

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE CIENCIA POLÍTICA
Tesis Licenciatura en Ciencia Política

**El sistema de salud uruguayo: un estudio de caso
entre 1985 y 2000**

Alejandro Vila
Tutora: Cristina Zurbriggen

2002

“El sistema de Salud Uruguayo: Un estudio de caso entre 1985 y el 2000”.

I. INTRODUCCION

Durante una década y media la salud en Uruguay ha vivido transformaciones operadas en el mapeo institucional; a partir de la restauración democrática han surgido nuevas mutualistas y prestaciones privadas, se han fusionado otras tantas y más de una también ha desaparecido. Una evaluación apriorista materializada en la prensa y discursos de los actores hace suponer que la asistencia médica se encuentra sumergida en una profunda crisis, asunto expresamente visible por la insolvencia económica de algunas instituciones o los restringidos recursos con que cuenta el sector público y el que otrora fuera un sistema modelo de solidaridad entre distintos segmentos de la sociedad hoy amenaza, si bien no con extinguirse, sí con perder gran parte de sus características históricas que desde temprana época respecto al continente le posicionaron como referente en el seudo “estado de bienestar” experimentado en nuestra tierra.

Más allá del debate que pueda existir sobre el grado alcanzado en dicha solidaridad o redistribución, los síntomas del agotamiento del modelo parecen aflorar desde tiempo atrás y los sucesivos gobiernos democráticos que se instauraron a partir del régimen de facto han manifestado en distinta medida la intencionalidad por reformar o reestructurar el sector; sin embargo, por razones complejas que tienen que ver con el relacionamiento del sector público con el privado y que genera situaciones de conflicto que se desarrollarán en este estudio parece no haberse conquistado hasta el presente dicho objetivo. La pasada Ley de Presupuesto aprobada en los primeros meses del 2001 dio muestras de querer revertir esta situación de estancamiento e incorporó en su articulado¹ las herramientas necesarias como para poder llevar adelante el propósito. Por otra parte, el cierre reciente de dos prestatarios de servicios asistenciales del área metropolitana – MIDU y COMAEC – por las autoridades ministeriales trasluce las dificultades del sector y la conflictividad que involucra a dicha secretaría de Estado.

¹ Véase “inciso 12” Ministerio de Salud Pública artículos 345, 346 y 369 respectivamente de la referida ley presupuestal.

Las causas que han impedido a los gobiernos democráticos la tan anunciada reforma están difusas, pero entre los factores que puede especularse que han incidido en este sentido puede presumirse que determinadas presiones corporativas o favoritismos personales estuvieron presentes en el bloqueo de las transformaciones necesarias para el funcionamiento eficiente del conjunto de la salud. En todo sistema democrático existen ciertas permeabilidades a intereses grupales y bloqueos, tendencias que pueden responder a tradiciones partidarias, vinculaciones particularistas de los integrantes del ejecutivo, acuerdos preelectorales, devolución de favores, apoyos programáticos o a un sinnúmero de posibles factores que quedan abiertos a la amplia diversidad de gobiernos conformados. La resultante de las políticas públicas puede estar signada más allá de los recursos disponibles por las voluntades de la administración interactuando con los apoyos parlamentarios, las presiones corporativas, la coyuntura económica o el contexto internacional. Parte de ellos son tangibles, en tanto otros requieren de una búsqueda más exhaustiva.

II. PROPOSITO

El presente trabajo busca describir cuáles son los principales actores existentes en el sistema de salud (mayor peso) y las características que particularizaron a cada administración de gobierno entre 1985 y el 2000. Al mismo tiempo se busca señalar la existencia de ciertas actitudes preferenciales por parte de las instituciones – en especial las privadas - y los bloqueos que éstas puedan generar a las transformaciones programadas. Finalmente se intenta explicar cuáles elementos del sistema conspiran contra el eficaz funcionamiento en la prestación de servicios.

El análisis presupone que el Poder Ejecutivo en Uruguay es permeado por los grupos de interés a la hora de trazar políticas, elaborar leyes o pronunciar decretos. En otras palabras, sin desconocer la iniciativa que los agentes gubernamentales tienen en la elaboración de sus programas, las políticas del gobierno operan como variables dependientes de los lazos o presiones de los intereses corporativos y de diversos actores públicos (variable independiente). Este trabajo presenta dimensiones relativamente acotadas, por lo que sería imposible verificar si todas las decisiones tomadas en el Ministerio de Salud Pública responden o no a presiones corporativas o institucionales, fundamentalmente por la difícil tarea que implica encontrar los trasfondos de cada

decisión en la interna ministerial. No obstante, los quince años de gobierno democrático posteriores a 1985 fueron marcados por tendencias u orientaciones en las políticas generales del sistema de salud; a tales efectos, se busca corroborar las transformaciones que en tres periodos de gobierno (1985 – 1990, 1990 – 1995 y 1995 – 2000) se produjeron, dos pertenecientes a gobiernos del Partido Colorado y uno del Partido Nacional. Queda excluido el actual período de gobierno por razones operacionales, puesto que el mandato aún no ha concluido. Pese a que el trabajo presenta características cualitativas se buscará al menos definir variables ordinales para calificar el nivel de transformación alcanzado en cada una de las administraciones.

Ante la problemática de situarse en el camino del desarrollo los países latinoamericanos atraviesan un proceso de transformaciones estructurales, sea en las orientaciones económicas, funciones básicas del Estado o generando reformas que tiendan a una mejor calidad de vida (educación, salud, etc.). Procesos de desregulación, privatizaciones o tercerizaciones, eliminación de ciertos monopolios, creación de marcos regulatorios y otras medidas, han sido aplicados en las últimas dos décadas para superar el estancamiento del continente ante los cambios a nivel global. Los organismos internacionales se muestran proclives a incentivar estos procesos de transformación, incluso observando la lentitud con que dichas reformas son aplicadas en países como el nuestro. A impulsos de nuevos referentes reformistas los académicos han buscado innovar el viejo Estado weberiano aplicando una lógica privatista en la estructura pública; es así que el nuevo paradigma de gerenciamiento público quiso en el Uruguay transformar la densa estructura burocrática que se catalogaba de lenta e ineficiente, focalizando sus objetivos en resultados en términos de eficiencia, efectividad y calidad de servicios, dando de mayor flexibilidad a la organización pública, generando ámbitos competitivos dentro y entre las organizaciones del sector público y reforzando las capacidades estratégicas en el centro para guiar la evolución del Estado (Narbondo, Ramos, 1999). Esta reforma que se focalizó en la Administración Central (segundo período de Sanguinetti) también buscó – como se verá más adelante – instrumentar el gerenciamiento en el sector sanitario, aunque el proceso encontró en su camino obstáculos que impidieron la consecución de los objetivos. Recientemente se ha llegado a la conclusión de que existen ciertos constreñimientos institucionales así como factores endógenos propios de cada país que impiden iguales resultados pese a la aplicación de

modelos similares. Es particularmente relevante entonces conocer la estructura institucional de la arena en que se instrumentan los cambios a efectos de anticipar qué intereses se afectan con los objetivos establecidos en las políticas a aplicar (Martinić, 1999) y qué alternativas se ofrecen para superar los conflictos. Por lo tanto, se torna imprescindible para una materia con escaso acopio académico trazar el mapa de actores y sus intereses o comprender qué lógicas operan en la elaboración de políticas públicas para no caer en bloqueos que en forma prospectiva podían anticiparse, enriqueciendo al mismo tiempo la acumulación de la disciplina.

El criterio establecido para la corroboración de la hipótesis prevé tres dimensiones de análisis:

1) Antecedentes (currículum) de los titulares de la cartera.

Esta dimensión busca definir si existe relación entre los vínculos políticos y corporativos (variable independiente) con la gestión llevada a cabo (variable dependiente). Dicho de otra manera, los antecedentes tales como pertenencias partidarias, identidades ideológicas, tareas desempeñadas, pueden alegar cuál será la orientación de la política. Es probable que un mandatario con ideales social demócratas no aplique medidas económicas fuertemente liberales, así como tampoco quien se haya desempeñado como asesor de las cámaras empresariales tonifique una política netamente a favor del movimiento sindical. Informes de prensa, registros ministeriales y entrevistas a involucrados o informantes calificados operan como fuente al respecto.

2) Un segundo nivel de análisis centra su mirada en las políticas instrumentadas desde el Poder Ejecutivo y en las transformaciones del sistema. Para ello el análisis documental (decretos promulgados, indicadores estadísticos, informes periodísticos) brindará pistas sobre los elementos más relevantes.

3) Finalmente se hace hincapié en los elementos de crisis e irregularidades. Con frecuencia pueden operar decisiones (tales como concesiones de obras, permisos de importación de materiales, exoneraciones, plazos de pagos, trabas burocráticas, manipulación de licitaciones) que dan privilegios a algunas instituciones o actores. Estas medidas a veces invisibles son percibidas por los involucrados directamente. Para ello, las entrevistas a diversos representantes del sistema, la revisión de prensa y documentación varia pueden arrojar luz de estos mecanismos.

III. ELEMENTOS TEORICOS

Identificar quiénes determinan la orientación de las políticas es algo que ha tenido preocupada a la teoría política durante mucho tiempo y que aún en la actualidad no ha logrado en forma consensuada arribar a conclusiones unívocas. La difícil relación entre Estado y sociedad hace que algunos autores sobreestimen el valor de los agentes de gobierno en tanto otros pongan el énfasis en los determinantes sociales. Hasta dónde la autonomía estatal permite llevar adelante ciertos programas o hasta qué punto los grupos pueden incidir para la consecución de sus intereses, cuánto importa el contexto internacional, la coyuntura económica del país o la ideología de los funcionarios públicos o sus propios propósitos. Estos cuestionamientos han tenido distintos fundamentos en lo que se ha dado a conocer como enfoques “estadocéntrico o estatista” y “sociocéntrico o societal”.

La tradición sociocéntrica encuentra muchos representantes y con visiones disímiles. Pese a que es aceptado por la mayoría de las corrientes el hecho de que las condiciones que determinan el conjunto de decisiones varía en función del momento histórico y del lugar en que se produce, presentan como factor común la convicción de que el origen de las decisiones se sitúa en la sociedad civil; el resto de su fundamentación puede tener contenidos económicos, ideológicos o políticos. El marxismo, sea en su versión primigenia o en sus reformulaciones posteriores, hace especial hincapié en el condicionamiento que los empresarios le imprimen a los decisores estatales. En su interpretación más antigua el marxismo con una visión instrumental encuentra al Estado herramienta para la reproducción del sistema y representando los intereses de la clase dominante o burguesía. Este paradigma con el correr del tiempo ha sido objeto de diversas críticas, entre las cuales se destaca la apreciación que “las clases no son actores ya constituidos y los intereses económicos limitan al Estado incluso cuando sus portadores no estén organizados en forma colectiva” (Pzeworski, 1995). Esta versión instrumental también ha sido complementada con otra de carácter estructural, en la que sea por motivos económicos (Poulantzas) o políticos (Escuela lógica del capital) el Estado tiene la necesidad de reproducir el sistema capitalista. La “teoría de la dependencia estructural del Estado respecto al capital” (Block, Offe, Lindblom) también ofrece variantes, pero coincide en el carácter determinante de la estructura social sobre la acción gubernamental. Otras corrientes pueden agregarse a los que encuentran las

acciones gubernativas como resultante de los intereses societales. Por otro lado se ubican los que consideran que el Estado responde a los intereses de coaliciones vencedoras (Collier, 1985), aunque existen interpretaciones que adjudican mayor peso al Estado, el cual cumple un rol de articulación de intereses estimulando coaliciones en función del modelo de desarrollo que se quiera perseguir.

Una de las miradas que mayor desarrollo ha tenido – especialmente en Estados Unidos - es la propuesta por el pluralismo (Dahl, 1963; Truman, 1951) y que pone de relieve las demandas y presiones entre distintos grupos de interés, que serían quienes en última instancia instrumentan las políticas en función de la resultante de sus fuerzas. Las críticas en cuanto a la desigualdades en el peso de ciertos grupos llevaron a nuevas formulaciones (pluralismo reformado) aceptándose que las relaciones entre el gobierno y los grupos de interés están con frecuencia institucionalizadas excluyendo en el proceso de elaboración de políticas a ciertos grupos (Jordan y Richardson, 1987); otras visiones – como la del neopluralismo - sostienen que el gobierno al depender del progreso económico tiende a incentivar al empresariado concediéndole ventajas, puesto que las decisiones de inversión no están sujetas a los controles democráticos (Lindblom, 1977).-

Dentro de cierto marco normativo, las decisiones pueden acaecer mediante formas de intermediación de adscripción corporativa (Schmitter, 1974) en que empresarios, sindicatos y gobierno discuten en torno a una mesa de negociaciones acuerdos políticos

Por otro lado se encuentran las posturas estadocéntricas y dentro de ellas hay variedad de enfoques. Hay diferencias entre quienes conciben al Estado como un actor o como un conjunto de actores. La corriente de “la elección pública” analiza al Estado como una entidad que actúa en función de intereses propios; los agentes estatales serían maximizadores de su interés particular. Las decisiones estatales pueden interpretarse como el resultado del autointerés de los burócratas y políticos de permanecer en el cargo y progresar en sus carreras, derivando en la autonomía del Estado cuando les sea favorable o en la representación de los intereses sociales particulares cuando les convenga (Geddes, 1994).

Otro elemento que algunos autores han destacado como ineludible a la hora del trazado y diseño de las políticas es el papel que juegan las ideas sea en las preferencias como en los objetivos. No cabe duda que la ideología está presente en el momento de

elaborar los programas, pero el punto es determinar hasta qué lugar incide en dicha elaboración. Al mismo tiempo, otros autores han agregado que las políticas no se elaboran en el vacío, y que existe un marco institucional, políticas preexistentes e ideologías que les preceden (North, 1994). Asimismo puede mencionarse que ciertos paradigmas o marcos interpretativos están presentes permeando a políticos, burócratas e integrantes de la propia sociedad civil, generando una suerte de interdependencia entre sociedad y Estado en concepciones como el keynesianismo o liberalismo (Hall, 1993).

Tanto el papel de las ideas, el autointerés de los políticos y burócratas como la incidencia de ciertos marcos normativos pueden incidir netamente en el trazado de las políticas, pero no pueden desconocerse las presiones y demandas provenientes desde la sociedad. En relación a la temática que sea objeto, otros factores pueden incidir en la determinación de las políticas, existiendo ciertas externalidades (caso de las políticas de ajuste que tuvieron ciertas orientaciones de parte de los organismos internacionales) que pueden estar presentes (Viguera, 1998).

Como puede observarse, no hay consenso respecto al carácter sociocéntrico o estadocéntrico de las políticas. Incluso contemporáneamente cuesta categorizar tanto a los autores como a las propias políticas, ya que los límites entre una concepción y otra son frecuentemente poco visibles y traspasados por sus defensores. En la actualidad hay cierta convergencia entre ambas visiones que pone de relieve la necesidad de ir ajustando la propia teoría.

Explicaciones no tan generalizadas o de mediano alcance, ubican el resultado de las políticas como "policy networks" (Zurbriggen, 2002), en las que se sostiene que en la práctica existen muchos centros de poder y diversos vínculos entre muchos órganos de gobierno en los planos local, regional, nacional y supranacional y el Estado operaría como una estructura fragmentada (no como actor dominante) con un laberinto de instituciones y organizaciones (Marsh, 1992). Las redes de relaciones pueden operar en diversos subsistemas: negocian entre unidades del gobierno y grupos de interés, excluyendo a otros grupos, dándose en algunos casos redes más abiertas (redes de asuntos) y en otros redes más cerradas (comunidades políticas).

El tipo de negociación y de organización de los intereses varían en cada país, teniendo cada Estado una estructura de concertación diferente así como marcos normativos e instituciones disímiles.

La tradición académica nacional ha puesto mucho énfasis en el rol centralizador, no tanto del Estado, sino de los partidos políticos uruguayos como catalizadores de las demandas societales². Otros autores han puesto de relieve – más allá de reconocer la fuerte impronta partidocentrista – la existencia histórica de una forma de negociación corporativa, acercándose al modelo descrito por Schmitter y que integra al Estado, las gremiales y a los empresarios (Lanzaro, 1986). En este tipo de relación “corporativa” existe un punto clave de la historia uruguaya³ que insta los Consejos de Salarios; forma de negociación concertada entre empresarios, trabajadores y el propio Estado para el establecimiento fundamentalmente de las pautas salariales. Más allá de que esta forma de negociación excluyera otros temas de la agenda que los propiamente vinculados a los laborales, representa un marco institucional muy fuerte a la hora de realizar el mapeo de los actores existentes, máxime en una arena como la salud en la que se mantiene esta forma de concertación.

Otra de las consideraciones que debe tenerse presente son las características que tiene nuestro sistema de salud como fruto de la acumulación institucional adquirida en el transcurso de más de un siglo. Y en este sentido hay que diferenciar dos dimensiones: una, como resultante de la cultura política que determinó la existencia de prácticas propias en la relación de los distintos actores del sistema; y otra, en que los modelos de prestación asistencial se fueron desarrollando a instancias de la demanda de servicios y de una oferta creciente.

A. El sistema político uruguayo.

La primera dimensión se vincula con las relaciones que surgieron desde inicios del siglo veinte y que involucra la amplia gama de lazos entre los partidos, la burocracia estatal, los grupos profesionales, empresariales y laborales. Dentro de un Estado que se fue conformando a fines del siglo diecinueve y que entre 1900 y 1930 expandió sus funciones de regulación y coberturas sociales (consolidado en las décadas posteriores) y que institucionalizó con reglas formales e informales los modos de relación y los controles partidarios en una clave pluralista (Lanzaro, 1991 y 2000). Es precisamente en

² Véase “La Partidocracia Uruguaya. Historia y teoría de la centralidad de los partidos políticos”, Caetano, Rilla, Pérez, Cuadernos del Clach n° 44.

³ Ley 10.449 de 1943.

ese marco que deben mirarse las relaciones entre los distintos actores que integran la salud y su esfera decisional: un universo que integra formas estatuidas con características particulares como el clientelismo político - sea por razones prebendarias o por ampliación del Estado como bolsón de empleo- (Ramos, 2002), una centralidad partidaria dominante frente a la conformación de una burocracia weberiana (Castellano, 1995) y una atomización de intereses que paulatinamente encontraría instituciones formales para la defensa de sus reclamos. Todo dentro de un Estado capturado y colonizado por los partidos con repartos de cargos (3 y 2 ó 4 y 3) históricamente entre los lemas tradicionales que alcanzaron estatutos constitucionales⁴. Esta forma evolutiva constituyó una lógica política que implicaba negociaciones entre los distintos actores e hizo que las instituciones se agruparan en cámaras empresariales y los funcionarios en federación de sindicatos. Las políticas sanitarias a excepción del periodo de intervención militar puede analizarse como fruto de la interacción de las diversas fuerzas del sistema.

B. Los sistemas de salud.

Para introducimos en la segunda dimensión es preciso recordar que a nivel general existen distintos sistemas de salud, oscilando entre los modelos liberales - en que cada individuo paga por su atención - a los modelos distributivos, siendo el Estado en este último quien recauda mediante impuestos o tributos que se aplican a la sociedad en su conjunto. Uno de los sistemas más antiguo y que ha dado buenos resultados es el alemán implementado por Bismark en 1860. Este modelo basado en la recaudación estatal a través de un sistema previsional e impositivo transfiere la administración a organizaciones mutuales no lucrativas representantes de empresas (como Volkswagen, por ejemplo, con cobertura para empleados y sus familiares), zonas geográficas o sectores. Estas administraciones privadas presentan al Estado la ejecución del presupuesto en función de personas afiliadas (población), riesgo y cobertura con sus costos y centros con quién contratar (prestadores privados). El Estado cumple un rol

⁴ La Constitución de 1952 establece en su artículo 186: "Los servicios que a continuación se expresan: Correos y Telégrafos, Administraciones de Aduanas y Puertos y la **Salud Pública** no podrán ser descentralizados en forma de Entes Autónomos, aunque la Ley podrá concederles el grado de autonomía que sea compatible con el contralor del Poder Ejecutivo". Y prosigue en su artículo 187: "Los Consejos o Directorios, cuando fueren rentados, se compondrán de cinco o de siete miembros, según lo establezca la ley en cada caso, y sus integrantes serán designados, en sesión del Consejo Nacional de Gobierno tres a

recaudador y fiscalizador del balance presupuestal, reservándose las orientaciones de sus políticas en los límites y alcances en la prestación del servicio médico (márgenes de cobertura). Existen también modelos distributivos en que el Estado es prestador de servicios – caso del sistema mexicano creado por el PRI al momento de asumir el gobierno - para todos los habitantes, pero que en su mayoría se encuentran quebrados en la actualidad. Otro modelo de referencia es el norteamericano, modelo liberal donde la contratación se realiza directamente entre los individuos y las compañías aseguradoras variando los montos en función del riesgo. En las últimas décadas han surgido los HMO (Health Management Organization), instituciones similares a las mutualistas uruguayas en que un conjunto de individuos contratan con un centro asistencial asegurador y prestador de servicios por una cuota fija. El sistema estadounidense deja excluida una masa de habitantes, tales como marginados e inmigrantes ilegales. El gobierno cumple un rol fiscalizador en materia de procedimientos, tecnologías y productos. Hay otros modelos basados en sistemas mixtos, en que el Estado reembolsa gastos (Francia) en determinados porcentajes interviniendo en casos extremos⁵ y las organizaciones privadas cubren los complementos (seguros).

· En Uruguay las asociaciones mutuales datan de finales del siglo XIX. “El mutuo” funcionaba como un seguro privado en que sus miembros aportaban individualmente un monto acorde al riesgo a resolver en forma colectiva. Con el surgimiento de la actividad estatal regulando desde las primeras décadas del siglo XX la Seguridad Social (accidentes de trabajo en 1914, incapacidades físicas en 1920, seguro e indemnizaciones por desempleo, jubilaciones y pensiones en distintas etapas según rama de actividad) estas organizaciones mutuales quedan restringidas a servicios sanitarios. Con el transcurso de los años, la oferta oligopólica condujo a la creación de centros asistenciales propios por parte de estas mutuales, derivando paulatinamente en lo que actualmente se conocen como IAMC, dejando los médicos su calidad de contratados para pasar a ser funcionarios de la institución. En su génesis estas organizaciones contaban con características peculiares que daban a sus afiliados lazos de afinidad (origen geográfico

pluralidad de votos por la mayoría y dos a pluralidad de votos por la minoría, en el primer caso, y cuatro y tres, respectivamente, en el segundo (...)

⁵ En el caso francés años atrás los médicos oftalmólogos acordaron sobrevalorar el valor de sus recetas para que los pacientes no sufrieran desembolsos. Como la paramétrica para países de la región delataba la maniobra el Estado intervino.

de inmigrantes, asociaciones religiosas o filosóficas). Por su parte, la población médica liberal hizo frente a un problema de desempleo ya creciente en la década del '30 creando un sindicato con un centro asistencial dirigido por ellos (las mutualistas tenían dirección de los afiliados). También surge el fenómeno de las cooperativas médicas como asociación civil de médicos que se nucleaban por afinidad para dar cobertura a sindicatos específicos (vestimenta, metalurgia, etc.) organizados en los "mutuos", caso que difiere con el interior en que los médicos pertenecientes a la salud pública y radicados allí se organizan en cooperativas para asistir a un mercado desprotegido. Por último deben señalarse los prestadores privados. El origen de los sanatorios ha sido variado, pero debe resaltarse que el fenómeno de los seguros parciales y asistencias móviles implicó la conquista de un mercado ineficientemente atendido por las IAMCs existentes y un público dispuesto a pagar por ese nuevo servicio.

En los últimos quince años no son muchas las leyes que se elaboraron desde el Palacio Legislativo, las que se reducen a un puñado y de las cuales algunas tienen más un carácter emblemático que de verdadera política. Quien más visiblemente ha tomado cartas en el asunto es el Poder Ejecutivo, el que a través de algunas resoluciones y decretos ha modificado el rumbo de las políticas. En otras ocasiones, la omisión de reglamentaciones o contralores ha dado ciertos "favoritismos" a algunos de los actores que integran dicho subsistema. Las páginas sucesivas transitan por algunos de estos temas, esclareciendo cómo operan ciertos mecanismos de negociación y qué transformaciones se produjeron a lo largo de una década y media.

IV. GENERALIDADES.

A. Servicios y distribución.

De acuerdo a datos estadísticos la población actual del Uruguay ronda en el entorno de 3.360.900 habitantes. Según informaron fuentes ministeriales, en nuestro territorio a diferencia de otros países prácticamente la totalidad de la gente en determinado momento frente a una patología específica termina recibiendo asistencia, más allá de la cobertura formal que le corresponda. Independientemente de ello la asistencia en salud puede primariamente disgregarse en lo que son servicios públicos suministrados por el Estado y los servicios privados, de los cuales existe una amplia variedad de prestaciones. En lo concerniente a los servicios públicos el Ministerio de

Salud Pública a través del servicio desconcentrado de ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) cuenta con diez Centros Hospitalarios en la zona capitalina y sus adyacencias, varios Institutos especializados en diversas patologías (oncología, traumatología, reumatología, enfermedades infecto – contagiosas, instituto hanseniano), 18 Centros Departamentales de Salud y 31 Centros Auxiliares de Salud a lo amplio del territorio, completando 47 Unidades Ejecutoras además de una vasta red de policlínicas. Para ser beneficiario de estos servicios se requiere ser portador del Carné de Asistencia (conocido como “carné de pobre”) otorgado por el organismo, al cual se accede corroborando la incapacidad de adherirse a otros servicios pagos por falta de solvencia económica. Conjuntamente, existen otras prestaciones administradas por el Estado tales como las Comisiones Honorarias (de Lucha Contra el Cáncer, Sida, etc.) y las que corresponden a otros servicios públicos específicos de otras carteras, accediéndose al derecho de usuario a través de una pertenencia directa a los mismos o en calidad de familiar de éstos. En esta categoría se encuentran la sanidad militar, policial y algunas empresas públicas. En el caso de la ciudad de Montevideo, la Intendencia capitalina también brinda en algunos lugares atención en Policlínicas (unas 18 en toda la ciudad), pero que no está subordinada a la estructura ministerial, salvo en lo que a normativa refiere.

Por otra parte se encuentran las prestaciones privadas. El sistema más conocido y al amparo del decreto ley 15.181 son las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y a las que en forma extendida mal se las llama “mutualistas”. Bajo este marco jurídico se esconden tres formas estatutarias para la prestación del servicio y que en principio no persiguen fines lucrativos: a) asociaciones mutuales, cuya propiedad radica en los socios; b) cooperativas médicas, propiedad de los médicos adheridos; y c) asociaciones gremiales. Para ser beneficiario de las IAMCs existen tres mecanismos generalizados: 1) afiliación individual, en que se requiere pagar el valor de la cuota cuyos parámetros de fijación los establece el Poder Ejecutivo (acuerdo entre MSP y MEF) además de las órdenes y tickets correspondientes establecidos en la ley. 2) En el caso de los trabajadores formales del sector privado, el Banco de Previsión Social retiene un porcentaje (3%)^{15.181} de sus haberes en forma directa y los vierte a un sistema solidario de salud (DISSE), permitiéndoles la afiliación a la institución IAMC de preferencia. A su vez, las mismas reciben en pago por afiliado mediante este mecanismo entre 85% y 90%

de la cuota promedio, compensándose la diferencia de cuota en la escasa atención médica que generalmente requieren las personas en edad laboral activa. 3) Afiliaciones colectivas, instrumento utilizado por las Instituciones para incorporar una masa importante de afiliados con pertenencia común a una persona jurídica y a la que otorgan beneficios específicos.

Además de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) existen seguros parciales de salud y emergencias móviles que no están comprendidas en la referida ley del mutualismo. Estos varían ampliamente en sus montos según la cobertura a la que se afilie el contratante. Los datos aportados por el MSP para el año 1997⁶ señalan 71 empresas comprendidas en esta categoría además de los 25 Sanatorios privados distribuidos en el país, pero en los últimos años la cifra de prestatarios privados se ha visto modificada por el surgimiento de nuevos emprendimientos. Estas instituciones y empresas poseen fines de lucro y se rigen por una variedad de decretos que en los últimos quince años han tratado de regular la actividad médica privada⁷.

Finalmente se encuentran los Institutos de Medicina Altamente Especializada. Su marco normativo está regido por el Decreto Ley 14.897 de 1979 que les faculta su instalación para el diagnóstico y tratamiento de determinadas afecciones complejas y con subordinación al Ministerio de Salud Pública. Asimismo la referida normativa crea en su artículo 4° el Fondo Nacional de Recursos a efectos de incluir bajo su amparo a todos los afiliados del sistema público y privado dado el alto costo de las intervenciones y que se verían perjudicados de no haberse creado; a través de la Ley 16.343 de 1992 – período democrático - se regula la ley anterior. Varias de las instituciones de asistencia médica colectivizada de envergadura cuentan con este tipo de institutos abocados a cirugías complejas y de alto costo.

En cuanto a la distribución de la cobertura en salud no se han registrado en el período de consideración variaciones significativas. A la fecha del último Censo la distribución sobre los 3.163.763 habitantes era la siguiente: MSP 1.065.217 (33.6%), IAMCs 1.473.936 (46.6%), Sanidad Militar 132.468 (4.2%), Sanidad Policial 57.091 (1.8%), otros servicios 37.060 (1.2%), sin cobertura 368.715 (11.7%) y sin especificar 29.276 (1%). Si bien los registros del Ministerio de Salud Pública han adquirido

⁶ Ver anexo.

⁷ Ver anexo, "decretos y resoluciones".

sistematización y amplitud de datos a partir de 1996, se tiene conocimiento de los distintos valores referidos a los afiliados a las IAMCs y se concluye que el sector privado se encuentra estancado. Teniendo en cuenta que en 1985 se encontraban adheridos al sistema 1.279.696 y en 1990 lo estaban 1.526.651, la tasa de variación para el quinquenio se sitúa en 19.3%. Considerando que en 1995 los afiliados descendieron a 1.506.349 se deduce que la variación fue 1.3% negativa, para aumentar en 2.2% (1.540.659) para el año 1999⁸. De esta cantidad de beneficiarios en 1999 un 37.7% lo hace bajo el sistema DISSE (580.070), habiendo disminuido respecto al año anterior 2.43%. La prolongación de la recesión, el crecimiento de la informalidad laboral y el cierre de diversas empresas hace presumir que en la actualidad sean menos los incorporados al sistema colectivizado.

B. El gasto en Salud.

En los años de la restauración democrática el gasto total en salud como porcentaje del Producto Bruto Interno en el Uruguay oscilaba entre un 6.2 y 6.5%. Estos valores que para el año 1987 significaban U\$S 482 millones paulatinamente han ido en ascenso hasta alcanzar en la actualidad un monto cercano a los U\$S 2.300 millones, cifra que significa una escalada hasta el 10.26% del PBI. Acorde al incremento poblacional esta transformación trepa de U\$S 250 dólares invertidos por cada habitante a U\$S 697, es decir, el costo de salud se ha multiplicado aproximadamente por tres. Por otra parte, en forma comparada las instituciones de asistencia colectiva invierten en salud tres veces más (\$ 9.588.050 en el año 1998) que la asistencia pública (\$ 3.243.778 en el mismo año), vale decir que proporcionalmente al número de asistidos en ambos servicios los pertenecientes a las instituciones privadas (IAMCs) tienen una inversión per cápita 2.4 veces mayor a los que tienen cobertura estatal. En cifras globales, las IAMCs representan el 40% del gasto en salud, en tanto el MSP lo es en un 13.5%, las emergencias móviles y seguros parciales un 10% y la atención particular que ha ido incrementando significativamente lo hace en otro 10%.

⁸ Último dato disponible públicamente.

C. Población médica.

Las cifras oficiales sobre la evolución de la población médica son por demás elocuentes; en 1985 la cantidad de médicos afiliados a la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios se situaba en el orden de los 6.290. En el transcurso de 15 años la cantidad prácticamente se ha duplicado, alcanzando los 12.357 para 1999. Ahora bien, la incidencia de este crecimiento no se ha vivido en la misma proporción en la capital del país como en el interior. Acorde al último Censo, la población montevideana se encuentra en cifras cercanas a 1.344.839 habitantes y la del interior en 1.818.924, valores que se estima han variado relativamente poco. De mantenerse esta relación⁹ la evolución arroja que en Montevideo hay un médico cada 144 habitantes, en tanto en el interior hay un galeno cada 595 habitantes. Esta disparidad será señalada por algunos operadores como detonante para la crisis de las instituciones radicadas en la capital.

V. NIVEL POLÍTICO PARTIDARIO.

En el abordaje global sobre la problemática de la salud uruguaya de manera casi inercial los entrevistados distinguían diversos planos analíticos. Por una parte se encuentra la actividad partidaria, tan característica de un país como el nuestro en que el rol de los partidos políticos ha sido claramente identificado en toda la estructura estatal. El sector no escapa a esta forma de organización y como se verá más adelante es pensable que por el fuerte peso que la actividad sanitaria tiene en el producto y las particularidades que el subsistema encierra se genere un ámbito propicio para prácticas y costumbres muy propias de la tradición política nacional en que los partidos políticos dado el rol centralizador que han desarrollado cultiven clientelas y preferencias hacia distintos actores (Caetano, Rilla, Pérez, 1987). Un segundo aspecto es el que encierra a los actores que en particular están implicados en la función. En este sentido se incluyen aquellos elementos de tipo corporativo, los que difieren en grado de participación, capacidad de presión, organización, intereses y orientación. Aquí se puede distinguir primariamente a las diversas instituciones privadas – en especial las IAMCs – , las cámaras a las que se encuentran adheridas, los grupos médicos nucleados por

⁹ Ver anexo, médicos afiliados a la Caja de Jubilaciones y Pensiones.

especialidades, los trabajadores en general (que en su mayoría están sindicalizados), empresas de suministros médicos, laboratorios y proveedores varios. Finalmente y como apreciación netamente subjetiva, una tercera categoría incluye decisiones - sean individuales o colectivas - en el que el posicionamiento en lugares estratégicos permite a distintos funcionarios obtener bajo situaciones de dudosa legalidad beneficios particulares. Cabe agregar que esta diferenciación es meramente analítica, puesto que en realidad difícilmente se den por separado estos niveles o existan combinaciones de ellos.

A. Las carteras.

Con el retorno de la democracia las instituciones volcaron una serie de expectativas sobre los partidos políticos y anhelaron cierta liberalidad de parte del gobierno entrante. En opinión de una fuente ministerial del momento *"quedaba bien y era políticamente conveniente deshacer mucho de lo que se había hecho considerando que si provenía de la dictadura necesariamente era malo"*. El turno presidencial legítimamente le correspondía a un gobernante electo en las urnas y el Partido Colorado se hacía con la Banda en la figura de Julio Ma. Sanguinetti luego de once años de interrupción de la institucionalidad. No obstante, la restauración requería participación de todos los partidos y aunque no todos la tuvieron en el gabinete sí ocuparon cargos en entes autónomos y servicios descentralizados. El Ministerio de Salud Pública no fue de los que se reservó el gobierno electo para sí, cediéndoselo a un partido de la oposición: el Partido Nacional. La designación en la Cartera le correspondió al Dr. Raúl Ugarte Artola y se convirtió en el único ministro de salud en completar un mandato quinquenal en lo que llega a nuestros días. En referencia a las instituciones de asistencia médica colectiva con problemas económicos importantes, se produjeron cuatro fusiones por absorción entre 1985 y 1990 ("Gremial Médica Colón", "Corporación Médica de Paysandú", "Sociedad Italiana de Socorros Mutuos, Unión y Benevolencia" y "Centro Asistencial Quirúrgico") por otras instituciones de plaza. Además fueron cerradas otras instituciones: "Unión de Mutualistas"¹⁰, "Mutualista del Partido Nacional"¹¹, OMA, Círculo Napolitano, Fraternidad Italiana, Mutualista Batlle y Mutualista Pasteur, aunque

¹⁰ Decreto 507/986.

¹¹ Decreto 879/988.

a esta última correspondió la liquidación durante la siguiente administración¹². El período se caracterizó por convalidar muchas de las disposiciones que el régimen militar había implementado y las propias Comisiones de Salud que en la actualidad funcionan en el ámbito legislativo aún no estaban conformadas. En cuanto a la actividad previa del Dr. Ugarte, era un médico de trayectoria vinculado al sector privado pero sin participación previa en la actividad pública; siendo integrante de IMPASA no se tienen indicios que dicha institución haya sido beneficiada en alguna medida por el sitio de privilegio que ocupaba. Otra institución relacionada con Ugarte era MUCAM (Médica Uruguaya), institución con actitudes cuestionadas por la mayoría de los actores pero que escapan a su período.

La segunda administración de gobierno (1990 – 1995) correspondió al Dr. Luis Alberto Lacalle en representación del Partido Nacional. Con un gesto similar al predecesor, la cartera fue cedida al opositor Partido Colorado, quien designó por la experiencia en el área al Dr. Alfredo Solari. Su permanencia en el cargo fue relativamente corta y su renuncia se produjo al año siguiente. Solari era funcionario de carrera del Ministerio y había sido partícipe de la reforma del mutualismo que se gestó con el Decreto - Ley 15.181 y los decretos reglamentarios posteriores a raíz de los estudios realizados bajo el financiamiento de la Fundación Kellog que él mismo dirigía. Durante la gestión del Ministro Raúl Ugarte y por diferencias con él (que posteriormente fueron zanjadas) Solari temporalmente se había ausentado de su labor ministerial; a su regreso buscó retomar la actividad de contralor sobre las instituciones que la propia fundación Kellog había financiado y encontró duras resistencias, fundamentalmente en el interior; por otra parte, obtuvo voluntades en su contra al abocarse a perseguir fenómenos de corrupción. El 25 de Mayo de 1991 Solari cesa en sus funciones.

Días más tarde, el 10 de Junio, asume como titular de la cartera el Dr. Carlos E. Delpiazzo. Luego de la experiencia colorada la Secretaría de Estado pasó a filas nacionalistas. Las fuentes consultadas coinciden en la opinión de que el rol del flamante ministro radicaba en operar como moderador de un sistema al momento fuertemente agitado. Sus conocimientos del sector eran sumamente escasos, más allá de ser asesor letrado de Médica Uruguaya. Vinculado confesionalmente a un grupo religioso de la

¹² Decreto 357/990.

Iglesia Católica generó duras polémicas en el tipo de manejo de la publicidad y difusión frente a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, hecho que lo condujo a duras confrontaciones quedando expuesto ante la opinión pública. Su administración finalizó el 11 de Agosto de 1992 al parecer por propia voluntad y fue seguido por el Dr. Guillermo García Costa, quien permaneció hasta el final del período. Más allá de la militancia política, García no contaba con experiencia en el área sanitaria y ciertos fenómenos de corrupción públicamente manejados tiempo después vinculados a su partido e inclusivos de su cartera al parecer ocurrieron bajo su desconocimiento. Su segundo en el mando, el Subsecretario de Salud Odel Abisab, cumplió un papel más enérgico que los anteriores, siendo él quien participaba de actividades de relevancia, como por ejemplo, reuniones de la Comisión en el Fondo Nacional de Recursos por su vinculación desde tiempo atrás en el sector privado. El viceministro (actual diputado del Partido Nacional) mantenía una relación con una mutualista, el Círculo Católico de Obreros del Uruguay, de la cual era directivo.

Con las elecciones de 1994 el Partido Colorado retoma la conducción en el Ejecutivo. En esta oportunidad se reserva para sí la secretaría en Salud buscando implementar reformas sustantivas en áreas específicas en lo que se conoce como *reformas de tercera generación*. La designación del titular fue por demás elocuente para los operadores del sistema: regresaba el Dr. Alfredo Solari y esta vez lograría permanecer el doble que su experiencia anterior (hasta el 18 de marzo de 1997). La Subsecretaría estaría a cargo de la Dra. Laura Albertini, quien protagonizara posteriormente junto con su esposo, el Dr. Eduardo Lasalvia en la dirección técnica del Instituto de Oncología situaciones de irregularidades administrativas en el manejo de una licitación. La confrontación directa de Solari con la antecesora administración nacionalista por un supuesto manejo ilegal de fondos estatales en la megacompra de equipos médicos y de informática realizada con la empresa española FOCOEX fue epicentro de inestabilidades en la coalición de gobierno entre blancos y colorados. La Dra. Albertini fue relevada por el Dr. Gustavo Amén y la renuncia de Solari acaeció luego de que se conociera que el propio Partido Nacional teniendo como vocero al Senador Walter Santoro solicitara al Presidente Sanguinetti la dimisión del Secretario de Estado. Con respecto a la actividad desempeñada por el Dr. Alfredo Solari, el Presidente del Plenario de Mutualistas, Dr. Natalio Blankleider, sostuvo que "*nosotros (las*

instituciones que lo integran) no tenemos un mal recuerdo de Solari, trató de modernizar al sector y estableció normas que fueron novedosas”, en alusión a la reglamentación que otorga mayor participación al sector privado en el Fondo Nacional de Recursos frente a decisiones que fueran de relevancia. En cuanto al sector público buscó la descentralización presupuestal por unidad ejecutora complementándose la medida con compromisos de gestión.

La vacancia fue llenada rápidamente por el Dr. José Raúl Bustos. Siendo integrante de filas foristas (coloradismo) permaneció al frente del Ministerio de Salud Pública hasta el fin del período y contó con el apoyo como Subsecretario del Dr. Gustavo Giussi. El Dr. Bustos contaba con antecedentes funcionales en el área sanitaria desempeñándose con antelación como director de medicina preventiva materno – infantil de la Dirección de la Salud, siendo funcionario de carrera del ministerio. A su vez mantiene vínculos personales con la institución Médica Uruguaya.

B. Los cargos.

Uno de los elementos que hace apetecible contar con un ministerio es la permisibilidad que permite en el reparto de cargos, máxime cuando estos proliferan en todo el país. El Ministerio de Salud Pública contando con los funcionarios del casco central, es decir, la plantilla integrante de la administración que trabaja desde el edificio de 18 de Julio y Juan Rodríguez, cuenta con unos 18.000 empleados. En la actualidad el ingreso de nuevos funcionarios públicos está vedado por una ley parlamentaria, salvo en el caso de los servicios de salud de ASSE. Vale decir que la política clientelar aún es posible en un área tan importante dentro de un Estado cada vez más restringido. Los entrevistados pertenecientes al sector público afirman que este tipo de prácticas fueron habituales en los años de mención, alcanzado incluso proporciones pre establecidas dirigidas desde el edificio ministerial (Recursos Humanos) en el denominado “3 y 2” de la coalición gobernante para los cargos en general, según quién estuviera en el gobierno (partido gobernante – socio de coalición). En el caso de los cargos de dirección si bien esta práctica buscaba respetarse, sostienen que había mayor discrecionalidad. A su vez, los cargos de dirección en hospitales y Centros Departamentales de Salud – fundamentalmente en el interior del país en que el servicio de ASSE se encuentra en mejores condiciones que en Montevideo y cubre casi al 70% de la población – implica

recursos de poder importantes teniendo en cuenta que desde allí se permiten contrataciones varias e incluso otorgamiento del codiciado carné de asistencia expedido por la propia administración. Curiosamente la base de datos que permite corroborar la afiliación de los solicitantes del carné de asistencia a alguna institución de asistencia médica colectiva impidiendo la doble cobertura (pública y privada) de los usuarios se estima que quedaria habilitada en cuatro o cinco años, hecho que en opinión de uno de los consultados calificados para el presente trabajo llama la atención, puesto que siete años atrás ya se estaba montando el sistema.

Otro elemento que tiene que ver con el ejercicio de la actividad política es el favoritismo que los directores y altas jerarquías ministeriales han tenido en el transcurso de estos años respecto a departamentos de origen. Los entrevistados ministeriales coinciden en que para los departamentos de ascendencia de los sucesivos directores de ASSE se han producido un sinnúmero de nombramientos de funcionarios en Hospitales y Centros Departamentales (Durazno, Lavalleja, Maldonado, Florida, Rivera) que escapan al promedio de los restantes departamentos.

C. Los cambios.

Los programas de gobierno de todos los partidos referían al sector salud y las transformaciones a realizar en términos demasiado genéricos. Todos mencionaban la necesidad de implantar un Sistema Nacional de Salud, aunque no se especificaba la forma y grado en que debía concretarse. Ya desde la CONAPRO (1984) los partidos acordaban la necesidad de implementarlo, tema que fue inclusivo de la agenda de gobierno hasta el año 1987. Tanto en la órbita del Ejecutivo como en la del Legislativo se presentaron proyectos tendientes a la creación de un Sistema Nacional de Salud, pero los fondos que financiarían el seguro nacional creó conflictos que bloquearon la instauración del mismo¹³. Con menos alcances que la anterior propuesta de un Sistema, en 1987 logra crearse ASSE como servicio desconcentrado del MSP a iniciativa del Poder Ejecutivo, proyecto que con modificaciones en el parlamento otorgaba a su Director General y Sub directores Técnico y Administrativo la administración de todos los establecimientos públicos, a excepción de las sanidades militar y policial con las que solamente coordinaría

¹³ El propuesto por las autoridades del MSP requería un aporte del 7% del ingreso del núcleo familiar, en tanto el otro elevado al parlamento por el Partido Nacional se financiaba con aportes individuales o familiares del 4%. El SMU aportaba como mecanismos de financiamiento para ello diversos impuestos.

evitando la superposición de las políticas.¹⁴ En los debates generados quedaba en claro que la implantación de un sistema nacional debería hacerse en forma gradual y no totalmente en el transcurso del quinquenio (D. Piotti, 1995).

Entre 1990 y 1995 no se registraron cambios sustantivos en el marco legal que regula el mercado sanitario, salvo las que incluye a las IMAES (Ley 16.343 de enero del '93) y decreto reglamentario¹⁵ y que en el gobierno militar estaba previsto por un decreto de la época¹⁶. Sí es de destacar que en este período¹⁷ se liberalizó la fijación del precio de las cuotas de las IAMCs, aunque más adelante se fijaron ciertos topes. También se permitió la incorporación de determinadas tecnologías por instituciones privadas. Por otra parte, a la Federación Médica del Interior se le prometió transferir servicios públicos para sus instituciones, convenio realizado gracias al apoyo que el Banco Mundial brindó a un programa (FISS) que buscaba diseñar nuevas estrategias para el mejor funcionamiento de los hospitales públicos. A la vez se creó el Programa de Inversión Social con fondos provenientes del BID para apoyar inversiones diversas en el sector, programa que en la siguiente administración pasó a denominarse FAS (Fortalecimiento del Área Social).

El período que incluye la segunda administración del Dr. Sanguinetti quiso dar un paso más en el proceso: a través de la Ley de Presupuesto el Ejecutivo se proponía promover la Ley de Descentralización que transfería a 18 directores departamentales de salud las responsabilidades de ejecución de las políticas, controles, programas y planes que determinase el Ministerio de Salud, teniendo estos incompatibilidades con el desempeño de funciones privadas. Esta ley implicaba transformaciones significativas puesto que comprendía cambios en los estatutos de los hospitales públicos, el cobro a los usuarios de los servicios hospitalarios y una lógica en el manejo del recurso humano (reforma gerencial) similar al sector privado (Heredia, 2002). Varias razones pueden señalarse que echaron por tierra las expectativas ministeriales, entre las que pueden citarse la falta de negociación con los distintos actores previo a la presentación del proyecto, la inclusión de la referida ley dentro del Presupuesto quinquenal, la afectación que esto tenía para los intereses de FEMI, las presiones sindicales por el intento desregulador y flexibilizador para los funcionarios públicos o la inclusión dentro de ley a

¹⁴ Véase Ley nro. 15.903.

¹⁵ Decreto 358/993.

¹⁶ Ley del Consejo de Estado 14.897.

centros asistenciales como sanidades militares y policial, BPS y Clínicas (Moreira, Hernández, 1996). En lo que va de la actual administración del Dr. Batlle la apuesta parece apuntar a una mejora en la gestión del sector privado con cierre de instituciones fuertemente deficitarias. Se aguarda del Banco Interamericano de Desarrollo un préstamo sustancial que permita transformaciones de las instituciones privadas, aunque el camino aún no está claramente visible y no es objeto del actual trabajo.

VI. NIVEL CORPORATIVO.

Dentro de esta segunda categoría se encuentran todas aquellas asociaciones e instituciones que en la búsqueda de un objetivo común se organizan colectivamente para la consecución de sus intereses.

A. Las Cámaras.

La mayoría de la Instituciones de Asistencia Médica Colectiva se encuentran adheridas a alguna cámara, en especial por un patrón de índole estatutario. Tal es así que las mutualistas actuales coinciden todas en la pertenencia a la UMU (Unión de la Mutualidad del Uruguay), las cooperativas – en su mayoría de carácter gremial – radicadas en el interior mantienen una vinculación a través de FEMI (Federación Médica del Interior) y las cooperativas o asociaciones gremiales en Montevideo en su mayoría se encuentran afiliadas al Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Otra cámara pequeña es FECOMI (Federación de Cooperativas Médicas del Interior) pero su incidencia y capacidad de presión ha sido definida por los consultados como “menor”, debido a la escasa cantidad de instituciones que la integran (no superan las ocho) y la correlativa masa de afiliados que poseen.

La existencia de estas cámaras es relativamente joven, siendo FEMI la más longeva y cuyos orígenes se remontan a 1966. Internamente cuenta con 23 instituciones¹⁸ que presentan gran estabilidad en la pertenencia a la cámara. FEMI posee una doble finalidad: representación a nivel de cámara a todas las empresas afiliadas gremialmente y mejores prestaciones para la calidad asistencial (cobertura en todo el país y asistencia en Montevideo en el Sanatorio Americano, propiedad de las 23 instituciones). Representa a todos los médicos del interior en las elecciones universitarias o en la Caja de Jubilaciones

¹⁷ Decreto 65/992.

y Pensiones de Profesionales Universitarios, realiza el control ético de la profesión además de representar a sus afiliados en todas las instancias corporativas. Todos los entrevistados coinciden en otorgarle a ella la mayor capacidad de presión, la que se fundamenta en varias razones. Siendo una federación que atiende aproximadamente a medio millón de afiliados cuenta casi con el monopolio de la oferta de asistencia privada en el interior. Si bien algunas instituciones con residencia en Montevideo tienen sedes secundarias en distintos puntos del país el peso relativo en referencia a las instituciones de FEMI es menor. Otro aspecto es la incidencia que tiene sobre los legisladores; aproximadamente la mitad de ellos provienen de los distintos departamentos y al ser FEMI una organización fuertemente amalgamada con representación en todas las ciudades importantes permite con ellos un relacionamiento más fluido que las de la capital. Muchos de los legisladores en la actualidad vienen del sector médico, en especial del interior. Adicionalmente se puede señalar la solvencia económica. Prácticamente las instituciones de FEMI no tienen - o en escasa medida - competencia, puesto que no conviven varias instituciones en las diversas localidades, a excepción de los hospitales públicos de la red de ASSE. En opinión de varios entrevistados, el relacionamiento entre las instituciones públicas y las privadas en el interior por la doble función laboral de los médicos hace que muchos de los recursos asignados a la asistencia estatal subsidien instituciones privadas, sea en medicamentos, materiales varios, infraestructura hospitalaria e incluso horas laborales. Además, el sistema de remuneraciones de los cirujanos y anestesistas del interior difiere en gran medida de los de las instituciones de la capital, hecho que diezma los egresos. En esta línea también se ha creado un sistema de compras a nivel de cámara, cosa que permite adquirir insumos a menores costos. Concomitantemente, como se vio en páginas anteriores hay una relación dispar entre los médicos del interior y los de Montevideo, hecho que se adjudica a una restricción mayor por parte de FEMI en los ingresos de su plantilla de profesionales.

La Unión de la Mutualidad del Uruguay está integrada por cuatro instituciones: La Española, Casa de Galicia, Hospital Evangélico y Círculo Católico. Fundada en 1988 el conglomerado de mutualistas asiste en la actualidad aproximadamente a 340.000 personas, siendo las únicas en su categoría que permanecen; hasta hace un tiempo estaba

¹⁸ Ver listado en el anexo.

la Mutualista Israelita del Uruguay fuera de la cámara, pero fue cerrada por la actual administración. El peso de la cámara está dado por la cantidad de afiliados, pero todos comparten en que una de sus integrantes, La Española, le otorga un "plus" especial por el la capacidad de negociación de su gerente general, Oscar Magurno, quien mantiene lazos con el Partido Colorado (en las últimas elecciones fue candidato a titular para la Intendencia Municipal de Montevideo). El actual presidente de la cámara, Dr. Mazzuchelli, es directivo de la mencionada asociación. Cuando se funda la cámara estaba integrada sin la presencia del Círculo Católico, el cual estaba inicialmente adherido al Plenario, pasando posteriormente en calidad de observador a la UMU para finalmente tener los mismos derechos que las restantes mutualistas.

La otra cámara con un peso relativo ha sido el Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Considerada como la más plural de las cámaras por tener una vasta complejidad de intereses que la conforman, su presencia data desde el año 1987. Habiendo sido la más grande en volumen de afiliados en la actualidad está pasando por un proceso de resquebrajamiento, quedando tan solo ocho instituciones (CIMA, CUDAM, GREMCA, IMPASA, OCA, SMI, UNIVERSAL) de escaso caudal de adheridos en una cifra cercana a 210.000 personas. Tiempo atrás contaba también con la presencia de MUCAM, CASMU, AECN (luego COMAEC), Círculo Católico, CEMECO, MIDU, y Uruguay España¹⁹, además de otras instituciones del interior que se escindieron para crear FECOMI (CIPS²⁰, UMER, COMECCEL, CAISA, CRAME, CADEMI, COOPAMM, COMERI y Sociedad Mutualista Obrera de Juan Lacaze), las que en volúmenes absolutos le generaban más de 600.000 voluntades.

B. Otras agrupaciones.

Una conformación atípica es el Sindicato Médico del Uruguay en el cual conviven patrones y empleados. Dentro de la organización están adheridos empresarios médicos, corporaciones y médicos en general. El 80% de los médicos del país están afiliados a él gremialmente pero simultáneamente este sindicato posee el centro asistencial (CASMU)

¹⁹ CEMECO cerrada en la administración Bustos; MIDU y COMAEC lo hicieron bajo la administración de Fernández Ameglio en el actual periodo de gobierno. Por su parte la mutualista Uruguay – España intervenida por Resolución 920/999 del Poder Ejecutivo se transformó posteriormente en cooperativa denominándose en la actualidad COMUE, la que no integra ninguna cámara.

con mayor cantidad de afiliados. Para ser médico empleado de dicha institución es requisito necesario estar afiliado sindicalmente, hecho que representa un recurso de poder importante por la oferta de trabajo que genera. Gran parte de los médicos afiliados al SMU son simultáneamente propietarios de otras instituciones (generalmente cooperativas), hecho que en algunas oportunidades genera conflicto de intereses o relación de competencia²¹ que incluso ha llegado a generarle fisuras. Su origen databa de 1935, época en que surge para hacer frente a las asociaciones mutuales del momento y para dar trabajo a la población médica ya en crecimiento. Actualmente el Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay no se encuentra formando parte de cámara alguna.

A nivel médico además de las agremiaciones (FEMI en el interior y SMU en Montevideo) existen sociedades científicas que fueron evolucionando según las especialidades. En términos generales, luego de una huelga de tres meses que se produjo en 1993, el grupo que nuclea a los anestesiólogos, cirujanos, ginecólogos y oftalmólogos se diferenció sensiblemente del resto del grupo médico. Apartándose del Sindicato Médico del Uruguay que era quien los representaba hasta el momento y siendo asesorados por la consultora PRICE, estas sociedades científicas que datan desde fines del siglo XIX y que habían tenido un rol discreto - servicio de biblioteca para la especialidad, congresos, actividades de educación continua, etc.- iniciaron una huelga de dureza inusitada en la que llegaron a no operar a sus pacientes, lo que les permitió obtener un sistema diferente de remuneración conocido comúnmente como "acto médico". Este consiste en el cobro de los honorarios en función de la cantidad de intervenciones quirúrgicas efectuadas. El argumento esgrimido era que la distribución salarial no era equitativa, puesto que existía un salario base y el adicional por intervenciones era menor, hecho que contrastaba muy poco de realizar 1 o 50 intervenciones. De esta forma amparándose en un argumento de justicia quien realizara mayor cantidad de operaciones tendría un ingreso superior al de sus colegas. Finalmente la persuasión sobre el resto de los grupos médicos fue exitosa y con el apoyo del gobierno en la votación en el Consejo de Salarios (vale recordar que ésta es una de las tres ramas junto con la construcción y el transporte en que aún se

²⁰ "Corporación Interbalnearia de Producción de Salud", luego por resolución 912/998 absorbida por el Círculo Católico de Obreros del Uruguay.

mantiene la negociación tripartita) permitió el establecimiento de un convenio piloto por un año en que se evaluaría la situación. Una de las fuentes perteneciente al Ministerio de Salud Pública abocada a la realización de las auditorías que determinarían el impacto de la medida manifestó que en el año 1995 fueron convocados por el Presidente de la República, el Dr. Julio Ma. Sanguinetti, quien les dio orden expresa de no proseguir con su objetivo. Por otro lado, consultado uno de los dirigentes de la FUS (Federación Uruguaya de la Salud) expresó que *“los recursos son siempre los mismos y entre el año 1985 y 1991 del monto salarial que el gobierno tenía previsto distribuir del sector la mayor tajada se la llevaban los no médicos, porque con los médicos como tenían multiempleo era más fácil negociar una situación compensada; cuando ingresan los anestésico quirúrgicos la FUS empieza a perder la mayor participación y dentro de ese monto la concentración mayor la tienen los cuadros gerenciales – directores técnicos médicos, administradores generales – y hay una especie de alianza de hecho entre ellos y los anestésico quirúrgicos”*²². Según manifestó, en la actualidad un 5% de los médicos percibe el 20% de los ingresos del sector.

Otro grupo importante de médicos es el que tiene participación en los Institutos de Medicina Altamente Especializada. Estos “especialistas” generalmente pertenecen también al grupo de los anestésico – quirúrgicos y en muchas oportunidades perciben doble remuneración: por el Fondo Nacional de Recursos y por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, quienes se encuentran en el comentario de una fuente *“ganando varias veces lo que gana el Presidente de la República”*. Por su parte, los especializados en algunas técnicas complejas – como por ejemplo, los orientados en cirugías cardíacas – en función del monopolio del conocimiento han adquirido gran poder de presión, todos ellos médicos reconocidos con gran prestigio en el sistema político. En segundo lugar, la decisión en última instancia sobre cuestiones de vida o muerte les otorga un sitial de privilegio. Varios entrevistados han señalado que estos factores ha logrado que alguno de ellos obtuviera *“el madrinazgo de las esposas de presidentes”*, aludiendo a la vinculación de un cirujano cardíaco del Hospital Italiano con la esposa de un ex mandatario.

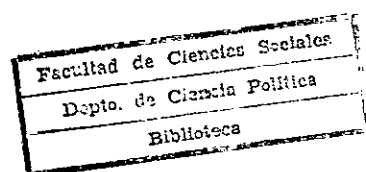
²¹ Ejemplo de ello son los servicios de emergencia móvil 1727, que compite con las restantes coronarias y cuyos propietarios se encuentran afiliados al SMU.

²² Diputado Enrique Pintado, Presidente de la FUS del momento.

- Los trabajadores no profesionales en su conjunto se encuentran afiliados a la Federación Uruguaya de la Salud (FUS). A diferencia de otros países, en el nuestro los obreros de la salud no se agrupan por categorías laborales, sino que lo hacen a nivel de empresa en una federación de sindicatos de base. Entre los años 1985 y 2000 ha conseguido un nivel de afiliación y movilización importante; baste recordar que en muchos de los cierres de instituciones de asistencia por absorción o insolvencia económica la plantilla de empleados fue distribuida en otras instituciones, no tanto en la actualidad en que por razones varias (sobresaturación de la plaza y pérdida gradual de poder de negociación) cada vez se torna más difícil. La cooptación de los cuadros dirigentes por parte de las empresas y del propio Ministerio de Salud Pública ha debilitado a la Federación. A su vez la legitimidad de las decisiones se ha reducido; a finales de la década del '80 los dirigentes eran electos en forma nacional y secreta por 12.000 personas, en tanto actualmente los estatutos lo prevén por empresa y los votos que prevalecen son de escaso margen. Otro factor que incide en la declinación del poder sindical es en el condicionamiento que de hecho se establece con el descuento en las retribuciones en función de las movilizaciones; al término de la década de los '80 y principios de los '90 los funcionarios de la salud no recibían descuentos en sus haberes por conceptos de paros sindicales, cosa que en la actualidad se ha visto modificada. Por otro lado, los empresarios han adquirido más experiencia (recuérdese la fecha de conformación de las cámaras), obstaculizando en gran medida la actividad sindical.

C. Empresas.

El empresismo en el área de la salud está presente prácticamente en todos los espacios. Por una parte como proveedores de bienes y servicios en el sector público, pero al mismo tiempo, suministrando a las asistencias privadas. Directivos de estas instituciones generalmente son parte interesada en las empresas oferentes, refiérase a servicios relacionados con la salud y de suministros en general. A esta realidad no escapa prácticamente ninguna institución; *“los médicos tienen actividades entre sí que podrían definirse incompatibles, y sin embargo está naturalmente aceptado que un médico de una institución sea el dueño de una empresa que presta determinados servicios y que además recete para esa empresa, y que a ningún médico le parece que esté cometiendo*



falta ética o alguna irregularidad".²³ En esta línea, por ejemplo, se encuentran los servicios de radiología del CASMU, servicio que costó largo tiempo centralizarse por ser proveedores los propios directivos de la institución. En el caso de La Española, Magurno integra en calidad de socio (o alguno de sus familiares) las empresas proveedoras de la institución. Los laboratorios son otro tipo de empresas que tienen gran incidencia. Dos grandes cámaras agrupan a los laboratorios en el Uruguay: CEFA (Cámara de Especialidades Farmacéuticas) y ALN (Asociación de Laboratorios Nacionales). El primero de ellos vende aproximadamente el 20% de los productos pero factura el 40% de las ventas²⁴; esto se debe a que esta cámara representa a laboratorios internacionales, fundamentalmente americanos y europeos, especializados en el desarrollo de nuevos productos. Esta cámara fue la que principalmente defendió los derechos de patentes promoviendo una ley parlamentaria. En cuanto a ALN agrupa a laboratorios uruguayos y argentinos (por toda la transformación que significó el MERCOSUR y el sistema de producción en la región) con medicamentos genéricos de bajo costo. Participan en una comisión bipartita integrada por las cámaras y el Ministerio de Salud Pública para todo lo que significa control de calidad de los medicamentos y poseen representantes y asesores que marcan una fuerte presencia. En lo concerniente a la venta estatal corresponde entre un 14 y 15% de las ventas totales, por lo que el sector privado se transforma en el principal comprador. Consultados los entrevistados sobre los mecanismos licitatorios para la adjudicación de medicamentos al Estado quedó en evidencia la existencia de un acuerdo en los hechos para la facturación de sus productos. *"Se presentaban tres laboratorios y te ofrecían 1/3, 1/3 y 1/3. El procedimiento (de licitación) en sí se abría, estaba la escribana... pero era obvio que estaba dividido antes porque cada uno te ofrecía un tercio. Yo los miraba y les decía: 'ustedes se acomodaron antes', y me miraban, se reían y no me contestaban"*.²⁵ En cuanto al manejo de las licitaciones por las empresas proveedoras de medicamentos una fuente sostenía: *"con el llamado descentralizado se observaba que un mismo medicamento bajo la misma presentación y por el mismo laboratorio difería de su cotización según en donde fuera; pero no un 10 o 20%, de repente un 50 o 60% y en algunos casos en*

²³ Diputado Enrique Pintado.

²⁴ Ver anexo.

²⁵ Cra. Regina Pardo, MSP.

más de 100% que siquiera tenía una argumentación el costo de traslado. Ahora se hacen llamados centralizados y todos vía diskette presentan precios”.²⁶ En este sentido, los laboratorios tienen gran capacidad de adaptarse rápidamente a las transformaciones que en materia de licitaciones imponga reglamentariamente el Ministerio; por tales efectos al decir de un funcionario de carrera *“te tenés que ir acomodando y cambiando la estrategia para que tu contraparte (los oferentes) también estén modificando sus conductas; si les modificás los criterios un mes antes del llamado a los tipos los desacomodás porque no pueden armar la planificación”*. En el presente el llamado a licitación se hace en forma centralizada, aunque se mantiene la descentralización para la gestión del medicamento. La gran capacidad de presión por parte de los laboratorios fue indicada por todos los entrevistados consultados al respecto; siendo Lasalvia Director de la Salud trascendió a la opinión pública la voluntad ministerial de exigir receta médica para la expedición de medicamentos en farmacias, hecho que generó rispideces y finalmente por razones desconocidas públicamente no prosperó. Los empresarios médicos son otro grupo fuerte de presión. La incorporación de tecnologías – caso de las empleadas para los tratamientos de problemas renales – por empresas vinculadas al sector ha generado una serie transferencia de recursos (incluso los provenientes del Fondo Nacional de Recursos) que las favorece. *“Lo que se factura en el Ministerio por concepto de estudios contratados a terceros es infinito; muchas veces teniendo el propio Ministerio el equipamiento pero faltaba el técnico, o estando el técnico él mismo metía el palo en la rueda para seguir derivando (...) el Ministerio tiene un sistema de derivación a CTI privado centralizado, y bueno, muchas veces la gente recibía presiones, estímulos y te decían: no tengo cama disponible en el hospital; y habían camas, pero era para que derivaran al sector (privado)”*²⁷.

VII. NIVEL INDIVIDUAL

A. Vínculos institucionales.

Como se mencionó en apartados anteriores algunos ministros tenían lazos directos con instituciones privadas. Aunque no existe evidencia empírica de que ellas se vieran favorecidas directamente por sus nexos ministeriales en el plano de la presunción

²⁶ Cr. Fernando Barros, MSP.

²⁷ Entrevista a Alicia Díaz.

las fuentes consultadas han indicado que estos vínculos particulares dotaron de favoritismos a algunas de ellas. En otras oportunidades las relaciones están dadas a niveles inferiores de los titulares de la cartera o involucran otras instituciones estatales, ya que el sistema opera de forma compleja y no todo pasa exclusivamente por la esfera de la Salud. En el transcurso de quince años dos hechos bien marcados trascendieron en los medios de prensa como irregularidades que posicionaron mejor a ciertas instituciones IAMCs. La primera de ellas incumbe a MUCAM (Médica Uruguaya), la que en el año 1994 mediante un mecanismo “irregular” incorporó 40.000 niños en las planillas de sus afiliados mediante el disfraz de un convenio colectivo con ANEP. Dicho convenio conocido públicamente como “los niños de moña” consistía en la reducción de la cuota para niños y jóvenes a valores aproximadamente un tercio de los contemplados en la cuota promedio por la que se rige el BPS para reintegrar a las IAMCs. La normativa establece que las instituciones no pueden salirse de una franja de $\pm 10\%$ de la cuota promedio establecida por el MEF, por lo cual lo que esta institución realizó no estaría permitido por la normativa vigente. A su vez, los convenios requieren un cobro centralizado realizado por una institución con personería jurídica; en este caso particular, cada persona venía y pagaba en ventanilla como las afiliaciones individuales. Ante el reclamo de las demás instituciones nunca se produjo un pronunciamiento desfavorable por parte del Ministerio de Economía y Finanzas, autoridad competente en la materia. Por este hecho MUCAM se retiró de la afiliación a la cámara de pertenencia (Plenario) y creció sensiblemente en su masa de afiliados. Al respecto, una fuente señalaría: *“Las mutualistas tienen cuatro principios: democracia – porque cada socio ejerce su voto – independencia – porque no dependen de ninguna otra organización – libertad – los socios entran y salen – y solidaridad – donde todos pagan igual, de manera que sanos y jóvenes financien a ancianos y enfermos –; Médica Uruguaya violó ese principio cuando empezó a hacer convenios para captar a los niños y jóvenes rebajando cuotas, hecho que le permitió pasar de 40 a 100.000 asociados pero desequilibrando a las otras instituciones. Y el Estado no tomó ninguna previsión en ese sentido; ahí debe haber habido lobby de la Médica Uruguaya”*.

Otro caso particular y que incluye a esta institución además de otra con fuerte capacidad de presión, La Española, fue el que les permitió la afiliación de socios vitalicios. Finalizando el segundo mandato del Dr. Sanguinetti ambas instituciones

iniciaron una campaña para captar nuevos afiliados bajo esta modalidad con una sobrecuota considerable. Ante los reclamos realizados por los restantes prestadores de servicios y manteniéndose duros enfrentamientos de los representantes del Plenario con el ministro del momento, Raúl Bustos, a quien se vinculaba directamente con Médica Uruguay, el conocido como “Plan 65” que establecía que a los mayores de 40 años se les agregaba una sobrecuota hasta cumplir 65 años para quedar afiliado a partir de esa edad como “vitalicio” fue negado por las autoridades en función de que el Decreto – Ley 15.181 imposibilita la existencia de sobrecuota alguna. En tanto La Española, defendida públicamente por Oscar Magurno, mediante argumentos jurídicos y un mecanismo de pago distinto (fraccionamiento en cuotas de un monto fijo que oscilaba en los U\$S 6.000 – U\$S 9.000 según las edades) logró mantener ese dispositivo. Incluso uno de los entrevistados mencionó que durante la campaña política en que Magurno se postuló como candidato municipal fue suspendida toda actividad tendiente a la incorporación de socios vitalicios retomándose a la postre. Cuando se envía un proyecto de Ley para el actual Presupuesto un artículo²⁸ fue modificado permitiendo por 150 días más la prosecución de las campañas de afiliación de vitalicios, elemento que *“sonó tan grosero, sonó todavía a favoritismo... Ese casualmente fue un favoritismo que fue votado por todos los partidos políticos, quiere decir que también uno tiene la sensación de que a nivel parlamentario hay un cierto relacionamiento que trasciende los límites de lo ideológico y se transforma en corporativismo parlamentario”*²⁹.

Por otro lado, lo relacionado con el Fondo Nacional de Recursos también ha tenido modificaciones en estos años. Manifestaciones de una contadora vinculada al Ministerio de Salud Pública y que trabaja abocada a las funciones del referido Fondo, expresó que

²⁸ INCISO 12, **ARTICULO 357**.- “Sustitúyese el literal B) del artículo 17 del decreto-ley N° 15.181, de 21 de agosto de 1981, por el siguiente:

‘B) Realizar afiliaciones de carácter vitalicio’.

Esta disposición no afecta los derechos adquiridos en base a las contrataciones celebradas al amparo de la normativa anterior a la entrada en vigencia de la presente ley.

En el caso de instituciones de asistencia médica que tengan campañas de socios vitalicios en ejecución, la prohibición establecida en el presente literal les será aplicable a partir de los ciento cincuenta días de la entrada en vigencia de la presente ley”.

²⁹ Natalio Blankleider, presidente del Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

en el período del gobierno de Luis Alberto Lacalle el manejo de la Comisión Honoraria que conduce esta persona pública no estatal pegó un giro cuando en el año 1994 el ministro Guillermo García Costa deja de asistir a las reuniones de comisión que presidía para delegar funciones en el Subsecretario del momento, Odel Abisab. *“Ahi se empieza a politizar el Fondo; hasta ese momento era un organismo esencialmente técnico, con un montón de controles y exclusivamente técnico y a partir del momento en que entra el Dr. Abisab se empieza a politizar”*³⁰. Complementando esta información otra persona calificada³¹ diría que *“fue una acción concreta del Poder Ejecutivo al incorporar ciertas técnicas; fue cuando Abisab era Subsecretario en que incorporaron la Litotricia y el Centro de Quemados, que son técnicas que no debieron entrar en el Fondo Nacional de Recursos y que han contribuido a que esté desfinanciado en cierta medida”*. En esta línea agregó que anteriormente en el primer período de gobierno del Dr. Sanguinetti el Director General de la Salud – Miguels Barón - había propuesto la incorporación de estas técnicas comprometiéndose el Ministerio a propiciar el aumento de cuota para el respectivo financiamiento, elemento que fue rechazado por las instituciones de asistencia médica colectiva que tienen representación en el Fondo por considerar injustificada la referida medida. Asimismo otra fuente indicaba que la politización del Fondo implica que *“se empiezan a favorecer determinadas instituciones con las técnicas que se incorporan”*.³²

B. Acciones personales.

En cada período de gobierno pueden señalarse irregularidades de carácter general, algunas que vinculan lo partidario y en otras fines netamente personales. En cuanto a los cargos involucrados en ello, varían sensiblemente, y como se dijo en algunos casos incluye a titulares de las carteras en tanto otras veces implica a cargos de dirección o subdirección. En la primera administración post dictadura no se conocieron casos públicos de irregularidades, en especial por tratarse de un período de recomposición de la actividad de administración. No obstante, a nivel interno el Ministerio de Salud Pública vivió algunas situaciones que no fueron del todo transparentes. Según comentarios

³⁰ Cra. Regina Pardo.

³¹ Dr. Mazzuchelli, directivo de La Española y presidente de UMU.

³² Alicia Díaz.

expresados por personal calificado, con argumentos poco sustentables se dejaron de comprar a los proveedores nacionales algunos materiales como telas y gasas para realizar un nuevo llamado de licitación. A través de un fraccionamiento que disimulaba la maniobra (varias licitaciones) terminó adjudicándose a una empresa argentina el nuevo abastecimiento de los productos de mayor cotización, siendo de la misma calidad que las ofertadas por otras empresas. Este hecho que ocasionó una investigación interna concluyó con el relevo finalmente de su cargo de la persona involucrada.

En el segundo mandato de gobierno otras acciones fueron frustradas. Tal es el caso de una licitación llevada adelante para abastecer la alimentación del hospital pediátrico Pereira Rossell que pretendía tercerizarse. Una serie de coimas empañaron el proceso licitatorio y la adjudicación recayó sobre una empresa que no precisamente ofrecía las mejores ofertas, elemento que no prosperó porque una Comisión de Adjudicaciones tomó conocimiento de las irregularidades y uno de los asesores ministeriales realizó la denuncia dándole trámite por Mesa de Entrada. Frustrada la licitación el caso fue archivado y posteriormente cuando Solari regresó a ocupar la titularidad de la cartera, volvió este hecho al tapete generando rispideces en el seno de la coalición gobernante.

Un caso que mayor trascendencia tuvo y que provocó el enfrentamiento entre los tres partidos mayores fue el convenio establecido entre el Fondo de Comercio Exterior de España (FOCOEX) y el gobierno uruguayo para la adquisición de materiales y equipamiento médico como también de computación destinados a la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Defensa. El convenio establecido en 1993 – administración a nivel sanitario del Dr. Guillermo García Costa – otorgaba montos por aproximadamente 50 millones de dólares para tal operativa en el área de la salud, cifra que en el transcurso del proceso de investigación judicial por presuntas irregularidades en el desvío de los fondos y comisiones percibidas varió hasta valores presumibles en el orden de los 200 millones entre todas las carteras beneficiarias (MSP, MEC, MD). Acorde a los datos extraídos de la prensa durante el mencionado proceso, mucha de la documentación necesaria sobre la compra de los equipos jamás apareció, elemento que no permitió constatar cuál fue el manejo de los fondos. Entre otros elementos, el fiscal de 10º Turno Carlos Altolaguirre cuya actuación correspondió al caso encontró solamente documentación por US\$ 553.000 que justificaba los pagos a funcionarios para la puesta en funcionamiento del

equipamiento adquirido sobre 13 millones que se destinaron a tales efectos. Asimismo, una fumigación realizada en 1995 en la Sede de la cartera se señala como la causante de la desaparición de la documentación que compara los precios de las distintas opciones de compra para el equipamiento adquirido posteriormente. El dictamen fiscal sostuvo que los gastos no fueron debidamente justificados ni se realizaron los aportes correspondientes a la Seguridad Social. Una interrogante esgrimida en su momento vinculada al caso fue la adquisición de equipos para el tratamiento de cálculos renales por un monto cercano a los U\$S 800.000 sin previa certeza de las prestaciones ni personal calificado para su manipulación. Otra de las irregularidades que se encontraron en el caso "FOCOEX" refieren a la omisión que el Ministerio realizó sobre las observaciones que el Tribunal de Cuentas dictó en referencia a la construcción de un complejo médico deportivo en el departamento de Rocha. Una parte importante del monto destinado a la salud por parte del Fondo de Comercio Exterior de España se destinó a tal construcción sin la existencia de llamado a licitación, adjudicándose directamente a una empresa (Huarte S.A.) que participó de otras adjudicaciones durante la administración del gobierno blanco. El archivo del caso dictaminó que la falta de ciertas pericias que se solicitaron a distintos organismos estatales "*conspiraron contra la obtención de mejores resultados*", además de señalar que la auditoría contable que la fiscalía solicitó en referencia a los términos de los contratos y los movimientos bancarios llegaron a conclusiones escuetas e incompletas. En tanto el cobro por un monto de 5 millones de dólares en concepto de "comisiones" por parte de Walter Estellano, intermediario de la firma FOCOEX y el gobierno de Uruguay, fueron obviadas en el proceso y se consideraron normales aunque el representante de FOCOEX en nuestro país, Daniel Gómez, dijo que formalmente esta persona no cumplía ningún papel en el proceso. Afirmó no conocerlo personalmente y que dichas comisiones no estaban previstas. Al mismo tiempo, en el proceso surgieron ciertos faxes supuestamente enviados por Estellano a la empresa en España y que vinculaban al director de ASSE, Julio Macedo, así como al Secretario de la Presidencia de la República, Pablo García Pintos, como "hombres claves en cuanto a las adquisiciones y comisiones", pero los mismos fueron considerados falsos por el cuestionado perito calígrafo Washington Curbelo. Finalmente, estos enfrentamientos que tuvieron en jaque a las autoridades que participaron finalizaron con la suspensión del Diputado Leonardo Nicolini (Asamblea

Uruguay) por un término de seis meses de la Cámara de Representantes y su alejamiento del sector para conformar una nueva agrupación dentro de la izquierda luego del juicio político que se le realizara a raíz de “difamación, injurias y utilización de documentos falsos”, situación que hasta el día de hoy mantiene visos oscuros. Durante la actual administración del Presidente Jorge Batlle se determinó que Walter Estellano debe pagar los aportes correspondientes a la Dirección General Impositiva por su intermediación financiera. Como se dijo anteriormente el ministro Solari, titular de la cartera durante el período de las denuncias y creador de la comisión investigadora, se retiró de su cargo en marzo del '97. Si bien no se votó el desafuero del diputado Nicolini, éste no obtuvo representación parlamentaria en las últimas elecciones para el período siguiente. El caso fue archivado en diciembre de 1999.

Durante el último período en cuestión (1995 – 2000) el caso que tomó conocimiento público y que concluyó con un procesamiento judicial además de la exposición de varios actores ante la opinión, fue el que vinculó al Director del Instituto Nacional de Oncología – Dr. Eduardo Lasalvia – su esposa, la Subsecretaria del Ministerio de Salud Pública – Dra. Laura Albertini – y al Subdirector del mencionado Instituto – Dr. Jesús Vázquez – en la adjudicación de una licitación con trazas claramente irregulares en conjunción del interés público con el privado. En marzo de 1995 se llevó a cabo una licitación para la adquisición de servicios de interconsultas internacionales con el INDO (Instituto Nacional de Oncología) para enfermos asistidos en este último. Dos empresas presentaron sus propuestas ante el pliego: Bio Health International Corporation – cuya representación en nuestro país estaba a cargo de la empresa Renson S.A. – y Health Management Organization – representada por la empresa Medidata S.R.L. – la que algunas fuentes consideraron era una empresa “fantasma” que poseía dirección y fax correspondiente al laboratorio Ciba Geigy. Esta licitación manejada en el ámbito del Fondo Nacional de Recursos, en palabras del Dr. E. Lasalvia (Director General del FNR) el 1° de abril de 1995 consideraba “conveniente aceptar la oferta n° 2 (Bio Health)...” ante su superior inmediato (Director General de ASSE) y otorgar la adjudicación a la misma en función de precio menor, servicio comparable y utilizable por los pacientes del INDO. En el transcurso del año (noviembre de 1995), una denuncia presentada por otra firma oferente y que se hizo llegar al propio Ministro de Salud Pública (Solari) desencadenó pedidos de informes por parte del diputado Leonardo Nicolini y la

conformación de una Comisión Investigadora solicitada por el Parlamento y que el Presidente de la República Dr. Julio Sanguinetti encomendó como responsable de la referida Comisión al que fuera en ese entonces presidente de la Suprema Corte de Justicia, lo que dio como resultado el informe que lleva su nombre: Tommasino. Éste, que fuera elevado al principal mandatario, dejaba en claro la situación de privilegio de la que gozaba la empresa Bio Health, dado que su director médico era precisamente el Dr. Lasalvia y su esposa, la Dra. Albertini, era titular del domicilio que presenta la firma RENSON S.A. El Vicepresidente de la empresa era cuñado de ésta, el Dr. Aldo Gioia, y los teléfonos de la empresa estaban a nombre de la Subsecretaria de la Salud. A su vez, desde el despacho de la Dra. Albertini se efectuaron sendas llamadas (66) a la Sede de Bio Health Management Corporation en Florida (EEUU), cuya contestadora automática – según declaraciones a uno de los indagados por la Comisión Investigadora – poseía un mensaje en lengua inglesa por la Dra. Albertini. En lo que refiere al Dr. Lasalvia, además de desempeñarse como Director del INDO integraba por su condición de tal la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, comisión ante la cual solicitó apoyo para la contratación de la firma Bio Health en la conformación de un sistema nacional de información médica e interconsulta en cáncer. Además era Director General del Fondo Nacional de Recursos, y en fecha 7 de Julio de ese año se propone la protocolización de indicaciones y procedimientos para actos médicos y fuentes de asesoramiento internacional.³³ En relación a la situación de la Comisión Honoraria de la Lucha Contra el Cáncer, cabe mencionar que excepto el Dr. Jesús Vázquez (alterno del Dr. Lasalvia) había un desconocimiento de las vinculaciones que éste mantenía con la empresa. La falta de rubros por parte del Fondo Nacional de Recursos así como del Ministerio de Salud Pública para tales fines, (según manifestó el entonces Subdirector Técnico de ASSE, Dr.

³³ Con fecha 19/05/95 el INDO presenta ante la Comisión Honoraria de la Lucha Contra el Cáncer una nota firmada por el Dr. Lasalvia (de la cual era miembro en su calidad de técnico) sugiriendo la contratación de la firma Bio Health de su propiedad (sin explicitar dicha vinculación): "...en relación a la participación del Instituto Nacional de Oncología en la propuesta de un sistema nacional de información médica e interconsulta en cáncer, solicitamos que el apoyo al Instituto Nacional de Oncología se autorice a partir del 01/06/95 (...) de esta forma podremos dar continuidad a este servicio, dado que nuestra previa relación con la compañía, que asegura interconexiones, vence el 31/05/95, evitándose gastos adicionales de una nueva puesta en marcha del sistema (...) Desearíamos reanudar nuestro convenio con dicha compañía a partir del 01/06/95 y nuestro primer pago de servicios se deberá realizar en los primeros días de julio. Dejamos constancia que la compañía que prestará los servicios referidos ha sido seleccionada por licitación pública abreviada, interviniendo el Tribunal de Cuentas de la República, según antecedentes radicados en el Ministerio de Salud Pública." (Informe Tomassino).

Luis Frascini) hizo que al exponerse públicamente tal relación entre Bio Health y el Dr. Eduardo Lasalvia no se continuara con las medidas disciplinarias iniciadas en el expediente 7523/95/0/0, pero que luego de introducida la denuncia penal por la bancada frenteamplista – entre idas y venidas que en tiempo preelectoral indujo a acusaciones cruzadas que implicaron al Dr. Tabaré Vázquez y a su hijo – tras el pedido de procesamiento del Dr. Lasalvia en boca del Fiscal Rafael Ubiría se produjo en mayo de 1999 el procesamiento sin prisión del mismo en actuación del Juez Penal de 6° Turno, Walter Carmona. En cuanto a la situación de la Dra. Albertini, si bien no le correspondió causa penal, fue destituida de su cargo por la exposición a las críticas de la oposición y la confrontación vivida en el seno del Foro Batllista siendo Solari ministro de la cartera.

VIII. FACTORES DE CRISIS.

En diversa medida, todos hemos oído hablar de la crisis que atraviesa el mutualismo o el sistema de salud uruguayo. En momentos posteriores al período que abarca el presente estudio la sociedad ha sido testigo del cierre de mutualistas (MIDU, COMAEC) que acorde a las auditorías instrumentadas desde el Poder Ejecutivo, carecían de solvencia económica como para seguir con sus cometidos. Más allá de la polémica que pueda suscitarse tras esta forma de regulación del mercado asistencial, hay suficiente evidencia de que la salud uruguaya posee problemas serios para la prestación de servicios con normal eficiencia; baste mencionar que al concluir el ejercicio 2001 prácticamente ninguna institución IAMC presentó superávit. ➤

Del diálogo con los entrevistados se concluye que hay una visión bastante generalizada respecto a los factores que han contribuido a la desestabilización del sistema, dado que muchos de los argumentos se repiten con frecuencia.

➤ Uno de los problemas que ha venido fermentando paulatinamente y que se arrastra desde décadas atrás es el que concierne a la regulación laboral y salarial. Pese a que nuestro punto de partida se situó en 1985, debe precisarse que ya en 1956 se había realizado un convenio con el SMU estableciendo las seis horas semanales para los profesionales de la salud. Con la creación de la Federación Médica del Interior la situación laboral quedó dividida en dos realidades, dado que ésta se dedicó a la regulación de la actividad profesional. Mientras que en Montevideo esto generó multiempleo en el interior significó una capacidad restringida de puestos de trabajo,

donde el profesional a lo sumo trabaja en la IAMC de la localidad y para el hospital público. En esta misma línea debe recordarse los problemas económicos que azotaron al país en 1968; el mecanismo estatal para generar estabilidad fue la fijación de precios, hecho que no excluyó a la Salud y que a través de la COPRIN y posteriormente del MEF sustrajo a las instituciones privadas la potestad de regulación de cuotas. Esta herramienta expropiada a las instituciones es considerada por muchos actores como elemento gravitante, dada la escasa capacidad de indexación que tienen las cuotas respecto a los valores de los insumos y costos en general. En 1971, dentro del marco de fijación de precios por COPRIN, una huelga de la FUS que exigía para los funcionarios de la Salud un aumento del 60% en los haberes, concluyó con una suba salarial del 15% (monto al que estaba dispuesto trazar el Poder Ejecutivo) pero simultáneamente con la reducción de dos horas en la jornada de trabajo, elemento que condujo a la creación de un cuarto turno de trabajo – excepto el personal administrativo que se mantuvo en 7 horas – provocando un mayor esfuerzo de las instituciones. Con la creación del Fondo Nacional de Recursos (1981) surge una nueva clase médica; son los especialistas que trabajan para las IMAES quienes perciben montos salariales superiores a sus colegas y que exigen mayores desembolsos de las instituciones. Un último peldaño, ahora sí incluido dentro del período de análisis, es el que se escaló con la huelga de 1993 de los anestésico – quirúrgicos; estos especialistas que perciben sus ingresos acorde a la cantidad de intervenciones realizadas generalmente perciben haberes por las dos puntas: el FNR y en las instituciones por acto médico.

➤ Es precisamente este “acto médico” el que la mayoría de actores responsabilizan del aumento de las intervenciones y cirugías en la última década. Teniendo en cuenta que este grupo de especialistas percibe mayores montos a mayores intervenciones variando en función de la especialización, existe una percepción de que se han disparado las atenciones en block. *“Son distintos los valores (remuneración), obviamente, porque además las frecuencias son diferentes. ¿Cuántas veces hay que abrirle la cabeza a una persona para hacerle una operación neurológica? No hay muchas en el año, pero ¿cuántas apéndices hay que estirpar, o amígdalas? Son muchas más; y ni que hablar del uso de la cesárea que ahí es el límite...”*³⁴ No obstante, este

³⁴ Cr. Pílon, directivo del Hospital Evangélico.

hecho denominado técnicamente como “inducción de demanda” y que la mayoría de los entrevistados que son directivos de instituciones han marcado como fundamental en el incremento del gasto en salud, investigaciones llevadas a cabo por un equipo de economistas (Fleiss y Urrestarazu, 2000)³⁵ concluyen que efectivamente, para la última década el ingreso de los médicos en Montevideo pertenecientes a la especialidad y que perciben sus remuneraciones por cantidad de intervenciones mejoró sensiblemente, aunque la cantidad de consultas y cesáreas el aumento no se observa. Donde sí encuentran un cambio cuantitativo es en el nivel de cirugías corrientes y mayores (no así en las altas) para Montevideo, recordándose que el “acto médico” no fue incorporado en el interior.

➤ En las últimas tres décadas las transformaciones en salud han sido relevantes. Nadie duda que la incorporación tecnológica ha renovado la prestación médica a nivel mundial, pero en particular a nuestro país. Habida cuenta de que hasta 1970 los tratamientos en primeros auxilios se llevaban a cabo por métodos convencionales y que en la actualidad la proliferación de centros intensivos no son ajenos para cualquier institución pública o privada. No fue hasta 1973 en que dos instituciones privadas, IMPASA y La Española, instauraron los primeros CTI (Centro de Tratamiento Intensivo) aduciendo que con el 4% de las camas estarían colmadas las expectativas asistenciales para medicina intensiva. Sin embargo, la carrera tecnológica conllevó a que algunas instituciones en la actualidad diversificaran las especializaciones terapéuticas al punto de contar alguna de ellas con hasta cinco intensivos para distintas afecciones: polivalente (general), cirugía cardíaca, tratamiento para pacientes cardíacos no quirúrgicos, neuroquirúrgico, pediátrico y neonatológico. Como es sabido, adicionado al costo de la incorporación de la tecnología también se cuenta con las especializaciones tanto de personal médico como de técnicos. Asimismo, el tratamiento de las distintas afecciones ha permitido que los centros asistenciales cuenten con distintas salas y camas para el riesgo de las patologías: intensivo, intermedio, convencional (algunas instituciones también cuentan con centros de fisioterapia prolongada, psicogerítricos y centros para pacientes terminales).

³⁵ “El Mercado de la Salud Uruguayo en la Última Década: cambios en el sistema de remuneraciones de los médicos e incentivos económicos”, XV Jornadas Anuales de Economía del Banco Central del Uruguay, Montevideo, 2000.

- También se estima que a nivel de análisis de laboratorios las transformaciones han encarecido el costo de la salud. La incorporación de nuevas técnicas y tecnología ha elevado sensiblemente la capacidad de los laboratorios que antes utilizaban conteos manuales, hecho que si bien permite un incremento en las posibilidades de análisis, al mismo tiempo implica desembolsos para las instituciones que las incorporan.
- En la parte clínica también se ha experimentado un salto cualitativo. En los albores de los '70 la imaginología solamente contaba con la radiografía y radioscopía. Actualmente existe una amplia variedad de implementaciones, tales como cineangiocardioscopía, ecografía, ecodoppler color, tomografía, resonancia magnética, resonancia nuclear, centellografía y termografía además de las anteriores, la mayoría incorporadas a partir del gobierno democrático. Este fenómeno de liberalización en la incorporación tecnológica para gran parte de las instituciones, suceso que algunos actores tildan como “irracional”, más allá de las mejores posibilidades para la atención del usuario puede tener fundamentaciones en la justificación de sobrecuota permitida por inversión o en actitudes permisivas por vinculaciones con las autoridades, así como a mejor posicionamiento ante un mercado altamente competitivo.
- Otros insumos también se han incorporado a las prestaciones sanitarias. Los actuales materiales que se utilizan para la extracción de sangre, inyectables, guantes o de distinta índole han pasado a ser descartables, imposibilitando el posterior uso o reciclado de los mismos. Ello, si bien genera mayores seguridades encarece al mismo tiempo las prestaciones. Durante la década de los '80 la devaluación de la moneda uruguaya respecto al dólar (“la tablita”) fue – según fuentes consultadas – un disparador para la desestabilización de algunas instituciones que mantenían cierto nivel de endeudamiento por la adquisición de sus materiales y créditos.
- Los medicamentos también han sufrido variaciones significativas. Prácticamente existe consenso en que los mismos han experimentado gradualmente un aumento. *“Los costos de los medicamentos han aumentado en forma desorbitante por la gran variedad, porque muchas veces las patentes no son propias y pagamos nosotros, países pequeños como el nuestro y subdesarrollados como los de América Latina, que no tienen el conocimiento de la droga”*.³⁶ Además nuevas drogas han surgido al

³⁶ Entrevista al Dr. Noya, directivo de FEMI.

mercado con costos altísimos para nuevas patologías que las instituciones públicas y privadas deben hacer frente, en especial para el tratamiento de diagnósticos como Cáncer o Sida que, si bien no eliminan enfermedades prolongan la vida de los pacientes.

➤ El tema preventivo a nivel sanitario cuenta con distintas percepciones por parte de los actores. Para algunos la atención en salud se ha centrado en la reparación, es decir, cuando los mecanismos previos fallan y se debe recurrir a un profesional que actúe sobre la patología, que a juicio de ellos eleva los costos. Otros, en cambio, consideran que un elemento que incide sobre el costo sanitario es precisamente el cambio en las conductas en materia de prevención. Su justificación la encuentran en que hasta hace pocos años la prevención en salud era privativo de un sector con alto poder adquisitivo o el término se restringía también a la aplicación de determinadas vacunas que anticiparan daños posteriores. Sin embargo, en la población uruguaya se ha asociado el término preventivo con la realización de determinados chequeos frecuentes. Este hecho que algunos sostienen que termina siendo más barato que el tratamiento de una afección posterior es cuestionado por algunos actores: *“¿Pero de qué prevención estamos hablando? Porque la prevención por sí sola no es barata, lo barato son las vacunas, pero un chequeo médico completo todos los años no es barato, puede significar más de lo que se gasta per cápita en salud a cada habitante”*³⁷. En la opinión de varios entrevistados la gente cada vez exige con mayor frecuencia este tipo de tecnologías por el acceso a la información (que ahora está más disponible) y que engrosan el presupuesto en Salud.

➤ Según estudios llevados a cabo durante el gobierno militar, instituciones con escasa masa de afiliados (inferior a los 5.000 socios) no eran rentables dados los costos fijos (capacidad locativa, infraestructura, etc.) que conlleva el mantenimiento de una institución. Este problema que con el advenimiento del presente gobierno se busca normatizar partiendo de la base de 20.000 afiliados, es igualmente perjudicial en opinión de ciertas personas para instituciones de gran caudal de socios: *Hay un momento económico, y creo que el punto de equilibrio se rompe por defecto o por exceso; las mutualistas de más de 100.000 afiliados también tienen problemas, porque tienen que montar determinadas estructuras de control que salen terriblemente caras,*

³⁷ Entrevista al Dr. Mazucchelli, directivo de La Española y Presidente de la Unión de la Mutualidad.

• entonces el peso del recurso humano que se podía decir que se situaba en el 45% (rubro de salarios) hoy está en 60-69%, lo cual también fue complicando”.³⁸

➤ Tomando como epicentro el Obelisco, la mayor parte de los centros asistenciales se ubican dentro de un radio de un kilómetro aproximadamente. Si bien genera iguales posibilidades de competencia a los distintos centros, aumenta significativamente el costo de traslado para pacientes, funcionarios, etc. “Una vez conversando con Solari yo le planteaba: ¿por qué cada una de las instituciones públicas y privadas tiene un servicio de urgencia propio? (...) ¿Por qué no se arma con esta infraestructura un servicio común a todas que extiendan un poco más el brazo de lo que lo hacen las emergencias médicas móviles? Respuesta: ‘Porque me quedan muchos médicos desocupados’. Entonces estás pagando guardias de médico las 24 horas aún cuando esté solamente esperando, y lo mismo las ambulancias de urgencia: salen de La Española y el Casmu a cuatro cuadras dos ambulancias que van a una cuadra de diferencia, y ahí la necesidad de la Emergencia Médica Móvil; ¿qué es lo que hizo? Centralizó en bases operativas geográficas y atiende al mismo público de la misma zona. Si eso lo hubieran hecho las instituciones las emergencias médicas no hubieran salido, la atención era a tiempo real”.³⁹

➤ Los datos que refieren al desempleo y afiliaciones por el sistema DISSE muestran una leve caída (2,43% de 1998 a 1999) en el final del período. La percepción generalizada por los entrevistados es que las transformaciones operadas en los últimos años (informalidad en el empleo, cierre de empresas) hace que muchos de los anteriormente beneficiarios de los servicios de asistencia colectivizada hayan salido del sistema para atenderse en instituciones públicas. Este elemento de ser así provoca una merma en los ingresos generales del sector distorsionando su funcionamiento con normalidad.

➤ En la actualidad estamos viviendo un proceso de regulación de las instituciones de asistencia médica colectivizada a través del cierre de algunas de ellas por considerarse inviables y se aguardan préstamos internacionales que ayuden a sanear las deficiencias económicas de las restantes. Este fenómeno de dificultad en la gestión no es nuevo y profesionales en la materia lo destacaron como colaborador en la crisis

³⁸ Entrevista al Diputado Enrique Pintado, ex dirigente de FUS.

³⁹ Diputado Enrique Pintado.

mutual: *“Yo siempre lo hablé con la gente de CEMECO antes de que la cerraran que me decían que el problema era la cuota, y les respondía: mirá, si uno demuestra que su gestión está controlada y es correcta, no hay ningún ministro de economía que no te aumente la cuota; en cambio, si no tenés ningún control de tu gestión no tenés autoridad moral y ninguno te va a dar nada”*.⁴⁰ En este sentido otro de los entrevistados añadía: *“En CIMA – ESPAÑA Regina Pardo, una contadora que fue directora de DICOCA (Dirección de Control y Calidad del MSP) y que brindó sus servicios en esa mutualista decía: ‘es inviable, tiene 400 empleados, para la cantidad de afiliados solamente con 200 tiene que funcionar’. Entonces ahí empezaron con un sistema de seguro de paro, porque hacían esa politiquería, en que cada directivo a su vez después era candidato en algún otro lado y metía gente; lo más barato del mundo, quedar bien con un pueblo y sin costos personales”*⁴¹.

➤ La carencia de mecanismos de contralor por parte de las autoridades ministeriales ha sido señalado como un elemento clave a la hora de equilibrar y racionalizar el gasto. En páginas anteriores se indicaba cómo coexiste la doble cobertura pública y privada por no haberse implementado la base informática que establece los derechos asistenciales de los usuarios. Al mismo tiempo, el traspaso de recursos de Salud Pública a instituciones privadas es un elemento frecuente, dado que muchos de los médicos que trabajan para el Estado lo hacen también para las IAMCs.

➤ Un elemento que también cabe considerar es que la Salud – como se dijo anteriormente – es uno de los sectores que aún permite el ingreso de personal, hecho que posee una carga clientelista. Este evento puede constatarse tanto en el sector público donde la distribución de cargos responde a cuotas políticas (el conocido “3 y 2”) como en el sector privado, en que instituciones con problemas financieros absorbieron personal excedentario. Una de las fuentes consultadas, refiriéndose al caso concreto de la Mutualista MIDU, manifestaría: *“Empiezan a hacer un cobijo expreso de ciertos partidos hasta que viene la apertura democrática y se le da un perfil de Partido Comunista, de izquierda. Y eso trae todos los problemas que tiene toda institución partidaria, el destino de la Mutualista del Partido Nacional, de la*

⁴⁰ Contadora Regina Pardo, alta funcionaria del MSP y del FNR.

⁴¹ Alicia Díaz, alta funcionaria del MSP.

*Mutualista Batlle: quiso hacer un bolsón de funcionarios que no precisaba; venía del exilio, había que nuclearlos, entonces se hicieron pedazos”.*⁴²

➤ El mercado sanitario tiene un techo. Salvo por los nichos que durante una década y media disputaron las emergencias móviles y los seguros privados la adquisición de nuevos socios por parte del sector de las IAMCs implica la sustracción de afiliados a otras instituciones. Este elemento genera el gasto excesivo en campañas publicitarias así como el otorgamiento de beneficios que rozan los límites de la legalidad (como por ejemplo, la exención de órdenes y tickets o el pago de dinero efectivo a quienes estén dispuestos a cambiar de mutualista).

IX. CONCLUSIONES

Al retorno de la actividad democrática y en un período de transición, muchos proyectos de regulación del sector salud buscaron implementarse. Todos los partidos políticos tenían plataformas con enunciados que tendían a la concreción de un Sistema Nacional de Salud, hecho que difería en su instrumentación y alcance para cada uno de los lemas. Ante tan afanosa meta, la principal transformación que logró plasmarse fue la creación de ASSE en 1987 como servicio de asistencia pública desconcentrado, principal transformación del primer quinquenio. Con el tiempo, las diferencias ideológicas y los bloqueos institucionales por pluralidad de intereses diluyeron la tendencia hacia un sistema y se abocaron a objetivos de menor envergadura. Por su parte, dos de las grandes cámaras que agrupan a la mayor parte de los afiliados a las IAMCs, UMU y el Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, se crearon en ese lustro (1987 y 1988). Al frente de la cartera de salud permaneció los cinco años un ministro nacionalista. Las instituciones que presentaban problemas de gestión y finanzas se fusionaron con otras y algunas fueron cerradas. Una hipótesis admisible es que las expectativas ante un gobierno democrático que recién se restablecía así como la organización aún precaria de los intereses sectoriales (cámaras incipientes, empresarios poco experientes, sindicatos en proceso de reconstitución) generaron el terreno propicio para transformaciones importantes como la creación de ASSE (mayor logro político

⁴² Dip. Enrique Pintado.

desde el Ejecutivo obtenido en los tres períodos de gobierno), aunque frustraran emprendimientos ambiciosos como el Sistema Nacional de Salud.

La segunda administración comenzó con una dirigencia colorada (socios en el gobierno), pero las confrontaciones del ministro Solari fundamentalmente con la Federación Médica del Interior en cuestiones de reforma del sector terminaron por desplazarlo para colocar posteriormente dos ministros blancos (Delpiazco y García). De los tres períodos puede considerarse como el de mayor inestabilidad política, dada la alternancia de ministros y de fuerzas en la cartera (coloradismo y nacionalismo). En el período de mandato de estos últimos se liberalizó la fijación de la cuota mutual aunque no permaneció la medida por mucho tiempo y se incorporaron nuevas técnicas financiadas por el Fondo Nacional de Recursos. Si bien pueden considerarse transformaciones importantes, las mismas apuntan en distinta dirección al período anterior; vale decir, mientras el período anterior fortalecía el sector público ésta fue una reforma liberal que benefició a las instituciones privadas. En esos años se realizó una megacompra de equipos técnicos y de infraestructura para el Ministerio financiada a través de FOCOEX que posteriormente generó grandes debates públicos involucrando a una fracción política, el Herrerismo. A nivel de las IAMCs, un hecho señalado por diversos actores como de favoritismo es el que permitió por parte de las autoridades del Ejecutivo la incorporación de aproximadamente 40.000 socios a Médica Uruguaya mediante un convenio de escasa legalidad. Por su parte, el Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva comienza paulatinamente un proceso de desmembramiento. En cuanto a las retribuciones salariales, el grupo que nuclea a los anestésico – quirúrgicos logró mejoras significativas en Montevideo con la instauración del “acto médico”, hecho que modificó la estructura del reparto salarial del sector.

El tercer y último período pueda tratarse como el de mayor confrontación política entre los socios de coalición en la interna ministerial. El retorno de Solari como titular de la cartera no solamente generó dificultades con los sectores previamente confrontados (primera administración) sino que también dentro del propio Partido Colorado y ahora con los socios de coalición, dado que las irregularidades de la compra de equipamiento por los fondos de FOCOEX afloraron en esta administración. Al descubrirse anomalías en el manejo de licitaciones para el INDO (Inst. Nal. de Oncología) la interna forista se vio sacudida. Este proceso que se inició en el ámbito parlamentario y finalizó en la órbita

penal diluyó muchas de las expectativas que se generaron, pero la polarización se acentuó en el período pre electoral (1999). Aunque en este tercer período de gobierno la cartera se la reservó para sí el gobernante Partido Colorado que buscó instrumentar la reforma de la salud, los alcances fueron menores a los esperados por las resistencias del sistema y el relevo del titular – si bien fue del propio sector – acaeció a dos años de asumir. Las reformas perseguidas desde el Ejecutivo encontraron duras resistencias desde varios puntos del sistema político, siendo el que logró menores objetivos.

Un concepto unánime vertido por los actores y entrevistados es que el sector se encuentra en crisis. Más allá de la recesión, el nivel de afiliados se mantiene relativamente estable; el gasto en salud ascendió de poco más del 6% al retorno de la democracia a más del 10% en el 2000. No obstante, el aumento significativo en la cantidad de profesionales de la salud, el cambio en la distribución salarial, la incorporación de nuevas tecnologías y técnicas, el tratamiento de afecciones complejas, el uso actual de materiales descartables, la adquisición de nuevas drogas y medicamentos, la instauración de nuevas prácticas preventivas (chequeos), la superposición de funciones y servicios, el clientelismo público y privado, la falta de contralores institucionales y mala gestión administrativa, entre otras, pueden considerarse como elementos desestabilizadores del sistema de salud uruguayo. A la vez, ciertas características del sistema como el fuerte corporativismo existente en el sector (médico y empresarial), la pluralidad de intereses que traspasa las identidades partidarias así como el manejo de los escasos recursos disponibles impiden que las grandes transformaciones sean posibles, pudiendo tan solo implementarse pequeños cambios. La percepción de los entrevistados indica que el relacionamiento de las instituciones con los actores políticos, los equilibrios en el reparto de los cargos, el multiempleo de todos los profesionales y las presiones corporativas, hacen que el sistema genere ciertos bloqueos a la hora de realizar cambios significativos, habiéndose generado en los primeros años los cambios más importantes institucionalmente por acción del sistema político. Aunque todas las instituciones presentan problemas financieros, el Estado actualmente apunta a una redistribución por el cierre de las que tienen mayores pasivos o escaso número de afiliados.

En cuanto a la capacidad disciplinadora de los partidos políticos, el sector de la salud ofrece características peculiares. Si bien existen distribuciones de cargos y nombramientos jerárquicos en función de la filiación partidaria – no es excluyente de la

capacidad técnica – muchas de las decisiones y políticas que se implementan responden a las presiones corporativas (médicos, laboratorios y empresismo). Entre los grupos de mayor fuerza puede citarse a FEMI (interior), el Sindicato Médico y el grupo anestésico – quirúrgico (Montevideo). Parte de la estrategia ministerial ha sido alcanzar la cooptación de algunos actores sindicales o de instituciones privadas para mejorar la línea de acción.

Al mismo tiempo, se ha señalado que instituciones en forma individual con gran incidencia en el sistema político – caso de MUCAM y La Española – han logrado beneficios que, aunque fueron denunciados públicamente por otras instituciones como ilegítimos, prosperaron en sus objetivos. Finalmente, ciertos fenómenos de corrupción han estado presentes en licitaciones o adquisiciones de bienes y servicios y se han señalado como frecuentes, pero a excepción del procesamiento sin prisión del Dr. Lasalvia por conjunción del interés público con el privado y de algunas sanciones disciplinarias en la órbita administrativa, no se han conocido casos de notoriedad pública que culminen con sanciones penales.

X. BIBLIOGRAFIA

- AGUILAR VILLANUEVA, Luis; “La Hechura de las Políticas Públicas”, México, 1994.
- CAETANO, Gerardo; “Partidos, Estado y Cámaras Empresariales en el Uruguay Contemporáneo”, FESUR, Montevideo, 1992.
- CAETANO, Gerardo; RILLA, José; PEREZ, Romeo; “La Partidocracia Uruguaya. Historia y teoría de la centralidad de los partidos políticos”, Cuadernos del Clach n° 44, Montevideo, 1987.
- CASTELLANO, Ernesto; “Uruguay: Un caso de bienestar de partidos”, Monografía Final de Licenciatura, FCS, 1995.
- ELIAS, A; ESCALANTE, L; LORENZELLI, M; MILNITSKI, S; “La Crisis de las IAMC: ¿Problemas de gestión? Un enfoque institucional”, Universidad de la República – FCE, Montevideo, 2000.
- FLEISS, Pablo & URRESTARAZU, Inés; “El Mercado de la Salud Uruguayo en la Última Década: cambios en el sistema de remuneración a los médicos e incentivos económicos”, Universidad de la República – FCE, Montevideo, 2000.
- GUERRA, C; “La Extensión de la Protección Social en Salud en el Nuevo Estado Latinoamericano”, Revista del CLAD n° 19, Caracas, feb. 2001.

- HEREDIA, Blanca; "La Economía Política de la Reforma de Sistemas de Administración de Personal Público en América Latina: un marco de análisis", BID, Diálogo Regional de Política, Red de transparencia y gestión de la política pública (2da. Reunión), Washington, 2002.
- LAHERA, E; "Reforma del Estado: un enfoque de políticas públicas", revista del CLAD n° 16, 2002.
- LANZARO, Jorge; "Sindicatos y Sistema Político. Relaciones corporativas en el Uruguay, 1940 – 1985", FCU, Montevideo, 1986.
- LANZARO, Jorge; "Democracia Pluralista y Estructura Política del Estado en el Uruguay del Siglo XX", ICP – FCS, Montevideo, 2001.
- MANCIBO, Ma. Ester; NARBONDO, Pedro; RAMOS, Conrado (compiladores); "URUGUAY, La Reforma del Estado y las Políticas Públicas en la Democracia Restaurada" (1985 – 2000), ICP, EBO, Mdeo, 2002.
- MARSH, D & STOCKER G; "Teoría y Métodos de la Ciencia Política", Alianza Editorial, 1998.
- MARTINIC, Sergio; "La Construcción de las Reformas Educativas y de Salud en América Latina", 3er. Congreso Chileno de Administración Pública, Santiago, 1999.
- MOREIRA, Constanza & FERNÁNDEZ, José; "Políticas de Ajuste en el Sistema Público de Salud: Una visión desde los actores", CIESU/ OPS, Montevideo, 1997.
- NARBONDO, Pedro y RAMOS, Conrado; "La Reforma de la Administración Central en el Uruguay y el Paradigma de la Nueva Gerencia Pública" (1995 – 2000), Revista de Ciencia Política n° 11, FCU – ICP, Mdeo, 1999.
- NORTH, D; "Instituciones, Cambio Institucional y Desempeño Económico", FCE, México.
- PIOTTI, Diosma; "La Dimensión Centralización – Descentralización y el Proceso de Referencia en el Sistema de Salud en el Uruguay (1985 – 1995)", documento de trabajo n° 6, DCP/FCS, Montevideo, 1995.
- RAMOS, Conrado; "La Reforma de la Administración Pública en Uruguay y el Paradigma de la Nueva Gerencia Pública. El caso de la reforma de la administración central", Tesis de Doctorado, 2002.
- VIGNOLO, C; "Nuevos Paradigmas en Management: una aproximación desde la experiencia de modernización de los sistemas públicos de salud en Chile", CLAD (2do. Congreso Interamericano de Reforma del Estado y de la Administración Pública), Margarita, 1997.
- VIGUERA, Aníbal; "Estado, Empresarios y Reformas Económicas: en busca de una perspectiva analítica integradora", Revista Perfiles Latinoamericanos n° 12, FLACSO, México, 1998.
- ZURBRIGGEN, Cristina; "El Análisis de los Policy Networks y de su Utilidad Para el Estudio de las Hechuras Políticas", Documento de trabajo n° 31, DCP – FCS, Mdeo, 2002.
- Entrevistas a personas vinculadas al área de la salud: Dip. Pintado (FUS), Alicia Díaz (MSP/empresismo médico), Cra. Pardo (MSP/FNR), Cr. Barros (MSP), Dr. Mazucchelli (UMU), Dr. Noya (FEMI), Dr. Blankleider (Plenario), Soc. Serra (MSP), Cr. Pílon (UMU).