

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

Democratización de la gestión pública en el gobierno del Frente Amplio.
El caso de la participación social en la Reforma del Sector Salud

Monografía final
Licenciatura en Ciencia Política
Diciembre de 2011

Tutora:

Dra. Carmen Midaglia

Autor:

Martín Rodríguez Araújo

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. REFERENCIAS TEÓRICO-CONCEPTUALES	4
2.1. <i>La reforma de la salud: expansión del bienestar y reforma política</i>	4
2.2. <i>El gobierno como líder del proceso reformista</i>	5
2.3. <i>Los instrumentos de la reforma política: innovación democrática</i>	9
2.4. <i>La visión de la democracia y su impacto en la idea y la práctica participativa</i>	12
2.5. <i>La mirada específica: participación social en salud</i>	15
2.6. <i>Los actores colectivos: diferencias y oportunidades</i>	19
3. MARCO METODOLÓGICO	22
4. LA REFORMA Y SU CONTEXTO: déficits estructurales, crisis y triunfo del FA.....	23
5. LOS PRINCIPALES ACTORES SOCIALES DEL SNIS.....	25
5.1. <i>Los trabajadores no médicos</i>	25
5.2. <i>Los médicos</i>	27
5.3. <i>Los usuarios de los servicios de salud</i>	29
5.4. <i>Las empresas prestadoras de servicios sanitarios</i>	30
6. INNOVACION DEMOCRÁTICA EN EL SNIS	31
6.1. <i>Consejo Consultivo para la Implementación del SNIS: espacio de definiciones</i>	32
6.2. <i>La JUNASA: actores sociales en el órgano de gobierno del nuevo SNIS</i>	34
6.2.1. <i>Consejo Asesor Honorario Departamental (CAHD): de lo nacional a lo local</i>	35
6.3. <i>Directorio de ASSE: usuarios y trabajadores dirigiendo al principal prestador</i>	36
6.4. <i>Los Consejos Consultivos y Asesores (CCA): participación social en empresas privadas</i>	38
6.4.1. <i>La acción de los involucrados y los CCA resultantes</i>	39
Tabla 1: Síntesis de innovaciones democráticas en el SNIS	40
7. APROXIMACIONES EXPLICATIVAS.....	41
7.1. <i>La “crisis estructural” y el acuerdo social para la reforma</i>	41
7.2. <i>La ampliación del espacio político en un contexto de múltiples reformas</i>	42
7.3. <i>Un programa gestionado con “estilo flexible”</i>	43
7.4. <i>La visión de la democracia y la participación en el FA</i>	44
8. COMENTARIOS FINALES	46
9. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....	51
10. ANEXOS	57
ANEXO I: <i>Síntesis de los tres ejes de la reforma del sector salud</i>	57
ANEXO II: <i>Hitos normativos del SNIS - generales y vinculados a la participación social</i>	59
ANEXO III: <i>Prestadores de salud que reciben financiamiento del SNS: cámara a la que pertenecen, número de usuarios y espacio en que habilitan la participación social.</i>	60

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo aborda la relación entre la sociedad y el Estado a lo largo del proceso de toma de decisiones en una arena específica de políticas públicas. En particular, se trata de la Reforma del Sector Salud (RSS) que se comenzó a instrumentar durante el primer gobierno del Frente Amplio (FA) en Uruguay (2005-2010).

Este proceso se presenta como un escenario particularmente rico para el análisis de esta relación, ya que si bien todas las elecciones de política generan impactos en la dinámica funcional y en las posturas asumidas por los actores afectados por ella, esta reforma trasciende esa frontera. El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que formalmente se instaló el 1° de enero de 2008, está construyendo una red de espacios para la participación de organizaciones sociales que, por su extensión y profundidad, dan cuenta de la búsqueda específica de una “reforma política” dentro de una reforma social de corte expansionista. Esa reforma política dentro de la RSS es el componente sobre el que hace foco este estudio.

Este esfuerzo se justifica por varias razones. En general, los observadores que encuentran en la democracia algo más que la vigencia de un régimen mediante el cual los ciudadanos eligen de forma periódica y confiable a sus representantes gubernamentales, hacen énfasis en identificar las oportunidades de influencia de éstos últimos en diferentes espacios públicos y en momentos que van más allá de las instancias electorales. El objeto de este trabajo se ubica analíticamente dentro de ese repertorio de oportunidades para los intercambios continuos entre gobernantes y gobernados, más allá de las elecciones y de manera estable y formal. Estudiarlo en sí mismo, resulta interesante debido esencialmente a las características de los actores involucrados en los ámbitos participativos de la RSS, teniendo en cuenta su heterogeneidad, la diferente acumulación de recursos de poder y también, sus diversas posturas ante la reforma planteada. La creación de oportunidades para la incidencia social en el SNIS está diseminada en múltiples ámbitos nacionales y locales, públicos y privados, de consulta o con plenas potestades de decisión, lo que genera importantes cambios en el modelo de gestión de una política social central. Por esta razón los observadores de los procesos de reforma del Estado y de las modalidades de gestión de lo público, podrán encontrar elementos llamativos en el análisis de este caso.

El objetivo general de este estudio es analizar la relación que se da entre los gobernantes y los actores sociales en el marco de la RSS, a través de las principales “innovaciones democráticas” que con diferente peso institucional ha impulsado el gobierno del FA.

Entre los objetivos específicos figuran: (i) La caracterización de los ámbitos habilitados para la participación social en términos de su composición, funciones y dinámica política que desarrollan. (ii) Además, se busca avanzar en la identificación de algunos de los factores que pudieron haber contribuido en la generación y definición de esos nuevos espacios de interacción entre lo público y lo privado. (iii) En tercer término, como un objetivo específico complementario, se pretende identificar, de manera aproximada, el lugar que jugó la relación del gobierno con los diferentes actores sociales para la conformación de estas innovaciones democráticas y su influencia para destrabar un escenario estático como el representado por el sector salud.¹

La hipótesis principal que guía este trabajo considera que el estilo de gestión y la tramitación de la reforma que promovieron las autoridades sectoriales del FA, les habría permitido capitalizar políticamente algunas características centrales del sector, tales como la agudización de su crisis y el consenso en torno a la necesidad de una reforma y también, la alianza con los actores sociales reformistas de peso (fundamentalmente, los trabajadores).

Como supuesto complementario a la hipótesis central, se considera que en el delineado final de los nuevos ámbitos democráticos también operaron otros factores políticos de variado alcance. Entre ellos: la orientación ideológica de la coalición gobernante, el “*timing*” de las otras reformas sectoriales impulsadas en ese período y su influencia en la RSS, el respaldo mayoritario con que contaba el partido de gobierno en el Parlamento, la búsqueda de estructurar y fortalecer otros agentes sociales sectoriales (los usuarios) y también, las acciones de poderosos grupos de interés (como los empresarios y los médicos) presentes en esta arena de política.

Con el fin de intentar algún nivel de comprobación de las hipótesis planteadas, se recurrirá esencialmente a fuentes de información de carácter secundario, cuyo detalle se presenta en el cuerpo de este trabajo. Entre ellas, cabe mencionar: las declaraciones a la prensa de los involucrados, las leyes y decretos sancionados, y los documentos relativos a las propuestas y los planteos de los diferentes actores.

La tesis se estructura en diez apartados. El primero de ellos es esta introducción a los principales contenidos del trabajo; el segundo desarrolla el marco conceptual que se relaciona con la discusión sobre participación social en las políticas públicas y el tercero detalla los aspectos metodológicos esbozados en esta introducción. Posteriormente, las secciones cuatro y cinco analizan el contexto político e institucional en el que se procesó la reforma, así como las características, los intereses y las

¹ En este sector central de políticas sólo habían sido posibles transformaciones estructurales bajo regímenes dictatoriales (en los años 1934 y 1981), evidenciando las dificultades que históricamente se han dado para lograr acuerdos reformistas.

posturas de los principales actores sociales de este proceso. La sección seis presenta una caracterización detallada de los nuevos espacios participativos sectoriales y a continuación, la séptima realiza una aproximación a algunos elementos que podrían ayudar a explicar el resultado de este proceso reformista. Los comentarios que dan cierre a este trabajo se encuentran en el octavo apartado. La sección nueve detalla la bibliografía de referencia para este estudio y, finalmente, la última sección anexa información útil sobre la reforma global, así como de alguno de sus actores principales.

2. REFERENCIAS TEÓRICO-CONCEPTUALES

2.1. La reforma de la salud: expansión del bienestar y reforma política

La reforma sanitaria que se está procesando en Uruguay modifica las estructuras de un pilar tradicional del sistema de bienestar del país. A pesar de su reciente inicio, la manera en la que se da esa expansión de derechos ha llamado la atención de varios observadores que desde diferentes enfoques, caracterizan los alcances, condicionamientos y desafíos de este proceso.² La creación de los arreglos organizacionales que implica la Reforma del Sector Salud, viabiliza los cambios de la modalidad de financiamiento, cobertura, acceso y búsqueda de la calidad de los servicios.

Los “*sucesivos bloqueos políticos y corporativos planteados*” (Midaglia y Antía, 2007: 136) provocaron que la necesidad de una reforma sanitaria por todos diagnosticada, no se llevara a la práctica, manteniendo al sector bajo un manto de “congelamiento” (Fuentes: 2010: 120) o “pasividad” (Moreira y Setaro, 2000).³ A su vez, Setaro describe el producto del proceso iniciado como una “*nueva estructura sectorial de bienestar [que] refleja un cambio en el modelo de organización y coordinación de la producción y distribución del bienestar*” (2010: 202). Por su parte, otras autoras incluyen este esfuerzo reformista dentro de las “medidas innovadoras” del gobierno del FA, calificando el proceso como de “*aumento sostenido en el nivel de intervención estatal en materia social, en el que conviven servicios con orientaciones diferentes, generando así una matriz de bienestar y protección relativamente híbrida*” (Midaglia y Antía, 2007: 153), en la que a la vez que se fortalecen elementos propios del modelo de protección tradicional/corporativo, se generan otros de orientación universalista, más asociados a los modelos de bienestar socialdemócratas (Esping-Andersen, 1990).

² Ver: Midaglia y Antía (2007), Pérez (2009), Rudolf et. al. (2009), Setaro (2010), Fuentes (2010), MSP (2009, 2010).

³ En un sentido similar, al analizar los principales procesos reformistas del segundo gobierno de Sanguinetti (1995-2000), Moreira sostiene que “*La reforma de la salud (...) fue bloqueada. No todos los actores de la sociedad civil pesaban lo mismo: el sindicalismo mostraría tener mucho menor capacidad de veto que las instituciones de Asistencia Médica Colectiva (mutualistas) y la corporación médica en su conjunto.*” (Moreira, 2004: 97).

Como ya fue dicho, no es la intención de este trabajo analizar las características de todos los componentes de esta Reforma del Sector Salud (RSS). El centro de la atención está ubicado en la relación entre los actores sociales y los gubernamentales, entre Sociedad Civil y Estado. Desde hace décadas, por diversos motivos, a través de modalidades diferentes y desde distintas orientaciones ideológicas, los gobiernos apuestan a la creación de ámbitos de intercambio más o menos permanentes entre representantes de la sociedad civil y los gestores públicos.⁴ En el caso uruguayo, con una agenda reformista cargada, el primer gobierno del Frente Amplio apeló de forma decidida a la creación o consolidación de estos espacios en varios sectores de política pública. Como ha hecho notar Pierson, las reformas sociales tienen influencia en la estructura y el desempeño de los actores que están relacionados con ellas, por lo que *“las elecciones de política tienen consecuencias políticas”* (Pierson, 1993: 597). La RSS instaló las bases institucionales para la modificación de la lógica tradicional de relacionamiento entre los actores del sistema, generando oportunidades para un mayor margen de influencia de la sociedad civil a lo largo del proceso de decisión de las políticas sanitarias. Este esfuerzo implica que **la RSS excede los límites propios de la reforma social y genera deliberadamente un espacio para la reforma política concreta, abriendo nuevas instancias para la incidencia social y, más aún, haciéndolo en espacios tradicionalmente caracterizados por relaciones jerárquicas y tutelares como son el aparato burocrático del Estado y las empresas prestadoras de servicios de salud.** En palabras de Setaro, la RSS supone un *“cambio profundo en la estructura del Estado y en su relación con el mercado y la sociedad civil”* (op. cit.: 202).

El relacionamiento del gobierno con los actores sociales juega un papel crucial, tanto en el proceso que viabiliza la reforma como en la generación de espacios en el nuevo gobierno sectorial. Los observadores de los procesos participativos suelen acercarse desde una perspectiva promocional del involucramiento ciudadano, reparando en los beneficios que para éstos tiene participar de las decisiones que los atañen. Eso se presentará más adelante. Ahora, se prestará atención al beneficio que potencialmente tiene para los promotores reformistas involucrar a los actores sociales en su proceso de decisión e implementación.

2.2. El gobierno como líder del proceso reformista

El planteo de Grindle y Thomas (1991) otorga un rol determinante a las “elites” de la política y al contexto en el que estas actúan. Entre los elementos a destacar de ese contexto, están las presiones de los grupos de interés, las trayectorias y tradiciones de las instituciones involucradas, el compromiso y

⁴ Para una revisión de experiencias actuales en diversos países de la región, ver: Isunza Vera y Olvera (2006).

la capacidad de las burocracias, la situación económica y política doméstica e internacional. Sin embargo, sostienen que las decisiones efectuadas en ese marco y los resultados alcanzados estarán determinados por las elites políticas, en particular, a partir de su ideología, experiencia, capacidad técnica y de liderazgo, recursos de poder, lealtades y compromisos políticos e institucionales. Según los autores, la combinación virtuosa de estas características de los reformistas y las propuestas que elaboren con el manejo adecuado de la agenda política, permitirán ampliar el “espacio político” en el que se mueven y las posibilidades de avanzar más cerca de la dirección deseada. Teniendo en cuenta esas condicionantes, los reformistas deben valorar *“la distribución de los costos y beneficios de una política o cambio institucional, su complejidad técnica, su intensidad administrativa, el punto al cual incluye la participación activa de burócratas o beneficiarios y su impacto de corto o largo plazo”*, ya que las mismas determinan los tipos y la intensidad de la reacción a la iniciativa. (Grindle y Thomas, 1991: 4). En su planteo, un elemento central del manejo de esa agenda es el considerar la percepción de una situación contextual de crisis. Ante esa situación, si la opción de la reforma se muestra como una respuesta posible, es probable que el tema sea el centro de la atención para el público y también para los hacedores de políticas de alto nivel, que sus decisiones sean más radicales o innovadoras de lo que serían en un contexto de política normal y, también, que la acción se de más rápidamente.

Para el abordaje de este tipo de procesos, cabe introducir la noción de poder infraestructural del Estado, que remite a *“la capacidad institucional del Estado central (...) para penetrar su territorio e implementar logísticamente sus decisiones. Esto es poder colectivo, poder “a través” de la sociedad que coordina la vida social mediante las instituciones estatales”* (Mann, 1993: 59). Para O’Donnell, este tipo de poder no renuncia a la autoridad finalmente decisoria del Estado, pero las decisiones e implementaciones *“ocurren con y a través de diversas negociaciones y persuasiones que tienden a cristalizarse institucionalmente. (...) Comparado con las imposiciones unilaterales, en diversas áreas de políticas públicas el poder infraestructural suele ser a la vez menos visible y más eficaz, así como políticamente menos costoso para quienes lo ejercen. (...) implica un Estado ensanchado, en el sentido de que, para operar de esa manera, suele abrirse a diversas voces en sus etapas de deliberación, decisión e implementación”* (O’Donnell, 2008: 47-48). De manera similar, la idea de “autonomía enraizada” definida por Peter Evans, supone que una burocracia aislada, por más profesional que sea (en términos weberianos), por más capacitada que esté, tiene escasas posibilidades de convertirse en agente del desarrollo, salvo que esté fuertemente vinculada con la sociedad mediante una red de lazos externos que le permitan *“evaluar, controlar y moldear, prospectivamente y con posterioridad a los hechos, las reacciones privadas frente a las iniciativas públicas. Amplía la inteligencia del Estado y vuelve más probable la concreción de sus medidas”* (Evans, 1996: 557).

Los pensadores del neocorporativismo identifican en esta forma de gestión un nuevo “estilo”, en el que las decisiones de políticas públicas ocurren en un entorno en el que el gobierno se dedica a negociar con una red de intereses organizados, a fin de generar procesos más consensuales de formulación de políticas. La “gobernanza asociativa” o “de los intereses” es presentada como un modelo alternativo de orden social en el que se reconoce *“la contribución específica de las asociaciones y la concertación organizada para el orden social”* que tiene lugar en las sociedades “negociadas” (Streek y Schmitter, 1999).⁵ Desde la perspectiva de las políticas públicas, *“el neocorporativismo enriquece el intento por asignar a las asociaciones de intereses una función distinta entre el Estado y la sociedad civil (el mercado y la comunidad) a fin de dotar a los objetivos públicos del tipo de orden social que las asociaciones pueden generar y representar”* (Parsons, W. 2007: 235). Para Regini (1997: 1043) este estilo puede además, *“implicar una elevada institucionalización y formalización de dichas relaciones [en la que] a través de una negociación política, en efecto, el estado puede conceder poder y beneficios a las organizaciones del capital y del trabajo, a cambio de una moderación en sus relaciones conflictivas”*. De esta forma, las organizaciones de intereses no sólo ejercen presiones desde fuera, sino que son incorporadas en el proceso de formación y de gestión de las decisiones.

Otros autores analizan el entramado institucional y político que determina el éxito de distintos proyectos sociales. En ese sentido, sostienen que la disputa sobre los rumbos de las políticas *“debe ser explicada en función del sistema de instituciones políticas que organizan el gobierno de esta política y las estrategias de los actores involucrados, determinadas por sus percepciones, sus intereses y sus capacidades”* (Acuña y Repetto, 2007: 30). Este enfoque asigna un carácter estratégico y prioritario al “subsistema de gobierno y coordinación” institucional que articula la política, y a la capacidad gubernamental en la producción de cohesión y acción articulada del conjunto de promotores de la reforma. Autonomía, cohesión y capacidad de acción colectiva son entonces, los determinantes de la coordinación intragobierno y con los actores sectoriales relevantes y, por lo tanto, se ubican como requisitos necesarios para la sustentabilidad de las transformaciones impulsadas.

Heredia y Schneided (2003)⁶ distinguen tres modelos de estrategias de reforma en relación al funcionamiento del aparato del Estado: el weberiano, el gerencial y, las reformas de *accountability* o democratizantes. Éstas últimas, al posible exceso de poder de la administración ejecutiva, aplican los remedios del mayor control democrático, la rendición de cuentas y la transparencia de gestión. El caso que aborda este trabajo puede leerse como un ejemplo de **tránsito** sectorial entre estos modelos de

⁵ Citado por Parsons, W. (2007).

⁶ Citado por O'Donnell (2008: 45-46).

gestión. Más allá de las valoraciones que se puedan hacer sobre el peso que tienen los modelos de gestión mencionados, en el marco de la reforma se abre espacio a la formalización e institucionalización de la influencia social, con orientación de las reformas de *accountability*. A la vez que el Estado se esfuerza en desarrollar capacidades institucionales para la rectoría del sector salud, se busca construir las bases de esas transformaciones en diálogo con los actores involucrados, tratando de ensanchar la base de legitimidad que respalda las medidas.

Pierson (1993) reconoce que las reformas de expansión del bienestar tienen como elementos a favor: la fortaleza de los partidos de izquierda y de los sindicatos; la masividad de los beneficiarios (y el consiguiente interés de reclamar la autoría política de las iniciativas) y, lo difuso del “quién paga” (ya que los costos se pueden financiar con impuestos indirectos o “contribuciones” al seguro social de que se trate). Y, en contrapartida, cuando se trata de restringir beneficios, es central para el gobierno que las pérdidas concretas se concentren en un grupo definido de votantes, generando políticas compensatorias y dividiendo a los opositores a las iniciativas. El *policy feedback* debe ser tenido en cuenta, en particular si se piensa en una fase posterior de intentos reduccionistas, ya que esta retroalimentación crea fuertes coaliciones de defensores de los programas que protegen efectivamente los arreglos existentes. Como sostiene este autor, “*si los grupos de interés moldean las políticas, las políticas también moldean a los grupos de interés. La estructura organizacional y las metas políticas de los grupos pueden cambiar en respuesta a la naturaleza de los programas a los que se enfrentan y esperan apoyar o modificar*” (Pierson, 1993: 598). En tal sentido, hace notar que “*las políticas pueden crear incentivos que alienten la emergencia de complejas redes sociales y económicas, incrementando mucho el costo que enfrentan sus desafiantes al intentar modificarlas. Cuanto mayor sea la iniciativa, mayores consecuencias sociales tendrá*” (ídem: 608). Esto es así no sólo por los costos más tangibles (como los financieros), sino también por la operativa de factores culturales, ya que los ciudadanos se habitúan a una forma de vincularse con las políticas, legitimando también los mecanismos por los que acceden a los beneficios e incrementando los costos de su modificación. Eso es lo que este autor identifica como el efecto “*lock in*” sobre una política, asegurando los efectos de las decisiones previas.

Otros analistas sobre procesos de cambio de los Estados de Bienestar centran la atención en los condicionantes políticos presentes en las iniciativas de reforma. Entre ellos figuran: (i) la *path dependency* de las propias políticas públicas (cantidad de beneficiarios, organización de los grupos de presión, mecanismos de financiación, etc.); (ii) la condicionante electoral, que hace que los actores político-partidarios consideren los costos o beneficios políticos; (iii) existencia de puntos de veto y el grado de fragmentación del poder; (iv) el nivel de involucramiento de los actores sociales en el

gobierno de las políticas (mayor nivel de participación social en la gestión, implica más margen de negociación para el gobierno); (v) la orientación ideológica del gobierno, (vi) el estilo de la reforma, más o menos flexible (del Pino y Colino, 2006). Sobre este último punto, los autores anotan que *“es especialmente relevante en las reformas de las políticas sociales que son susceptibles de alcanzar gran visibilidad pública y, en consecuencia, precipitar el conflicto”* (ídem: 28), como es el caso de la política de salud. La búsqueda del consenso de los cambios, reduce el riesgo electoral y es más sostenible temporalmente. Para el logro de esos consensos es inevitable que los promotores gubernamentales adopten un estilo flexible de reforma. El mismo está caracterizado por: la inclusión de oportunidades para la negociación en lugar de la imposición, la multiplicidad de elementos del paquete reformista pero que estos no se presenten como un bloque indisoluble (involucrando así el interés de varios actores) y, la utilización de argumentos y evidencias para convencer al resto de los actores (evitando forzar un resultado por la vía de la imposición).

Coincidentemente, Londoño y Frenk plantean que los procesos de cambio de alcance sistémico del sector salud requieren un acuerdo sobre su orientación y principios fundamentales. Una vez que eso se ha logrado, los gobernantes deberían tener mayores grados de libertad para actuar. A su vez *“la eficacia de esta estrategia dependerá de la obtención del doble consenso de los beneficiarios y los tomadores de decisiones, de forma que el proceso de cambio pueda contar con el apoyo endógeno de las principales fuerzas, capaces de neutralizar a los oponentes, y las decisiones iniciales puedan inducir mayores cambios para profundizar los alcances de la reforma”* (Londoño y Frenk, 1997: 28).

Según Acuña y Repetto, las arenas de política, con su trayectoria peculiar y la multiplicidad de actores e intereses que expresan, constituyen tableros específicos donde se estructuran distintas distribuciones del poder, opciones e incentivos frente a los que los actores involucrados despliegan sus estrategias. El caso del sistema de salud, es un ejemplo de lo que estos autores caracterizan como subsistema “anidado”, reafirmando *“el hecho de que el actor se mueve de forma simultánea en varios de estos tableros y, por ende, su comportamiento no sólo resulta de los recursos e ideología que lo caracterizan, sino también de incentivos cruzados y hasta contradictorios que le imponen las arenas (o juegos) en las que participa”* (Acuña y Repetto, 2007: 30).

2.3. Los instrumentos de la reforma política: innovación democrática

El foco de este trabajo está puesto en los espacios institucionales que formalizan intercambios entre los distintos actores del sistema. Gurza Lavalle e Isunza Vera (2010) identifican estas nuevas formas de relacionamiento entre la sociedad y el Estado como experiencias de “innovación democrática”, en tanto *“proceso de creación institucional que va más allá de la promulgación de formas de*

participación ciudadana directa (...) y en el que se articulan modalidades continuas -no extraordinarias- de incidencia social sobre el poder público y su aparato administrativo, e incluso sobre el propio sistema político” (op. cit.: 21).

Las formas de involucramiento social en la toma de decisiones públicas son múltiples. Esto ha llevado a diversos observadores a construir tipos ideales (muchas veces dotados de sentido normativo) que permitan comprender mejor estos procesos. Arnstein (1969) estableció una escala que va desde la consolidación del *statu quo*, hasta la plena toma de decisiones y la autogestión por parte de los ciudadanos. Sus ocho niveles, de menor a mayor incidencia ciudadana, son: manipulación, terapia, informar, consultar, aplacamiento, partenariados, poder por delegación y control ciudadano. Con esta base, Brager y Specht (1973) también presentaron un *continuum* de 6 niveles: no participación, objeto de consulta, público asesor, planificación conjunta, control por delegación y, ejercicio del control. En los niveles más altos, la organización se dirige a la comunidad involucrada para que ésta identifique los problemas y los caminos de solución. Se pueden tomar estas escalas y complejizar su análisis al relacionarlas con los diferentes momentos del ciclo que recorre una política. Se trata de: i) determinación de la agenda de temas públicos, ii) reconocimiento de un problema público, iii) definición de opciones de resolución frente al problema, iv) selección de las opciones de resolución factibles, v) generación de la política pública, vi) implementación, vii) evaluación y eventual ajuste de la política (Dorey, 2005: 4-6).

La lógica ordinal de los tipos ideales, torna más claro el sentido de los intercambios entre la sociedad y el aparato burocrático del Estado. Cuanto más alto se encuentran los colectivos sociales en estas escalas, mayor es la transferencia de poder del Estado hacia los ciudadanos. En cambio, en los niveles inferiores, más claramente se dará la relación jerárquica tradicional entre burocracia y ciudadano. Al respecto, Bobbio (2000: 62) sostiene que “*el flujo del poder no puede tener más que dos direcciones: o es descendente, es decir se mueve de arriba abajo, o ascendente, es decir, de abajo hacia arriba*”.

Las oportunidades generadas en las experiencias de innovación democrática, se ubican en el espacio de intersección de estos sentidos, transformando el vínculo sociedad-Estado en bidireccional. La noción de “interfaz socioestatal” remite a la relación que tiene como actores a un sujeto estatal y otro social, situando la participación en una relación continua e institucionalmente inserta. El tipo de interfaz, determina el carácter que puede asumir la incidencia social, que puede ser: (a) *informativa*, cuando no hay obligaciones decisorias implicadas en la circulación de la información; (b) *vinculante*, cuando la incidencia conduce a tomar decisiones de observancia recíproca, imponiendo obediencia al poder público y a los actores sociales de la participación; o (c) *ejecutiva*, cuando existe un

intercambio en la provisión de bienes y servicios entre los actores sociales y las autoridades públicas (Gurza Lavalle e Isunza Vera, 2010: 34).⁷

Los defensores del ideario participativo de la democracia privilegiarán los niveles más altos de las escalas presentadas, constituidos como espacios institucionalizados de toma de decisiones vinculantes sobre un amplio conjunto de cuestiones que hacen a los resultados de las diversas políticas públicas. La rendición de cuentas (*accountability*) se encuentra en los escalones más altos de estas construcciones institucionales, ya que “*es una modalidad de control social altamente institucionalizada, que supone en algún grado la obligación de informar y de justificar, así como la presencia de mecanismos de sanción*” (Gurza Lavalle e Isunza Vera, 2010: 53). O’Donnell (1994, 2004) recurrió a una metáfora espacial para clasificar los diversos tipos de rendición de cuentas en las democracias institucionalizadas. Así, identificaba a las elecciones como un mecanismo de rendición de cuentas “vertical” y, por otro lado, al sistema cerrado de controles entre poderes y agencias del Estado como la rendición de cuentas “horizontal”. Posteriormente, Smulovitz y Peruzzotti (2000) formularon su idea de rendición de cuentas vertical “societal” para comprender los mecanismos no electorales como disparadores de las acciones institucionales propias de los Estados de derecho.⁸ Complementariamente, se comenzó a utilizar el concepto de “diagonal” (Goetz y Jenkins, 2001) y “transversal” (Isunza Vera, 2000) para referirse a las situaciones en que los ciudadanos, en su calidad de tales, controlan el desempeño de los programas y los funcionarios públicos desde “adentro”, ocupando un lugar en las propias agencias gubernamentales donde se procesan las decisiones. En términos temporales, la rendición de cuentas puede darse a lo largo de todo el ciclo de una política, es decir, antes, durante y/o después de su puesta en marcha, modificando los propios ámbitos en los que efectiviza. Sin embargo, “*mientras la rendición de cuentas del tipo vertical social (o societal accountability) surge ex post y, por decirlo de algún modo, de forma más espontánea (luego de que se comete un abuso o una arbitrariedad), la rendición de cuentas de tipo diagonal o transversal busca ex ante, de manera intencional, una sinergia más fuerte entre el Estado y la sociedad civil, con el fin de que esta última vigile al Estado e incida de manera positiva en la prevención de los abusos de poder*” (Bracho et al: 4-5).

⁷Al fijar la atención en cómo se dan estos tres tipos de relaciones, la interfaz socioestatal se muestra como (1) un espacio constituido por poder, entendido como resultado de luchas por relaciones estratégicas y significados, (2) una instancia organizada de intencionalidades y relaciones entrelazadas; habilitante del conflicto, la incompatibilidad y la negociación; (3) donde se da la confrontación de paradigmas culturales y discursos múltiples; (4) implica una realidad donde los procesos de conocimiento son centrales; (5) puede ser el espacio para la intervención planeada en los mundos de vida de los actores sociales individuales y colectivos (Long, 1999: 1-4. En: Gurza Lavalle e Isunza Vera, 2010: 48-49).

⁸ Se trata, por ejemplo, de las movilizaciones ciudadanas o el periodismo de investigación.

2.4. La visión de la democracia y su impacto en la idea y la práctica participativa

La participación de los ciudadanos es una dimensión central en el análisis de todos los regímenes políticos, pero muy en particular, de las democracias. Robert Dahl (1971, 1992) desarrolló su idea de “poliarquía” para referirse desde la perspectiva pluralista a las democracias realmente existentes. Se trata de una situación en la que el poder está distribuido entre los múltiples grupos de la sociedad y su asignación varía según el juego de los actores que se valen de diferentes recursos para defender sus intereses, generando un natural “contrabalance” entre minorías. En su enfoque, el elemento central de una democracia es que el gobierno logre atender las demandas de los ciudadanos sin discriminación sistemática de ninguna de ellas y para ello, la dinámica democrática debe sustentarse en una participación política inclusiva y en la posibilidad ciudadana de formular públicamente las preferencias, incluso en contra de los altos funcionarios de gobierno (los que pueden ser removidos por la ciudadanía mediante el voto). Un conjunto de arreglos institucionales (elecciones libres e imparciales, libertad de expresión, sufragio inclusivo, variedad de fuentes de información, etc.) permite identificar la existencia del régimen poliárquico. Así delimitado, se establece un umbral mínimo a partir del cual la organización de un gobierno puede considerarse democrática.

Resuelta la búsqueda de los cimientos procedimentales que permiten distinguir una democracia moderna, se abre espacio para la discusión de cuándo un régimen democrático es mejor. La noción de calidad democrática no es clara debido, entre otras dificultades, a que su definición y la consecuente búsqueda de los elementos que permitan identificar sus variaciones se modifica en función de la concepción de democracia que el observador tenga.⁹ Con fines analíticos, podría simplificarse el concepto de democracia en dos visiones extremas, la “restrictiva” y la “expansiva”, que a su vez, determinan cuál será el lugar deseable de la participación ciudadana.

La visión “restrictiva” limita sus alcances a la dimensión procedimental del régimen político democrático.¹⁰ Está recostada en la concepción liberal que confiere a los ciudadanos derechos frente a sus pares y al Estado, asegurando el espacio para la persecución de sus intereses particulares. Desde esta visión, el papel del pueblo es la creación del gobierno y es en la elite política que se encuentra centralizada la toma de decisiones, dejando a los ciudadanos el instrumento periódico del voto para distribuir premios y castigos entre los políticos que entran en competencia por el poder (Schumpeter,

⁹ Altman y Pérez Liñán (1999) sistematizan un número importante de estudios comparados que abordan el problema de la calidad democrática. Los autores agrupan los trabajos en los que parten de un enfoque unidimensional de la democracia (más cercano a la visión que aquí se presenta como “restrictiva”) y otro, multidimensional (cercano a la perspectiva “extendida”).

¹⁰ Para Munck (1996), la dimensión procedimental del régimen determina a quiénes les está permitido acceder a las principales posiciones de gobierno, las formas y canales de acceso al gobierno, las reglas formales o informales que rigen el ejercicio del poder y la toma de decisiones (en PNUD, 2004: 201-202).

1974). Consecuentemente, la idea de participación ciudadana asume su dimensión “política” más tradicional, que tiene como instancia principal al acto electoral, eligiendo representantes directamente o a través de cuerpos intermedios, para los diferentes niveles del gobierno. Pasquino, luego de reconocer la multiplicidad de definiciones sobre participación política, la considera como un *“conjunto de actos y de actitudes dirigidos a influir de manera más o menos directa y más o menos legal sobre las decisiones de los detentadores del poder en el sistema político o en cada una de las organizaciones políticas, así como en su misma selección, con vistas a conservar o modificar la estructura (y por lo tanto los valores) del sistema de intereses dominante”* (Pasquino, 1996: 180).

Desde la perspectiva democrática “expansiva”¹¹ no es posible evidenciar con sencillez los mecanismos a través de los cuales la participación se desarrolla más allá de las instancias electorales.¹² Este enfoque abarca plenamente al primero, tomando los cimientos procedimentales de la poliarquía como su base. Sin embargo, conlleva la expansión de la dinámica democrática a otros ámbitos de la vida política más allá del ciclo electoral. La misma encuentra respaldo en la concepción republicana que busca garantizar y promover la participación de los ciudadanos en la construcción del bien común y corresponsabilizarlos de las decisiones tomadas de forma libre por la comunidad de iguales que integran. Entre los promotores del enfoque expansivo de la democracia, es posible identificar a los partidos de izquierda o progresistas. Analizando las bases ideológicas de estos partidos en torno a la “participación” social y política, De Armas et al (2009: 10) plantean que *“se afilian, explícitamente o no, a la tradición republicana. Como consecuencia, la promoción de la participación social no debe ser considerada solamente un medio para cualificar el diseño de las políticas (maximizar su eficacia, eficiencia e impacto), sino también como una apuesta a construir instituciones democráticas de calidad: democracias de alta intensidad”*. Así, la participación en el espacio público se transforma en un fin en sí mismo, que engloba e influencia el alcance de los resultados concretos alcanzados por ella misma.

Para la Ciencias Sociales el concepto de participación social es susceptible de innumerables definiciones. Una aproximación que abarca muchos de los componentes presentes en las distintas

¹¹ Aunque haciendo foco en diversos elementos del proceso democrático, esta segunda perspectiva es la que engloba las adjetivaciones de “profunda”, “sustantiva”, “real”, “social”, “participativa”, de “alta intensidad”, de “calidad”, o “inclusiva”, entre otras que comparten el énfasis en la expansión de la participación de los ciudadanos en los asuntos públicos.

¹² Los fines de esta presentación conceptual lo justifican, pero resulta innegable reconocer que este ejercicio de identificar extremos podría complejizarse hasta el infinito, introduciendo otros matices y agregando puntos intermedios. Aún si se siguiera con la idea de la convocatoria al cuerpo electoral como instrumento privilegiado, las oportunidades de participación podrían aumentar casi sin límites. Casos paradigmáticos para los defensores de la democracia “participativa” entrarían como ejemplos. Basta pensar en la habilitación de la pronunciación popular a través de mecanismos de “democracia directa” (referéndums, plebiscitos) y otras experiencias similares, como por ejemplo, la selección de proyectos locales a ser ejecutados con financiamiento público.

conceptualizaciones utilizadas es la de Pérez Ordóñez (2002), que la considera como “*el involucramiento e incidencia de la ciudadanía (y población en general) en los procesos de toma de decisiones, en temas y actividades que se relacionan al desarrollo económico, social y político, así como el involucramiento en la ejecución de dichas decisiones, para promover en conjunto con actores sociales e institucionales, acciones, planificaciones y decisiones hacia el Estado*” (en: De Armas, G. et al. 2009: 11).¹³

El pleno ejercicio de la participación así concebida, plantea la interrogante de qué condiciones generarían más y mejor democracia. Entre ellas Dahl (1992: 375) identifica una mayor equiparación de las capacidades y recursos políticos de los ciudadanos y, también, la extensión del proceso democrático a instituciones que antes eran regidas según un proceso no democrático. Bobbio (2000) sostiene que luego de la conquista y consolidación del sufragio universal, la ampliación del proceso de democratización no encuentra su mejor expresión en el paso de la democracia representativa a la democracia directa, sino en el de la democracia política a la democracia social, ampliando los espacios cotidianos en los que se da el proceso democrático. El desarrollo de la democracia, entonces, implica “*la ocupación por parte de formas, incluso tradicionales, de democracia, como es la democracia representativa, de nuevos espacios, es decir, de espacios dominados hasta ahora por organizaciones de tipo jerárquico o burocrático*”. Según este autor, hasta que “*los dos grandes bloques de poder que existen en lo alto de las sociedades avanzadas, la empresa y el aparato administrativo, no sean afectados por el proceso de democratización (...) [éste] no podrá considerarse realizado plenamente*” (op. cit.: 35).

A la dificultad que tiene la identificación de los conceptos de base sobre la participación, se le suma otra nota de complejidad. Muchos vocablos que forman parte de las experiencias de expansión democrática no sólo integran un mismo campo semántico, sino que han sido incorporados al repertorio lingüístico de la segunda ola de reformas impulsada por las agencias multilaterales en los países de la región, en particular, durante los últimos 15 años del siglo XX.¹⁴ Esto hace que el peso democratizador asociado a las experiencias participativas pueda ser virtualmente absorbido y suplantado por la lógica de la gestión y la eficiencia, tanto como “*el discurso de la ciudadanía centrado en la defensa de derechos aparecería desplazado por una noción de ciudadanía de usuarios o centrada en la corresponsabilidad*” (Gurza Lavalle e Isunza Vera, 2010: 26). Algunos autores identifican una “confluencia perversa” en el uso de esos vocablos, ya que se genera un “*ocultamiento*

¹³ Para una revisión de varias definiciones de participación social, ver: Marzuki (2009).

¹⁴ Entre otros: “gobernanza”, “transparencia”, “control social”, “rendición de cuentas”, “descentralización” “participación”. Lo mismo sucede con vocablos como “ciudadanía”, “empoderamiento” y “sociedad civil”.

*de esas diferencias y divergencias [de significados y proyectos políticos subyacentes] por medio de un vocabulario común y de procedimientos y mecanismos institucionales que guardan una similitud significativa” (Dagnino, 2006: 228).*¹⁵

2.5. La mirada específica: participación social en salud

Adicionalmente, hay una mirada específica de la participación social en salud. Su definición concreta tiene las mismas dificultades que la noción general de participación social. Con distintas acepciones y diversos grados de solapamiento, puede decirse que varias de sus ideas centrales están orientadas en el mismo sentido: participación comunitaria, empoderamiento,¹⁶ atención primaria de salud, participación social en salud, promoción de salud, entre otros términos, son ejemplos de ello. Tras analizar 200 estudios de caso sobre participación en salud, Rifkin (1986) identificó tres enfoques: a) el enfoque médico, donde la participación es un aporte en la reducción de la morbilidad individual y la mejora de las condiciones de salud de las personas; b) el enfoque de servicios de salud, que moviliza la comunidad para su participación en la organización de los servicios y, c) el enfoque de desarrollo comunitario, que involucra a sus miembros en las decisiones para mejorar las condiciones sociales, económicas y políticas que afectan su salud.¹⁷

La Organización Panamericana de la Salud (1994) la definió como *“la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada”* (citado por Sanabria, 2004). A su vez, este organismo rector internacional considera al aseguramiento de la participación social en salud como una de las 11 Funciones Esenciales de la Salud Pública. La misma incluye (i) el refuerzo del poder de los ciudadanos para cambiar sus propios modos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables, de manera que influyan en las

¹⁵ El caso de la resignificación de la noción de “participación” según Dagnino (2006: 232) transita el mismo derrotero, en tanto *“sigue la misma dirección que la reconfiguración de la sociedad civil, con la emergencia de la llamada ‘participación solidaria’ y el énfasis en el trabajo voluntario y en la ‘responsabilidad social’, tanto de individuos como de empresas. El principio básico aquí parece ser la adopción de una perspectiva privatista e individualista, capaz de sustituir y redefinir el significado colectivo de participación social.”*

¹⁶ La idea de “empoderamiento”, “potenciación” social o “apoderamiento”, como aproximaciones en idioma español al vocablo de la lengua inglesa “*empowerment*”, está muy presente en la jerga de la participación en salud. Según Resende Carvalho (2008): *“Indica procesos que buscan promover la participación apuntando al aumento del control sobre la vida por parte de los individuos y las comunidades, la eficacia política, mayor justicia social y la mejora de la calidad de vida. Se espera como resultado, el aumento de la capacidad de los individuos y de los colectivos para definir, analizar y actuar sobre sus propios problemas”.*

¹⁷ Citado por De Vos et al. (2009).

decisiones que afecten a su salud y a su acceso a servicios adecuados de salud pública y (ii) la facilitación de la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, con el fin de mejorar el estado de salud de la población y la promoción de entornos que favorezcan la vida saludable.¹⁸

El vínculo entre participación y salud emergió con potencia en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Declaración de Alma-Ata (1978). Allí se estableció que la APS: *“exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar”*. La Carta de Ottawa de la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (1986), establece que la misma *“radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.”* La Declaración de Montevideo sobre las nuevas orientaciones de la APS (2005), recomienda a los Estados *“fortalecer la participación a nivel local de los individuos y las comunidades en su conjunto en el sistema sanitario, al objeto de que el individuo, la familia y la comunidad tengan voz en la adopción de decisiones; asimismo, se debe fortalecer la ejecución y las intervenciones de los individuos y la comunidad.”* Para cerrar una revisión incompleta de las mutaciones que ha tenido esta perspectiva, puede referenciarse el Informe de la OMS de 2008, donde se sostiene que *“la movilización de grupos y comunidades para afrontar los problemas y desigualdades relacionadas con la salud que consideran que más los afectan es un complemento necesario del enfoque más tecnocrático y verticalista consistente en evaluar las desigualdades sociales y determinar las medidas prioritarias”* (OMS, 2008: 38-39).

A manera de síntesis, puede referenciarse la definición establecida por Rodríguez y Pérez, quienes conciben la participación social en salud como *“un proceso complejo de intervención de los actores y grupos sociales organizados, que buscan alterar la relación Estado-Sociedad-Salud, en base al incremento progresivo de su influencia en el proceso decisorio y al control ejercido sobre los recursos y los factores de poder existente en el sector salud”* (Rodríguez y Pérez, 1996: 316).

¹⁸ Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP_04.htm

La valoración de la participación social en salud tiene su expresión concreta en que, a pesar de las diversas orientaciones ideológicas que las inspiran, las reformas de los sistemas de salud latinoamericanos desarrolladas en las últimas décadas del siglo XX incluyen entre sus metas: la mayor rendición de cuentas del sistema, así como también, mayor participación y control social (Mesa-Lago, 2007: 159). De esta manera, puede verse cómo la advertencia que realizara Dagnino (2006) sobre los riesgos semánticos de la confluencia perversa, también tiene su expresión en el campo sanitario. De forma coherente con la orientación promercado de esa ola de reformas estructurales, se fomentaron especialmente las modalidades individuales de participación, limitando su influencia al hecho de compartir gastos, efectuar sugerencias o reclamos (reforzando la noción del “consumidor” o “cliente” informado) y el desarrollo de actividades para los servicios, como participar en campañas de prevención de enfermedades o promoción de salud (Vázquez et al., 2002: 32-33). Además de su potencial como factor reductor de costos, *“las agencias internacionales apreciaron a la participación comunitaria por su potencial para actuar como paliativo en la neutralización de la resistencia popular”* a los procesos de retracción del Estado (De Vos et al., 2009:128).

Distintos observadores, con una mirada comprensiva de estos procesos, identifican los espacios de complementación que existen entre la visión de la participación social como medio (logro de la eficiencia y la mejor adaptación de los servicios) y, la que la define como un fin en sí mismo (la agenda de los derechos ciudadanos y las expectativas democratizadoras de nuevos vínculos sociedad-Estado). En esta línea, se reconoce que *“el repertorio de expedientes de control social compone un amplio abanico que abarca desde formas de participación puntuales e individualizadas –algunas veces fragmentadas, como en los sistemas de quejas-, en un extremo, hasta, en el polo opuesto, la participación colectiva e institucionalizada, facultada para la toma de decisiones vinculantes en la operación político-administrativa de funciones públicas (...) [y] aunque formas más complejas y estables de control social son preferibles desde el punto de vista de la democracia participativa, sería un equívoco suponer que formas más puntuales de control son innecesarias o superfluas”* (Gurza Lavalle e Isunza Vera, 2010: 34). De esta forma, pueden identificarse las oportunidades que generan los diferentes formatos de participación social, sea esta caracterizada por acciones individuales y reactivas (asociadas al usuario-consumidor), o las colectivas y proactivas (asociadas al sujeto-ciudadano). Así, se podrían agrupar los beneficios esperados de la participación en salud en tres niveles: (i) micro: el personal, para el ciudadano-usuario y su entorno social, (ii) meso: el nivel de los

prestadores de servicios, los actores colectivos y el sistema de salud y, (iii) macro: en el nivel del sistema político democrático en general.¹⁹

En el primer grupo de beneficios, se encuentra el aumento de la información de que dispone el ciudadano y su entorno social, en un sector caracterizado por las asimetrías entre los “expertos” y el resto. El conocimiento es central para la toma de decisiones informadas sobre su salud, la defensa de sus derechos y el mejor uso de los servicios. Esto es crucial ya que se trata de “bienes de confianza”, es decir, su naturaleza hace que no siempre se puedan evaluar con sencillez y *ex ante* la calidad de los servicios y sus efectos (y a veces, tampoco después de utilizarlos). Complementariamente, la participación habilita el intercambio con aquellas personas y grupos pertenecientes a distintos ámbitos, favoreciendo la construcción de confianzas mutuas, que se traducen en la base del capital social (Putnam, 1993). Estos elementos redundarían en un mejor aprovechamiento de las oportunidades y, por lo tanto, mejores resultados sanitarios.

En el nivel de los beneficios para las instituciones sanitarias, los actores colectivos involucrados y el sistema global de salud, también se pueden mejorar la calidad de las decisiones, especialmente ante situaciones características del sector, que suelen tener implicaciones éticas. Además, el intercambio permite adecuar la comunicación entre las partes, integrando a los procesos sanitarios distintos elementos de la vida social, que no siempre encuentran espacio de expresión en el sistema de salud. Complementariamente, los mecanismos de rendición de cuentas horizontal favorecen la posibilidad de una gestión transparente de las instituciones de salud y de anticipar problemas en la gestión. La formalización de los canales de acción genera espacio para la negociación y el intercambio regular entre las partes, posibilitando acuerdo para la instrumentación de las decisiones y reduciendo las posibilidades de bloqueo. Complementariamente, los acuerdos alcanzados en estos espacios tenderían a limitar las capacidades de los actores de obtener beneficios a través de canales informales. De esta forma, los grupos de interés con menores recursos mejorarían su posición relativa, en la medida que se modifican los patrones de distribución de poder en torno a los bienes públicos.

El nivel macro se asocia más linealmente con los ideales de la democracia social o participativa. Los distintos observadores identifican una contribución de la participación en salud al desempeño del

¹⁹ Estas líneas sintetizan algunos de los planteos presentes en: OMS-Europa (1999), Celedón y Noé (2000), Vázquez et al. (2002), Labra (2002), Coelho (2004), Sanabria (2004), Lindström Karlson (2006), Wallerstein (2006), Labra y Giovanella (2007), De vos et al (2009), Fleury y de Vasconcelos Costa Lobato (2009), Clavell y Rodríguez Araújo (2010), Kliksberg (2011).

sistema democrático general.²⁰ La apertura a nuevos formatos de involucramiento ciudadano, por fuera de las instituciones políticas “tradicionales” genera nuevas arenas para el ejercicio de la democracia, repercutiendo positivamente en el funcionamiento del sistema en su conjunto. Las innovaciones democráticas de las que se ocupa este trabajo, constituyen escenarios potenciales para el funcionamiento orgánico de los derechos ciudadanos.²¹ Es decir, se busca en el ejercicio ampliado de la ciudadanía política, su combinación con los recursos propios de la ciudadanía civil, para garantizar el acceso pleno a un derecho social básico, como es el de la salud. De esta forma, mayor intensidad en el ejercicio de alguno de estos derechos, repercutiría positivamente en el mejor desempeño de los demás derechos de ciudadanía. De acuerdo con esto, el proceso democrático “*no sólo es esencial para brindar uno de los bienes políticos fundamentales (el derecho de las personas a autogobernarse), sino que en sí mismo constituye un rico conjunto de bienes sustantivos*” (Dahl, 1992: 211).

Coelho (2004) identifica cuatro indicadores principales del éxito de estos procesos innovadores en los sistemas de salud: a) generación de ciudadanos más informados y tolerantes, b) proceso de toma de decisiones más transparente, c) impacto distributivo del proceso participativo y, d) mejoría en la calidad de los servicios sanitarios. A su vez, encuentra que los principales determinantes de ese éxito son el grado de movilización de la sociedad civil y el compromiso de los actores gubernamentales. En un sentido similar, distintos autores llaman la atención sobre la existencia de requisitos de orden político y organizativo para que estos procesos se desarrollen. Estos serían: recursos e información suficiente, existencia de organizaciones, representatividad de las mismas, voluntad de la población a participar y, sobre todo, apertura de los gestores a compartir las decisiones (Vázquez et al, 2002: 37; Escorel y Rasga Moreira, 2009: 236-237; Labra, 2009). Ahora bien, estos elementos no serán suficientes si no se modifican aspectos sustantivos de la cultura política general y sectorial que inciden en el funcionamiento de esa arena de política pública, tales el autoritarismo social, las visiones jerárquicas, las prácticas clientelares y los corporativismos, entre otros.

2.6. Los actores colectivos: diferencias y oportunidades

Los casos que se presentan en este trabajo componen un conjunto de instancias habilitantes de la participación de usuarios, trabajadores y empresarios, en algunos casos, situadas en las etapas decisivas del ciclo de la política pública de salud. Esto genera que las dificultades que se listan en el

²⁰ Lindström Karlson (2006: 4-5) enumera algunos elementos que dan cuenta del “déficit democrático”: baja participación electoral y en los partidos políticos (en especial de los grupos más desaventajados), corrupción, excesiva centralización, sistemas electorales mayoritarios que limitan la representación de intereses de grupos minoritarios, etc.

²¹ La densa discusión sobre los límites entre ellos, los umbrales mínimos de cada uno, así como la sucesiva agregación de nuevas categorías (derechos culturales, ambientales, sexuales, etc.) tornan valioso recurrir a la esquematización inicial propuesta por Marshall (1963), de una ciudadanía compuesta por derechos civiles, políticos y sociales.

párrafo anterior se magnifiquen, máxime si se tiene en cuenta que las innovaciones generadas exigen el involucramiento de actores sociales colectivos.

La constitución de espacios para el contralor social sobre el poder público y su aparato administrativo presenta el desafío del control de los controladores, es decir, de la rendición de cuentas de los representantes de las organizaciones sociales ante sus representados. Esa es la “doble faz de la rendición de cuentas societal” (Gurza Lavalle e Isunza Vera, 2010: 46-47). Las características de las organizaciones participantes de esas esferas se tornan centrales en esta relación.

Resulta evidente que los actores colectivos involucrados en esos ámbitos participativos presentan serias diferencias, involucrando una gama de grupos que abarca desde aquellos altamente organizados y con tradición de acción conjunta, hasta nuevos movimientos sociales. En relación a esto, Rossi considera que existe una serie de elementos que los definen, tales como: (i) su concepción como redes informales de interacción compuestas por individuos, grupos y/o organizaciones, (ii) la presencia de solidaridades y creencias compartidas que constituyan una sensación de pertenencia y provean de una identidad colectiva, (iii) la presencia de antagonismos sobre el control de algún recurso (material o simbólico), es decir, la existencia de acción colectiva orientada al conflicto, (iv) el uso de la protesta (aunque no le es exclusivo), y (v) su perduración en el tiempo más allá de las protestas.

En el análisis del proceso político vinculado a los movimientos sociales, es posible encontrar en la “estructura de oportunidades políticas” externas al propio movimiento los elementos que explican cuándo y cómo las personas se organizan ya que, aunque *“están desigualmente distribuidas –al contrario que los recursos internos como el dinero, el poder o la organización-, incluso los grupos débiles y desorganizados pueden sacar partido de ellas”* (Tarrow, 1997: 155). A su vez, no sólo se aplica a la formación de movimientos, sino que éstos *“crean oportunidades para sí mismos o para otros. Lo hacen difundiendo la acción colectiva a través de redes sociales y estableciendo coaliciones de actores sociales, creando espacio político para movimientos emparentados o contramovimientos, e incentivos para que respondan las elites”* (op. cit.: 148). Según este autor, los grupos se movilizan ante el cambio en la estructura de oportunidades políticas, que se traduce en cuatro situaciones específicas: (i) la apertura a la participación, ya que *“los movimientos que buscan acceso más que exigir nuevas ventajas pueden encontrarse en posición de buscar ulteriores oportunidades”* (op. cit.: 158); (ii) los cambios en los alineamientos de los gobiernos o su inestabilidad que crean incertidumbre entre los seguidores, animan a los desafectos a intentar ejercer un poder marginal y pueden inducir a las elites a competir en busca de apoyo fuera del estamento político; (iii) la disponibilidad de aliados influyentes como factor que aumenta la probabilidad de éxito de “los de

afuera”, especialmente si son carentes de recursos; (iv) las divisiones entre las elites y en el seno de las mismas, que alientan a los que no están en el poder a aliarse con los sin voz y los grupos carentes de recursos.

En línea con el primero de los puntos planteados por Tarrow, Pierson hace notar que en determinados escenarios de reforma, los gobiernos intentan aumentar su efectividad fortaleciendo a grupos particulares al incrementar su acceso a los tomadores de decisión, involucrándolos directamente, a cambio de un mayor consentimiento (Pierson, 1993: 601-602). Más aún, la influencia sobre los grupos sociales tiene probables consecuencias mayores en aquellas áreas de política donde su actividad no está todavía bien establecida, resaltando la importancia de enfocarse en los momentos formativos de las instituciones y las organizaciones.

De forma coincidente, otros autores diferencian entre los sistemas políticos abiertos y flexibles, de los centralizados y cerrados; dando cuenta del diferente grado de permeabilidad que ofrecen los sistemas a la incidencia de los grupos sociales. Para Kistchelt (citado por Rossi, 2010) los primeros habilitan la entrada de diversos actores sociales al proceso de toma de decisiones estatal, mientras que los segundos oponen barreras variadas a la participación social.²² Cada caso genera diferentes estrategias de acción colectiva: en el primer caso, los movimientos tratan de aprovechar las facilidades del sistema político y, en el segundo, predominan las formas disruptivas y confrontacionales, por fuera de los canales establecidos.

Teniendo en consideración estos elementos, corresponde aclarar que no todos las organizaciones sociales o grupos de interés cuentan con los mismos recursos para hacer uso de las oportunidades generadas. En el caso de la RSS, los tres actores sociales convocados a los espacios participativos permanentes (trabajadores, empresarios y usuarios) tienen diferencias importantes entre sí, y entre los dos primeros con el último. A partir de esta situación cabe preguntarse sobre las posibilidades que tendría una reducción de la brecha de recursos entre los actores, si se pretende la incorporación real de los usuarios en los nuevos procesos decisorios. Dahl considera que existen causas universales y remediabiles de las desigualdades políticas, entre ellas, las diferencias de posición, recursos y oportunidades económicas y las diferencias de conocimientos, información y capacidad cognitiva (Dahl, 1992: 387).

²² Entre las características del sistema que influyen, Kitschelt identifica la fragmentación de los partidos políticos, la relación entre los poderes del Estado, el grado de centralización del aparato estatal y los alcances del control público de la economía.

3. MARCO METODOLÓGICO

En la introducción de este estudio fueron presentados los objetivos generales y específicos, así como las hipótesis asociadas. Consecuentemente, este trabajo es de corte exploratorio y se complementa con algunas aproximaciones explicativas, vinculadas a la influencia de la relación gobierno-actores sociales para el resultado de la reforma de salud en general, así como para las innovaciones democráticas en particular. El estudio se estructura en dos partes claramente diferenciadas.

La primera de ellas es corte descriptivo y se inicia con la presentación del contexto general y sectorial, donde se ubica la situación del gobierno promotor de la reforma en el escenario, post crisis y Elecciones Nacionales de 2004. Posteriormente, a partir de un conjunto de dimensiones analíticas extraídas del marco teórico de referencia, se aborda la caracterización de los principales actores sociales involucrados en el sector y de los espacios generados para su participación. Respecto a los primeros, se trata de los trabajadores (médicos y no médicos), los usuarios y los empresarios, quienes serán caracterizados en base a su composición y estructura organizativa, antecedentes, posición ante la reforma impulsada y acciones ante en el involucramiento o exclusión en los ámbitos participación. En cuanto a los espacios creados, se considerará su órbita de actuación, su composición y las funciones asignadas. Allí donde se justifique, se presentarán las diferencias entre el proyecto original del FA y el resultado final, identificando las posturas de lo actores disidentes.

Las unidades de análisis en las que centrará el estudio son cinco: el Consejo Consultivo para la Implementación del SNIS (CC), la Junta Nacional de Salud (JUNASA), los Consejos Asesores Honorarios Departamentales (CAHD), el Directorio de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y, los Consejos Consultivos y Asesores (CCA) de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Para esta primera parte, las fuentes de información serán las leyes y decretos sancionados, los proyectos de ley principales en la fase inicial de la RSS, los documentos partidarios y del gobierno sectorial y los elaborados por las organizaciones sociales. Asimismo, se hace una revisión de la prensa escrita y de entrevistas en otros formatos (páginas web, radios, etc.), desde el año 2005 a la fecha. Complementariamente, las actas que dan cuenta de las discusiones parlamentarias, así como de las visiones expuestas a lo largo del proceso de discusión en ámbitos del propio SNIS, constituyen buenos insumos.

La segunda parte del trabajo posee un perfil explicativo y se ordena en base a un set de variables que también emergen de la discusión teórica. Se trata de la percepción de crisis en el sector, el *timing* del paquete reformista en relación a otros procesos similares, el rol del gobierno como líder de la reforma y el estilo flexible de su gestión, la ideología democrática de la izquierda y la intención de consolidar

una amplia coalición socio-política que sostenga la RSS. Para el análisis de estos componentes también se recurre al análisis de información secundaria (documentos partidarios y de los actores, análisis de prensa) y al propio seguimiento del proceso político desarrollado.

4. LA REFORMA Y SU CONTEXTO: déficits estructurales, crisis y triunfo del FA

El sector salud uruguayo se constituyó en el siglo XX como un caso atípico en el contexto regional, en particular, por el alto grado de consolidación y extensión territorial de las variantes públicas y privadas de provisión de servicios, la amplia cobertura de estas últimas y la temprana transición demográfica y epidemiológica que vivió la población (Pereira et al., 2005). Sin embargo, los efectos negativos de varias situaciones, progresivamente, se combinaron para impactar en el desempeño del sector durante las últimas décadas del siglo, generando una situación de “estado de mal” como expresión de una crisis que se hizo permanente (Dibarboure, 2003). Entre ellos, destaca la debilidad del Estado para el cumplimiento de sus funciones esenciales en salud pública, la ausencia de coordinación y complementación entre subsistemas, la fragmentación y problemas de gestión de los servicios, la progresiva medicalización y especialización, expresadas en un modelo de atención curativo-asistencialista, con importante peso del segundo y tercer nivel de atención y, finalmente, la inexistencia de abordajes integrales que den respuesta a la nueva estructura de riesgos de la población. Los variados intentos de respuesta del sistema político de la democracia restaurada no habían dado frutos (Moreira y Setaro, 2000; MSP, 2009 y 2010). La crisis económica general del cambio de siglo, con su consecuente aumento del desempleo, precarización de las condiciones de trabajo, aumento de la pobreza, la indigencia y la desigualdad social, no hizo más que agravar la situación que el sector salud experimentaba por razones endógenas, aumentando la demanda sobre los servicios públicos (en un contexto de fuerte limitación del gasto público). Los problemas económico-financieros de los servicios se agudizaron, ambientando el cierre de varios prestadores privados. La consecuencia esperable fue el agravamiento de las inequidades entre subsectores, el deterioro de la calidad asistencial y sus resultados y, la disconformidad de los grupos sociales involucrados.²³ A los diagnósticos compartidos, ahora se agregaba el consenso en torno a la urgencia de una reforma del sector.

²³ En ese escenario, los diferenciales a favor del subsector privado eran sustanciales. En 2004, el gasto promedio mensual por usuario era de novecientos pesos uruguayos, mientras que en el subsector público alcanzaba los doscientos ochenta. Los salarios de los trabajadores de la salud mostraban diferencias similares: los enfermeros del subsector privado ganaban aproximadamente el triple que en el subsector público, mientras que en los médicos, esa diferencia era de diez a uno (MSP, 2010: 166-167).

Las elecciones nacionales de 2004 generaron un resultado trascendente: junto con el Gobierno Nacional en la primera vuelta, el FA obtuvo la mayoría absoluta de las bancas en ambas cámaras del Parlamento. Por lo tanto, un conjunto importante de las reformas contenidas en la propuesta programática global, entre las que destaca la reforma sanitaria, podrían ser procesadas con los votos propios del partido de gobierno. La recuperación económica, el aumento de la recaudación pública, el descenso del desempleo y el aumento de la formalización laboral, eran elementos que ampliaban los márgenes de acción gubernamentales. El repertorio de reformas anunciado para ese primer período incluía varias iniciativas de mucha complejidad, vinculadas a algunos de los componentes de la matriz de protección social (salud, reforma laboral, seguridad social) o con fuerte influencia sobre ellos (sistema tributario). La consecuencia esperable era que la definición y ajuste de las distintas reformas se diera en una negociación intra gobierno y de éste con su fuerza política, a lo que se agregaban las presiones de los distintos actores sociales propios de cada sector. El manejo de todas estas variables sería determinante en el *timing* de las distintas reformas, marcando sus avances, estancamientos y retrocesos.

En el caso del sector salud, el “subsistema de gobierno y coordinación” estaba compuesto en el Poder Ejecutivo por el MSP, la Presidencia de la República (Secretaría y Prosecretaría), el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), el Banco de Previsión Social (BPS) y, desde su creación como organismo descentralizado, por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). En el Parlamento el debate entre partidos, condicionado por las mayorías del FA, se dio en los plenarios y comisiones de ambas cámaras y, de manera determinante, en las reuniones de bancada del propio partido de gobierno. El sector salud es una clara expresión de sistema “anidado”. En él, los mismos actores se desempeñan en varias arenas (políticas, empresariales, gremiales, profesionales, académicas, etc.) y por tal motivo, la identificación del sentido de la acción de algunas organizaciones es dificultosa. En los documentos programáticos del FA²⁴ se planteaba que “*es muy posible construir un amplio bloque de apoyos sociales a las orientaciones de cambio que promueva un futuro gobierno progresista*” y que “*las propuestas del FA/EP han sido elaboradas en constante contacto y diálogo con las fuerzas sociales que actúan en el sector*”. En ese “amplio bloque” se incluía a los gremios agrupados en la central obrera, el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y “otros sectores expresados en la FEMI” (Federación Médica del Interior). De todas formas, las características de sector “anidado” obligaban a reconocer que “*no se trata de un conglomerado exento de contradicciones y pueden generarse dinámicas negativas de*

²⁴ Plan de Gobierno en Salud. Propuesta de la Unidad Temática de Salud del FA. En: Diario Médico N° 8. Noviembre de 2004.

disgregación y choques que debiliten los soportes del cambio progresista". En el mismo documento se identifica a las fuerzas opositoras: las multinacionales del medicamento, los empresarios vinculados a los seguros privados, algunas emergencias móviles, las tecnologías y también, *"algunos grupos corporativos con ingresos desmesurados y descontextualizados"*.

En ese contexto, el FA impulsó la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que combine la oferta de los servicios públicos y privados existentes, fortaleciendo las posibilidades del Estado para ejercer la rectoría del sector. La ley de creación de este sistema fue sancionada por el Poder Legislativo a fines del año 2007 y entró en vigencia el 1° de enero de 2008.²⁵ La propuesta se estructuraba en torno al cambio de los modelos de financiamiento, gestión y atención, los cuales tienen un funcionamiento orgánico, con múltiples influencias recíprocas. La descripción de los tres ejes se sintetiza en el Anexo I de este trabajo. En los tres el diseño de la reforma previó distintas modalidades de involucramiento social. Sea por impulso o por establecimiento de límites al plan gubernamental, la participación de los actores sociales fue trascendente en la definición de algunos elementos cruciales del sistema, antes del acceso al gobierno por parte del FA y después, con el FA en él. Los dos apartados que siguen completan el panorama de los principales actores sociales involucrados y de las innovaciones democráticas creadas.

5. LOS PRINCIPALES ACTORES SOCIALES DEL SNIS

Esta sección describe los principales actores colectivos involucrados en el sector salud, con destaque para aquellos que tienen representación en los espacios que son centro para este estudio: los trabajadores médicos y no médicos, los usuarios y las empresas prestadoras de servicios integrales de salud.

5.1. Los trabajadores no médicos

La principal organización social del país es la central única de trabajadores, el Plenario Intersindical de Trabajadores–Convención Nacional de Trabajadores (PIT-CNT). Sus demandas exceden ampliamente a las "tradicionales" del sector (como salario y condiciones de trabajo), abarcando un extenso espectro que incluye a los derechos humanos, las relaciones internacionales, el modelo de desarrollo o las desigualdades de género. Representa la base social organizada históricamente

²⁵ Se trata de la ley 18.211, denominada durante su preparación y tratamiento parlamentario "ley grande", para diferenciarla de la "ley chica" que creaba el FONASA. El Anexo II presenta una lista abreviada de los pilares legales del SNIS y, dentro de éste, de las normas que han marcado el proceso participativo.

asociada al Frente Amplio y constituye un aliado en la dinámica general del gobierno progresista.²⁶ Un dato que ayuda a graficar esta consonancia es que los principales referentes sindicales tienen identificación sectorial dentro del FA y, a su vez, un número importante de legisladores, ministros y demás cuadros del gobierno tienen pasado militante en el movimiento sindical. Dentro de este colectivo, en el sector salud, el grueso de los trabajadores no médicos²⁷ está representado por la Federación Uruguaya de la Salud (FUS) y la Federación de Funcionarios de Salud Pública (FFSP), en el subsector privado y público, respectivamente²⁸. Son el colectivo que más claramente ha apoyado e impulsado el proceso de la reforma sanitaria promovido por el FA. El documento final del VII Congreso del PIT-CNT en el año 2001, así como una cantidad de otros aportes de esos años (como el documento elaborado para el 1er. Encuentro de Trabajadores de la Salud, de mayo de 2004), evidencian la convergencia en posiciones comunes con los documentos programáticos del FA. Sin embargo, sería erróneo dar por unánime la posición defendida por la central sindical.

La FUS ha logrado imponer a la interna del movimiento sindical su enfoque promocional de la reforma en curso y, a lo largo del proceso de instrumentación, sólo ha manifestado discrepancias con la lentitud o baja intensidad con la que, a su entender, se desarrollan los componentes del SNIS por parte del gobierno.²⁹ Como sostiene Pérez (2009: 46), esta organización *“ha planteado un apoyo acérrimo a la reforma en curso, [ya que] no sólo colaboró en la propuesta que defiende el PIT-CNT, sino que (...) constituyen los insumos que dan cuerpo a la propuesta presentada en el Programa de Gobierno del Frente Amplio.”*

En un sentido divergente, la FFSP ha manifestado (y lo sigue haciendo) un “apoyo táctico” a la RSS. Esta situación es graficada por el primer representante de los trabajadores en el Directorio de ASSE, al sostener: *“Siempre compartimos la reforma de la salud, lo que creemos es que es una transición*

²⁶ Durante la administración progresista su número de afiliados más que se triplicó y la cantidad de sindicatos registrados creció de forma muy importante. La reinstalación del Consejo de Salarios (espacios tripartitos de negociación en los que se busca acordar las condiciones de trabajo y los salarios) así como la aprobación de un conjunto de leyes laborales y de protección sindical promovidas por el PE, contribuyeron a ese resultado (Méndez et al, 2009: 26).

²⁷ La discriminación principal por la posesión o no del título de médico es tradicional en las descripciones de los trabajadores del sector. Sin embargo, otros motivos justifican esta presentación dividida. La Resolución de la Dirección Nacional de la FUS (5/12/08) dice mucho en una frase sobre su apoyo a la RSS, pero también sobre su visión del accionar médico. Al analizar el conflicto de los trabajadores del CASMU, se plantea: *“este conflicto también está generado por los intereses de la corporación médica que no quiere perder sus privilegios económicos y políticos, que se ven amenazados por la instrumentación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Nuestra Federación desde el comienzo del conflicto señaló estas responsabilidades y exigió que el gobierno no diera un solo paso atrás en la puesta en práctica de la reforma de la salud.”*

²⁸ A nivel público y privado quedan grupos de trabajadores que por diferentes motivos, no están representados por estos colectivos sindicales. A manera de ejemplo, puede presentarse el caso de los aproximadamente 1.500 trabajadores nucleados en la Asociación de Funcionarios de ASSE (AFASSE) que no forman parte de la FFSP y son contratados por la Comisión de Apoyo de Programas Asistenciales Especiales (estructura creada bajo el régimen de derecho privado por el Decreto 189/90).

²⁹ Ver, por ejemplo: *La República* 25/1/2008.

*hacia un sistema estatal y público de salud, pero la consideramos positiva y entendemos que hay que transitar ese camino*³⁰ (la diaria, 29/6/2011). A pesar de este planteo, el gobierno sectorial ha promovido y defendido un conjunto de reclamos históricos de estos trabajadores públicos, como por ejemplo, su participación en los órganos de gobierno (están en el Directorio de ASSE), la mejora en sus condiciones de trabajo, los salarios y el presupuesto general del principal prestador público de salud (reclamos históricos de la FFSP).³¹ Por este conjunto de razones, con independencia de los vaivenes internos de esta organización, se podría inferir que el gobierno encuentra un aliado en la FFSP (al menos coyunturalmente).

5.2. Los médicos

Los médicos son la colectividad que sintetiza de manera paradigmática el entrecruzamiento de los intereses del sector salud y el solapamiento de los espacios en los que estos se manifiestan simultáneamente. En su dimensión gremial, conforman tres organizaciones diferentes: el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), la Federación Médica del Interior (FEMI) y las Sociedades Anestésico Quirúrgicas (SAQ). La participación en cualquiera de estas agremiaciones no excluye la posibilidad de integrarse a las demás y ninguna forma parte del PIT-CNT.

El SMU es la más gremial más antigua (1920) y nuclea profesionales y estudiantes avanzados de medicina. Sus múltiples corrientes internas expresan diversas afinidades político-partidarias y tradicionalmente tuvo a su frente a los sectores afines a la izquierda. Si se rastrean los diagnósticos y propuestas realizadas desde el SMU, se encontrarán coincidencias muy importantes con la reforma impulsada por el FA. Las declaraciones finales de Solís II (2002), así como la de la VIII Convención Médica Nacional (organizada junto a FEMI en 2004), son esclarecedoras en ese sentido. La Agrupación Fosalba, tal como sucedía desde su creación (en 1962), estuvo al frente del SMU (junto a Convocatoria) en el inicio del gobierno del FA. Sin embargo, la elección gremial de 2007 marcó un viraje en la correlación de fuerzas histórica: por dos años quedó al frente la Unión Gremial Médica (UGM)³². Esto marcó el tipo y el tono de los conflictos con el nuevo gobierno, en particular en la

³⁰ Para dar cuenta de la estabilidad de este planteo, ver: *La República*, 4/5/2007.

³¹ “*Debemos corregir inequidades de todo tipo: del punto de vista salarial, de las condiciones de trabajo y por sobretodo de la cantidad de personas que necesitamos para trabajar para poder dar una cobertura real y comenzar a tener una competitividad que tenemos, para comenzar a transitar el camino hacia el Sistema Nacional de Salud con esa condición, de que sea Público y Estatal, sin ninguna palabrita "integrado".*” Alfredo Silva en entrevista publicada por *Solidaridad: Periódico Obrero Popular*. N° 2. Abril de 2005. Disponible en: http://www.nodo50.org/fau/revista/solidaridad_2/6.htm

³² UGM es la organización resultante de la fusión de las agrupaciones Dr. Constancio Castells y Dr. José Alberto Praderi. La estrategia para esas elecciones implicó la presentación común de UGM y Avanzar. Son afines a los partidos Nacional y Colorado.

etapa de discusión e instrumentación de los pilares de la RSS.³³ La revisión de prensa del período permite identificar los principales reclamos planteados, en general, asociados a la estimación de que los planteos médicos sobre la RSS no son tenidos en cuenta por el gobierno (que no los incluye en los nuevos órganos del sistema), al ritmo acelerado con que se instrumentan los cambios y también, a cuestiones salariales, de formación profesional y de condiciones de trabajo (cantidad de pacientes atendidos por hora, por ejemplo). Adicionalmente, los problemas del nuevo modelo de financiamiento y el cronograma de ingreso de colectivos al SNS, fueron marcados como negativos para las empresas de salud (en particular, para las que administraba el SMU: CASMU y 1727 Emergencias).³⁴

La FEMI (1966) es una organización de segundo grado de carácter dual, ya que involucra dos sistemas de intereses: representa a 23 instituciones de asistencia médica y también, a 22 gremiales médicas distribuidas en los 18 departamentos del interior.³⁵ Es habitual que no haya competencia interna en sus actos electorales y cuando la hay, es para contrastar propuestas de la FEMI “institucional”, es decir, de las empresas prestadoras de servicios de salud. La posición de FEMI ante la situación de crisis del sector y sus propuestas de salida, al igual que el SMU, era altamente coincidente con la efectuada por el FA. La declaración final de la VIII Convención Médica y el documento “La salud que queremos para los uruguayos” presentado como insumo para esa discusión en julio de 2004, así lo evidencian. Sin embargo, la primacía en la expresión de los intereses empresariales, sumada al hecho de que el inicio de la RSS también encontró al frente de este gremio referentes vinculados al PN³⁶, hacían probable que la agenda temática propuesta por los médicos incluyera reparos ante el proceso reformista que se iniciaba. Las discrepancias presentadas estaban principalmente asociadas al nuevo modelo de financiamiento, el aumento de los poderes estatales en su faz reguladora y la excesiva velocidad con la que, a su juicio, se implementan los cambios. Esta coincidencia en abstracto con la RSS y los reparos con su puesta en práctica, puede seguirse a través

³³ Alfredo Toledo estuvo al frente del SMU entre 2007 y 2009. Es militante de Alianza Nacional (Partido Nacional). Su alto perfil mediático y el tono de sus planteos lo llevaron a polemizar incluso con compañeros de su propia agrupación. Julio Trotchansky (Fosalba), durante la campaña que lo llevaría a ocupar la presidencia del SMU, sostenía: que “*la conducción de la UGM ha sido débil. En vez de tratar de construir, generó una oposición sistemática de la reforma sanitaria. Únicamente por el hecho de oponerse y en algunos casos por buscar un rédito personal político-partidario*” (La República, 27/5/2009). Toledo renunció meses antes de finalizar su mandato para apoyar la carrera presidencial de Jorge Larrañaga. Sus aspiraciones políticas personales estaban relacionadas al cargo de ministro de Salud Pública o la candidatura a intendente de Montevideo (La República, 7/2/2009).

³⁴ Ver: *La República*, 6/6/2007 y 27/5/2009 y también, entrevista de Radio El Espectador, 24/10/2008 (disponible: www.espectador.com/1v4_contenido.php?m=&id=135211&ipag=0).

³⁵ El SMU compartió por largo tiempo ese carácter dual, ya que desde 1934 operó un centro asistencial: el CASMU. La endémica crisis económico-financiera de la que fuera durante muchos años la principal empresa privada de servicios de salud del país, hizo que el gobierno del FA pusiera como una de las condiciones para el acceso a soluciones financieras, la separación del SMU y del CASMU. Dicha medida fue aprobada en la asamblea del SMU del 5 de marzo de 2009.

³⁶ Edgardo Mier es el presidente de la FEMI desde 2007. Es militante de AN-PN, sector que lo presentó como candidato a Intendente de Treinta y Tres en mayo de 2010.

de las expresiones públicas de su principal vocero. En oportunidad de la discusión parlamentaria de la ley de creación del SNIS, calificó el proyecto como “estatista” e “intervencionista” ya que otorga “superpoderes” a la JUNASA, y *“faculta en particular al Presidente de dicha Junta prácticamente plenipotenciario a entrometerse muchísimo en la historia y la tradición de nuestras instituciones y del subsector privado”*.³⁷

La SAQ (1992) es también una organización de segundo grado que agrupa un conjunto de sociedades científicas definidas por especialidad³⁸ y su origen está asociado a un largo conflicto por las modalidades y los montos de sus remuneraciones (el pago por “acto médico” en el sector privado de Montevideo fue su logro inicial). Siendo una asociación numéricamente menor, se ha constituido como un grupo con capacidad de incidir en la agenda sectorial, entre otros factores, por el rol que ocupan en el proceso sanitario o su posición en la academia y la dinámica de formación de los recursos humanos de sus respectivas especialidades. Sus destakes públicos (paros, amenaza de renuncia a sus cargos o de huelga, dejar llamados desiertos) estuvieron asociados a su lógica de acción tradicional: conflictos por cuestiones salariales y modalidades de contratación (particularmente en el sector público) y también, por su oposición a la inclusión de las Cajas de Auxilio médicas al FONASA (reclamo compartido por los tres gremios médicos). El hecho que sintetiza esta larga cadena de diferendos es la aprobación en diciembre de 2010 (con los votos del FA y de la mayoría de la oposición) de la ley 18.711, cuyo primer artículo declara en *“estado de emergencia sanitaria la asistencia anestésico-quirúrgica de la población usuaria de los servicios de salud del sector público”*. La norma habilitó al MSP a convocar a los profesionales para que dediquen al trabajo en el sector público, parte de su tiempo (hasta 20%) contratado por el sector privado. La aprobación de la ley y los hechos que la precedieron provocaron un cambio en el procesamiento del conflicto por parte de los profesionales, moderando sus exposiciones públicas.

5.3. Los usuarios de los servicios de salud

Los usuarios del sistema de salud son el colectivo potencialmente más numeroso involucrado en el sector salud (lo integran todos los habitantes del país). Con diferentes modalidades, su participación organizada en el sistema sanitario se da desde hace más de 150 años, con las primeras prácticas del mutualismo. Sin embargo, las oportunidades creadas con el SNIS no encontraron organizaciones

³⁷ Cámara de Representantes. Comisión de Hacienda integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social. 31 de octubre de 2007. Ver también: *La República*, 7/6/2007).

³⁸ Son anesthesiólogos, cirujanos, traumatólogos, oftalmólogos, urólogos, ginecólogos y otorrinolaringólogos.

consolidadas como las que se requería desde la RSS³⁹. En los hechos, al momento en que el PE pretendió incorporar al Consejo Consultivo de 2005 a sus representantes, esas organizaciones estaban en una etapa embrionaria, recorriendo un proceso complejo de definiciones internas en cuanto al tipo de organización y estructura, características jurídicas, estrategia de acumulación del movimiento, liderazgos, etc. El surgimiento de los movimientos de usuarios de servicios de salud está asociado a la llegada del FA a la Intendencia capitalina en 1990 y a su posterior impulso desde el gobierno nacional.⁴⁰ Las diferencias que surgieron durante su conformación derivaron en que, en ese momento, hubiese al menos dos organizaciones: el Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada (MNUSPP) y el Espacio Participativo del Movimiento de Usuarios de Salud, por lo que al Consultivo fue convocado un representante de cada uno. Los objetivos principales de sus organizaciones son coincidentes: decidido apoyo a la RSS, promoción y difusión de derechos, necesidad de fortalecer sus organizaciones para los diversos niveles del SNIS, reclamando y sirviéndose de las herramientas de formación y financiamiento que provee el Estado para ello. La Asociación de Usuarios del Sistema de Salud (ADUSS), creada en 1994, no comparte esta visión y defiende un rol más limitado de los usuarios, individual y centrado en recoger denuncias, buscando mediar y buscar las soluciones con los responsables de los servicios y, eventualmente, con la autoridad sanitaria. Esta organización no fue convocada a las instancias consultivas de la RSS y tampoco tiene representantes en los nuevos espacios de gobierno del sistema.⁴¹

5.4. Las empresas prestadoras de servicios sanitarios

Los prestadores de servicios de salud pueden agruparse en: (i) el sector “privado social” compuesto por las 39 Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Se trata de las Mutualistas y las Cooperativas Médicas (que se transformarán en Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales – IAMPP). (ii) Los Seguros Privados Integrales, que son 7 empresas con fines de lucro.

³⁹ En el país existen un sinnúmero de organizaciones, pero en general, asociadas a alguna patología específica, a un servicio de salud concreto. Recién en marzo de 2005, desde el Concejo Vecinal del CCZ 17 se propuso *"la creación de un movimiento nacional de usuarios de los servicios de salud. En cada zona montevideana, en cada departamento del Interior, en pueblos y ciudades, hay una gran trama de organizaciones, en cada rincón del país hay personas que se preocupan por la salud, que reclaman y que colaboran, que denuncian y que apoyan (...) los convocamos para formar instancias locales que emprendan una acción conjunta en la realidad que conocen"* (La República, 10/3/2005).

⁴⁰ El informe de trabajo de la primera etapa del Consejo Consultivo establece que la comisión que trabajó el tema modelo de gestión *"profundizó en la línea de lo propuesto por el MSP en cuanto a la participación de trabajadores y usuarios a nivel de empresas y sistema, e impulsando movimientos de usuarios y de la comunidad a través de Asambleas Representativas de cada zona"* (el subrayado corresponde al autor de este trabajo).

⁴¹ Para una descripción panorámica de las experiencias de participación de usuarios, así como para ahondar en las características y objetivos de estas organizaciones, ver: Clavell, E. y Rodríguez Araújo, M. (2010).

(iii) ASSE⁴², como único prestador público integral que recibe financiamiento directo del SNS. (iv) Sanidad Militar y Sanidad Policial, como opciones integrales para estos trabajadores públicos y sus familiares. (v) Los demás servicios parciales públicos o privados. En este último grupo se encuentran las policlínicas municipales, las emergencias móviles, los laboratorios, etc. Casi nueve de cada diez personas se asisten en ASSE o en alguna IAMC, y la tendencia que se da desde la creación del SNS, es el aumento sostenido de las IAMC y la disminución de la población asistida por ASSE (MSP, 2010b: 20-21). De un número cercano a 1.5 millones de usuarios en 2007, las IAMC han aumentado sus usuarios hasta una cifra cercana a los dos millones (MSP, 2011a). Las otras modalidades de prestación se mantienen más o menos estables, salvo ASSE que es desde donde emigran los usuarios. La organización que nuclea mayor número de empresas es la FEMI, con 23 miembros. La otra cámara del interior es la Federación de Cooperativas Médicas del Interior (FECOMI) con 5 prestadores en igual número de departamentos. En Montevideo, las 11 IAMC que existen tienen una movilidad moderada entre sus agrupaciones, que son: (1) la Unión de la Mutualidad del Uruguay (UMU) que agrupa a 3 de las empresas definidas como “mutualistas”; (2) El Plenario Mutual (PLEMU) que nuclea otras tres; (3) la recientemente creada Cámara de Instituciones y Empresas de Salud (CIES), conformada por 4 empresas.⁴³ Por otro lado, el prestador privado con mayor número de afiliados no integra ninguna organización. Los seguros privados integrales se organizan en la Cámara de Seguros Privados. Todas estas cámaras empresariales han participado de las diversas instancias convocadas por el gobierno, en general, manifestando su apoyo global a la RSS aunque con discrepancias y reclamos variados. Sus planteos están centrados en los temas de gestión y el nuevo relacionamiento con la autoridad sectorial, los requerimientos de información que ésta hace y, fundamentalmente, sobre los efectos negativos que tendría el nuevo modelo de financiamiento (con sostenidos reclamos sobre los montos e instrumentos de financiamiento del sistema como las cápitas, las Metas Prestacionales o la posibilidad de generar cuotas específicamente destinadas a inversión).

6. INNOVACION DEMOCRÁTICA EN EL SNIS

En esta sección se describen los espacios habilitantes de la participación social que generó la RSS, reparando en su ubicación en el sistema, integración y funciones. Como sintetiza la Tabla 1, no son todos iguales. La opción por presentar primero al CC tiene que ver con su naturaleza: es el ámbito donde mejor se expresa el estilo de gestión del gobierno sectorial. El resto de las innovaciones

⁴² La población asistida en el Hospital Universitario Dr. Manuel Quintela (“de Clínicas”) suele contarse junto a la de ASSE. La dinámica actual de relacionamiento entre ambas instituciones y los convenios firmados entre ellas, así lo justifican.

⁴³ El Anexo III presenta información que da una idea del peso relativo de cada institución y de cada cámara empresarial.

democráticas se presenta en orden “jerárquico”, es decir, de mayor a menor incidencia de los actores sociales en la regulación del sistema y en la gestión de sus prestadores. Los motivos que justifican un mayor detalle en el tratamiento de algunos de estos espacios son diferentes. Por un lado, la necesidad de jerarquizar la situación que se da en ASSE tiene que ver con la concreción plena de las aspiraciones programáticas del FA y el debate generado por su funcionamiento. Por otro lado, la JUNASA y los CCA son los ámbitos donde mejor se puede identificar la influencia de los actores sociales inicialmente excluidos, por lo que se prestará atención a ese proceso.

6.1. Consejo Consultivo para la Implementación del SNIS: espacio de definiciones

Este fue el espacio elegido por las autoridades sectoriales para inaugurar la discusión formal sobre el proceso reformista a iniciarse. El 11 de abril de 2005, la ministra Muñoz realiza la convocatoria del Consejo Consultivo para la Implementación del SNIS (CC) a través del Decreto 133/005. Allí se expresa que el gobierno entiende como algo “*esencial que los trabajos [hacia una Ley de Reforma de la Salud] cuenten desde el comienzo con una instancia amplia de consulta e intercambio*”. La premisa era que “*el diálogo, la consulta y el vínculo permanente con la sociedad civil y en especial con las organizaciones sociales y actores específicos del Sector Salud (Pública y Privada), constituyen los instrumentos válidos para llevar a cabo cambios tan trascendentes*”. Otras expresiones de esa norma abundan en la idea de que “*la participación activa en dichos procesos del conjunto de los actores e Instituciones involucrados es un componente esencial de los mismos*”. La convocatoria de este ámbito podría ser realizada por el MSP o a requerimiento de cualquiera de sus miembros.

Se estableció una heterogénea participación de actores vinculados al sector salud. Las organizaciones con representación diferencial eran el MSP, quien presentaba un delegado que tenía la responsabilidad de presidirlo y, las IAMC de Montevideo que contaban con dos representantes. Luego, con un representante estaban convocadas las IAMC del interior, las organizaciones de trabajadores de la salud privada, del MSP (ASSE), del resto de las Instituciones Públicas de Salud, de los médicos de Montevideo y del interior, la Asociación Odontológica Uruguay, la Federación Odontológica Uruguay del Interior, las organizaciones profesionales de psicólogos, de la UdelaR (Área Salud) y, del Congreso de Intendentes. El dato contrastante es la indefinición respecto a la delegación de los usuarios para la ocasión ya que, si bien se establece la presencia de sus organizaciones representativas, el decreto hace la salvedad de que su “*modalidad de integración se reglamentará posteriormente*”. Esto generó que en la sesión inaugural del CC varios representantes de otras organizaciones hicieran mención a la ausencia de los usuarios y a la dificultad que les significaba a sus organizaciones elegir representantes legítimos a nivel nacional. El informe que presentó los avances de la primera etapa del

CC, hacía notar que durante esos primeros meses “*no se pudo contar con la presencia organizada de los usuarios del sistema de salud*” (MSP, 2005).

El CC fue amplio por su integración, pero más lo fue por sus cometidos: “*asesorar en todos aquellos temas propuestos por el Ministerio de Salud Pública o cualquiera de sus miembros*”. Esto da cuenta de la gran variedad de temas que se podían afrontar simultáneamente. En los hechos, durante sus dos primeros años de funcionamiento, se instalaron varias mesas temáticas en las que se discutieron las propuestas del gobierno y se recogieron los aportes de los participantes sobre: complementación asistencial, características del seguro de salud, cambio del modelo de atención, emergencias móviles, participación social, estatuto del trabajador de la salud, tecnologías, situación de los seguros privados, recursos humanos del sistema y medicamentos. Si bien la naturaleza “consultiva” de este espacio da la idea de que no tendría efectos vinculantes, el peso de los diferentes actores y el carácter público de los debates, permiten ver cómo pudieron influir en los resultados plasmados normativamente. El propio objeto de este trabajo, las experiencias caracterizadas como innovaciones democráticas, terminaron de moldearse en los debates que se dieron en el CC.

El seguimiento del proceso político de la RSS permite identificar cómo desde la autoridad sanitaria se siguió una lógica de búsqueda de acuerdos y de intento de articulación de los distintos factores que presentaban las posiciones en pugna. Incluso luego de sancionados los pilares legales del SNIS se continuó convocando estos CC, en una dinámica algo diferente, más orientada a comunicar de primera mano los lineamientos a seguir en diferentes temas y dando un espacio para intercambio de posiciones al respecto. La lógica de funcionamiento original fue retomada al inicio de la presente administración (2010–2015), que presentó sus planes generales para el quinquenio en un CC. En ese contexto, el ministro Olesker comunicó que entre las prioridades de la nueva administración figura la promoción y profundización de la participación social en el proceso de RSS, comprometiendo la reglamentación de los espacios previstos por la ley y que aún no estaban instrumentados. En ese sentido, a finales de 2010 el PE convocó al CC, presentó un documento con propuestas sobre la integración y competencias de los espacios con participación social pendientes de conformación y también, sobre la mecánica de selección de los representantes sociales a los diferentes ámbitos. La mesa temática conformada desde el CC, en la que participaron representantes del PE, las empresas prestadoras de salud, la División Salud de la Intendencia de Montevideo, trabajadores públicos y privados y usuarios de los servicios; dio como resultado la creación de los Consejos Asesores Honorarios Departamentales (Decreto 237/011).

6.2. La JUNASA: actores sociales en el órgano de gobierno del nuevo SNIS

Si se rastrea el origen de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) en los documentos programáticos del FA, se encontrará que la institución creada es la síntesis de dos estructuras de gobierno que se planificaron de forma diferenciada: la JUNASA como responsable de la dirección general del sistema y, la Superintendencia de Salud, como encargada de la administración del Seguro Nacional de Salud (SNS). Se preveía que fueran órganos con importante autonomía: servicio descentralizado y persona pública no estatal, respectivamente. La integración de la JUNASA también se preveía diferente, ya que estaría conformada por el Ministro de Salud Pública (que la presidiría), el Superintendente de Salud, el Director General de Salud y dos representantes sociales: uno electo por los usuarios y otro electo por los trabajadores. Adicionalmente, esa JUNASA contaría con el apoyo de una Comisión Consultiva integrada por un representante del mutualismo, uno del cooperativismo médico, un profesional del área de la odontología y otro que represente a la Universidad de la República.

Los actores excluidos hicieron sus planteos, tratando de obtener un espacio. Así, por ejemplo, un documento de UMU sobre el nuevo SNS planteaba la necesidad de incluir representantes de “los prestadores privados” en su órgano de administración.⁴⁴ En un mismo sentido, expresiones vertidas en la prensa por el vocero del PLEMU mientras se discutía en el PL la ley grande, calificaban como “anómala” la exclusión de las empresas y los médicos, identificando “lo más grave” en los poderes de su presidente “casi de dictador” (*La República*, 16/7/2007). Esta posición se comprende mejor al analizar las expectativas iniciales con que las empresas de salud visualizaban al nuevo regulador del sistema, que debería ser “*un órgano independiente del poder político, y que su integración debería ser eminentemente profesional, aunque no exclusivamente médica, mientras que los trabajadores no técnicos y los usuarios no deberían integrar el organismo, aunque podrían actuar en una función de fiscalización*” (Grau Pérez et al., 2009: 22).

Finalmente, la ley 18.211 (5/12/2007) crea la JUNASA con los cometidos centrales de la administración del SNS y la observancia de los principios rectores y objetivos del SNIS. La naturaleza jurídica del organismo resultante varió respecto a las aspiraciones programáticas planteadas por la fuerza de gobierno: la JUNASA es un organismo desconcentrado dependiente del MSP, integrada de forma honoraria por miembros designados por el PE. Su directorio es de siete miembros, cuatro representantes del PE (dos por el MSP, uno del MEF y otro del BPS) y tres sociales: uno de los usuarios de los servicios de salud, uno de los trabajadores de la salud y uno de los prestadores

⁴⁴ Documento presentado el 25/5/2005 para la mesa temática del CC que discutía sobre el Seguro de Salud.

integrales de salud.⁴⁵

La ley dejó para la reglamentación posterior cuáles serían los “*mecanismos de selección democrática*” de los representantes sociales (art. 26). La primera vez se designarían representantes de prestadores y trabajadores “*propuestos por sus organizaciones representativas*”, no explicitando cómo se elegiría al primer usuario. El criterio utilizado por el PE para la primera designación fue que la organización más representativa de los trabajadores es el PIT-CNT, y por lo tanto, le correspondía efectuar la nominación.⁴⁶ Para el caso de las empresas, se tomó en consideración la masa de afiliados que tenían las instituciones que debían presentar propuestas de forma conjunta. Para los usuarios, las dos organizaciones incipientes se distribuyeron la representación: la titularidad de correspondió al MNUSPP y el lugar de alterno al Espacio Participativo.

6.2.1. Consejo Asesor Honorario Departamental (CAHD): de lo nacional a lo local

El diseño institucional previsto en la Ley 18.211 se completa con la creación de organismos de nivel departamental y local que dependerán de la JUNASA (los CAHD). Los mismos cumplirían “*funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones, pero sus informes y propuestas no tendrán carácter vinculante*” (art. 27). Entre las funciones de los CAHD destacan la de apoyar la instalación de espacios similares en las localidades que así lo justifiquen y “especialmente” la promoción de Asambleas Locales de Salud (literal i). Estos instrumentos se muestran como aproximaciones a los planteos del Plan de Gobierno en Salud del FA, vinculados a la conformación de “Plenarios Zonales” como eslabones de los “Sistemas Locales de Salud”.

Como se vio, el decreto que reglamenta la conformación de estos espacios (237/011) es en buena medida, producto de los intercambios generados en una mesa temática específica del CC. Esta especie de junta de salud departamental es presidida por el Director Departamental de Salud del MSP y tiene una integración más amplia que la propia JUNASA ya que si bien están integrados los representantes de trabajadores, usuarios y prestadores, se hace explícita la división entre los subsectores público y privado. Adicionalmente, se incorporan actores institucionales antes no contemplados, como las Intendencias Departamentales. Su innovación principal en términos de organizaciones sociales es la participación de los médicos. Si bien la posición de los gremios médicos, aunque con matices, es que deben estar en los

⁴⁵ La ley que creó el FONASA (18.131) ya facultaba al PE a conformar una Comisión de Seguimiento que fue creada por el decreto 276/007. Allí se comenzó a esbozar un cambio en la orientación del gobierno respecto a los participantes en ese ámbito, ya que estaba integrada por cuatro miembros: del PE eran el MSP, MEF, BPS y ASSE y, de las organizaciones sociales eran tres: uno por el PIT-CNT, otro por los pasivos y, también, uno por las IAMC.

⁴⁶ Aunque sin acuerdos, hubo reuniones entre el PIT-CNT y las agremiaciones de médicos para buscar una designación común (ver: *La República* 16/5/2008, *El País* 23/5/2008). Las posiciones divergentes durante el proceso de discusión global de la reforma bloquearon la posibilidad de lograr acuerdos. El Secretario de la FUS, Jorge Bermúdez, sostenía que “*El SMU debe ser consecuente con su posicionamiento. En todo este proceso no ha acompañado a la reforma de la salud, y nosotros estamos desde el comienzo*”, reforzando esa postura en su concepción del gremio médico: “*es mucho más parecido a una corporación empresarial que a un sector de carácter gremial*” (*El País*, 23/5/2008).

órganos centrales del SNIS, esto puede ser visto como un acercamiento del PE a un actor colectivo con el que ha tenido un vínculo fluctuante.

6.3. Directorio de ASSE: usuarios y trabajadores dirigiendo al principal prestador

ASSE fue creada como organismo desconcentrado dependiente del MSP a través de la ley 15.903 (1987). En la primera administración del FA se produce el cambio de la relación entre el MSP y ASSE ya que la ley 18.161 le da a esta última el rango de servicio descentralizado. De esta forma, se separan funcionalmente el rector del sistema sanitario (MSP) del principal prestador de servicios públicos de salud (ASSE). Los cometidos del nuevo organismo son los de desarrollar los derechos sanitarios de sus usuarios, organizar y gestionar los servicios destinados al cuidado de la salud, procurar la eficiencia y eficacia mediante la coordinación con otros efectores públicos de servicios de salud y entre niveles de atención, formar parte y contribuir a la implementación del SNIS, entre otros.

En el nuevo Directorio⁴⁷ “dos de los cinco miembros (...) [deben ser] *representativos de los usuarios y de los trabajadores de ASSE*” (art. 2). Por lo tanto, la nueva estructura queda conformada por tres representantes del PE: Presidente, Vicepresidente y Vocal, y dos integrantes “sociales”. Si bien la ley establecía que “*durante los tres primeros años de su funcionamiento, ASSE podrá ser dirigida y administrada por los otros tres miembros del Directorio*”, las primeras designaciones de los representantes sociales fueron realizadas en el mes de setiembre de 2008.⁴⁸ La integración y competencias del Directorio reflejan las aspiraciones que el FA había fijado en sus discusiones programáticas respecto a la participación social y al rol que ésta desempeñaría en la dirección de las empresas prestadoras de servicios de salud. Mientras se definía esta integración y desde entonces, diferentes actores partidarios (incluso del FA) y gremiales han efectuado críticas al desempeño de los actores sociales al frente de ASSE. En ese sentido, ha habido propuestas de suprimir la representación social, ampliar los lugares del PE para minimizar los impactos de aquella y también, de incluir nuevos actores sociales (los médicos)⁴⁹.

⁴⁷ Todos los miembros serán designados de acuerdo a lo establecido para los servicios descentralizados, según el artículo 187 de la Constitución, es decir, a propuesta del PE y con venia del Senado.

⁴⁸Resoluciones del PE 726/008 y 727/008. Se integraron un delegado de la FFSP y uno del Espacio Participativo de Usuarios de la Salud. La salvedad de tres años para funcionar sin el Directorio completo se hizo por la carencia de procedimientos concretos para la selección de los representantes sociales. La ley fijó un plazo de 180 días para que el PE reglamente la forma en que los usuarios y trabajadores propondrían los nombres de sus representantes. A la fecha, no se ha concretado la reglamentación sobre el punto aunque actualmente, se estudia la posibilidad de que la Corte Electoral organice las elecciones (ver: *la diaria*, 19/10/2011).

⁴⁹ Para conocer una propuesta de: a) eliminación de la representación social, ver *Búsqueda*, 7/7/2011; b) fortalecimiento del PE por peso del voto de sus miembros o el aumento de los representantes, ver *Últimas Noticias*, 6/7/2011. Se debe tener presente que en la administración Mujica, a diferencia de la de Vázquez, se otorgó el cargo de Vocal a la oposición (Alejandro Draper, del PN).

En línea con este último planteo, los gremios médicos han mostrado de forma sistemática su disconformidad con la ausencia de un representante propio tanto en el Directorio de ASSE como en la JUNASA. Desde su perspectiva, las designaciones iniciales dan cuenta de la “insólita paradoja” de hacer una reforma “en la que no se consulta a los médicos” (SAQ, en: *El País*, 17/7/2008), como si se pudiera planificar la dirección de una orquesta sin dar participación a “los músicos” (SAQ).⁵⁰ La FEMI también alertaba sobre este “absurdo”, ya que “más importante que la integración numérica es la integración calificada”.⁵¹ Aunque con matices vinculados a sus cambios internos, también los voceros del SMU han planteado que “*los únicos que han sido excluidos de los organismos de participación y decisión han sido los médicos*” (*El País*, 20/6/2011).⁵²

Los representantes de sus usuarios y trabajadores están ubicados como gestores con capacidad potencial de definir y controlar los procesos y los resultados de las políticas de la organización. Por su envergadura y alcance (es el mayor prestador sanitario del país)⁵³, las acciones de ASSE tienen impacto no sólo en los resultados que afectan directamente a sus usuarios, sino en otras estructuras del SNIS. Entre sus cometidos figuran algunos de los se fija la propia RSS y de avanzar en ese sentido, ASSE podría marcar el rumbo y los tiempos de la reforma en general y del cambio de modelo de atención en particular. Los cambios positivos en su gestión y calidad de atención, posiblemente marquen el sentido de la acción de todo el sistema (en las políticas propias de los prestadores privados y en los vínculos que se establecen entre los privados y el Estado), transformándose en un potente instrumento estatal de transformación del sistema “por la vía de los hechos”.

El entramado institucional diseñado en la ley que descentralizó ASSE prevé completarse con la creación de espacios que garantizarán la participación de usuarios y trabajadores a nivel descentralizado. El artículo 10 habilita la creación de un Consejo Asesor Honorario a nivel nacional y de otros a nivel departamental o local, aún no implementados.⁵⁴ En caso de cumplirse con la reglamentación, tendrían funciones similares a las de los CCA que funcionan en la órbita de los prestadores privados y que se describen a continuación.

⁵⁰ Comisión de Hacienda integrada con la de Salud Pública y Asistencia Social. Versión taquigráfica del 31/10/2007.

⁵¹ Edgardo Mier, Presidente de FEMI, sobre la integración de la JUNASA (ídem).

⁵² Su actual presidente, Martín Rebella, sostiene al respecto: “*Estamos convencidos que el cuerpo médico tiene que tener una representación en los organismos de decisión de la salud. No es razonable que estén otros actores y no estén los médicos. En el Directorio de ASSE nosotros entendíamos que los representantes sociales no tenían que estar en la gestión sino como contralor. Si se rediscute el diseño, seguimos sosteniendo lo mismo, pero si las reglas de juego siguen siendo estas, vamos a seguir insistiendo con estar*” (*El Observador*, 21/6/2011). Ver también: *Últimas Noticias*, 20/6/2011.

⁵³ Posee multiplicidad de Unidades Ejecutoras en todos los departamentos. En el año 2006 contaba con 48 hospitales generales, 11 hospitales especializados y 170 policlínicas, entre otros servicios. En diciembre de 2008, tenía la responsabilidad de la atención de casi 1.2 millones de usuarios, cifra que representa el 36% de la población del Uruguay. En base a datos de: MSP, 2009: páginas 19 y 69.

⁵⁴ Esta situación ha motivado reclamos de las organizaciones de usuarios. (Diario Cambio, Salto. En: <http://www.diariocambio.com.uy/index.php?id=8808>).

6.4. Los Consejos Consultivos y Asesores (CCA): participación social en empresas privadas

La creación de espacios para la participación de los actores involucrados en la relación sanitaria, también abarca al sector privado. La legislación constitutiva del SNIS establece que para integrarlo, *“es preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de trabajadores y usuarios”* (Ley 18.211, art. 12). Así, explicitando los beneficios para la gestión de los prestadores, el decreto que reglamenta estos espacios (269/008) enfatiza que los usuarios y trabajadores *“tienen un rol fundamental que cumplir en la consolidación del cambio en el modelo de atención, gestión y financiamiento que inspiran el SNIS”* (Considerando III). Las únicas empresas que no tienen la obligación de conformar estos espacios son las que ya aseguraban la participación de representantes usuarios y trabajadores en órganos con mayor injerencia en la política institucional (por ese motivo, las *“mutualistas”*⁵⁵ y la nueva ASSE están excluidas). Tampoco los seguros privados integrales deben conformar los CCA (Decreto 464/008), aunque sí están obligados a proporcionar a la organización de trabajadores de la empresa la misma información que reciben aquellos que sí cuentan con un CCA en su institución⁵⁶.

Estos CCA Están integrados por 6 miembros honorarios, con representación paritaria de la empresa, sus usuarios y sus trabajadores. Deben funcionar de forma autónoma respecto a los demás órganos de la entidad y al menos uno de los representantes empresariales debe ejercer una función de alta jerarquía en la institución. La empresa designa directamente a sus representantes, pero los usuarios y trabajadores deben ser elegidos por voto secreto. Sin embargo, con la intención de que fuera excepcional y durara sólo un año, el decreto permitía la integración de los representantes por designación de sus organizaciones respectivas. Todas las instituciones conformaron sus CCA (la JUNASA exigió la presentación de los nombres de los miembros para firmar los primeros Contratos de Gestión).

Una vez que la modalidad de elección esté resuelta, los mandatos serán de dos años y sus miembros podrán ser reelegidos sólo una vez. A fines del año 2009 el PE estableció la reglamentación de este proceso electoral (Decreto 601/009), fijando la fecha de elecciones para julio de 2010.⁵⁷ Sin embargo, en mayo de 2010 se estableció la postergación por un año de las mismas, *“a los efectos de lograr una*

⁵⁵ Se trata de entidades cuya propiedad formal es de los usuarios, quienes eligen periódicamente los integrantes de su dirección, con delegados propios en ese ámbito. Son la Asociación Española, el Círculo Católico de Obreros y Empleados del Uruguay y Casa de Galicia. El Hospital Evangélico preveía algún tipo de participación social en la dirección de la empresa, pero en condiciones diferentes (por esa razón tuvo que conformar su CCA).

⁵⁶ La salvedad establecida en la 50ª disposición del primer Contrato de Gestión, de que esto se haga *“siempre que no colida”* con la *“estructura particular de funcionamiento”* de estas empresas de salud (que tienen fines de lucro), desdibuja esta condicionante.

⁵⁷ Esta reglamentación también fue producto del trabajo combinado del PE (MSP, BPS), usuarios, trabajadores y empresas prestadoras, que conformaron una comisión en la órbita de la JUNASA (funcionó de octubre de 2008 a abril de 2009).

correcta difusión del acto eleccionario que permita la mayor participación posible de todos los involucrados” (Decreto 160/010). Esta situación se ha prolongado, razón por la que el MSP le dio continuidad a la mesa temática del CC que abordó la reglamentación de los CAHD.

Respecto a las competencias de estos organismos, sobresalen las de emitir opinión y formular propuestas sobre los instrumentos que hacen a la gestión del prestador, participar en el análisis y evaluación de los reclamos de los usuarios, evaluar el desarrollo en su IAMC de los Programas de Atención Integral a la Salud aprobados por el MSP, velar por la calidad de los servicios, apoyar campañas de promoción y prevención de la salud y contactar y coordinar acciones con las Oficinas de Atención al Usuario.⁵⁸ A su vez, las empresas tienen obligación de proveerle a los CCA la información para hacer esto posible (información financiera, estado patrimonial, caracterización de sus RRHH y afiliados, etc.). Si bien las propuestas que efectúen los CCA son no vinculantes para la empresa, éstas deberán atenderlas y darles respuesta y cuando esto no suceda, los CCA podrán elevar el caso a la JUNASA.

6.4.1. La acción de los involucrados y los CCA resultantes

El apartado anterior describe los CCA finalmente aprobados. Sin embargo, como ya fuera adelantado al inicio de esta sección, es necesario hacer notar que el de los CCA de los prestadores privados es otro caso en el que el proceso político fue determinante para el resultado final. El Programa en Salud del FA⁵⁹ adelantaba que *“se modificarán los estatutos de las empresas privadas que se integren al Sistema, efectivizando la participación en sus directorios, de los trabajadores y usuarios”*. Sin embargo, al momento de enviar el proyecto de “ley grande” al PL, ese extremo no estaba previsto y, en cambio, se planteaba como preceptivo que los prestadores *“cuenten con órganos de control social representativos de sus trabajadores y usuarios, que tendrán funciones consultivas, de asesoría, de fiscalización de la gestión y de orientación en las estrategias institucionales”*. El texto finalmente aprobado eliminó el detalle de las funciones que desempeñarían esos órganos y la propia noción de “control social” (art. 12).

A fines de 2007, el PE recurrió otra vez al CC para discutir su propuesta y los detalles de los nuevos CCA. Las cámaras empresariales de las IAMC, presentando posición por separado, mostraron una posición bastante homogénea, en general planteando sus reparos en torno a dos ejes. Por un lado, los funcionales, vinculados a la ineficiencia que generaría el involucramiento de actores no idóneos en el

⁵⁸ Las Oficinas de Atención al Usuario son espacios de consulta y reclamación individual que ya existían, pero que la primera administración del FA fortaleció generando un vínculo con una dependencia similar del MSP, que oficia como puerta de entrada a los planteos de los usuarios. Las empresas tienen obligación de comunicarle los reclamos que atienden.

⁵⁹ Aprobado en el Congreso “Héctor Rodríguez” en diciembre de 2003.

tratamiento de un temario demasiado ampliado, que deberían “*circunscribirse a aquellas áreas de interés*” de trabajadores y usuarios (FEMI). Por otro lado, los de tono jurídico, dadas sus “*dudas relacionadas con la constitucionalidad de imponer esta participación a empresas privadas*” (PLEMU), así como la necesidad de respetar el “*ejercicio de los derechos fundamentales de propiedad y libertad de empresa*” (UMU).⁶⁰

Como se puede ver en este apartado, los intercambios entre el gobierno y los actores afectados fueron cruciales en el ajuste de las resoluciones. El caso de los espacios que involucran representantes de organizaciones sociales es paradigmático, ya que sus alcances terminaron de discutirse en ámbitos con esa misma característica, como la JUNASA o el CC. La Tabla 1 sintetiza las características de todos los ámbitos creados.

Tabla 1: Síntesis de innovaciones democráticas en el SNIS					
INTERFAZ SOCIO-ESTATAL	ACTORES SOCIALES PRESENTES	TIPO DE INCIDENCIA SOCIAL (1)	ALCANCE	MODALIDAD DE PARTICIPACIÓN	NORMA DE CREACIÓN
CONSEJO CONSULTIVO SNIS	IAMC, trabajadores públicos y privados, médicos de Montevideo e interior, asociaciones odontológicas, psicólogos, delegado UdelaR-área salud (3), usuarios.	INFORMATIVA	Nacional	Colectiva/ representación	Decreto 133/005
JUNASA	Usuarios, Trabajadores, IAMC	VINCULANTE EJECUTIVA	Nacional	Colectiva/ representación	Ley 18.211
CAHD	Usuarios, Trabajadores Médicos y no Médicos, IAMC	INFORMATIVA	Departamental	Colectiva/ representación	Decreto 237/011
Asambleas Locales (2)	Amplia representación-no está taxativamente definido	INFORMATIVA	Departamental, local	Colectiva /representación ¿Participación individual?	Decreto 237/011
Directorio ASSE	Usuarios, Trabajadores	VINCULANTE EJECUTIVA	Nacional – por prestador	Colectiva/ representación	Ley 18.161
CCA	Usuarios, Trabajadores, IAMC	INFORMATIVA	Nacional – por prestador	Colectiva/ representación	Decreto 269/008

(1) Según la clasificación de los tipos de interfaces socioestatales de Gurza Lavalle e Isunza Vera (2010).

(2) En la reglamentación no se hace referencia a la participación de organizaciones o individuos, pero el formato de “asamblea local” no parece tener posibilidades de exclusión a la participación comunitaria e individual.

(3) La Universidad de la República es cogobernada por sus Estudiantes, Docentes y Egresados.

⁶⁰ Para conocer en detalle este proceso de discusión, ver: Rodríguez Araújo y Toledo Viera (2010).

7. APROXIMACIONES EXPLICATIVAS

Esta sección analizará diferentes dimensiones, algunas vinculadas a los elementos del contexto que pudieron haber favorecido la puesta en marcha de la RSS (y, con ella, de los espacios habilitantes de la participación social) y otras, que podrían haber tenido incidencia específica en el formato y los alcances de la red de espacios participativos descritos en la sección anterior. Entre las variables vinculadas al proceso global, figura la crisis en el sector, el acuerdo entre actores en torno a la necesidad de un cambio sectorial y el manejo articulado de las diferentes reformas del primer gobierno del FA. Complementariamente, hacia “adentro” de la reforma sanitaria y sus innovaciones democráticas, parece incidir la ideología del FA como partido democrático de izquierda y también, la motivación de consolidar y ampliar una coalición socio-política que oficie de sostén del rumbo reformista planteado. Un elemento que corta transversalmente a estas dos “fases” analíticas es el estilo flexible con que las autoridades sanitarias habrían liderado el proceso reformista.

7.1. La “crisis estructural” y el acuerdo social para la reforma

Como fue dicho en la sección 4, los problemas del sector se agudizaron a partir de la crisis del cambio de siglo, con el resultado del cierre de prestadores privados de salud, pérdida de puestos de trabajo en el sector, congelamiento o disminución de sus niveles salariales, caída de la calidad asistencial general y aumento de las inequidades entre los subsectores público y privado (con gran aumento de la población atendida en el primero de ellos). Como señalan Grindle y Thomas (1991), estos contextos son catalizadores de los procesos de reforma y también, ambientan las posibilidades para la puesta en marcha de propuestas más radicales. Consecuentemente, los principales actores del sector salud coincidían en la necesidad de una reforma y las proposiciones cada vez más confluyentes, encontraron expresión en el programa de gobierno del FA. Analizando los documentos de la época elaborados por los trabajadores organizados, los médicos (y también algunas empresas del sector, ya que se debe recordar que FEMI es una organización dual y también lo era en el momento el SMU), se encuentran los mismos ejes del programa en salud que aprobara el FA en su Congreso Extraordinario “Héctor Rodríguez” del año 2003.⁶¹

⁶¹ Ver, por ejemplo: Documento Final del 7° Congreso del PIT-CNT (2001), Documento Hacia el 1er. Encuentro de Trabajadores de la Salud (Comisión de Salud PIT-CNT, 2004), Declaración Final Encuentro Solís II (SMU, 2002), Declaración Final de la VIII Convención Médica Nacional (FEMI-SMU, 2004), Documento “La salud que queremos para los uruguayos” (FEMI, 2004). La VII Convención Médica de 1984 y también la CONAPRO, ya identificaban la necesidad de crear un Sistema Nacional de Salud, consagrando legalmente la salud como un derecho (ver: www.convencionmedica.org.uy).

De manera complementaria, se debe tener presente que las bases sociales organizadas del FA están en buena medida en el PIT-CNT y, de manera similar, era la corriente afín al FA la que tradicionalmente estaba al frente del SMU. De hecho, muchos de los cuadros gobernantes del sector salud en las dos administraciones del FA, tienen militancia previa en esas organizaciones sociales. Por lo tanto, la apertura a la representación de los trabajadores en los nuevos ámbitos del SNIS, sería la extensión de un vínculo sólido de larga data, que vertebraba la coalición reformista en salud. El carácter dual (gremio y cámara empresarial) de las organizaciones de trabajadores médicos y la no siempre clara posición respecto a la RSS, pudo haber influido en la postergación de su incorporación formal a estos ámbitos.⁶²

Complementariamente, desde sus diversos espacios de actuación (Gobierno Departamental de Montevideo, MSP, RAP-ASSE) el gobierno del FA promovió la organización y consolidación de un movimiento de usuarios que tuviera una visión general de los asuntos sanitarios y con alcance nacional. De esta forma, se pretendió fortalecer un actor que superara la lógica individual de los reclamos ante los prestadores, así como la de “asociación por enfermedad” o comisiones de apoyo a un centro de salud específico. Esta situación, sumado a su inclusión formal en los espacios de control y decisión del sistema, podría representar un intento de ensanchar la base social de la coalición que sostenga y profundice la reforma, “asegurando” los avances alcanzados (Pierson, 1993).

7.2. La ampliación del espacio político en un contexto de múltiples reformas

El hecho de que el foco de este trabajo esté puesto en el componente “político” de la reforma sanitaria, no debe transmitir la idea de que la construcción de innovaciones democráticas ocupó el centro de la escena reformista. Lejos de eso, fueron otras las principales pujas distributivas generadas por la RSS. En particular, se debe tener en cuenta la simultaneidad con otros procesos de reforma trascendentes y que por momentos, ni siquiera la propia RSS fue prioritaria. Los ejemplos son varios: la creación del Ministerio de Desarrollo Social y la puesta en marcha del Plan de Atención a la Emergencia Social (PANES), la Reforma Laboral (reinstalación de los Consejos de Salarios y sanción de nuevas leyes laborales), la Reforma Tributaria (con la creación del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas) y

⁶² Posiblemente, los vaivenes que tuvo la correlación de fuerzas internas de las organizaciones de médicos, así como los perfiles de los referentes de sus organizaciones y la alta visibilidad de los conflictos planteados, pudieron haber marcado la relación con el gobierno del FA en la etapa de diseño e instalación de los pilares de la RSS. Esto podría haber influido en la forma en que se resolvió la composición final de los espacios en los que tienen representación los trabajadores de la salud, ya que tanto el SMU como “algunos sectores expresados en la FEMI” formaban parte del bloque social que el FA preveía como apoyo a la reforma (Plan de Gobierno en Salud-Unidad Temática de Salud del FA-EP). La situación planteada parece estar mostrando algunos indicios de cambio durante la segunda administración del FA. Un indicador podría ser la inclusión explícita de representantes médicos en los CAHD recientemente creados.

también, los cambios en el sistema educativo (Debate Educativo y Ley de Educación) y la propuesta de “Reforma Democrática del Estado”.

Esto forjó una agenda con múltiples frentes abiertos, tanto para los partidos de la oposición como para los propios sectores del FA. En ese marco, se generó espacio para que luego de una fase de estancamiento de la propuesta de RSS, el gobierno pudiera avanzar y ocuparse de las definiciones pendientes en un ambiente sectorial con lapsos de menor exposición pública, ya que por momentos, las otras reformas centraron fuertemente la atención de los partidos opositores. Por otra parte, en el manejo de esa agenda, la RSS avanzó con momentos de diálogo con otras reformas y, también, de disputa por la prioridad de su tratamiento. Estas dos fases se recorrieron principalmente con la Reforma Tributaria.⁶³

Dentro de la RSS, los actores con potencial de veto (como las empresas) centraron su accionar en los elementos vinculados a las modalidades de financiamiento y los instrumentos con los que el Estado potenciaría sus potestades de orientación y control en el sistema. En cuanto a los espacios para la participación social, sólo hubo reacciones contrarias a la propuesta del gobierno cuando algunos actores se sintieron excluidos de alguno de los espacios decisorios o consideraron que las potestades de los trabajadores y usuarios podrían llegar a ser “excesivas”. Así fue que las IAMC se movilizaron para formar parte como miembros plenos de la JUNASA o aumentar su representación en el CC, o también, cuando se plantearon límites a la participación social en el nivel de sus empresas. Algo similar sucedió con las organizaciones de médicos, que como se vio en este trabajo, de manera sistemática han hecho notar su exclusión de los ámbitos decisorios más importantes, como la JUNASA o el Directorio de ASSE. Por lo tanto, respecto al tema de este trabajo, podría inferirse que las múltiples reformas procesadas en conjunto pudieron haber aumentado las chances de éxito de la RSS y en su interior, el segundo plano en que se desarrolló el tratamiento de las interfaces socioestatales, detrás de los temas económicos y de control estatal, pudo haber favorecido su grado de desarrollo.

7.3. Un programa gestionado con “estilo flexible”

Las propuestas de reforma sanitarias de alcance sistémico requieren de consensos amplios sobre sus

⁶³ Un ejemplo de la convivencia con esta reforma, es que al inicio de la administración Vázquez se había decidido la creación de una comisión conjunta del MSP y el MEF para analizar las formas en que convergerían los aspectos de aportación del SNS y el IRPF. Por esos días se valoraba la posibilidad de aportar al SNS a través de una alícuota del IRPF. Finalmente, prevaleció para la primera etapa la opción por la seguridad social y la administración de recaudación y pagos en manos del BPS. Los efectos combinados de estas dos reformas fueron, además de su inspiración en “sistemas colectivistas totalitarios”, algunos de los motivos por los que la oposición política no acompañó el proyecto de la RSS (ver, por ejemplo: *El País*, 3/10/2007).

criterios generales (Londoño y Frenk, 1997). Eso no había sido posible en el sector salud, a pesar de los problemas estructurales detectados y de la existencia de múltiples propuestas previas. Un factor que puede haber sido determinante para que ello pasara en esta oportunidad es el “estilo flexible” con que el gobierno sectorial condujo el proceso de reformas. Todas las características de esa modalidad de gestión (del Pino y Colino, 2006) parecen formar parte del repertorio del que se valió (y se vale) la izquierda para el procesamiento de la RSS. Además de las consultas y acuerdos previos al acceso al gobierno, entre las primeras medidas se cuenta la convocatoria a un amplio espacio de concertación (el CC)⁶⁴, que permitiera formalizar los intercambios y publicitar los puntos de vista de los involucrados. Así, se podría identificar una modalidad de gestión sectorial de la reforma que combina: a) multiplicidad de frentes abiertos, con núcleos no negociables y otros que admiten ajustes, b) según el tema, distribución de costos y beneficios entre los actores, c) postergación de conflictos con potencial bloqueador o de veto y, d) combinación de recursos técnicos, políticos y económicos. Como quedó de manifiesto en la sección 6, la propia red de espacios que involucran representantes sociales en la RSS podría ser un ejemplo de este estilo de gestión: terminó de tomar forma en ámbitos participativos y, a su vez, mientras se amplía se rediscute (como sucede en la actualidad con los CCA, en una comisión del CC).

7.4. La visión de la democracia y la participación en el FA

La visión de la democracia y del rol de los ciudadanos y las organizaciones sociales en ella, está explicitada por el FA desde sus primeros documentos. En la propuesta de “30 Primeras Medidas de Gobierno” (1971) se sostiene que “el eje fundamental” para realizarlas es “*la continua participación popular en el proceso de transformaciones económicas, políticas y sociales necesarias.*” La propia estructura organizativa que se da la fuerza política, está inspirada por esta visión en donde las bases tienen un peso muy importante que busca contrabalancear a la elite partidaria.⁶⁵

En el ejercicio del Gobierno Nacional, el FA llevó esta visión a todas las áreas de política, generando espacios para el involucramiento de diversos actores sociales en ámbitos productivos, laborales y sociales (Olesker, 2009). Sin embargo, es interesante pensar por qué la experiencia más abarcativa es la que se generó en la RSS. Al respecto, se deben considerar dos elementos diferenciales del sector salud: por un lado, la propia visión y los antecedentes de las elites que lideraron este proceso

⁶⁴ La composición del Consejo Consultivo es muy similar a la que tuvo en la salida de la dictadura (1973-1985) la mesa de trabajo sobre salud de la Concertación Nacional Programática: partidos políticos, gremios de trabajadores de la salud, FEUU, SMU, Laboratorios y Odontólogos (Villar, 2003).

⁶⁵ El tema del relacionamiento con los actores sociales y del rol de éstos, está presente en múltiples documentos. Uno de ellos, aprobado por el Plenario Nacional del Fa, lo aborda específicamente. Ver: Fuerza política, gobierno, trabajadores y organizaciones sociales, 19/4/2004. Disponible en www.frenteamplio.org.uy

reformista desde su inicio (con inserción clara en las organizaciones sociales promotoras de la RSS). Y de forma complementaria, se debe tener en cuenta que la participación social encuentra una pluralidad de factores que valoran la participación social en salud, desde los distintos enfoques sanitarios: el “médico”, el de los servicios de salud y el de desarrollo comunitario (Rifkin, 1986).

Como una muestra de la concepción que inspiró al gobierno de la salud en este tema, puede referenciarse el documento presentado al CC como marco para la discusión sobre los CCA de los prestadores privados (4/12/2007). En el mismo se identifican, entre otros objetivos de los espacios por crear, los de: i) incentivar la participación ciudadana en general y avanzar en la democratización de la sociedad en el marco de la reforma del Estado; ii) crear conciencia ciudadana y ejercicio de un derecho fundamental como el de la salud y; iii) buscar mayor transparencia y responsabilidad en las acciones de los prestadores. Se combinarían así los tres niveles de beneficios que los promotores de una visión democrática “expansiva” esperan de la participación social en salud: para el sistema democrático general, para el sistema de salud y sus instituciones y para el ciudadano.

En este último nivel, la búsqueda era la de *“fortalecer la conciencia de ciudadanía fortaleciendo el proceso de cambios, incorporando a personas que por no estar vinculadas al mercado laboral u otras formas de organización social, tienen dificultades para organizarse y hacer conocer sus necesidades, además por lo general no conocen sus propios derechos”* (op. cit.). Tanto se buscaba generar este involucramiento ciudadano, que en el proyecto de “ley grande” enviado al PL, se establecía que los usuarios del sistema *“tendrán el derecho y el deber de participar”* (la idea de la participación social como un “deber” fue finalmente retirada).

Posiblemente, la intención de reglar con ese nivel de profundidad la participación de los usuarios, tenga que ver el aprovechamiento de la coyuntura política para asegurar el acceso de este colectivo y llenar de contenido sus todavía débiles organizaciones. De hecho, a pesar del apoyo recibido desde la administración, las dificultades que enfrentan los movimientos de usuarios, por su propia naturaleza, son variadas. Si se recuerda la síntesis de Rossi (2006) sobre las características básicas de los movimientos sociales, se identificará que el conjunto de solidaridades y creencias compartidas que contribuyan a la construcción de identidad colectiva y sentido de pertenencia, no están claramente definidas para este actor social, por lo que se trata todavía un recurso a construir. Por otra parte, en el nivel asistencial, los usuarios no tienen mecanismos claros de protesta que no afecten negativamente su derecho a la salud, más allá de las reclamaciones o denuncias que puedan efectuar ante el servicio o la autoridad sanitaria (elevando su “voz”) o la elección por otro prestador de salud, haciendo uso de la opción de “salida” (Hirschman, 1977: 13-14). Esto último no es una decisión sencilla para el caso

de un “bien de confianza”, como la atención de salud. Finalmente, en términos utilitarios, no le queda claro a los no involucrados cuál es el “incentivo selectivo” (Olson, 1992: 60-61) que tienen para participar, ya que los beneficios obtenidos por la acción del movimiento de usuarios son, en esencia, logros para todos los usuarios. Esto pareciera ser así de forma especial en el espacio organizativo “nacional” (que además es el más nuevo), ya que en el ámbito comunitario las modalidades y el fruto de involucramiento son diferentes.

8. COMENTARIOS FINALES

Este trabajo aborda la relación entre el Estado y la Sociedad Civil en un escenario novedoso concreto, como el generado por la RSS. El modo con que los líderes reformistas del gobierno frenteamplista encararon la relación con los principales actores sociales del sector, parece haber sido uno de los principales factores para destrabar un sector de políticas históricamente bloqueado, iniciando así un proceso de cambios profundos en uno de los pilares de la matriz de protección social. Los otros elementos que podrían haber resultado influyentes, como las deficiencias estructurales del sistema, la crisis de inicio de siglo, las oportunidades para el manejo de la agenda que generaron las otras reformas encaradas por el gobierno, la alianza con los trabajadores, las mayorías parlamentarias del FA y la existencia de un plan definido, se combinaron con el “estilo flexible” con que la autoridad sanitaria gestionó estos componentes, ensanchando así el espacio político de su accionar. Este estilo se puso en práctica antes que la propia RSS, en la etapa de construcción del programa del FA, se mostró en el gobierno desde las primeras acciones (convocatoria a un amplio CC) y encuentra una oportunidad para su continuidad en la formalización de un conjunto importante de “innovaciones democráticas”.

Si bien el gobierno del FA habilitó un repertorio amplio de interfaces socioestatales en diferentes sectores de la política pública (productivos, laborales, sociales), la red de espacios creados en el SNIS se muestra como la de mayor extensión y profundidad. Como se vio en la sección 6 de este trabajo, esta red abarca oportunidades para la representación de organizaciones sociales que van desde ámbitos consultivos a decisorios, de lo local a lo nacional, en organizaciones públicas y privadas, en espacios de gestión o de rectoría del sistema y habilitando modalidades individuales y colectivas de involucramiento. Ese fue el núcleo descriptivo de este trabajo, es decir, el componente específicamente político de la reforma sanitaria y su producto, una reforma de orientación democratizante.

El resultado final es un conjunto de espacios que combina: (i) una lógica pragmática del gobierno

como gestor para el ejercicio de su poder infraestructural, que logra avanzar involucrando a lo largo del proceso decisional a varios de los actores con potencial de veto; (ii) una perspectiva neocorporativa, de reconocimiento e involucramiento directo de las organizaciones fuertes del sector (trabajadores y empresarios); (iii) una perspectiva ciudadana, promocional de una organización de representación universal (los usuarios, el grupo más desaventajado en la relación sanitaria); iv) el intento de los promotores de la reforma por reforzar el efecto *feedback* de la RSS, mediante la promoción de organización y fortalecimiento de un actor potencialmente aliado (los usuarios) .

Como se desprende de la sección 5 de este trabajo, los diferenciales de recursos acumulados entre los actores participantes son notorios (experiencia, respaldo técnico y económico, capacidad organizativa y de movilización, recursos político-partidarios, etc.). Esta situación llama la atención sobre algunos riesgos que enfrenta el proceso participativo iniciado. Según los observadores de estos procesos,⁶⁶ respecto a quiénes sean los actores involucrados, hay que tener presente que las innovaciones democráticas se pueden constituir en el escenario para la puja de dos tendencias contrapuestas: por un lado, la corporativización nociva de los procesos de decisión y, por otro, la potenciación del peso de los sujetos que son actualmente subalternos en la política y la economía. El primero es un riesgo asociado a la conducta de los trabajadores y los empresarios. En el caso de los sindicatos, su ubicación en espacios de gestión directa de servicios sociales (como el Directorio de ASSE), puede alentar la exacerbación de las prácticas corporativas y autoritarias, ya que se dispone de un mecanismo administrativo de sanción en los espacios de gestión para aquellos no alineados con la corriente sindical del representante. En el caso de los empresarios, formar parte de ámbitos de regulación y control de todo el sistema (como la JUNASA), implica incidir en las regulaciones que ellos mismos deben respetar, por lo que su lógica de acción maximizadora de beneficios debe ser fuertemente compensada por la acción de los demás actores participantes. En un sentido opuesto, la ubicación de los representantes usuarios en los niveles más complejos de la decisión y control sectorial (JUNASA, Directorio de ASSE, CCA), los expone a sufrir las peores consecuencias de la brecha que los separa de los representantes más técnicos y politizados: el no compartir el poder, legitimando mediante su presencia el accionar de los actores más fuertes, en contra del espíritu que inspira la creación de estas oportunidades participativas.

Por los motivos que se vieron en este trabajo, los principales promotores de la RSS tienen expectativas en que los usuarios se sumen activamente a la coalición de defensa y promoción de la reforma, contribuyendo al cumplimiento de las etapas aún pendientes. En consecuencia, son quienes

⁶⁶ Cunill Grau (2004).

tienen incentivos para intentar disminuir los diferenciales que dificultan que eso suceda. Como se ha señalado en el marco teórico de este trabajo, entre las causas remediabiles de las desigualdades políticas, figura la diferencia de recursos económicos, de conocimientos, de información y de capacidad cognitiva. Los distintos observadores de los procesos participativos plantean que para todos estos elementos hay un conjunto definido de acciones que se podrían desarrollar, con los ajustes propios del espacio que se ocupe, ya que las competencias exigidas varían según el ámbito (comunitario, control de la gestión, gestión directa, rectoría). Fortalecer las organizaciones para que puedan agregar y representar adecuadamente los intereses de sus representados, implica facilitar recursos (técnicos, económicos, comunicacionales, etc.), transmitir en los formatos adecuados la información, respetar los tiempos diferenciales de los actores sociales y capacitar a todos los actores involucrados (fundamentalmente a los gestores), entre otras acciones.

Como ya fue dicho, el compromiso de los actores gubernamentales y el grado de movilización de la sociedad civil, serían los principales determinantes del éxito de los procesos participativos. Respecto al segundo punto, varía según el actor del que se trate. Sobre el primero, este trabajo permite ver que hubo una acción decidida por la construcción de una amplia estructura de oportunidades. Sin embargo, se debe advertir que esa visión no es compartida por varios actores de peso sectorial, como los empresarios y algunos colectivos de profesionales. Complementariamente, a nivel político-partidario el proceso desarrollado en los cuatro años que lleva operativa la RSS, permite avizorar que una rotación del partido gobernante pondría en cuestión este proceso de orientación democratizante. Los promotores de la reforma parecen haber instalado las bases para el logro de una gestión democrática en todos los niveles del sector salud. Sin embargo, apoyar “desde arriba” el fortalecimiento de las organizaciones sociales, de forma transparente y evitando su manipulación tutelar, son desafíos difíciles de combinar, pero cuyo abordaje se muestra como necesario.

Vinculado a este último conjunto de acciones, se debe consignar que para los promotores del proceso participativo sigue pendiente de resolución un elemento central en el fortalecimiento de las organizaciones sociales: el de la modalidad de selección de sus representantes. Las condiciones según las que se eligieron los primeros representantes (que en muchos casos continúan en sus cargos), así como algunas de las acciones de éstos que han visto la luz pública en este período, no contribuyen a ensanchar el margen de legitimidad imprescindible para la consolidación y fortalecimiento de estos espacios y sus participantes. Adicionalmente, el modo en que se seleccionen los representantes puede aportar (o no) una oportunidad crucial para la otra cara de la “rendición de cuentas societal”, es decir, de los representantes ante el colectivo social que representan. En este punto es interesante ver cómo se combinaron algunos elementos que pudieron haber contribuido a no resolver el asunto de los

“mecanismos de selección democrática” que pauta la ley de creación del SNIS: a) el estilo flexible de gestión que tiene en cuenta las opiniones de los actores involucrados, b) el desacuerdo en el seno del gobierno sobre cómo deberían elegirse los representantes sociales y la dificultad de identificar quién afronta la negociación con los actores sociales y sus potenciales costos políticos -el MSP, el FA, la bancada legislativa oficialista-; c) las diferencias y oscilaciones de posición, tanto entre las diferentes organizaciones sociales, como al interior de las mismas⁶⁷ y; d) la búsqueda de una solución “similar” para trabajadores, usuarios y empresarios, que a su vez, esté en diálogo con los múltiples espacios previstos para representantes sociales en distintos sectores de política.⁶⁸ La continuidad y estabilidad otorgadas a la representación social por la reglamentación (en algunos casos por ley, como en la JUNASA), torna imperioso buscar una salida a esta situación, ya que cada instancia de renovación o cambio de los representantes, contribuye a debilitar estos espacios ante la ciudadanía en general. El descuido de estos elementos encierra el riesgo de ritualizar la participación, habilitando un círculo vicioso de desconfianza en las organizaciones y las instituciones y generando una actitud refractaria ante la posibilidad de participar.⁶⁹

Finalmente, se debe tener en cuenta que la contracara de este proceso de fortalecimiento de los actores sociales más débiles, es la necesidad de seguir aumentando las capacidades del Estado para el ejercicio de sus funciones en el gobierno de la salud, ya que la propia coherencia de la burocracia es un aspecto estratégico para que los agentes estatales se involucren de manera eficaz con las redes externas.⁷⁰ Como se vio, la línea de base era muy baja, caracterizada por un Estado “ausente” en el cumplimiento de sus funciones esenciales. La necesidad de conducir un proceso de cambios profundos como el iniciado, implica poder generar información en tiempo y forma, estabilizar recursos técnicos y burocráticos, valorizar los instrumentos de orientación de la acción de los servicios con una adecuada fiscalización y, reaccionar ante los desajustes normativos, entre otras acciones fundamentales. Estas capacidades, por otro lado, lo posicionarán mejor en las múltiples instancias de negociación (incluso en las generadas por la propia RSS), tanto para lograr acuerdos como para mantenerse a salvo de los siempre presentes riesgos de colonización por parte de intereses corporativos. De esta forma, las decisiones tomadas en público y con el público, se ejecutarán con menores distorsiones y por lo tanto, valorizarán los espacios para el involucramiento de los

⁶⁷ Para ahondar en las diferencias internas del movimiento sindical, ver: ERT/ PIT-CNT, 2011: 34, 47 y 136-137.

⁶⁸ Básicamente, son tres las opciones que se han discutido: una modalidad electoral abierta con organización de la autoridad sanitaria, la posible organización de la Corte Electoral y finalmente, la de designaciones directas por parte de las organizaciones.

⁶⁹ Ver: Labra (2002).

⁷⁰ Ver: Evans, 1996: 540.

representantes sociales más débiles, aumentando las posibilidades de acercar los resultados a los objetivos buscados por los reformistas de la salud.

9. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Acuña C. y Chudnovsky, M.** (2002). *El Sistema de Salud en Argentina*. Documento 60. Disponible en: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>
- Acuña, C. y Repetto, F.** (2007). *Un aporte metodológico para comprender (y mejorar) la lógica político-institucional del combate a la pobreza en América Latina*. Documento de trabajo N° 44. Departamento de Humanidades. Universidad de San Andrés. Bs. As.
- Altman, D. Pérez Liñán, A.** (1999). *Más allá de la Poliarquía: Una aproximación a la calidad de las democracias*. Revista Uruguaya de Ciencia Política, N° 11. Montevideo.
- Arato, A.** (2004). “Algunos comentarios sobre la Tesis I” En: PNUD. *La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos. El debate conceptual sobre la democracia*. Buenos Aires.
- Arnstein, S.** (1969). *Eight rungs on a ladder of citizen participation*. Journal of the Institute of American Planners. N° 35.
- Bobbio, N.** (2000). *El futuro de la democracia*. FCE. Santafé de Bogotá, D.C.
- Bobbio, N., Matteucci, N., Pasquino, G.** (1997). *Diccionario de política*. Siglo Veintiuno. México.
- Bracho, T. y Martínez, A. y Mendieta, G. y Núñez, M. y Jacobo, M.** *Rendir cuentas en el campo educativo: Cómo, a quién, de qué y para qué*. Disponible en: <http://www.ciudadpolitica.com/modules/news/article.php?storyid=189>
- Brager, G. Y Specht, H.** (1973). *Community organizing*. Columbia University Press. New York.
- Cavarozzi, M. y Abal Medina (h.), J.** (2000). *Del problema del Estado al problema del gobierno: los desafíos de la nueva gestión*. En: Revista Sociedad, N° 15. Buenos Aires.
- Celedón, C. y Noé, M.** (2000). *Reformas del sector de la salud y participación social*. En: Revista Panamericana de Salud Pública Vol. 8 N° 1-2. Washington.
- Clavell, E. y Rodríguez Araújo, M.** (2010). “La participación social en el Sistema Nacional Integrado de Salud: opciones y debates.” En: MSP. *Transformar el Futuro*. Montevideo.
- Coelho, Vera Schattan** (2004). “Consejos de salud: el desafío de construir instituciones políticas participativas en Brasil”. En: Ziccardi, A. (2004). *Participación ciudadana y políticas sociales en el ámbito local*. Indesol. México D.F.
- Cunill Grau, N.** (2004). “Balance de la participación ciudadana en las políticas sociales. Propuesta de un marco analítico”. En: Ziccardi A. (Coordinadora). *Participación ciudadana y políticas sociales en el ámbito local*. UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales, Consejo Mexicano de Ciencias Sociales, Instituto Nacional de Desarrollo Social. México.
- Dagnino, E.** (2006). “Sociedad civil, participación y ciudadanía: ¿de qué estamos hablando?”. En: Isunza Vera, E. y Olvera, A. J. (Coordinadores). *Democratización, rendición de cuentas y sociedad civil. Participación ciudadana y control social*. CIESAS – Miguel Ángel Porrúa. México D. F.
- Dahl, R.** (1971). *Poliarchy: participation and opposition*. Yale University Press.
- Dahl, R.** (1991). *Los dilemas del pluralismo democrático: autonomía versus control*. Alianza Editorial. México.
- Dahl, R.** (1992). *La democracia y sus críticos*. Paidós. Barcelona.

- De Armas, G. y Luzuriaga, A. y Machado, F.** (2009). *Estado, sociedad y participación social en el gobierno del FA. Análisis de algunas experiencias*. ICP-Fundación Friedrich Ebert. Montevideo.
- De Vos, P. y Malaise, G. y De Ceukelaire, W. y Pérez, D. y; Lefevre, P. y Van der Stuyft, P.** (2009). *Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización*. Medicina Social. Vol. 4, Número 2.
- Del Pino, E. y Colino, C.** (2006). *¿Cómo y por qué se reforman los Estados de bienestar? Avances y retos teóricos y metodológicos en la agenda de investigación actual*. Zona Abierta 114/115. Madrid.
- Diamond, L. Y Morlino, L.** (2004). *The Quality of Democracy. An overview*. Journal of Democracy. Volumen 15. Número 4.
- Dibarbure, H.** (2003). *La salud en estado de mal: análisis crítico-propositivo del sistema de atención de la salud en el Uruguay*. Revista de la Maestría en Salud Pública de la UBA. Año I, N° 1. Buenos Aires.
- Dorey, P.** (2005). *Policy Making in Britain: an introduction*. SAGE Publications. Londres.
- ERT/PIT-CNT.** (2011). *Caminando. Los trabajadores y la seguridad social en Uruguay*. Fundación Paz y Solidaridad-FES-OIT. Montevideo.
- Escorel, S. y Rasga Moreira, M.** (2009). “Desafios da participacao social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade” En: Fleury, S. y de Vasconcelos Costa Lobato, L. (Organizadores). *Participacao, Democracia e Saúde*. Cebes. Río de Janeiro.
- Esping-Andersen, G.** (1990) *Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge Press.
- Etviti, J. y Leiva, R** (1995): “Los actores políticos y sociales en la formulación de la reforma sanitaria en España”. Cuaderno de Salud Publica de Brasil 11.
- Evans, P.** (1996). *El estado como problema y como solución*. En: Desarrollo Económico, N° 140, Vol. 35.
- Fleury, S. y de Vasconcelos Costa Lobato, L.** (Organizadores) (2009). *Participacao, Democracia e Saúde*. Cebes. Río de Janeiro.
- Fuentes, G.** (2010). *El sistema de salud uruguayo en la postdictadura: análisis de la reforma de salud del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible*. Revista Uruguay de Ciencia Política Vol. 19 N° 1. ICP. Montevideo.
- Grau Pérez, C., Lazarov, L., Mieres, G., Olivera, I.** (2009). *El sector salud y sus empresas privadas*. CINVE-FCU. Montevideo.
- Grindle, M. S., Thomas, J. W.** (1991). *Public choices and policy change: the political economy of reform in developing countries*. John Hopkins University Press. Baltimore.
- Gurza Lavalle, A. E Isunza Vera, E.** (2010). “Precisiones conceptuales para el debate contemporáneo sobre la innovación democrática: participación, controles sociales y representación” En: Isunza Vera, E. y Gurza Lavalle, A. (Coordinadores). *La innovación democrática en América Latina. Tramas y nudos de la representación, la participación y el control social*. CIESAS – Universidad Veracruzana. México.
- Hirschman, A.** (1977). *Salida, voz y lealtad. Respuestas al deterioro de empresas, organizaciones y Estados*. FCE. México D. F.
- Isunza Vera, E. y Olvera, A. J.** (Coordinadores) (2006). *Democratización, rendición de cuentas y sociedad civil. Participación ciudadana y control social*. CIESAS – Miguel Ángel Porrúa. México D. F.

- Kliksberg, B.** (2011). *Estrategias y metodologías para promover la participación social en la definición e implantación de políticas públicas de combate a las inequidades en salud*. Documento preparado para la Organización Mundial de la Salud.
- Labra, M. E.** (2002). *Capital social y consejos de salud en Brasil ¿Un círculo virtuoso?* Cuadernos de Salud Pública N° 18 (Suplemento). Río de Janeiro.
- Labra, M. E.** (2009). “Política Nacional de Participacao na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a praxis predatória do clientelismo empresarial” En: Fleury, S. y de Vasconcelos Costa Lobato, L. (Organizadores). *Participacao, Democracia e Saúde*. Cebes. Río de Janeiro.
- Labra, M. E. y Giovanella, L.** (2007). *Construcción del Sistema Único de Salud y participación de la sociedad civil*. Río de Janeiro. Disponible en: http://www4.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsaud/spanishversion/pdf/participacionsocial_SUS.pdf
- Lindström Karlson, A.** (2006). *Implicación y coparticipación del ciudadano en las decisiones de políticas sectoriales: el caso de la salud y los servicios sanitarios*. Documento de trabajo n° 31, Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Barcelona.
- 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.
- Mann, M.** (1993). *The Sources of Social Power. Volume II. The Rise of Classes and Nation-States, 1760-1914*. Cambridge University Press. Cambridge.
- Marshall, T. H.** (1963). “Ciudadanía, clase social y desarrollo”. Tomado de: órtland , S. E., dos Santos, W. G. y Coimbra, M. A. (1987): “Política social e combate à pobreza”. Jorge Zahar Editor. Rio de Janeiro.
- Marzuki, A.** (2009). *A review on public participation in enviromental impact assessment in Malaysia*. En: Theoretical and empirical researches in urban management. N° 3 (12). Bucarest.
- Méndez, G.; Senatore, L.; Traversa, F.** (2009). *La política laboral de un proyecto socialdemócrata periférico: un análisis de los cambios institucionales en Uruguay 2005-2009*. ICP-FES. Montevideo.
- Mesa-Lago, C.** (2007). *Reassembling Social Security. A Survey of Pensions and Health Care Reforms in Latin America*. Oxford University Press. New York.
- Midaglia, C.** (2009). *Las políticas sociales del gobierno de izquierda en Uruguay. Una aproximación a sus características y resultados*. En: Quiroga, Y., Canzani, A., Ensignia, J. “Consenso Progresista. Las políticas sociales de los gobiernos progresistas del Cono Sur”. Red de Fundaciones Progresistas – Fundación Friedrich Ebert. Montevideo.
- Midaglia, C. y Antía, F.** (2007). *La izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?* Revista Uruguaya de Ciencia Política Vol. 16 N° 1. ICP. Montevideo.
- Mitjavilla, M.; Fernández, J.; y Moreira, C.** (2002). *Propuesta de Reforma de Salud y Equidad en Uruguay: ¿redefinición del Welfare State?* Cuadernos de Salud Pública de Brasil Vol. 18 N° 4. Río de Janeiro.
- Moreira, C.** (2004). *Final de juego. Del bipartidismo tradicional al triunfo de la izquierda en Uruguay*. Ediciones Trilce. Montevideo.
- Moreira, C. y Setaro, M.** (2000). “Alternativas de reforma del sistema de salud en Uruguay”. En: Mancebo, M. E.; Narbondo, P. y Ramos, C. (Compiladores). *Uruguay: La reforma del estado y las*

- políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000)*. Colección Política Viva. EBO-ICP. Montevideo.
- MSP** (2005). *Informe de Trabajo: primera etapa del Consejo Consultivo*.
- MSP** (2009). *La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009*. Montevideo.
- MSP** (2010). *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional de Salud*. Montevideo.
- MSP** (2010b). *Logros y desafíos en términos de Equidad en Salud en Uruguay. Informe final*. División Economía de la Salud. Montevideo.
- MSP** (2011a). *Población afiliada a las IAMC por tipo de afiliación a Junio 2011*. Informe: División Economía de la Salud. Montevideo.
Disponible en: http://www.msp.gub.uy/ucecsalud_5547_1.html
- MSP** (2011b). *Población afiliada a los seguros integrales por tipo de afiliación a Junio 2011*. Informe: División Economía de la Salud.
Disponible en: http://www.msp.gub.uy/ucecsalud_5548_1.html
- O'Donnell, G.** (1994). *Delegative Democracy*. En: Journal of Democracy, Vol. 5, No. 1. National Endowment for Democracy & The Johns Hopkins University Press.
- O'Donnell, G.** (2004). “Notas sobre la democracia en América Latina”. En: PNUD. *La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos. El debate conceptual sobre la democracia*. Buenos Aires.
- O'Donnell, G.** (2008). “Hacia un Estado de y para la democracia”. En: Mariani, R. (Coord.). *Hacia un Estado de y para la Democracia en América Latina*. PNUD. Lima.
- Olesker, D.** (2009). *Crecimiento e inclusión. Logros del gobierno frenteamplista*. Trilce. Montevideo.
- Olson, M.** (1992). *La lógica de la acción colectiva. Bienes Públicos y la Teoría de Grupos*. Grupo Noriega Editores. México D. F.
- OMS** (1978). *Alma-Ata 1978. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Serie: “Salud para todos” N° 1. Ginebra.
- OMS** (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. International Conference on Health Promotion. Ottawa, Ontario, Canada.
- OMS** (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca*. Ginebra.
- OMS-Europa** (1999). *Community participation in local health and sustainable development: a working document on approaches and techniques*. European Sustainable Development and Health Series: 4. Copenhagen.
- OPS-OMS** (1994). *Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud*. Washington D.C.
- OPS-OMS** (2005). *Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo)*. Washington D.C.
- Parsons, W.** (2007). *Políticas públicas: una introducción a la teoría y práctica del análisis de políticas públicas*. FLACSO. México.
- Pasquino, G.** (1996). “Participación política, grupos y movimientos”. En: Pasquino, G. y Bartolini, S. y Cotta, M. *Manual de Ciencia Política*. Alianza. Madrid.

- Pereira, J.; Monteiro, L.; Gelber, D.** (2005). *Cambios estructurales y nueva configuración de riesgos: desbalances e inequidades en el sistema de salud uruguayo*. En: Revista Prisma N° 21. UCUDAL. Montevideo.
- Pérez, M.** (2009). *La reforma del sistema de salud en el primer gobierno de izquierda en la historia del Uruguay. Los desafíos del cambio*. Tesis de grado. Instituto de Ciencia Política. Facultad de Ciencias Sociales. UdelaR. Montevideo.
- Pereyra, C.** (1988). *Macpherson y la democracia*. Cuadernos políticos, número 54/55, Editorial Era. México, D.F.
- Pierson, P.** (1993). *When Effect Becomes Cause: Policy Feedback and Political Change*. En: World Politics. Vol. 45. No. 4. Cambridge University Press. New York.
- Pierson, P.** (1994). *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and de Politics of Retrenchment*. Cambridge University Press. New York.
- Pierson, P.** (1996). *The new politics of the Welfare State*. En: World Politics Vol. 48 N° 2. Cambridge University Press. New York.
- Pierson, P.** (2006). *Sobrellevando la austeridad permanente. Reestructuración del Estado de bienestar en las democracias desarrolladas*. Zona Abierta 114/114. Madrid.
- Piotti, D.** (2002): “La reforma del Estado y el sistema de salud”. En: Mancebo, M. E. y Narbondo, P. y Ramos, C. (compiladores). *Uruguay: la reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000)*. ICP-FCS- UDELAR /Editorial Banda Oriental. Montevideo.
- PNUD** (2004). *La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos. El debate conceptual sobre la democracia*. Buenos Aires.
- Putnam, R.** (1993). *The prosperous community: Social capital and public life*. American Prospect, 13.
- Resende Carvalho, S.** (2008). *Promoción de la Salud, “empowerment” y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria*. Salud Colectiva. V. 4. N.3. Buenos Aires.
- Rodríguez Araújo, M. y Toledo Viera, A.** (2010). “La construcción del pilar normativo del SNIS: su proceso político”. En: MSP. *Transformar el Futuro*. Montevideo.
- Rodríguez, I. y Pérez, J. (1996). Participación social “comunitaria” en el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. En: Revista de Ciencias Sociales Nueva Época. Vol. II N° 3. FCES-LUZ. Caracas.
- Rossi, F.** (2006). “Movimientos sociales”. En: Aznar, L. y De Luca, M. (coordinadores) *Política. Cuestiones y problemas*. Ariel. Buenos Aires.
- Rudolf, S., Bagnato, M., Güida, C., Rodríguez, A.** (2009). “Participación ciudadana en salud: cambios y permanencias en el inicio de la reforma”. En: *Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud. Una mirada desde la psicología*. Fin de Siglo-CSIC. Montevideo.
- Sanabria, G.** (2004). *Participación social en el campo de la salud*. Revista Cubana de Salud Pública. N° 30. La Habana.
- Schumpeter, J.** (1974). *Dos conceptos de democracia*. Ficha 34. Servicio de Documentación en Ciencia Política. FCU. Montevideo.
- Senatore, L.** (2007). *Las relaciones laborales*. En Informe de Coyuntura N° 7, La hora de las reformas. Gobierno, actores y políticas en el Uruguay 2006-2007. ICP, FCS, UdelaR. Banda Oriental. Montevideo.

- 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
- Setaro, M.** (2010). “La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y el nuevo Estado para la performance”. En: Mancebo, M.E. y Narbondo, P. (Coordinadores) *Reforma del Estado y políticas públicas en la Administración Vázquez: acumulaciones, conflictos y desafíos*. Fin de Siglo – CLACSO – ICP. Montevideo.
- SMU** (2002). Declaración de Solís II. Sindicato Médico del Uruguay. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/solis2/solisii.htm>
- SMU-FEMI** (2004). Octava Convención Médica Nacional. Declaración final. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n58/pag8-9.pdf>
- Sutton, R.** (1999). *The policy process: an overview*. Working Paper N° 118. Overseas Development Institute. Portland House. Stag Place. Londres.
- Tarrow, S.** (1997). *El poder en movimiento. Los movimientos sociales, la acción colectiva y la política*. Alianza. Madrid.
- 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.
- Turnes, A.** (2002). *Agrupaciones en el Sindicato Médico del Uruguay 1920-2002*. Disponible en: http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/agrupaciones_smu.pdf
- Vázquez, M. L.; Siquiera, E.; Kruze, I.; Da Silva, A.; Leite, I. C.** (2001). *Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina*. Gaceta Sanitaria Vol. 16. España.
- Villar, H.** (2003). *La Salud, una política de Estado*. Impresora GRAFINEL. Uruguay.
- Wallerstein, N.** (2006). *What is the evidence of effectiveness of empowerment to improve health?* WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Copenhagen.

10. ANEXOS

*ANEXO I: Síntesis de los tres ejes de la reforma del sector salud*⁷¹

(i) **Financiamiento:** el pilar es la creación de un Seguro Nacional de Salud (SNS) y su correspondiente fondo centralizado (el FONASA). El mismo recoge la experiencia institucional de la seguridad social (los Seguros Sociales por Enfermedad, ex DISSE). Se constituye con aportes de las personas, las empresas y el Estado. Las primeras hacen un aporte proporcional que, a partir de un umbral mínimo de ingresos, varía en función de la cobertura de los menores a cargo y cónyuges. El Fondo paga a los proveedores de servicios de salud una “cuota salud”, compuesta por la cápita ajustada por riesgo de utilización (varía según la edad y el sexo del usuario) y las Metas Asistenciales (son fijadas por la administración y se pagan por cumplimiento). El objetivo de las Metas es incentivar económicamente a los prestadores integrales de servicios sanitarios, orientando su acción hacia el nuevo modelo de atención. Las primeras metas estaban centradas en la salud materna, la primera infancia, los adultos mayores y la capacitación de los trabajadores.. Con el acceso a algún servicio integral de salud garantizado a toda la población, la ampliación progresiva del aseguramiento amplía las posibilidades de elección de los usuarios, desvinculando esta posibilidad del nivel de ingreso o la condición de salud.

(ii) **Gestión:** un hito de los cambios en la gestión del sistema es la creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) como órgano descentralizado, lo que separó las funciones de prestación directa de las de rectoría. Éstas últimas, se resignifican en el fortalecimiento de las capacidades propias del Ministerio de Salud Pública (MSP) y también, en la creación de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) como órgano desconcentrado de aquél, responsable de administrar el SNS, promover la coordinación y complementación entre servicios y niveles de atención, orientar los énfasis del nuevo modelo asistencial mediante la fijación de las Metas Asistenciales y la firma de los Contratos de Gestión con todos los prestadores integrales y, también, aportar transparencia a estos procesos, mediante la participación de los principales actores involucrados, tanto del gobierno como de la sociedad civil. Como se verá más adelante en este trabajo, esto último se extiende a los diferentes prestadores públicos o privados y también, al nivel departamental y local.

(iii) **Atención:** los dos ejes anteriores tienen componentes que son instrumentales al cambio de modelo de atención. La concepción que los moviliza es la de la salud como derecho humano esencial, como bien social cuya garantía es responsabilidad del Estado. Se promueve un enfoque integral, que

⁷¹ Aquí apenas se esbozan los contenidos globales de la Reforma del Sector Salud (RSS). Para conocer con más detalle las medidas impulsadas así como sus motivaciones, ver: MSP, 2009 y 2010.

incorpore en su proceso a los determinantes de la calidad de vida de las personas (sociales, ambientales, culturales, etc.), orientado por los principios de universalidad, equidad, oportunidad, calidad, eficiencia social y económica, interdisciplinariedad y sustentabilidad. El norte es favorecer la prevención de la enfermedad y la promoción de salud, con una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y fortalecimiento del primer nivel de atención.

ANEXO II: Hitos normativos del SNIS - generales y vinculados a la participación social

- **Ley 17.930** – Presupuesto Nacional. Artículos 264 y 265 sientan las bases del SNIS y su financiamiento, 19/12/2005.
- **Ley 18.131** – Creación del FONASA, 10/02/2007.
- **Ley 18.161** – Descentralización de ASSE, 8/08/2007.
- **Ley 18.211** – Creación del SNIS, 05/12/2007.
- **Ley 18.335** – Derechos y obligaciones de los usuarios, 26/08/2008.
- **Ley 18.439** – Creación del Fondo de Garantía para la reestructuración de pasivos de las IAMC, 7/02/2009.
- **Ley 18.719** – Presupuesto Nacional. Creación de la Unidad Ejecutora “Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud”, 27/12/2010.
- **Ley 18.731** – Incorporación de nuevos colectivos al SNS, modificación del régimen de contribuciones al FONASA, extensión de la cobertura de menores a cargo, 25/01/2011.
- **Decreto 133/005**. Crea el Consejo Consultivo para la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, con participación de múltiples actores. 11/04/2005.
- **Resolución 610/005**. Crea y dispone la integración de la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención en Salud. 11/04/2005.
- **Decreto 15/006**. Establece normas y procedimientos para la tramitación de peticiones, reclamaciones o consultas de los usuarios de servicios de salud. Establece la obligatoriedad de que los servicios comuniquen al MSP todas las situaciones planteadas por los usuarios. 16/01/2006.
- **Decreto 276/007**. Artículo 12: creación de la Comisión de Seguimiento del FONASA. 2/08/2007.
- **Resolución N° 27/008**. Integración de la JUNASA. 18/01/2008.
- **Decreto 269/008**. Define la integración y funcionamiento de los Consejos Consultivos y Asesores de las IAMC no mutuales. 2/06/2008.
- **Decreto 283/008**. Reglamenta la integración de los representantes sociales a la primera Junta Nacional de Salud. 9/06/2008.
- **Decreto 328/008**. Integra representantes titulares y suplentes de prestadores, trabajadores y usuarios y suplentes de los representantes del Poder Ejecutivo a la primera Junta Nacional de Salud. 8/07/2008.
- **Decreto 341/008**. Reglamenta la integración de representantes de usuarios y trabajadores al primer Directorio de ASSE. 14/07/2008.
- **Resolución 726/008**. Designación trabajadores en el Directorio de ASSE. 17/09/2008
- **Resolución 727/008**. Designación usuarios en el Directorio de ASSE. 17/09/2008.
- **Decreto 464/008**. Contenido de los Contratos de Gestión. 2/10/2008.
- **Decreto 465/008**. PIAS: Programas integrales y catálogo de prestaciones. 3/10/2008.
- **Decreto 113/009**. Reglamento interno JUNASA. 2/03/2009.
- **Decreto 601/009**. Reglamentación de la elección usuarios y trabajadores a los CCA. 28/12/2009.
- **Decreto 160/010**. Prórroga de la elección usuarios y trabajadores de los CCA. 24/05/2010.
- **Decreto 276/010**. Nuevos delegados sociales a la JUNASA. 9/09/2010.
- **Decreto 237/011**. Reglamentación Consejos Asesores Honorarios Departamentales y entre sus funciones, la convocatoria anual (como mínimo) de las Asambleas Locales de Salud y la promoción de la instalación de los Consejos Asesores Honorarios Locales. 7/07/2011.

ANEXO III: Prestadores de salud que reciben financiamiento del SNS: cámara a la que pertenecen, número de usuarios y espacio en que habilitan la participación social.

	PRESTADOR	UBICACIÓN SEDE CENTRAL	CÁMARA EMPRESARIAL	CANTIDAD DE USUARIOS	REPRESENTANTES SOCIALES EN:
1	COMERI	Rivera	FECOMI	20.241	CCA
2	CRAME	Maldonado	FECOMI	34.398	CCA
3	UMERCO	Colonia	FECOMI	2.703	CCA
4	COMETT	Treinta y Tres	FECOMI	1.421	CCA
5	COMECEL	Cerro Largo	FECOMI	8.545	CCA
				Total FECOMI:	67.308
6	CAMY	Young – Río Negro	FEMI	7.561	CCA
7	CASMER	Rivera	FEMI	26.967	CCA
8	COMERO	Rocha	FEMI	34.850	CCA
9	SMQ	Salto	FEMI	55.714	CCA
10	AMSJ	San José	FEMI	44.441	CCA
11	CAMS	Soriano	FEMI	41.758	CCA
12	COMEF	Florida	FEMI	30.064	CCA
13	CAMDEL	Lavalleja	FEMI	30.355	CCA
14	AMECOM	Maldonado	FEMI	75.961	CCA
15	COMEPA	Paysandú	FEMI	57.154	CCA
16	AMEDRIN	Río Negro	FEMI	9.666	CCA
17	COMTA	Tacuarembó	FEMI	37.296	CCA
18	IAC	Treinta y Tres	FEMI	21.395	CCA
19	ORAMECO	Colonia	FEMI	11.081	CCA
20	CAMEC	Rosario - Colonia	FEMI	30.819	CCA
21	CAMOC	Carmelo - Colonia	FEMI	19.158	CCA
22	CAMEDUR	Durazno	FEMI	27.592	CCA
23	COMEFLO	Flores	FEMI	12.562	CCA
24	GREMEDA	Artigas	FEMI	24.701	CCA
25	CAAMEPA	Pando - Canelones	FEMI	32.956	CCA
26	CRAMI	Las Piedras - Canelones	FEMI	36.484	CCA
27	COMECA	Canelones	FEMI	45.333	CCA
28	CAMCEL	Cerro Largo	FEMI	30.252	CCA
				Total FEMI:	744.120
				Total IAMC Interior:	811.428
29	Universal	Montevideo	Plenario	56.012	CCA
30	CUDAM	Montevideo	Plenario	45.446	CCA

31	SMI	Montevideo	Plenario	113.716	CCA
				Total Plenario Mutual: 215.174	
32	Asociación Española	Montevideo	UMU	184.284	Consejo Directivo
33	Casa de Galicia	Montevideo	UMU	61.525	Consejo Directivo
34	GREMCA	Montevideo	UMU	36.704	CCA
				Total UMU: 282.513	
35	Hospital Evangélico	Montevideo	CIES	52.174	CCA
36	CASMU	Montevideo	CIES	209.147	CCA
37	Círculo Católico	Montevideo	CIES	73.040	Consejo Directivo
38	COSEM	Montevideo	CIES	54.491	CCA
				Total CIES: 388.852	
39	Médica Uruguaya	Montevideo	---	245.007	CCA
				Total IAMC Montevideo: 1.131.546	
40	ASSE	País	---	1.226.422	Directorio
41	Medicina Personalizada	Montevideo	Cámara de seguros	25.238	No tiene
42	Blue Cross & Blue Shield	Montevideo	Cámara de seguros	10.260	No tiene
43	Seguro Americano	Montevideo	Cámara de seguros	8.361	No tiene
44	Hospital Británico	Montevideo	Cámara de seguros	25.587	No tiene
45	SUMMUM	Montevideo	Cámara de seguros	12.372	No tiene
46	MEDICARE	Montevideo	Cámara de seguros	1.360	No tiene
47	PRIMEDICA	Montevideo	Cámara de seguros	s/d	No tiene
				Total Seguros Privados: 83.178	
				Total nacional público y privado: 3.252.574	

Elaboración propia en base a datos de SINADI-DES-MSP y Dpto. Gestión de la Información-ASSE
 Datos ASSE: a diciembre de 2010
 Datos IAMC y Seguros Privados: a junio de 2011
 La cifra de usuarios corresponde al total (FONASA y no FONASA)