parte de los resultados de una política en tal sentido, dependen de la relación entre ambos, la cual, históricamente no ha sido la mejor. Podemos señalar además, junto a Setaro (2004:95), que existe una crisis mundial de recursos humanos calificados en salud, lo cual resulta un gran problema al que nuestro país no escapa. En tal sentido, en el periodo que va desde 2004 al 2007, informa la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina (2007), se realizaron 143 pedidos de homologación para irse al exterior por parte de los especialistas.

En cuanto a los **medicamentos**, no existe una política clara. El MSP habilita su comercialización tras evaluar su calidad, pero no incide en la producción, importación o compras de las instituciones. Recién hacia el final de la administración del gobierno de Batlle, en el año 2004, se realizó un avance en la racionalización de las compras estatales

de los mismos, gestionándolas desde una unidad del MEF que efectúa las compras de forma centralizada de los medicamentos que necesitan los efectores estatales, lo cual permitió planificar y reducir los costos de las compras.

Con relación a la **tecnología**, la utilización y adquisición de la misma tuvo un crecimiento exponencial en los años noventa. Esto tuvo un correlato con el modelo de atención vigente, donde varios médicos asumieron el rol también de empresarios. El MSP habilitaba el producto, pero no realizaba acciones que controlaran la introducción de nueva o la racionalización en la utilización de la misma y mucho menos intervenir para que se complementen entre instituciones los recursos con los que cuenta cada uno.

Generación de recursos institucionales desde la reforma...

En referencia a la **tecnología** se procederá, estipula la legislación, a la racionalización en la utilización de lo existente entre las instituciones del SNIS y se medirá la contratación y la adquisición de nueva. En ese sentido, el gobierno mostró acciones concretas¹⁶ al prohibir a empresarios la importación de nuevas tecnologías y estableció (MSP) que la incorporación será en primera instancia a través del sub sistema publico.

La injerencia en la adquisición ha sido criticada tanto por la FEMI como por el Plenario Mutual, alegando comentarios tales como que la misma “violenta la autonomía gerencial” (Semanao “Búsqueda” 26/04/07)

Este es un sector que ha crecido fuertemente bajo el proceso de re-mercantilización (usando términos de Pierson) que sufrió el sector, sobre todo en los noventa, proceso incentivado por un modelo de salud centrado en la hiper-especialidad y el trabajo desde lo curativo, donde los médicos asumen en muchos casos como empresarios que favorecen el desarrollo continuo y bajo una lógica de nichos de mercado, *cuanta y que* tecnología.

En relación a los **medicamentos**, los enunciados plantean tener una política nacional al respecto, planteándose en tal sentido uniformizar los medicamentos utilizados en uno y otro sub sector (Diario “La República” 8/08/06)

En este campo, se avanzaría en términos de la racionalización (que tuvo un adelanto en la anterior administración con la creación de la Unidad Central de Adquisición de Medicamentos del Estado) y la equidad en el sistema. Otra apuesta es el estímulo a la producción nacional de genéricos, que hasta ahora no ha tenido mucho empuje. Los actores vinculados a este recurso, en especial las Industrias Farmacéuticas (la Asociación de Laboratorios Nacionales así como la Cámara de Especialidades Farmacéuticas), no han aparecido en escena hasta el momento. No obstante, sí ha aparecido (por un período corto de tiempo) un actor con menor poderío: las farmacias; quienes reclaman que el SNIS los

¹⁶ Como la que se efectuó en abril del 2007, donde el MSP impidió la adquisición de nueva tecnología como recoge la Prensa Escrita (Semanao “Búsqueda”, 26/04/07).

considere el único actor válido para la comercialización de medicamentos y que lo dejen de hacer las mutualistas, aduciendo su aporte histórico a la comunidad gracias a su servicio descentralización. (Diario “El Observador”, 13/04/07)

Los **recursos humanos** necesarios para llevar adelante la política de salud, son un tema clave y muy polémico, dado que el gobierno no cuenta con un espacio propio de educación donde formar a las personas de acuerdo a sus necesidades y orientación (como ocurre en algunos países, por ejemplo España). La formación técnica en nuestro país en el sector salud, está muy ligada a la Universidad de la República, si bien las universidades privadas han incursionado recientemente en ofrecer carreras vinculadas a la salud, la mayor parte de recursos humanos proviene del ámbito público, siendo éste autónomo y co-gobernado. Por lo cual, entonces, gran parte de lo buscado por la reforma, depende de la relación Estado-Universidad y de las fuerzas que se expresan a la interna de esos espacios, así como también de la capacidad del Ministerio para determinar la cantidad (número por disciplina y especialidad) y contenidos formativos que se requieren en el nuevo SNIS.

En tal sentido, se realizaron acercamientos entre los legisladores oficialistas y la Facultad de Medicina (decano y director de la Escuela de Graduados). Estos últimos solicitaron según la prensa, que el MSP amplíe los cupos para formación de los distintos especialistas¹⁷, acrecentándose este punto aún más si se toma en cuenta que el problema es de envergadura gracias a la baja tasa de egreso que se conjuga con la emigración de los mismos determinando falta de especialistas (Diario “La República”, 24/7/07)

La legislación enuncia como norte la formación permanente, la puesta en práctica de equipos interdisciplinarios y la investigación científica, además de una evaluación del desarrollo profesional.

Sobre este tema, cabe destacar que no hay información respecto a las necesidades en cantidad de recursos humanos que requiere el nuevo sistema, lo que requiere pensar cómo construir esa información y la estrategia para conseguirlo.

III.4. La reforma vista desde otros esquemas...

El diagrama de los modelos

Tomando la clasificación de **Tobar (2000)**, presentada en el Capítulo II, donde caracteriza cuatro tipos de modelos de salud: universalista, seguro social, seguros privados y asistencial, podemos comparar nuestro SNIS y a cual de ellos se podría aproximar y por que características estaría compuesto, para lo cual nos servimos del cuadro del capítulo II y el Anexo I.

¹⁷ Recordemos que en el caso de los internados de grado y pos grado, es una comisión mixta MSP-Facultad de Medicina, la que toma las decisiones al respecto.

En nuestro caso, ninguno de esos modelos nos representa en sentido estricto, ya que con el SNIS nos encontramos con lo que el autor denomina un **modelo de tipo mixto**, donde se combinan características del modelo universalista y el modelo de seguro social.

En lo que refiere al modelo universal, nuestro sistema tiene puntos de contacto en el acceso universal de la población, distanciándose para el caso de la provisión que nuestro Sistema es mixto (publico-mutual) y no sólo público. En nuestro caso, el Estado asume también una gran responsabilidad en la conducción y la gestión del Sistema. En lo que refiere a la financiación comparte la utilización de aportes desde los impuestos, de los propios usuarios, aunque tiene una fuente fundamental en el aporte obligatorio de los trabajadores y empresarios como en el caso del modelo del Seguro Social.

Se aleja en las demás características del resto de los modelos, ya que la prestación no es ni exclusivamente pública ni por intermedio de “obras sociales”, ni está sólo focalizada en los pobres o “incapaces”; ni el Estado esta ausente, por el contrario reivindica tanto su rol de prestador (por medio de ASSE) como el de rector (por medio de MSP). Cabe señalar para finalizar, que nuestro Sistema retoma la participación social (usuarios y trabajadores) del modelo universalista como un elemento central.

Los tres marcos metodológicos del diseño de reformas de salud

Maceira (2007), como los presentamos en el capítulo II, aporta tres marcos desde donde entender la reforma: modelo sanitarista, focalizado y las posturas intermedios, desde donde presenta la propuesta “pluralismo estructurada” (que es trabajada por Frenk y Londoño, 1993). A la luz de la comparación con el SNIS en implantación, podemos decir que el mismo adquiere algunas de las características que el autor enumera como la provisión mixta (publico-privada), pero en lo central tiene una clara orientación hacia el modelo sanitarista, ya que: concibe a la salud como derecho, entiende que el estado debe de proveer y distribuir servicios de salud, asegurar la participación social y comunitaria en el sistema, donde a través del avance del primer nivel se intenta lograr la contención de costos.

III.5. Conclusiones del capítulo.

La reforma del Sistema de salud toma notoriedad y fuerza con el primer gobierno de izquierda, sin precedentes en la historia de la política del sector, que despierta tantas expectativas como preocupaciones en los diversos actores del sistema.

Una reforma tan invocada como conceptualizada se enfrenta a las dificultades de la puesta en práctica en el marco de un proceso largo que requiere importantes apoyos, que superen las dificultades y las resistencias.

La reforma comienza el proceso a través de tres leyes que modifican aspectos estructurales y funcionales que posibiliten ir palpando el cambio de modelo que se persigue. Tales leyes demoraron alrededor de dos años para ser aprobados, esto tiene varias razones que mencionamos con anterioridad y que fueron condicionantes del camino andado.

Razones exógenas al sector, como la cantidad de reformas que el gobierno se propone, que requieren valorar tiempos, intereses y aplicación. Hecho vinculado a la dificultad de diseñar, planificar y concretar políticas Inter.-sectoriales, que no sólo tengan una orientación y organicidad distinta para el sector sino para el conjunto de actores institucionales de gobierno involucrados.

Este es el caso de la Reforma Tributaria, su puesta en práctica significaba una parada grande para el gobierno, dado su cambio en la forma y la cantidad de lo que se grava con los impuestos, la cultura tributaria del país y una sociedad amortiguadora de cualquier cambio con trascendencia comunicacional. Por lo cual, el MEF que la impulsaba, buscaba minimizar los riesgos y ponerla en práctica cuanto antes. Esto generó que el aporte de los trabajadores, que inicialmente¹⁸ se pensaba desde el Ministerio de Salud Pública fuera una alícuota del Impuesto a las Retribuciones de las Personas Físicas (IRPF), terminará en definitiva constituyéndose en un porcentaje fijo que varía de 4,5% a 6% según si se tiene o no hijos menores o discapacitados. Este tema a su vez, provocó dificultades entre los diversos sectores del Frente Amplio, cuando las leyes llegaron para ser tratadas a la Cámara de Diputados, se demoró y llegó a modificarse la propuesta enviada por el Poder Ejecutivo la cual contaba con la aprobación del Senado.

Dentro de las razones endógenas al sector, la incorporación de los diversos actores al Consejo Consultivo de donde salen los productos de la reforma, conlleva a la discusión y negociación para alcanzar el mayor acuerdo al respecto. Es importante el peso de algunos de esos actores como sindicatos y mutualistas, que “operan” no solamente a través de dicho Consejo sino que también vía el Poder Legislativo y la propia opinión pública, a fin de cuidar su interés cuando la reforma avanza en tal Consejo de forma no coincidente a sus intereses. Por otro lado, durante el ínter periodo, el gobierno tuvo que enfrentar varios conflictos laborales con las distintas agremiaciones, siendo la dada con la SAQ la de mayor dureza. Tal conflicto terminó marcando el poderío de los especialistas en el sistema y su lucha por el reconocimiento como actor gremial válido.

Ahora hay que preguntarse, entre otras cosas, si las leyes promulgadas constituyen y alcanzan para concretar la reforma. Claramente la respuesta es no. Las leyes son los instrumentos necesarios que la posibilitan, pero el cambio de modelo que permite llegar a

¹⁸ Recordemos que los documentos “históricos” del Frente Amplio, establecen de forma genérica, que el aporte de los hogares será progresional.

los objetivos descriptos plantea modificaciones mas allá del modelo de financiamiento, requiriéndose transformaciones en el modelo de gestión y de atención todavía no alcanzados.

En especial, en el modelo de atención que se promueve, cambia la concepción anterior de salud centrada en la enfermedad, en la asistencia, la especialidad fragmentada, la alta tecnología y en la relación de dominación médico-paciente; para pasar a uno donde la promoción y prevención son centrales, donde la estrategia central es la APS, donde se genera un sistema de referencia y contra referencia entre niveles de atención, una racionalización en el uso y compra de la tecnología, la participación social de trabajadores y usuarios es clave, en un abordaje de salud donde la comunidad se apropia de los determinantes de la misma. Esto requiere una organización y formación distinta de los recursos humanos, en las relaciones de poder presente y con un Estado interventor que lo asegure.

Dentro de ese esquema, muchos intereses relacionados con los seguros parciales que persiguen el lucro, los especialistas favorecidos de la actual organización laboral, los laboratorios, los empresarios de la tecnología, se verán presumiblemente afectados.

Es por eso que compartimos con Maceira, que “las limitaciones en el análisis de los actores participantes en los sistemas de salud de cada país en particular y el poder relativo de cada uno de estos atenta no solamente contra la dinámica del proceso de reforma y su *timing* de aplicación, sino también con el alcance de los objetivos planeados originalmente (...)” (Maceira, 2007:25).

En el capítulo siguiente, en tal sentido, trataremos de realizar una descripción analítica de la arena de actores y en especial de las corporaciones médicas, a fin de ir aproximándonos a los desafíos que a este proceso de reforma se le pueden ir presentando.

Capítulo IV- Descripción analítica de la arena corporativa: los actores de la salud.

En este capítulo se intentará describir los distintos actores con poder en el sector salud, a fin de apreciar sus posibles incidencias en la reforma en curso, respecto del planteo original buscado y los enunciados que se desprenden de las leyes ya tratadas.

Esta descripción tomará en cuenta la posición funcional que juega cada actor en el sector, su integración o no al sistema, su relación con el Estado y el mercado, la composición interna (la correlación de fuerzas) y sus planteos en relación con la reforma.

Analizaremos a los mismos, retomando las dimensiones de: *prestación, orientación, financiación, generación de recursos institucionales y rectoría*, su posición y acciones respecto a la reforma de salud. En particular, abordaremos aquellos puntos que no tienen que ver tanto con las dificultades por los cambios en el modelo de financiación, ya que este aspecto fue abordado en el Capítulo III, sino que el análisis estará centrado en el desarrollo de los cambios en el modelo de gestión y la consecución del cambio de modelo de atención.

Creemos que algunos actores, y en particular las corporaciones médicas, se ven afectados con el *cambio de modelo* que la reforma presenta, por razones que tienen que ver con: mercado, organización laboral, rompimiento de determinada situación de poder-símbolo-prestigio¹⁹.

Es por tanto, que en este capítulo rompemos con esquemas que creen que el modelo de atención es estrictamente una cuestión técnica y de los médicos; creemos que al realizar análisis de actores son claras las relaciones de poder y conflictos políticos presentes en dicho modelo. Dejamos atrás la idea por la cual, el modelo de financiamiento es sólo una cuestión económica y el modelo de gestión la esfera política. Consideramos que hay que indagar en la relación de esas esferas y en lo subyacente a cada una para entender los desafíos futuros, aun más, en tiempos donde el proceso de reforma sigue en curso y disputa.

¹⁹ Los médicos en nuestra sociedad han venido acunando a lo largo de la historia, un poder significativo, que tiene varias fuentes: a) el hecho de trabajar con el continuo vida-muerte, lo que construye cierta figura simbólica respecto al rol, desarrollada en toda la obra de Michel Foucault; b) el hecho de ir consolidando una sociedad que fue dejando la salud cada vez más circunscripta a la "medicina" (médicos y medicamentos), lo que Barrán denomina "La medicalización de la Sociedad", proceso que se ve alimentado por un modelo basado cada vez más en la especialización; a lo que se le suma c) la escasez mundial de recursos humanos en salud formados.

IV.1. Los actores del sistema de salud: *entre el corporativismo y la vida...*

Aquellos que realizan la provisión, son los **prestadores** “integrales” privados sin fines de lucro, las **IAMC** son 41 instituciones en todo el país, en la actualidad. De las 41, 29 corresponden al interior, 23 a la Federación Médica del Interior (FEMI) que cumple un doble rol nucleando: a los médicos y a sus cooperativas de asistencia médica en las diversas ciudades del interior del país (en los 18 departamentos) y a las 6 instituciones restantes que pertenecen a COFEMI.

Las otras 12 instituciones se encuentran en Montevideo, algunas se agrupan en el Plenario Mutual (integrada IMPASA, CUDAM, SMI, GREMCA y UNIVERSAL) y otros en la Unión de Mutualidad (reúne a LA ESPAÑOLA, CASA DE GALICIA y HOSPITAL EVANGELICO), además de otras no integradas ni con uno ni con otro conglomerado (son el caso de COSEM, MEDICA URUGUAYA, CIRCULO CATOLICO y CASMU).

Tales prestadores no han mostrado una posición homogénea respecto a la reforma. Ha habido distintos puntos de discrepancia y negociación de los mismos con la propuesta, como señalamos en parte en el anterior capítulo, que versan desde: las competencias de fiscalizador del MSP, el pago por usuario a través de cápita y sus montos, y quien administra el FONASA, entre otros. Este proceso denotó, por un lado una evidente conflictividad con el Plenario Mutual en primer término y con la FEMI en segundo. Por otro lado, la Unión Mutual mostró una actitud más bien favorable respecto a la reforma. Por último, algunas otras instituciones tomaron más bien una aptitud adaptativa.

Luego encontramos los llamados “prestadores parciales” o **seguros parciales**, donde podemos ubicar diversas clínicas²⁰ que contratan tanto con las mutualistas como con ASSE, así como con las Emergencias Móviles. Esos seguros parciales, como señalamos en el capítulo III con **Diosma Piotti** (2002), tuvieron su nacimiento a la luz de la carencia que los prestadores integrales tenían en determinados servicios y crecieron exponencialmente al abrirse (en los noventa) en el país, lógicas de mercado en varios sectores, incluyendo la salud. Estos no están integrados a priori al SNIS, pero dado que los diversos prestadores integrales pueden contratar con terceros, pueden incluirse de forma indirecta.

En el caso particular de las **emergencias móviles**²¹, como vimos en el capítulo III, las mismas nucleadas presionaron e hicieron pesar su lugar en el sector (cuentan con alrededor de un millón de afiliados en todo el país) y con una cantidad de trabajadores más que significativa (aproximadamente 5000), para que la legislación asegure la libre elección de

²⁰ Dentro de la categoría Clínicas, encontraremos una heterogeneidad de prestaciones que las mismas realizan, desde aquellas vinculadas a la “alta tecnología” como otras vinculadas a la rehabilitación de niños con problemas motrices, entre otras.

²¹ Las emergencias móviles se reúnen en la Cámara Nacional correspondiente, nucleando tanto a las emergencias de Montevideo como del Interior, las cuales son alrededor de cincuenta y tienen una presencia en el sector de más de 25 años (Diario “El Observador”: 13/4/07)

los usuarios respecto al prestador que brinde la llamada “clave uno” (urgencia y emergencia) entre los prestadores habilitados por el MSP y que se lo comunique al Seguro Nacional de Salud. De esta forma, pasan de no estar incluidos de forma directa en el sistema (ya que no son prestadores integrales), a depender de las negociaciones que cada institución de asistencia colectiva haga, al quedar previsto que parte de sus prestaciones, son un servicio al cual los usuarios tienen derecho a acceder con su afiliación al seguro. La otra reivindicación, en la cual tuvieron éxito, fue que el pago de estos servicios lo realice directo el FONASA y no vía las mutualistas como estaba previsto en principio.

También encontramos a los seguros por enfermedad o cajas de auxilio que se han conformado a lo largo de la historia vinculados a la actividad laboral-sindical, que nuclean a 50000 trabajadores y sus familiares²², que implican un potencial conflicto latente a futuro; aunque no cuenten con un grado de organicidad y *lobby* importante hasta el momento.

Por otro lado, es de esperar que muchas clínicas que contrataban con los diversos servicios de atención a la salud, conformen escenarios de conflicto gradual a futuro, como resultado del desarrollo propio en tal materia por parte del Estado así como de las mutualistas. Además el conflicto también se irá presentando si se concretan el aumento en los controles de funcionamiento y de calidad que el MSP realiza sobre tales clínicas, los cuales han sido escasos hasta al momento. Igualmente dichos sectores parecen ser bastante heterogéneos entre si, y no contar con un ejercicio de *lobby* evidente y de peso. En tal sentido, lo que puede suceder es que se sumen estos elementos de confrontación con parte del elenco médico y otros profesionales, que por lo general están al frente de tales clínicas, a otros actores en pugna con la reforma.

Otros actores son los **Laboratorios Farmacéuticos**, proveedores de medicamentos. Los mismos están agrupados en su gran mayoría entre: Asociación de Laboratorios Nacionales (ALN) la cual reúne 26 laboratorios del país (dado que la empresa figura como tal, no por sus productos, que pueden o no ser nacionales) y otros 12 pertenecientes a transnacionales nucleados en la Cámara de Especialidades Farmacéuticas (CEFA). Los primeros, según datos del año 2006, comercializan casi dos terceras partes de las compras (en términos de dinero) y los segundos casi un tercio de nuestro mercado nacional, pero es inversa la relación de dinero por cantidad de unidades, lo que habla del mayor valor agregado que tienen los productos internacionales²³. Son empresas de un poderío evidente, por el giro de capital que realizan y la centralidad que tienen el recurso medicamento (favorecido por el modelo curativo y las enfermedades prevalentes).

Este actor (al menos explícitamente) no ha manifestado posición respecto a la reforma, pese a que se han planteado algunas iniciativas que los podrían presumiblemente

²² Datos obtenidos del Diario “La Diaria” del 20/04/07.

²³ Datos propiciados con la reserva del caso, por informante de las Cámaras Farmacéuticas.

afectar su giro: la racionalización respecto a las compras, la equiparación entre los medicamentos utilizados por el sub sector público y privado. Tal posición, se podría decir, está más vinculada a la no promoción de la producción nacional de genéricos por parte del gobierno, lo cual no ha visto dañado de forma significativa sus intereses hasta el momento. Desarrollar la producción nacional de genéricos, es para la reforma un desafío de largo plazo en el proceso gradual que la misma está desarrollando, que además deberá vencer entre los obstáculos aquellos de tipo legal (como las *'patentes'* que poseen los diversos fármacos).

Siguiendo la lista de elementos que tienen que ver con la generación de recursos institucionales, encontramos las clínicas vinculadas al uso de la alta **tecnología**, los importadores de las mismas y la regulación que se hace desde el Ministerio de dichos actores. En el caso de este recurso, el mismo ha estado también vinculado al fenómeno de innovación y apertura al mercado, donde los propios médicos han asumido un rol empresarial. En este caso se tiene poca información pública al respecto de cuantos y quienes manejan la venta y/o la prestación de tales tecnologías. Creemos que en este caso, dada la política de racionalización que también se impulsa por parte del MSP y del SNIS todo, es de esperar que se generen conflictos que estarán emparentados con algunos sectores empresariales médicos²⁴. Este tipo de conflicto se dará en el corto y mediano plazo, cuando tales intereses tomen mayor acción corporativa en defensa de reglas de libre mercado argumentando que no se niegue el avance del país en ese sentido, como ya lo han manifestado en múltiples ocasiones.

Entrando en los **sindicatos de trabajadores no médicos**, encontramos por un lado la Federación de Funcionarios de la Salud Pública (FFSP) y por otro la Federación Uruguaya de la Salud (FUS) como los dos gremios más importantes que nuclean, en el caso de los primeros a los que trabajan en el sub sector público (en ASSE) y en el caso de los segundos, éstos lo hacen en el sub sector privado.

En el primer caso, el de **FFSP** ha planteado el apoyo a la reforma en curso. Recordemos que colaboró en lo aprobado por la central sindical (PIT-CNT) en sus congresos respecto de la salud y parte de sus planteos son recogidos en la propuesta que impulsa el gobierno. No obstante, el sindicato a través de su Secretario General Alfredo Silva²⁵, perteneciente al ala "radical" de la izquierda (la lista 1968 del Frente Amplio), plantea que la reforma debe caminar hacia lograr un Sistema Único Estatal de Salud. Por

²⁴ Un ejemplo público de este tipo de conflictos, fue el que protagonizaron MSP con Clínica Leborne tras ser sustituido su contrato de servicios tecnológicos para el área de atención oncológica, por uno similar con la Clínica COR (la cual esta vinculada al Presidente Vázquez). Este punto, mas allá de de suspicacias pública, evidencia: a) la dependencia de estos servicios de alta especialidad a manos de oligopolios por parte del SNIS y en particular ASSE; b) lo conflictivo de la relación de lógicas distintas entre Estado (derecho humano) y Empresa (ganancia) en la salud.

²⁵ El Sr. Alfredo Silva es el representante de los trabajadores en el Directorio de ASSE, en la actualidad.

otro lado, el gremio ha mantenido algunos conflictos con el gobierno que se centraron en las cuestiones salariales, como apreciamos en el capítulo anterior. En definitiva, tal actor es un aliado para concretar la reforma, a pesar de ciertas diferencias y planteos, con el cual hay que permanentemente dialogar. El destino de esta relación sindicato-gobierno, tanto en caso de conflicto o separación de la alianza “pro reforma”, esta más “atado” a resoluciones que los sectores de izquierda más radical tomen en relación a las políticas que impulsa el gobierno del Frente Amplio en general (más que en lo sectorial) como a un cambio en la dirección del gremio, cosa poco probable.

En el segundo caso, el de **FUS** ha planteado un apoyo acérrimo a la reforma en curso, no sólo colaboró en la propuesta que defiende el PIT-CNT, sino que, junto a lo aprobado en la 9º Convención Médica, constituyen los insumos que dan cuerpo a la propuesta presentada en el Programa de Gobierno del Frente Amplio, hoy en curso. Este gremio ha mostrado una gran coherencia en su planteo y cuando ha aparecido en escena es para presionar, es decir para “apurar” los tiempos del proceso de reforma y no para criticar sus contenidos. Su Secretario General Jorge Bermúdez²⁶, es integrante del Partido Comunista del Uruguay (sector del Frente Amplio que ha pujado desde las organizaciones sociales y sus representantes partidarios, por lo que ellos denominan la “profundización de los cambios” y entre ellos la salud) y ocupa por parte de ese gremio el Secretariado Ejecutivo del PIT-CNT, siendo tal vocero, el aliado más importante con que cuenta el gobierno en este proceso dentro del sector.

En el caso de los **sindicatos médicos** tenemos tres actores claves: el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), la Federación Médica del Interior (FEMI) y la Sociedad Anestésico Quirúrgica (SAQ).

El **SMU** existe como gremio desde 1920, desde 1922 sumó la participación de estudiantes de Facultad de Medicina de la Universidad de la República y a partir de 1930 se les da lugar a los estudiantes en la directiva. Este gremio, se nutrió en primera instancia de médicos recibidos en el exterior y desde el año 1882 en adelante, de los egresados de la Facultad de Medicina. Desde esos comienzos, se consolidó con una integración mayoritariamente capitalina, de 750 médicos de los cuales, 580 estaban en Montevideo. Esto tiene relación con dos aspectos: la mayor relación médico paciente que hay en Montevideo en comparación al interior; siendo el otro aspecto consecuente en la historia de tal gremio el predominio en el mismo de afiliados residentes en Montevideo²⁷.

Este gremio, hasta llegado el gobierno del Frente Amplio, fue en el discurso uno de los mayores defensores de una reforma del sistema de salud que tienda hacia un Sistema Nacional de Salud. En particular, “elaboró” y sirvió de insumo a la propuesta que lleva el

²⁶ El Sr. Jorge Bermúdez es el representante de los trabajadores en el Directorio de la JUNASA.

²⁷ La macrocefalia de Montevideo, también se expresa en el mercado laboral médico.

gobierno, si tomamos en cuenta la relación de “filial” entre el programa de gobierno del Frente Amplio y las distintas Convenciones Médicas de las cuales el SMU ha tomado postura. Un vez llegado el gobierno, el apoyo no fue el mismo que en el discurso como vimos en el análisis del inter-periodo 2005 al 2007 en el capítulo III. Tomando en consideración este punto, nos preguntamos: ¿Qué cambió su posición? ¿La correlación de fuerzas internas en el gremio?, ¿Su rol en el proceso? o ¿sus acciones en el proceso de reforma responden a intereses netamente corporativos?

Los sectores que integran el gremio y cuentan con representación en los espacios de decisión son entre los de “izquierda”: a) FOSALBA (integrada con médicos afines al Partido Comunista, la Vertiente Artiguista y Asamblea Uruguay), b) CONVOCATORIA (catalogados como moderados de izquierda), c) RECAMBIO (“independientes” de izquierda), d) MAS (izquierda radical, vinculada al 26 de Marzo), e) Agrupación de Trabajadores Médicos (médicos a fines al Movimiento de Participación Popular, Partidos de los Trabajadores y trotskistas) y f) la Asociación de Estudiantes de Medicina (integrante de la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay). Entre los de derecha encontramos: g) la Unión Gremial Médica, h) Avanzar con Propuesta, e i) Estudiantes Independientes vinculados a los dos partidos tradicionales.

La izquierda ha tenido una hegemonía en el gremio desde la reapertura democrática hasta llegado el gobierno e iniciado el proceso de reforma. En las elecciones de Mayo de 2005, volvía a ganar a través de la coalición Unidad para el Cambio (que reunía a FOSALBA y CONVOCATORIA), quedándose con 5 cargos en la dirección ejecutiva, 2 para el MAS, 3 para la Unión Gremial Médica, 2 para Estudiantes Independientes y uno para la Asociación de Estudiantes de Medicina. Ese ejecutivo mostró sus diferencias entre sectores, particularmente en el conflicto salarial de 2005, donde el ala de “izquierda radical” y los partidos tradicionales (en correlato con lo que pasó en áreas de la política nacional) fueron los que golpearon más fuerte al gobierno.

En el año 2006, cuando el Consejo Consultivo para la Reforma está terminando de discutir las leyes para enviar al parlamento, hay elecciones en el SMU, donde por primera vez pierde la hegemonía la izquierda y gana la presidencia y consigue cuatro cargos la Unión Gremial Médica, quedando el FOSALBA en segundo lugar, luego el MAS, RECAMBIO y Asociación de Trabajadores Médicos con un solo cargo y CONVOCATORIA pierde su cargo al no mantener la alianza con FOSALBA. Se mantiene entonces el 2-1 de la elección anterior para Estudiantes Independientes y Asociación de Estudiantes de Medicina. Con esta nueva conformación y los planteos que los “ganadores” promueven se acrecientan las resistencias a la reforma en curso, pasando el SMU de ser un aliado crítico a un potencial actor con más reparos que apoyos y con una gran capacidad de veto por diferentes medios (Diario “La República”: 6/06/07).

Recordemos que este “Sindicato” además que como gremio juega como “empresario”, a través de la mutualista más “grande” del país el CASMU, que cuenta con alrededor de 240 mil afiliados y 7000 trabajadores (con una relación 50 a 50 entre personal médico y no médico); la misma atraviesa una crisis financiera que los distintos sectores acreditan distintas causas y diferentes respuestas (algunas incluyen un gran intervención del Poder Ejecutivo). Por otro lado, el nuevo modelo de financiación del SNIS de alguna forma los favorece por intermedio del pago de capitas por riesgo, lo cual, sin duda podría influir en el posicionamiento y acción del gremio.

La **FEMI** es formada como gremio en 1966 y está conformada por 22 gremios de los 18 departamentos del interior del país, estando muy emparentada en su desarrollo a la prestación de asistencia a través de sus 23 instituciones asistenciales, por lo cual resulta difícil referirse a este actor en uno y otro rol, como gremio y como nucleador de las cooperativas médicas que prestan atención a la salud en el interior.

Tal gremio participa de las Convenciones Médicas, por tanto, de alguna manera comparte los planteos de la reforma de salud que lleva adelante el gobierno, se ha manifestado públicamente a favor de un SNIS, de la necesidad de una reforma impulsada por los valores y objetivos que enuncia el Frente Amplio. Sin embargo, ha planteado diferencias con las tres Leyes que conforman el marco de la reforma del sector, como vimos en el capítulo III, tanto en el modelo de financiación (el tema de las capitas y la creación del FONASA) como del modelo de gestión (integración público-privado, la competencia con el efector público ASSE, las competencias de la JUNASA, entre otros), siendo promotor de mayor gradualidad en el proceso a la inversa de los sindicatos no médicos.

Antes de asumir el gobierno y durante el comienzo del mismo, en el gremio había una sola lista: la 23, la cual presidía el Dr. Yamandú Fernández. En las elecciones de Junio de 2007 vuelve a haber competencia (luego de 4 años) y se presenta la lista 1 que gana. Las diferencias entre las listas y la vuelta de la competencia surgen de la visión respecto de la reforma en curso, y el resultado tiene que ver con una tendencia más crítica en relación a la reforma, que fue encabezada por el actual presidente de FEMI el Dr. Edgardo Mier (Diario “La República 7/07/07).

Por ultimo, encontramos la **SAQ** que fue creada en 1992 como una escisión del SMU, aduciendo que este último no defendía sus intereses laborales. Este “gremio” está conformado por trece sociedades definidas por especialidad. A pesar de mantener un perfil bastante bajo hasta este periodo de gobierno, ha mantenido conflictos por diferencias laborales (en especial salariales) desde su creación. De esos primeros enfrentamientos, logró una recuperación del 50% de su salario entre 1993 a 1996, en el año 2000 en conflicto con el MSP, unos 400 cirujanos y anestesistas amenazaron con abandonar los puestos de trabajo, con los problemas obvios que ello traería en la atención.

Llegado el año 2005 tras no ser invitados a participar en el Consejo Consultivo para la reforma, por ende no ser reconocidos como actor válido por parte del gobierno, emprendieron un juicio al MSP para obtener la información de la reforma, el cual es ganado por los mismos en el año 2006. En ese mismo año, los cirujanos boicotearon al nuevo Jefe del Hospital Maciel, ante el cese de uno de sus miembros el Dr. Bogliaccini de tal cargo, siendo dicho doctor uno de sus voceros más importantes en la actualidad. Durante ese mismo tiempo, los oftalmólogos se opusieron a la llamada “operación milagro” y la intervención de los médicos cubanos, la cual tras la acción del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y el MSP junto al gobierno de Venezuela y Cuba, permitía que pacientes uruguayos se operaran sin costo en Cuba. En el 2007 se desarrolló el conflicto entre la SAQ y el gobierno, el cual dura aproximadamente dos meses, que tuvo como emergente las “malas condiciones” del Hospital Pereyra Rossell y el monto salarial que les paga ASSE. Durante este conflicto hubo: renuncias colectivas, decreto de esencialidad por parte del Poder Ejecutivo, planes de contingencias para derivar pacientes, mediación de la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes, entre otros ingredientes. El conflicto terminó con un aumento del pago por hora, un cambio en el régimen de guardias y según el gremio, el reconocimiento por parte del Ministerio como actor válido (Diario “El Observador”: 15/8/07)

Entre las organizaciones de **Usuarios de la Salud** contamos con tres de relativa relevancia y una de carácter más bien testimonial: Movimiento de Usuarios de Salud Pública y Privada (MUSPP), Movimiento de Usuarios de Servicios a la Salud (MUSAS), Movimiento de Participación en Salud, y la Asociación de Usuarios de Servicios de Salud (ADUSS). Tales organizaciones, son parte de los efectos que las políticas generan, en términos de Pierson (1993). Los mismos son incentivados por el proceso en sí donde el Ministerio le da un lugar desde las comisiones consultivas y luego las termina de legitimar integrándolas formalmente a los organismos de gobierno del SNIS.

El **MUSPP**, nace a raíz de la reforma de salud en curso con un claro apoyo a la misma, con un discurso apolítico y una práctica consecuente (pero marcado por una clara mayoría de frenteamplistas). El mismo creció rápidamente en Montevideo y sobre todo en el interior, teniendo una participación más que importante (alrededor 4000 adherentes)²⁸. Estos últimos, hoy son representados a través de Lilián Rodríguez, en el máximo organismo del SNIS: la JUNASA.

A su vez, el **MUSAS** tiene una historia anterior a la llegada del Frente Amplio al gobierno, con un desarrollo a nivel más local y referenciado a la zona de Montevideo, aunque no se cuenta con información exacta respecto a su conformación. Sus referentes tienen un planteo cercano al del Frente Amplio. En la actualidad, tienen un representante en el Directorio de ASSE, el Sr. Wilfredo López.

²⁸ Información brindada por uno de sus voceros: el Sr. Bouvier.

Por otro lado, encontramos al **Movimiento de Participación en Salud**, con referencia en la zona Oeste de Montevideo y en particular en el Centro Comunal Zonal 17²⁹. Tienen algunas diferencias con el MUSPP, presentan posturas frenteamplicas, y también realizar un apoyo a la reforma. En la actualidad, están poco actividad publica y se han acercado al trabajo del MUSAS.

Por ultimo, ubicamos a la **ADUSS**, la cual es una organización de carácter más bien testimonial desde la perspectiva política. Su trabajo esta centrado en asistir a los usuarios a través de un equipo de abogados ante situaciones de mala praxis por ejemplo. Fue creada en anteriores administraciones y tiene una vinculación (no muy clara) con los Partidos Tradicionales (y en particular el Partido Colorado).

En lo que refiere a los partidos políticos con capacidad de incidencia (aquellos con por lo menos 5% de los escaños), nos encontramos además del Frente Amplio quien impulsa la reforma, al Partido Blanco y al Partido Colorado. Ambos partidos, en sus bases programáticas para las elecciones del 2004, planteaban la necesidad de avanzar hacia un sistema de salud. Comenzado el proceso de reforma, el Partido Colorado se demarcó hasta el punto que uno de sus dirigentes, el Cr. Alfie plantea que la reforma es estatista y que el esquema del sistema no respeta al mutualismo (Semanao "Crónicas" 30/03/07). En el caso del Partido Nacional, su relación en el proceso fue distinta, apoyaron la necesidad de avanzar hacia el Sistema de Salud, hasta que avanzada la implementación, tras entender que se afecta el mutualismo y ASSE no estaba pronto para integrarse y ser una opción real, resolvieron no apoyarla (Diario "Ultimas Noticias" 24/07/07).

En función de la descripción realizada con anterioridad, presentamos a continuación, un cuadro-resumen referido a la posición de los principales actores de la arena de la Salud respecto de la RSS. En la misma, se evidencia de forma gráfica tanto situaciones claras de apoyo como de desacuerdo, además de la situación de algunos actores que se posicionan en una situación que varía en la actualidad entre un tenue apoyo (dada la situación indiscutible de crisis antes de la reforma, los discursos que sostenían los cuales los obliga a mantener cierta coherencia) y una situación de desacuerdo (que es adjudicada al proceso, pero está claramente ligada a los intereses de cada uno tiene dentro del sector). Por otro lado, muchos de los actores, por su heterogeneidad (el caso de los seguros parciales), no resulta fácil establecer su grado de apoyo respecto a la reforma; en el discurso, algunos de ellos han planteado acuerdo en la medida que estén incluidos, es el caso de las emergencias móviles (de las que damos cuenta por tener organización). En un solo caso: Laboratorios Farmacéuticos, dado su no presencia en la escena hasta el momento, optamos por ubicarlos en la situación de indiferencia.

²⁹ La información a la que tuvimos acceso, apareció en la pagina en la Web del Programa APEX Cerro de la Universidad de la República: www.apexcerro.edu.uy; por su vinculo de trabajo local.

IV.2. Los actores y la Reforma: *mapeando posiciones...*

ACTORES	NIVELES DE APOYO A LA REFORMA				
	Mucho	Bastante	Poco	Desacuerdo	Indiferencia
Partidos Políticos	Frente Amplio			Partido Colorado Partido Nacional	
Gremiales			FEMI SMU	SAQ	
Prestadores integrales			Unión Mutual Mutualistas sin agrupación	PLEMU	
Prestadores parciales			Clínicas, Cámara de Emergencias Móviles		
Laboratorios					ALN, CEFA
Sindicatos	FUS	FFSP			
Usuarios	MUSPP MUSAS	Movimiento de Participación		ADUSS	

*Fuente: Elaboración propia.

Referencias:

- Partidos Políticos con capacidad de incidencia (mas de 5% de los escaños).
- Gremiales Médicas (Sindicato Medico Uruguayo, Federación Medica del Interior, Sociedad Anestésico Quirúrgica).
- Prestadores Integrales de Salud Privada: Unión de Mutualidad (UM); Plenario Mutual (PLEMU); y Mutualistas sin agrupación (COSEM, Medica Uruguaya, Círculo Católico y CASMU).
- Industrias Farmacéuticas: Asociación de Laboratorios Nacionales (ALN); Cámara de Especialidades Farmacéuticos (CEFA)
- Seguros Parciales (emergencias móviles; clínicas privadas de seguro parcial; etc.)
- Sindicatos de trabajadores no médicos (Federación Uruguaya de la Salud; Federación de Funcionarios de la Salud Pública).
- Organizaciones de Usuarios (Movimiento de Usuarios de Salud Pública y Privada, Movimiento de Usuarios de Salud, Movimiento de Participación en Salud, Asociación de Usuarios de Servicios de Salud).

V- Consideraciones Finales.

La política de salud en el Uruguay, mas allá de formar parte de un sistema de bienestar agotado, no formó parte del proceso inicial de reforma del Estado que se dio en los años noventa. Es recién empezado el siglo XXI y con un gobierno de izquierda al frente, que promueve una reforma con otra *orientación* universalista basada en la ampliación del seguro nacional de salud, que se concreta la implementación de una reforma estructural en el sector.

Esta reforma en parte del régimen de bienestar podría ser catalogada de varias formas según los autores a los cuales nos referenciamos en el capítulo II, si hacemos un esfuerzo comparativo. Retomando la clasificación de Esping-Andersen (1993) (y salvando las claras distancias), nuestro país está en camino desde un régimen de corte conservador a uno más cercano al de la Socialdemocracia (aunque conservemos rasgos como el impuesto al trabajo y la provisión mixta que lo alejan un poco aún). Basados en la clasificación de Mesa Lago (1998), podríamos decir que estamos en el camino del “pionero” que quiere corregir parte de sus problemas de estratificación. Pasando a la clasificación de Filgueira (1998) probablemente no hubiéramos avanzado en nuestro universalismo en términos de abordar la estratificación, ya que no tenemos una política de corte más focalizada para los pobres que enfrente las inequidades.

Es interesante señalar que la *dirección* de la reforma, lejos de iniciar caminos de remercantilización como se sugería en los años noventa, el SNIS pudo avanzar en clave de desmercantilización en la medida en que el Estado asume el derecho de las personas y la responsabilidad de asegurarlo. Esta reforma tiene, porque aun está en curso, una *dinámica* gradual que lleva ya más de medio periodo de gobierno. La RSS ha sido de corte *transformadora* no sólo por la modificación en su estructura sino también en el *cambio de su modelo*; pero además en lo que respecta al *nivel*, ha modificado tanto objetivos como instrumentos que utiliza para abordarlos (no obstante, se ha denotado cierto “aprendizaje político” para retomar lo bueno pre-existente, por ejemplo el esfuerzo por descentralizar ASSE del MSP).

La reforma emprendida cuenta con varios factores que facilitaban la estrategia a desarrollar para que ésta se concretara, en una arena de intereses compleja, como es la salud. Entre esos factores subrayamos nuevamente, el hecho de que el Frente Amplio llegara al gobierno venciendo en primera vuelta sin necesitar una coalición electoral, lo que le permitió además de ganar, contar con mayoría absoluta en el parlamento. Esta situación, le posibilitó al actual gobierno promover tres leyes ordinarias sin necesidad de acuerdos extra-partidarios. Este factor tiene ventajas y desventajas. Entre las primeras encontramos el poder promover las reformas tal como las concibe, sin necesidad de negociar obligatoriamente con los otros actores partidarios. Entre las segundas, podemos ubicar que

la discusión respecto a la propuesta se trasladó públicamente a la interna del partido de gobierno, como quedó evidenciado en el capítulo III, lo que repercutió en la demora en la aprobación de las leyes y mostró la falta de acuerdos de la fuerza de gobierno respecto a la implementación de la misma.

Una potencial desventaja en el mediano plazo de la implementación de la reforma, es si esta política de salud, impulsada desde el gobierno puede llegar a transformarse en política de Estado sin haber contado con una coalición o acuerdo con algún otro partido (en particular el Partido Nacional, que votó algunos de los cambios propuestos en la legislación).

Otro elemento clave son las competencias del Poder Ejecutivo, en nuestro caso con un régimen presidencialista, que cuenta con la capacidad de impulsar leyes, como fueron la ley del Presupuesto Nacional y las tres que dieron cuerpo al SNIS. Además, dicho Poder, a través de su elenco de gobierno, tuvo la habilidad (vía decreto) de convocar a un espacio de trabajo colectivo de la reforma, como lo fue la comisión consultiva, lo cual permitió: legitimar la propuesta, “compartir las culpas” respecto de la iniciativa con otros participantes, y tener una propuesta relativamente negociada entre los actores previa a su envío al Parlamento.

Respecto al momento de implementación de la reforma, el carácter instituyente que el primer gobierno de izquierda en sus propuestas y las expectativas respecto a las mismas por parte de la sociedad, colaboraron para gestar en la opinión pública un apoyo al proceso ante un sistema en crisis. No obstante, el periodo de efectivización de los cambios, se concretó en el 2007, por lo cual no podríamos hablar de que lo realizó en su período de “luna de miel”. Cabe señalar que la misma tuvo que competir en la agenda oficial y en la valoración de costos políticos con las otras reformas que el gobierno promovía, en especial la tributaria, teniéndose una ausencia de estrategia intersectorial que permitiera la complementariedad que estipulaba el programa del Frente Amplio.

Este manejo de la agenda de reformas del gobierno, tiene en los elementos del proceso (detallados en el capítulo III), un ingrediente político a ser considerado, este es el liderazgo o referencia de las reformas con algún sector (dentro del gobierno) y los consecuentes costos políticos que los mismos asumirían por dicho “embanderamiento”. Es así que la reforma tributaria implicaba para el entonces Ministro de Economía Cr. Astori (y su sector Asamblea Uruguay) una gran parada, por la magnitud de la temática a reformar, pero también por como se vería afectada la imagen del mismo a futuro. Desde esta perspectiva, podríamos argumentar que el sector del partido socialista y aquellas figuras de confianza de Vázquez, se juegan también una “chanza” con la implementación del SNIS.

Además de esta especulación sobre los costos políticos de las reformas para el gobierno en su conjunto y el manejo de la agenda de las mismas, que es bueno resaltar, la consecuencia de la falta de encuentro entre una y otra reforma repercutió de forma

sustancial en la propuesta que fue aprobada en cuanto a la orientación y en especial al modelo de financiación del SNIS. Como fue señalado en el capítulo III, la propuesta original del Frente Amplio plantea que los aportes de las personas provengan de una alícuota del IRPF lo que permitiría gravar de forma progresiva a las personas, promoviendo así un camino de equidad y de universalidad en la cobertura. Al no ser esto posible, la reforma tuvo que implementarse gravando aparte el IRPF a los trabajadores, a quienes se le sumó el aporte empresarial por tales empleados y el del Estado. Se generó así una lógica de un nuevo seguro social con una propuesta de abordaje de la estratificación de forma gradual, ya que en la actualidad, aquellos incluidos en el seguro son: jubilados, trabajadores, hijos menores o discapacitados de dichos trabajadores, estipulándose en un futuro los cónyuges y resolver aquellos casos de afiliados a seguros convencionales.

Pero cabría preguntarse qué pasa con los trabajadores informales, que en América Latina y en Uruguay, como señalan Huber, Prible y Stephens (2008), son una parte importante de la población, la cual no estaría ingresando al SNIS por ahora en las mismas condiciones que el resto, sino que seguiría sujeto a ASSE por su condición.

Es que sin duda, siguiendo a Moreira, “las reformas son secuencias de decisión que deben tomar en cuenta los resultados y resistencias, costos transitorios y consecuencias electorales”. (Moreira, 2001:182)

Tales modificaciones en el Estado de bienestar que traen aparejadas la inclusión gradual de las personas al seguro nacional de salud, generan algunos hechos que aparentemente serían irreversibles. Es el caso, a nuestro entender, de haber extendido los beneficios a los hijos menores y discapacitados. Esto resulta significativo para aquellos que del efector público aspiraban a pasar al privado, o aquellos que las familias pagaban de su bolsillo y hoy los cubre el FONASA. En ese marco, es presumible que se genere un *efecto de popularidad*, donde resultaría difícil una marcha atrás de estos beneficios adquiridos legítimamente. Una situación, que podría matizar la apropiación de este beneficio por la población, sería que en la operativa de la reforma, al no haberse extendido las IAMC en sus servicios de atención al primer nivel en las distintas localidades y al no estar delimitado (aún) el sistema de cooperación-complementariedad, aquellos con cobertura en una dicha mutuales, por problemas de distancia territorial o por no poder asumir el costo de los copagos, se queden sin acceso (o en el mejor de casos le soliciten, cuando lo requieran, asistencia al efector público).

En lo que refiere al modelo de financiamiento, mas allá de la diferencia en la forma de los aportes de los trabajadores, se pudo crear un Fondo Nacional de Salud público y obligatorio, donde los aportes (trabajadores, empresas, Estado) que recibe se le pagan por capitas a los prestadores según riesgo y sexo favoreciendo la equidad en el sistema en su conjunto (y evitando la selección adversa de parte de la población en desmedro de otra). Tal

fondo, a diferencia de lo planteado originalmente respecto a su administración a través de una Superintendencia, fue modificado en la *negociación* con los actores sociales y en particular a la interna del gobierno, que quedó bajo la órbita del BPS.

Sustancialmente la reforma en este proceso de implementación permitió, además de esos cambios en el modelo de financiamiento, delinear y generar un marco jurídico general para que el SNIS comience a andar, avanzándose en los otros componentes del cambio de modelo como era de esperar de forma bien diferencial por sus contenidos.

En lo que refiere al cambio de modelo de gestión se establecieron las bases del cogobierno del sistema en su conjunto, que irá requiriendo el tiempo de aprendizaje de los distintos actores en la gestión del sistema (sobre todo los sociales: trabajadores y usuarios). En cuanto a la **rectoría**, la reforma terminó de consagrar en ese rol al MSP, lo que fue favorecido por la descentralización de ASSE por un lado, así como por las competencias asignadas explícitas en las distintas leyes (que fueron descriptas en el capítulo III). Esto fue posible en gran medida porque el equipo de gobierno en la cartera tuvo capacidad de liderazgo y contó con el apoyo del resto del Ejecutivo y del Frente Amplio. No obstante, queda por avanzar en la capacidad de rectoría respecto a los aspectos de producción de la información, fiscalización de las prestaciones, de los recursos y los acuerdos respecto a la complementariedad y la competencia administrada entre efectores. Esto requerirá un proceso al menos de mediano plazo, para su consolidación.

En cuanto al cambio de modelo de atención, éste es el más complejo y el que llevará más tiempo para consolidarse por la multiplicidad de factores que entran en juego como ser: la creación de un sistema de referencias y contra referencias entre los niveles de atención que aún no se tiene, la formación de los recursos humanos y distribución de los mismos, y en último término la propia concepción respecto a la salud de las personas (que implica dejar la concepción de la salud referida a la asistencia y avanzar en los determinantes que hacen a la salud).

La capacidad *empoderadora* de los individuos respecto a sus condiciones de vida y en particular a la salud, a nuestro entender, no tiene que ver sólo con la desmercantilización ligada a la consecución del acceso a tales servicios de salud, sino que se relaciona fundamentalmente con las posibilidades de las personas de empoderarse de los determinantes de salud de su entorno.

Entre los aportes que este trabajo quiso realizar se encuentra el acercamiento a la arena de intereses en la salud y su relación con el proceso de reforma, más allá de la diversidad de sujetos colectivos e individuales. Se evidencia que, el actor primordial es el poder médico. Superando la imagen relativamente negativa que, desde el sentido común se pueda tener respecto a ellos y el poder tanto simbólico como real que los mismos poseen. Creemos que realmente no se ha indagado de forma significativa en un estudio de ellos

como elite, lo cual consideramos necesario realizar en futuros trabajos para avanzar en el entendimiento de este fenómeno con múltiples roles, en su real magnitud.

En nuestro trabajo se evidenciaron los múltiples roles que el corporativismo médico expresó a través de sus diferentes espacios de actuación: a)-desde su acción gremial (SAQ, SMU, FEMI) donde las reivindicaciones laborales han estado presentes antes de cualquier objetivo colectivo más amplio (recordemos lo planteado en el capítulo III y IV); b)- su acción en la dirección de mutualistas de su dependencia moldean o determinan gran parte de la prestación de servicios del sistema (pensemos en FEMI con un casi monopolio en la prestación privada de salud en el interior y en CASMU la mutualista con mayor número de afiliados en manos del SMU); c)-su rol empresarial en sentido estricto a través de clínicas privadas de diversos tipo (Instituto de Medicina Altamente Especializado, clínicas rehabilitación, etc.) y las emergencias móviles.

Sumados a estos elementos se encuentra la situación de crisis a nivel mundial de este tipo de recursos humanos (en particular aquellos con mayor especialización), los médicos cuentan con un grado de poder que los convierte en actores centrales del sistema y parte del destino de la reforma, necesariamente tiene que ver con la correlación de fuerzas a la interna de sus gremios pero en particular a como son afectados o no sus intereses por la misma.

El grado de poder del actor médico, que cuenta con distintas capacidades de veto (dejar sin asistencia en áreas delicadas de la atención como por ejemplo el conflicto de los anestesiólogos en el 2007, el oligopolio en el manejo de las altas tecnologías, entre otros), sumado a los potenciales conflictos con otros actores del sector como las mutualistas y los Laboratorios Médicos y además los partidos tradicionales, pueden no permitir la consolidación de la reforma e incluso re-estructurar en otra orientación parte de la misma, a menos que el Frente Amplio siga en el gobierno y cuente con los actuales apoyos sociales (sindicatos no médicos y la mayoría de los usuarios organizados) pro-reforma.

Finalmente, algunas de las interrogantes que nos deja este trabajo y que entendemos resultarían de interés para seguir profundizando en la temática, serían las siguientes.

Por otra parte, en el caso abordado, el nuevo SNIS generó una estrategia de avance respecto de la cobertura la cual se basa en un seguro nacional que iría incluyendo a la población de forma gradual, esto puede producir un efecto regresivo sobre aquellos trabajadores informales que hoy en la operativa no ingresan, por lo cual sería interesante ver el impacto de la reforma sobre la consolidación de una desigualdad pre-existente de forma breve o permanente.

Como resulta del análisis de la RSS, la “hechura” de políticas que aborden la intersectorialidad es un problema que se repite, por lo cual sería deseable pensar qué

elementos contribuyen a la construcción de estrategias que permitan alcanzar tal complementariedad.

Por lo que evidenciamos, en la descripción realizada, la orientación promueve un cambio de modelo el cual no se ajusta a la realidad de nuestros recursos humanos. Por lo tanto, es deseable la indagación de los determinantes políticos de la generación de recursos humanos. Máxime en aquellos casos donde las instituciones que los forman cuentan con un grado de autonomía importante, como el caso de nuestra Universidad. Por lo cual, se requiere incluir en la estrategia de reforma una planificación del tipo y cantidad de recursos necesarios para un modelo de atención efectivamente distinto.

En el análisis de la arena de intereses salieron potenciales escenarios de conflicto, que podrían configurar eventuales acontecimientos a ser enfrentados por quienes impulsan la reforma. Podría darse, que tales hechos no cuestionen de gran forma la RSS, o por el contrario, que si el sistema de salud puede sufrir modificaciones significativas. En este ultimo escenario, sería interesante investigar cuales podrían ser los potenciales medios o indicadores para evaluar la popularidad de la RSS, ocasionada por los beneficios o no que se han otorgado.

La implantación de la reforma sirvió para mostrar de forma más explícita, como en el juego de intereses del sector, existen dos fenómenos que cohabitan. El primero, refiere a las “familias” políticas-ideológicas, representadas por un lado, por la izquierda social (sindicatos y usuarios) y la izquierda en el gobierno, y por el otro por los partidos tradicionales, parte de la agremiación medica (sobre todo sus representantes actuales) y actores del mutualismo. No obstante, los actores del mutualismo nos muestran una no linealidad en la lectura política, dado que el alejamiento o acercamiento a una u otra “familia”, fue más por conveniencia de intereses que por cercanías políticas (ejemplo, el Sr. Duran del PLEMU, votante del Frente Amplio, es duro cuestionador de la reforma, y el Sr. Magurno UM, integrante del Partido Colorado está a favor de la RSS). Un segundo fenómeno, tiene relación con el accionar corporativo médico, donde sus miembros a la hora de promover o cuidar sus variados intereses han actuado (mas allá de simpatías políticas) con firmeza, sobre todo a través de sus distintas gremiales. Estos fenómenos que conviven, requieren ser profundizados en otros trabajos, que avancen en el mapeo en cuanto a relaciones de poder que determinan el devenir del proceso implantado.

Por último, cabe preguntarse si esta reforma que propicia un avance en la desmercantilización de la política social de salud, hace que podamos estar pensando en un avance de un régimen de bienestar de tipo corporativo a uno de corte social demócrata. Podría servir en tal caso emprender una comparación con otros países que puedan estar realizando proceso en ese mismo sentido.

VI- Bibliografía Consultada

- ❖ **ANDERSEN, J.** (2007): *“Conceptualizing Welfare State Change”*, 2007. Aalborg University .
- ❖ **BANCO MUNDIAL** (1993): *“Invertir en Salud”*, World Bank.
- ❖ **BARRAN, J.** (1992): *“La medicalización de la sociedad”*, Ed. Banda Oriental, Montevideo
- ❖ **BENTURA, C.** (2007): *“Trabajo social en el campo de la salud. Un desafío académico”*. Tesis de Maestría en Trabajo Social; 2007. DTS-FCS-UdelaR, Montevideo.
- ❖ **BUSQUETS, J. y SETARO, M.** (2007). *“Preparando las ideas y los actores para una futura reforma”*, en: *“La hora de las reformas. Gobierno, actores y políticas en el Uruguay 2006-2007”*. Informe de Coyuntura 2007, Instituto de Ciencia Política, FCS- UDELAR. Ediciones de Banda Oriental.
- ❖ **DEL PINO, E** (2004): *“Debates sobre la reforma del Estado de Bienestar en Europa: conceptos, alcance y condiciones”*. Documento 04-03/Unidad de Políticas Comparadas. Universidad Rey Juan Carlos, España.
- ❖ **ETVITI, J. y LEIYA, R** (1995): *“Los actores políticos y sociales en la formulación de la reforma sanitaria en España”*. Cuaderno de Salud Publica de Brasil 11 (1). Páginas 34 – 44
- ❖ **ESPING-ANDERSEN, G.** en *“Three Worlds of Welfare Capitalism”*, 1990. Cambridge: Polity Press.
- ❖ **FACULTAD DE MEDICINA** (2007): Informe *“Migraciones internacionales del personal de sanitario”*. UDELAR.
- ❖ **FERNÁNDEZ, J.; MITJAVILLA, M. y MOREIRA, C.** en *“Propuesta de Reforma de Salud y Equidad en Uruguay”*. Cuaderno de Salud Pública de Brasil; 2002.
- ❖ **FILGUEIRA, F.** (1997): *“Tipos de welfare y reformas sociales en América Latina. Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada”* en el marco del proyecto *“Social Policy and Social Citizenship in Central América”*, Social Science Research Council.
- ❖ **FOCAULT, M.** (1992) *“Historia de la Medicalización”*. Revista Médica de la Salud y Sociedad, Nº 14, Argentina.

- ❖ **HALL, P.** (1990) *“Policy paradigms, social learning and the State: The case of economic policy-making in Britain”*, Working Paper, Harvard University.
- ❖ **HEMERIJCK, A.** (2006): *“Recalibrating Europe’s Semi-Sovereign Welfare States”*. Netherlands Scientific Council for Government Policy, The Hague, The Netherlands.
- ❖ **HUBER, E.; PRIBBLE, J. y STEPHENS, J.** (2008): *“The Politics of Effective and Sustainable Redistribution”*.
- ❖ **ISUANI, E. y TENTI, E.** (1989): *“Estado democrático y política social”* Ed. EUDEBA, Buenos Aires.
- ❖ **KORPI, J. Y PALMER, W.** (2001): *“The New and Old Politics of Welfare State Retrenchment: A Comparative Analysis of Cuts in Social Rights in 18 Countries 1975 – 1995”*. Swedish Institute for Social Research.
- ❖ **LANZARO, J.** (2006): *“Gobiernos social democráticos en América Latina: un estreno histórico”*, ponencia presentada en la Mesa Temática “Política partidaria y ciudadanía” de la V Jornada de Investigación Científica FCS-UDELAR, realizadas en Montevideo el 28,29, 30 de Agosto de 2006.
- ❖ **LONDOÑO, J. y FRENK, J.** (1997): *“Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina”*. Documento de trabajo N° 353. BID
- ❖ **MACEIRA, D.** (2007): *“Actores y Reforma de salud en América Latina”*. Nota Técnica de Salud N° 1. BID: Departamento de Desarrollo Sostenible, División Programa de Desarrollo Social.
- ❖ **MACINKO J.; MONTENEGRO H.; NEBOT ADELL C.; ETIENNE C.** y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. (2007): *“La renovación de la atención primaria de salud en las Américas”*. Revista Panamericana de Salud Pública 21(2/3):73–84.
- ❖ **MARTÍNEZ, J.** (2000) en *“Poder y alternativa: la disponibilidad de agendas internacionales en las reformas de la salud en Costa Rica (1988-1998)”*. Revista Uruguaya de Ciencia Política N° 12. ICP /Ed. Banda Oriental.
- ❖ **MENDUCCI, T.** (2006): *“La política de salud en Brasil”*. Revista de Servicio Social y Sociedad Vol. 27 – N° 87.

- ❖ **MIDAGLIA, C. y ANTIA, F.** (2007): "La izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social? Revista Uruguay de Ciencia Política Vol. 16 N° 1.
- ❖ **MOREIRA, C.** (2001) "*La reforma del estado en Uruguay: cuestionando el gradualismo y la heterodoxia*", en "*Con el Estado en el corazón. El andamiaje de la gobernancia*" de Pierre Cálame y André Talmant VOZES-TRILCE, Montevideo.
- ❖ **MOREIRA, C. y FERNÁNDEZ, J. ():** "*Política de ajuste en el sistema de salud: visión desde los agentes*". Centro de Investigaciones y Estudios del Uruguay, Red de Investigaciones en Sistema y Servicios de Salud del Cono Sur. IDRC.
- ❖ **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD** (2000): "*Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*" en Informe sobre la Salud en el mundo, OMS.
- ❖ **PIERSON, P.** (2001): "*Coping with permanent austerity: welfare state restructuring in affluent democracies*" dentro de "*The New Politics of the Welfare State*", páginas 410-456. Traducción de Josep Ventura y revisión técnica de Eloisa Del Pino y Cesar Colino. Oxford University / Estados Unidos de Norteamérica.
- ❖ **PIERSON, P** (1993): en "*Cuando el Efecto es Causa*" dentro de "*In the worlds policy*" Volumen 45.
- ❖ **PIOTTI, D.** (2002): "*La reforma del Estado y el sistema de salud*", dentro de "*Uruguay: la reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000)*" Compilado por Maria Ester Mancebo, Pedro Narbondo y Conrado Ramos. ICP-FCS- UDELAR /Editorial Banda Oriental.
- ❖ **PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, OPP, MSP, FORTALECIMIENTO DEL ÁREA SOCIAL (BID)** (1995): Primer Seminario sobre "*Ajustes al Sistema de Salud-Uruguay*". Montevideo.
- ❖ **PODER EJECUTIVO**, Decreto 11 abril de 2005 (creación del Consejo consultivo para la reforma). Disponible en pagina Web de Presidencia: www.presidencia.gub.uy
- ❖ **PODER LEGISLATIVO**, Ley Numero 17930 del Presupuesto Nacional 2005-2010. Disponible en pagina Web del Parlamento: www.parlamento.gub.uy
- ❖ **PODER LEGISLATIVO**, Ley Numero 18611 (Descentralización de ASSE). Disponible en pagina Web del Parlamento: www.parlamento.gub.uy

- ❖ **PODER LEGISLATIVO**, Ley Numero 18131 (Creación del FONASA). Disponible en pagina Web del Parlamento: www.parlamento.gub.uy
- ❖ **PODER LEGISLATIVO**, Ley Numero 18166 (Creación SNIS). Disponible en pagina Web del Parlamento: www.parlamento.gub.uy
- ❖ **SANS, M. y HIDALGO, P.** (2002): *“Los sistemas de salud en Cuba y Uruguay en el contexto de América Latina: una reflexión”*.
- ❖ **SAVEDOFF, W.** (2000): *“¿Alguien esta escuchando? Omisión de datos en los debates sobre la reforma de la Salud en América Latina”*. Nota sobre Salud N° 2; 2000. BID.
- ❖ **SETARO, M.** (2004): *“Vigilar y Cuidar el Bien Común. El rol de rectoría del sistema de salud desde una perspectiva comparativa”*. Serie Tesis N° 2. ICP – FCS – UDELAR /Uruguay.
- ❖ **TOBAR, F.** (2000): *“Herramientas para el análisis del sector salud”*, en *“Medicina y Sociedad”*. Volumen 23 N° 2...
- ❖ **TOBAR, F.** (2007): *“Actores y Reformas en Salud en América Latina”*. Nota Técnica de Saúde N° 1, BID.
- ❖ **VILA, A.** (2002): *“El sistema de salud uruguayo: un estudio de caso entre 1985 y 2000”*. **Tesis de la Licenciatura en Ciencias Políticas**. ICP – FCS – UDELAR /Uruguay.
- ❖ **VILLAR, H.** (2003): *“La Salud, una política de Estado”*. Impresora GRAFINEL, Uruguay.

VII - Fuentes Documentales.

- ❖ Documento de la Unidad Temática de Salud del Frente Amplio (1999): *“Saludos para todos a partir del año 2000”*, sirvió de base para la propuesta programática (2005-2010).
- ❖ Documento Final publicado (2003) del IV Congreso Extraordinario del Frente Amplio: *“Compañero Héctor Rodríguez”*.
- ❖ Documento oficial de la 9º Convención Médica; 2004. Difundido por su órgano oficial de comunicación: www.convencionmedica.org.uy
- ❖ Sociedad Anestésicos Quirúrgicos (2006) en *“La actividad anestésico quirúrgico y su incidencia en el Mutualismo”*. Informe.
- ❖ Documento Final (2007) del 4º Encuentro Nacional del la Federación Médica del Interior.

- ❖ Documento de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina (2007). Presentado por el Prof. Ángel Gines Panel Final del: “Primer Encuentro Regional y Noveno Seminario - Taller en Desarrollo Profesional Médico Continuo”.
- ❖ Entrevista de Carolina Notalgiovanni al Dr. Pedro Cladera integrante del Comité Ejecutivo del SMU, realizado por Diario Net (2007), respecto “Dudas en SMU respecto a la integración de la JNS y al monto de la inversión por parte del Estado”.
- ❖ Nota de Eduardo Soto (2007): *“La reforma del sistema de salud: un debate necesario”*. Revista digital: www.dariosalud.net.
- ❖ Documento de la Asociación de Química y Farmacias (2008): *“Planteo estratégico de alternativas para transformar el modelo de atención en Uruguay”*. Montevideo, Facultad de Química de la UDELAR. Disponible en: www.aqfu.org.uy
- ❖ Documento del Partido Nacional publicado (2004): *“Base programáticas para un Gobierno de Compromiso Nacional”*.
- ❖ Documento del Partido Colorado publicado (2004): *“La Revolución del Centro: Bases programáticas del Partido Colorado para un cambio hacia a la modernidad”*.

VIII - Prensa escrita utilizada para el análisis.

- ❖ Diario “La República” desde Junio de 2004 a Setiembre de 2007.
- ❖ Diario “El País” desde Junio de 2004 a Setiembre de 2007.
- ❖ Diario “El Observador” desde Junio de 2004 a Setiembre de 2007.
- ❖ Diario “Ultimas Noticias” desde Junio de 2004 a Setiembre de 2007.
- ❖ Diario “La Diaria” desde Diciembre de 2006 a Setiembre de 2007.
- ❖ Diario “Plan B” desde Marzo de 2007 a Setiembre de 2007.
- ❖ Semanario “Brecha” desde Junio de 2004 a Setiembre de 2007.
- ❖ Semanario “Búsqueda” desde Junio de 2004 a Setiembre de 2007.
- ❖ Semanario “Crónicas” desde Junio de 2004 a Setiembre de 2007.
- ❖ Semanario “La Juventud” desde Junio de 2004 a Setiembre de 2007.

Anexo I: Cuadro modelos de salud y la relación con el SNIS.

Modelo	Características	SNIS
Universalista	<ul style="list-style-type: none"> -Financiación pública: impuestos, pago directo de los usuarios y otros aportes. -Acceso universal a los servicios que son suministrados por proveedores públicos. -Estado gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> -Si, pero también la de trabajadores-empresarios. -Si, pero mixta la provisión. -Si.
Seguro social	<ul style="list-style-type: none"> -Seguro donde la participación es compulsiva. -Menor protagonismo estatal, gestión descentralizada y una organización basada en la regulación, más que en la planificación. -Financiación obligatoria por aporte de trabajadores y empresarios. -Gestión de los recursos y la organización de los servicios la efectúan entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados o públicos. -Cobertura centrada en los aportantes y sus familias. 	<ul style="list-style-type: none"> -Si. -No. -Si. -No. -No, solo.
Seguros Privados	<ul style="list-style-type: none"> -Ausencia del sector público tanto en las funciones de financiador como de prestador. -Organización típicamente fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública 	<ul style="list-style-type: none"> -No. -No
Modelo Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> -Concepción liberal clásica, por lo cual no corresponde al Estado asumir funciones ni prestación, ni financiamiento ni regulación. -Solo se asiste aquellos pobres sin capacidad de cuidarse individualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> -No. -No

*Fuente: Elaboración propia, en función de los modelos de Federico Tobar (2007).