

EL SISTEMA DE SALUD URUGUAYO EN LA POST DICTADURA: ANÁLISIS DE LA REFORMA DEL FRENTE AMPLIO Y LAS CONDICIONES QUE LA HICIERON POSIBLE*

The Health Care System in Uruguay during the post dictatorship: an analysis of the conditions that made Frente Amplio's reform possible

Guillermo Fuentes**

Resumen: A lo largo del siglo XX el sistema político uruguayo se caracterizó por su baja capacidad para instrumentar reformas estructurales en el sector salud en períodos democráticos. Sin embargo, en este contexto poco propicio para los cambios, el Frente Amplio logró aprobar la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud. Este artículo indagará en los condicionantes político-institucionales que permitieron dicha reforma, al tiempo que intentará comprender la coalición que sustentó esta iniciativa a través del modo en que esta propuesta dialogó con las iniciativas impulsadas por otros actores del sistema de salud. Las conclusiones apuntan a que justamente este armado “artesanal” de la reforma, que integró los intereses de gran parte de los actores del sistema, fue clave para su aprobación.

Palabras clave: sistema de salud, regímenes de bienestar, reforma, Uruguay, Frente Amplio

Abstract: The Uruguayan political system has historically been characterized by its low capacity to approve structural reforms in the health care sector during democratic periods, particularly during the post dictatorship. However, in this “hostile” environment, the Frente Amplio managed to pass the law that determined the construction of an Integrated National Health Care System. This article will explore the institutional and political conditions that allowed the reform, while also trying to understand the coalition that gave support to this proposal, and how this proposal interacted with similar initiatives developed by other health care actors. The findings suggest precisely that this “sui generis” construction of the reform that incorporated the interests of many of the actors of the system, was key to its approval.

Key words: health care system, welfare regimes, reform, Uruguay, Frente Amplio

1. Introducción

Las cuestiones asociadas con la atención sanitaria de las sociedades contemporáneas entrañan un importante grado de complejidad, tanto técnica como política. En primer lugar, la salud es un bien público, en el entendido de que su provisión no puede quedar sujeta únicamente a lógicas de mercado, entre otras razones por las asimetrías de información existentes entre usuarios y prestadores, además del hecho de que la intervención estatal en la regulación del sistema, trae

* Este artículo contó con la invaluable colaboración de Martín Rodríguez. Sin embargo cualquier error u omisión en el trabajo es total responsabilidad del autor.

** Investigador y docente del Instituto de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo. Candidato a Doctor en Gobierno y Administración Pública, Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset, Madrid.

aparejadas externalidades positivas¹ para el conjunto de la población (Barr 1987).

Este sector presenta además, dificultades asociadas a la complejidad intrínseca del servicio que se presta, reflejadas por ejemplo en las implicaciones éticas e incluso religiosas que intervienen en muchos casos, como es el de la salud reproductiva o la experimentación con células madre. Estas decisiones trascienden muchas veces la coyuntura y confrontan visiones que atraviesan transversalmente las fronteras político-partidarias.

Por otra parte, en tanto política sectorial inserta en los sistemas de bienestar social contemporáneos, la atención sanitaria también presenta particularidades respecto a la política educativa o de la seguridad social por ejemplo. Así, al observar las diferentes reformas estructurales en los regímenes de bienestar durante las décadas del ochenta y noventa, se puede resaltar como particularidad del sector el hecho de que en líneas generales, el mismo ha sido el más resistente a los embates de reforma pro mercado.

Si se considera en particular el caso uruguayo, este panorama de supuesta “quietud” en materia de reformas en el sector salud no se limita a resistencias específicas, sino por el contrario, a una especie de “congelamiento” del sector a lo largo de todo el siglo XX. Si bien no deben ser ignoradas diversas transformaciones puntuales en el sector – sobre todo en los últimos veinticinco años (Setaro 2010) – lo cierto es que resulta particularmente interesante el hecho de que las únicas iniciativas de cambio estructural se hayan producido en contextos autoritarios: en 1934 se creó el Ministerio de Salud Pública durante la dictadura de Gabriel Terra, y en 1976 se llevaron adelante entre otras cosas la creación de la Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad (DISSE), la centralización de las cajas de auxilio – aunque las de mayor capacidad de lobby quedaron por fuera de este proceso –, la renovación del marco regulatorio de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y la creación del Fondo Nacional de Recursos (Pérez, 2009).

La dificultad, o incluso incapacidad, de promover reformas en el sector salud en democracia, puede deberse al hecho de que la política sanitaria en Uruguay es una arena que se ha caracterizado históricamente por la existencia de múltiples actores privados y sociales con fuerte poder de veto, que crecieron y fueron desarrollando un modelo de asistencia en paralelo a un Estado débil en la materia. Algunos trabajos como el de Moraes y Filgueira (1999) y Piotti (2002) por ejemplo, encuentran en estas resistencias corporativas un importante factor explicativo del fracaso en la introducción de algunos intentos reformistas durante la década del noventa.² Pero dicha incapacidad de instrumentar reformas no eximió la existencia de un amplio consenso técnico y político respecto a la necesidad de reformar la atención sanitaria. Sin embargo, estos acuerdos referidos al *qué* reformar no se han logrado traducir en propuestas acerca del *cómo* hacerlo.

1 Por ejemplo a la hora de establecer una campaña nacional de vacunación o la tan controvertida política de control al consumo de tabaco.

2 En este sentido, el caso uruguayo no es excepcional en el contexto internacional, ya que trabajos clásicos en la materia como los de Immergut (1992) justamente han dado cuenta de la importancia que el actor médico ha tenido –ya sea presionando públicamente como corporación o haciendo “lobby” parlamentario– en la construcción, o no, de los sistemas nacionales de salud durante el Siglo XX.

De esta manera, la motivación de este artículo parte del reconocimiento de que durante el primer gobierno del Frente Amplio (2005-2009) se comenzó a implementar una reforma estructural del sector sanitario. Independientemente del alcance de la misma –problema éste muy importante, pero que no conformará el centro de este trabajo– las preguntas que se intentarán responder a continuación son: ¿qué condiciones político-institucionales favorecieron al gobierno del Frente Amplio para poder procesar una reforma estructural en un área de política caracterizada por el bloqueo a este tipo de iniciativas? y ¿cuáles fueron los aportes de los diversos actores tomados en cuenta por el Frente Amplio para construir su propuesta de reforma? Para esto, el artículo tomará como marco de análisis las variables que influyen o condicionan las reformas de los regímenes de bienestar compendiadas por Eloísa Del Pino y César Colino (2006); mientras que para trabajar la segunda se tomarán en cuenta documentos elaborados desde diferentes actores del sector, así como la propuesta electoral del FA en la materia y el posterior contenido de la legislación del SNIS.

2. Antecedentes

Los regímenes de bienestar y sus procesos de reforma: la salud en la matriz de bienestar uruguayo

La categoría *régimen de bienestar* ha ocupado un lugar central en la ciencia política desde su formulación teórica en el segundo tercio del siglo XX. Diversos estudios³ han hecho hincapié en la construcción nacional diferencial de los mismos, sobre todo de acuerdo a factores político-ideológicos, institucionales y socio-culturales entre otros. Se tomará como referencia la tipología clásica de Esping Andersen (1990) de regímenes de bienestar en los países industrializados.⁴ En América Latina,⁵ dentro de los estudios pioneros en esta materia, pueden citarse los trabajos de Carmelo Mesa Lago,⁶ quien ofreció la primera tipología de programas sociales, basada en la fecha de creación de los primeros seguros sociales (pensiones y salud en particular). En la misma, Uruguay aparece dentro de los “pioneros”, junto a Argentina, Chile, Cuba, Brasil y Costa Rica, quienes desarrollaron los primeros sistemas de atención entre las

3 Por ejemplo destacan en este sentido Esping Andersen (1990); Pierson (2001); Gough y Woods (2004) entre otros.

4 Este autor reconoce tres tipos de acuerdo a las siguientes dimensiones: desmercantilización, estratificación y el rol del Estado en la provisión de los servicios. El EB Socialdemócrata posee los máximos niveles de desmercantilización, con provisión y financiamiento público y el ciudadano como objeto de las políticas. El EB Corporativo tiene un menor nivel de desmercantilización, se basa en existencia de seguros sociales con contribuciones obrero-patronales, es fuertemente estratificador y la familia es la principal unidad de provisión de bienestar. Finalmente el EB Residual o Liberal está apoyado en la provisión y estratificación que genera la participación de los individuos en el mercado.

5 Un buen compendio de la conveniencia de utilizar la noción de régimen o Estado de Bienestar en América Latina puede verse en Antía (2008).

6 Ver Mesa Lago (1978).

décadas del veinte y el treinta del siglo pasado (Mesa Lago 2007).⁷

Al igual que el resto de países de dicha categoría, la matriz de bienestar uruguayo se ha caracterizado históricamente por presentar niveles relativamente altos de cobertura de los distintos bienes y servicios –seguridad social, salud y educación– pero la calidad y cantidad de prestaciones estuvieron fuertemente estratificadas. Este patrón general determinó justamente que Fernando Filgueira (2007) incluyera al caso uruguayo dentro de la categoría de “universalismo estratificado” dentro de su tipología de los regímenes de bienestar latinoamericanos.⁸ Esta matriz, se estructuró en líneas generales en todo el Cono Sur en torno al modelo de proveedor único familiar –“breadwinner”–, y su pertenencia al mercado formal de trabajo. Brevemente, este modelo de provisión de bienestar, pionero en la región y con un importante grado de institucionalización, comenzó a manifestar ciertos síntomas de crisis estructural al menos desde la década del setenta, asociados entre otras cosas al crecimiento de la informalidad y el crecimiento del desempleo, que determinaron que el mercado formal de trabajo dejara de ser el mecanismo de integración al sistema de protección social.

A partir de ese momento, se hicieron más patentes que nunca las inconsistencias entre un modelo construido en base a una estructura de riesgos propia de regiones más desarrolladas, y el contexto que este debía enfrentar en América Latina con altos grados de informalidad y precariedad laboral, procesos de pobreza y exclusión social estructurales, desigualdades entre el espacio urbano y rural, y una fuerte relación de dependencia de niños y ancianos, entre otros.

En el caso particular de la salud, Fleury identifica como principales características: estratificación y exclusión de ciertos grupos de población; alta fragmentación institucional; base financiera estrecha y frágil basada en salarios; red de servicios muy concentrada; administración centralizada e ineficiente; orientación hacia prácticas curativas en vez de hacia medidas preventivas; actores involucrados con fuertes intereses. Por otra parte, debido a los profundos cambios económicos y sociales producidos en la región desde finales de los sesenta: “a las enfermedades típicas relacionadas con situaciones de subdesarrollo se sumaron las que prevalecían en las sociedades industrializadas...” (Fleury 2001: 8).

Dentro de este marco más general, se inserta y desarrolla un sistema de atención sanitaria que presenta algunas similitudes y diferencias con los otros componentes de la matriz de bienestar, que van a orientar o condicionar algunas de las opciones de política y reforma que serán presentadas a lo largo de este trabajo.

⁷ Completan la tipología el grupo Intermedio, que crearon sus seguros entre los años cuarenta y cincuenta; y los “latecomers” en los sesenta y setenta.

⁸ Dicha tipología, partiendo de la clasificación de regímenes de bienestar de Esping Andersen (1990), reconoce para América Latina tres tipos de regímenes: Universalismo estratificado; Dual y Excluyente. Además de los primeros, los países “duales” combinaban una casi universalización de servicios como la educación primaria con importantes segmentaciones y desigualdades en el acceso a otros servicios como los sanitarios. Por otra parte, en los países con regímenes excluyentes sólo una pequeña porción de la población accedía a servicios de una mínima calidad: la elite gobernante y algunas corporaciones de trabajadores formales (Filgueira 2007).

Dentro de las similitudes, se puede señalar fundamentalmente la fuerte interdependencia con el sistema de seguridad social del país, que fue el eje y puerta de entrada a gran parte de la oferta de bienes y servicios de protección social. Es justamente por este motivo, que la crisis presentada anteriormente, asociada a la inadecuación de los problemas o factores de riesgo de la población, impactó directamente sobre el sistema de salud, minando fuertemente su sustentabilidad económica y acentuando las diferencias existentes entre subsectores y entre beneficiarios. Además, el sistema de salud en Uruguay también se fue construyendo con base en una importante estratificación del servicio. A lo largo del siglo XX, con la consolidación del sistema mutual, el acceso a los servicios de atención con los que contaba cada trabajador dependía del sector productivo al que pertenecía y a la capacidad de los sindicatos de negociar los planes de atención, en consonancia con el modelo de bienestar corporativo desarrollado por Esping Andersen (1990).

A raíz de estas similitudes y complementariedades entre los diversos sectores del área de protección social, y de la interdependencia entre salud y seguridad social, es que se puede ver cómo las reformas estructurales de salud en América Latina durante los noventa fueron promovidas dentro de un marco general de modernización y reforma del Estado en su conjunto, pero fundamentalmente las mismas fueron llevadas adelante en muchos casos de forma posterior a la implementación de las reformas en el área de la seguridad social y las pensiones (Mesa Lago 2007).

Por otra parte, a diferencia de otras áreas tradicionales como la educación, el sector sanitario presenta algunas particularidades. Las organizaciones profesionales y sindicales del sector poseen un enorme poder de presión, ya que, apoyados en la complejidad de la profesión, la mayoría de los centros de atención son dirigidos y gestionados por médicos, tanto en el subsistema público como en el privado; con el problema agregado de que además, en el caso de las IAMCs, los mismos son también propietarios. Por lo tanto, los médicos en esta situación son a la vez empleadores y empleados, y son quienes regulan la oferta de médicos mediante el monopolio de la formación terciaria, entre otras cosas. Con esta estructura, cualquier tipo de negociación con el sector médico se ve fuertemente complejizada; con el agregado de la histórica carencia de regulación efectiva por parte de las autoridades políticas en esta materia (Moreira y Setaro 2002).

Estos procesos de crisis y cuestionamientos a los regímenes de bienestar, y los sucesivos intentos reformistas han generado un importante número de estudios académicos que han buscado explicar los diversos procesos de reforma.⁹ En este sentido, de acuerdo a Del Pino y Colino (2006), existen en la literatura especializada al menos seis condicionantes del éxito o fracaso de las reformas. Los mismos son: a) el path dependence del sector: beneficiarios, estructura de las prestaciones, mecanismos de financiación, actores que gestionan el sistema, e intereses creados alrededor del mismo; b) condicionante electoral: referido a la tendencia de los actores políticos a evitar reformas impopulares sobre todo para sus bases electorales; c) las instituciones políticas existentes: grado de fragmentación del poder en las instituciones del sector,

⁹ Ver Pierson (2006) y Muñoz del Bustillo (2000) entre otros.

existencia de jugadores con capacidad de veto efectivo; d) el sistema de participación social: nivel de participación y ámbitos en que la misma se desarrolla dentro del esquema de políticas públicas; e) grado de competencia partidaria y papel de los partidos y organizaciones de izquierda: principalmente la ideología del gobierno; y f) el estilo de la reforma: el mismo variará de acuerdo al número de cambios que tenga la propuesta, si la misma es promovida en bloque junto a otras reformas o es presentada en solitario, si son impuestas o negociadas y si las mismas son resultado de exigencias o presiones – tanto internas como externas – o por el contrario son producto del convencimiento.

Tomando en cuenta estas dimensiones, se desprenden en principio algunas instancias o condiciones que van a dificultar las reformas por un lado, y por otro, cuáles son los factores más favorables para el éxito de las mismas. Así, serán de difícil o conflictiva aplicación aquellas reformas que: recortan prestaciones que llegan a gran parte de la población, existen grupos organizados de usuarios del servicio, la prestación está vinculada a contribuciones anteriores; no se logra convencer a la ciudadanía de la importancia de la reforma, el poder de veto se encuentra disperso en varios actores, existe fragmentación interna en los partidos con representación parlamentaria, el rol que jueguen los sindicatos y otros actores sociales puede beneficiar o perjudicar las reformas, la reforma se produce en bloque o manejando pocos temas, etc.

Por el contrario, será más factible llevar adelante un proceso de reforma si se dan alguna o varias de estas condiciones: se universalizan prestaciones, los que cargan con el peso del financiamiento también reciben beneficios, hay consenso en la necesidad de reformar, hay mayorías parlamentarias, el apoyo de sindicatos y demás actores sociales, el número y variedad de temas es amplio, los procesos son más negociados que impuestos verticalmente (Del Pino y Colino 2006).¹⁰

Actores relevantes del sistema en la post dictadura

Básicamente, el sector sanitario uruguayo se estructura en base a dos grandes subsistemas: uno público, a cargo de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) cuyo vínculo con el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha variado a lo largo del período, que se ocupa de todos aquellos que no pudieran hacerse cargo de la compra de algún tipo de seguro médico; y un subsector privado, muy heterogéneo en su composición y con un predominio de la figura de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) cuyo origen es producto de la participación en el sector de diversas organizaciones de la sociedad civil.¹¹ Durante el transcurso

10 Este esquema de éxito, estaría en consonancia con los factores identificados por la OCDE: disponibilidad y utilización de información sobre el sector para apoyar las propuestas de cambio, liderazgo político del gobierno para la introducción de legislación que genere apoyo y cooperación de parte de los diversos actores del sector; la utilización de incentivos para alinear los intereses de estos actores con los objetivos de la reforma; y un importante margen de maniobra para la utilización de los recursos del sistema (OCDE 2010).

11 De acuerdo a datos del propio MSP, al año 2004 el número de afiliados a cada subsector era prácticamente el mismo, pero sin embargo los recursos utilizados por el subsistema privado constituían el 74,64% del total de recursos del conjunto del sector (MSP 2009).

de las tres últimas décadas, se produjo además la aparición y crecimiento –todavía marginal– de una serie de seguros privados. En teoría, el rol de rectoría del sistema en su conjunto estaría a cargo del MSP. Sin embargo, su actuación constituyó uno de los puntos críticos de la organización del sector antes del gobierno del Frente Amplio (Moreira y Setaro 2002).

Dentro de este escenario, y siguiendo a Rodríguez y Toledo (2010) el mapa de actores que intervienen en el proceso de reforma pueden ser agrupados en: usuarios, trabajadores, organizaciones médicas gremiales y prestadores privados de salud.¹² Los usuarios, a pesar de ser el colectivo con mayor peso numérico del sector, no han tenido históricamente un rol demasiado activo en lo que refiere a participar en los procesos de elaboración de políticas como grupo de presión, y se habían limitado hasta el año 2004 a crear algunas organizaciones dispersas que promueven prácticas saludables o que denuncian mala praxis en los centros de atención.

Dentro de los trabajadores, nucleados en el PIT-CNT, destacan dos gremiales de trabajadores del sector: la Federación de Funcionarios de la Salud Pública (FFSP) que está integrado por los trabajadores no médicos del sector público y la Federación Uruguaya de la Salud (FUS) que nuclea a los trabajadores no médicos del ámbito privado. Como cuestión a tener en cuenta para la siguiente sección de este trabajo, es preciso destacar que si bien ambas gremiales compartieron diagnósticos e incluso propuestas con el FA, también existieron algunas diferencias referidas a los tiempos de la futura reforma (con la FUS) y más sustanciales referidos al alcance de dicho proceso con la FFSP (Rodríguez y Toledo 2010).

En cuanto a las organizaciones médicas gremiales, destacan tres: el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), la Federación Médica del Interior (FEMI) y la Sociedad Anestésico-Quirúrgica (SAQ). Estas gremiales agrupan a la corporación más importante de cualquier sector sanitario del mundo – los médicos – y por lo tanto su influencia, capacidad de presión y posibilidades de actuar como jugador con poder de veto son muy importantes, y su actuación será clave para entender los acontecimientos que se trabajarán a continuación.

El SMU nuclea mayoritariamente a los médicos residentes en Montevideo, y dirige además un centro asistencial propio –el CASMU– que es el mayor prestador del país en cuanto a número de afiliados; lo que plantea alguna complejidad extra en la actuación de esta organización debido a que este carácter dual muchas veces puede confundir los roles gremiales y empresariales (Rodríguez, y Toledo 2010). Al igual que con las gremiales obreras, las propuestas del SMU durante el período de gestación de la propuesta electoral del FA estuvieron en clara sintonía, pero esta situación cambió rápidamente al inicio de la administración Vázquez como consecuencia del cambio de orientación política de la dirección de la gremial (Pérez 2009).

FEMI por su parte, está compuesta por los médicos radicados en interior del país, y al igual que su par capitalina, ejerce ese doble rol de gremio y cámara empresarial, gestionando 23 instituciones de asistencia médica. Si bien en líneas generales la gremial compartía el diagnóstico y los principios rectores del sistema,

12 No serán consideradas en este trabajo otras empresas vinculadas al sector como las farmacéuticas, debido principalmente a su escasa o nula contribución a los debates y propuestas de reforma del sector.

lo cierto es que existieron diferencias con el gobierno del FA sobre todo a la hora de cómo llevar adelante la propuesta, lo que en algunos casos llevó a FEMI a posicionarse en contra de algunas iniciativas concretas (Rodríguez, y Toledo 2010).

Finalmente dentro de las organizaciones médicas gremiales resta presentar a la SAQ, asociación escindida del SMU en 1992, agrupa a las especialidades de traumatología, anestesiología, ginecología, las cirugías, oftalmología, urología y otorrinolaringología. Probablemente es y ha sido la gremial médica más “radical” en sus intervenciones, que cuenta además con gran poder de veto, lo que ha determinado que muchas veces haya visto plasmadas sus reivindicaciones – con los distintos gobiernos de turno – mediante la amenaza de suspensión de determinadas actividades como la de los anestesistas en el conjunto del subsistema público. Este factor determina que sea la gremial más transparente a la hora de identificar sus demandas y prever sus posibles reacciones ante determinadas medidas.

Si se observa el amplio espectro de prestadores priva

dos que llevan adelante servicios de atención sanitaria en Uruguay, los mismos pueden separarse entre prestadores sin fines de lucro (IAMC) y con fines de lucro (seguros privados). Dentro de las IAMC se atendía más del 50% de la población del país (ECH, 2008 citada en MSP, 2009) mientras que si bien los seguros privados no llegan siquiera a una cobertura del 2%, lo cierto es que este espacio se ha ido incrementando desde inicios de la década del noventa, así como la capacidad de presión de estos actores. También dentro de este espectro de prestadores privados es necesario incorporar a los prestadores parciales, cuyos actores más relevantes son las emergencias médico-móviles, fundamentalmente por la cantidad de afiliados que poseen (Rodríguez y Toledo 2010).

Aunque escueta, esta presentación de los diversos actores que tienen intereses y expectativas creadas en el desarrollo del sector salud, permite dar cuenta de la complejidad del sector y la conflictividad potencial que puede operar en cualquier momento como bloqueo a intentos de cambio o ajuste de los equilibrios existentes. Pero incluso dentro de este escenario complejo, hay un actor que sobresale: el de los médicos. “Su inserción en todos los niveles del sistema, con distintas responsabilidades, hace que sus intereses recorran transversalmente partidos políticos, instituciones prestadoras, gremios, empresas proveedoras de tecnología, etc.” (Rodríguez y Toledo 2010).

Diagnóstico de la situación del sector salud previo al gobierno del FA

Procesada la redemocratización del país, y en consonancia con el conjunto de la región, los problemas más importantes a nivel de atención sanitaria se encontraban esencialmente en los niveles de cobertura de la población, en la calidad y cantidad de servicios que reciben los distintos segmentos de la población, así como también en el incremento sostenido de los costos. Si bien Uruguay presentó históricamente altos niveles de cobertura formal, lo cierto es que el acceso no alcanzaba a ser universal, y justamente las personas que quedaban por fuera del sistema eran en su gran mayoría pertenecientes a los colectivos más vulnerables de la población: niños,

adolescentes y ancianos. Incluso esta cuasi universalización del acceso al servicio, no debe ser confundida con la inexistencia de amplias inequidades y diferencias en los niveles de atención que recibían y reciben los ciudadanos (Barba y Valencia 2010). Con estos problemas e inequidades, sumados a la crisis económica endémica de las organizaciones mutuales, se ha venido hablando de la necesidad y urgencia de reformar a fondo el sistema sanitario.

En líneas generales, se puede decir que existía un diagnóstico que era ampliamente compartido por los diferentes actores del sistema, y que dicho diagnóstico permaneció esencialmente incambiado durante los últimos 25 años. El mismo contenía elementos como el reconocimiento de las fuertes disparidades en la infraestructura de los subsistemas del sector, las importantes inequidades salariales entre profesionales del sector público y el privado, el multiempleo casi generalizado, los altos precios de tiques, órdenes y cuotas mutuales, los elevados tiempos de espera para ser atendido por especialistas, una atención demasiado centrada en la hospitalización y no en la atención primaria, entre otros.

En lo que refiere al subsector público, otro aspecto a resaltar fue la necesidad de que el MSP no fuera a la vez rector del sistema y proveedor de servicios, en consonancia con los postulados gerencialistas de la época. La solución que se manejó casi como única opción viable fue la separación de funciones, que fundamentalmente implicaba la concentración del MSP en las funciones de rectoría y regulación, y la descentralización de ASSE para que este organismo realizara la coordinación del subsistema público de atención.

Como se verá en el apartado siguiente, a lo largo del período analizado, fueron apareciendo algunas propuestas de reforma, unas de corte más estructural y otras en clave de ajustes del sistema existente, con la particularidad de que ninguna propuesta logró imprimir cabalmente su lógica dentro del sistema.

Para presentar la situación del sector sanitario en Uruguay previo a la aprobación del SNIS en el año 2008, se puede decir que al año 2006, la cobertura en la atención, considerando por un lado Montevideo y por otro el interior del país, indicaba que en la capital del país, un 38,4% de las personas estaban atendidas por alguna de las instituciones públicas disponibles, y el restante 57,6% se atendía en instituciones privadas. Sin embargo, cuando se observan los datos para el interior del país, se advierte que esta relación se ve invertida, con un 59,2% de las personas atendidas en el sistema público, y un 38,3% en las instituciones privadas (MSP 2009).

Uruguay ha tenido históricamente elevados niveles de gasto en salud respecto a su Producto Bruto Interno (PBI) en comparación con el resto de la región, alcanzando para el año 2004 el 8,96% del PBI. El financiamiento del sistema corre a cargo de fuentes públicas (rentas generales y aportes de la seguridad social) y fuentes privadas – las cuotas que asumen los individuos al contratar cualquier organismo privado de provisión. En ese mismo año, la distribución del gasto en salud era de 74,64% al sector privado y 25,36% para el subsector público; lo que permite dar cuenta de diferencias sustanciales entre subsectores (MSP 2009).

3. Iniciativas de reforma del sector en la post dictadura (1985-2004)

En el retorno a la democracia, los cambios más importantes en cuestiones sanitarias se dieron a nivel de la estructura estatal del sistema. En este sentido, se pueden identificar durante el período 1985-2000, tres mojonos de cambio: la transformación de ASSE en un organismo desconcentrado; el proyecto de reforma del sector presentada en 1995; y finalmente el Programa de la Reforma del Estado promulgado e impulsado desde la actividad de consultorías externas y desde los Organismos Financieros Internacionales (Piotti 2002).

La creación de ASSE como organismo desconcentrado, derivó del rechazo político a un proyecto de creación de un Servicio Estatal de Salud (SES) presentado en la Rendición de Cuentas del año 1986. En el mismo, al tiempo que se mantenía la estructura básica del sistema, se lo intentaba dotar de mayor racionalidad a través de la redefinición de la estructura del sector público, el inicio de un cambio en el modelo de atención a través de la figura de los médicos de familia y un reposicionamiento del Ministerio como actor regulador del sistema (Piotti 2002). Además de la creación de ASSE, se produjo el inicio del programa de médicos de familia. No obstante, estos últimos nunca llegaron a consolidarse profesionalmente como una opción de atención al modelo hospitalocéntrico del país. En este primer período de gobierno en la post dictadura, se presentaron también en el Parlamento dos proyectos que pretendían la conformación de un sistema nacional de salud, pero ambos fueron rechazados (Castiglioni 2005).

Por otra parte, ya en la década del noventa se presentó una propuesta de reforma del sector, que se venía a insertar dentro de una línea general que caracterizó a Latinoamérica entera, fuertemente influenciada por las propuestas de Organismos Financieros Internacionales como el Banco Mundial (BM), que en el año 1993 presentaba como centro de las reformas “sugeridas” tres objetivos básicos: un gasto sanitario efectivo desde el punto de vista de los resultados; asociado a esto, contención de costes; y cobertura universal (Moreira y Setaro 2002). A su vez, alcanzar estos objetivos supondría orientar decididamente el centro del sistema hacia los prestadores privados, quedando el subsector público, encarnado en el MSP, como regulador del sistema y proveyendo únicamente un paquete de servicios mínimos destinados a las personas de menores ingresos (Homedes y Ugalde 2005).¹³

Las razones del fracaso de las iniciativas de reforma del sector sanitario en Uruguay, se produjo debido a que, en particular, este proyecto se enfrentó a un sistema ampliamente institucionalizado y con altos niveles de complejidad en cuanto a número y características de los actores. La resistencia de estos actores determina que muchos de los intentos reformistas se logren aplicar muy gradualmente, y muchas veces de forma tal que los cambios pierden el sentido original. Peor aún, el fuerte

13 Más allá de la convicción de la clase política uruguaya acerca de la viabilidad o el interés de estas propuestas, lo cierto es que organismos como el BM contaron en la región con el plus añadido que implicaba presentar estos paquetes de reforma como la contraparte a cumplir por los países para poder adquirir los préstamos que estos solicitaban. Así, en Uruguay el programa de “Fortalecimiento Institucional del Sector Público” pretendía seguir estas líneas.

componente estatista de las políticas sociales en Uruguay tiene implícitos una serie de intereses y apoyos políticos y ciudadanos que dificultan el pasaje a iniciativas de corte privado y competitivo (Moreira y Setaro 2002). En este sentido, Castiglioni aporta también algunos factores que ayudan a entender las dificultades de la promoción de cambios estructurales en las políticas públicas en Uruguay en las últimas décadas: importante fragmentación del sistema de partidos –sobre todo interna a los mismos– y un relativo balance de poderes entre Ejecutivo y Legislativo, darían como resultado: “(...) the relative dispersión of governmental authority” (Castiglioni 2005).

Quizás reconociendo estos posibles bloqueos, el documento del BM establecía dos “alternativas políticas” de reforma. Una más ambiciosa, de transformación global a través de la creación de un Fondo Nacional que nucleara los diversos aportes, y cuyos servicios se orientarían de acuerdo a una canasta básica obligatoria para todos los prestadores, quedando el resto de servicios librados al juego del libre mercado en cuanto a precios, calidad, etc. La segunda alternativa en cambio, se ajustaba más a la historia de reformas en Uruguay, ya que hacía referencia a la realización de una serie de ajustes parciales entre los cuales se encontraba “(...) sistema de gestión descentralizada para hospitales públicos y la posibilidad de generar ingresos a través de la venta de algunos servicios a terceros. Se pretende definir categorías de usuarios de ASSE de acuerdo a niveles de ingreso” (Moreira y Setaro 2002: 237) Esta propuesta implicaba claramente un viraje hacia opciones de focalización de los tipos de prestaciones, al tiempo que de acuerdo a las categorías utilizadas por Filgueira (2007), podríamos decir que la misma mantenía y reforzaba la estratificación existente, sobre todo a raíz de la contratación libre de gran parte de los servicios sanitarios.

Por otro lado, se buscaba una redefinición del universo de usuarios para cada tipo de prestación, que implicaba entre otras cosas un sistema único de información y por supuesto la existencia de libre movilidad entre instituciones para los usuarios (Moreira y Setaro 2002). Este cambio se consolidaba con la creación de diferentes mecanismos de categorización y clasificación de acuerdo a niveles de calidad.

Al inicio de la segunda presidencia de Julio María Sanguinetti en el año 1995, se presentó una propuesta de cambios en el sector sanitario uruguayo, que entre otras cosas intentaba reposicionar al MSP como institución rectora del sistema, darle mayor importancia a los médicos de familia, avanzar hacia la descentralización del sistema a través de la autogestión de los hospitales –principalmente los del interior del país –, más autonomía para ASSE y focalizar el gasto proveniente de las rentas generales del Estado hacia aquellas personas que demostraran carecer de los recursos suficientes para su subsistencia (Piotti 2002). Además, se pretendía fortalecer a los hospitales públicos de forma de hacerlos más competitivos, permitiendo así la elección de los centros de ASSE como una opción más para los usuarios del sistema¹⁴ (Moraes y Filgueira 1998). También estuvo incluida dentro del conjunto de propuestas la de

¹⁴ Es pertinente recordar que en clara muestra de la orientación del sistema hasta ese entonces, las personas que debían elegir prestador médico a partir de su pertenencia al mercado formal de trabajo no podían optar por atenderse en el subsistema público. Este hecho, al tiempo que limitaba al subsistema público a la atención focalizada de los pobres, implicaba una pérdida de calidad y legitimidad, y una estigmatización de “lo público” (Güemes y Fuentes 2010).

aprobar un Estatuto Único del Trabajador de la salud, equiparando lentamente los salarios públicos a los existentes en el sistema mutual.

Pero esta iniciativa, que como se verá más adelante recogía algunas de las iniciativas propuestas posteriormente por el Frente Amplio, fue bloqueada en su totalidad por diferentes actores y por causas dispares. La discusión parlamentaria no hizo más que poner en evidencia las diferentes concepciones que existían sobre el tema, al tiempo que la forma en que el proyecto fue elaborado y presentado – enviando la propuesta dentro de la Ley de Presupuesto, limitando así la capacidad de introducir cambios– despertó resistencias de casi todos los actores centrales, al tiempo que en dicha instancia aparecieron los representantes sectoriales ejerciendo presión. Recordemos que muchos integrantes de la clase política son médicos de profesión, y funcionan de hecho como un poderoso *lobby* de intereses corporativos, trascendiendo algunas veces los límites partidarios.

Sin lugar a dudas, el principal punto de bloqueo lo constituyó el rechazo al proyecto que manifestaron los prestadores privados, quienes veían en la alteración del statu quo una posibilidad de pérdida de poder e influencia. Por otra parte, no ofrecía una clara expansión en la cobertura y/o beneficios; y por el contrario, la propuesta implicaba recortes y generación de ahorros a través de la limitación de los subsidios al sector privado (Morales y Filgueira 1998). De este modo, no quedaba claro a dónde se dirigían esos recursos, pero por el contrario, los perdedores estaban claramente identificados: especialmente los médicos del interior agrupados en FEMI, debido a que es en dichas zonas donde el prestador público se constituiría rápidamente en un competidor por usuarios con el sector mutual. Pero más allá de los rechazos sectoriales, un factor no menor a tener en cuenta lo constituye el hecho de que los cambios en salud no habían sido incorporados dentro de la negociación de la coalición de gobierno, como sí lo estuvieron las reformas de la educación y de la seguridad social (Castiglioni 2005).

Sin embargo, a pesar de este rechazo parlamentario a las propuestas más sustantivas de reforma en salud, finalmente la Ley de Presupuesto 16.736, aprobada en 1996, contuvo en su interior cambios de corte administrativo que dejaron establecidos algunos principios generales de claro tinte gerencialista que debían orientar la Reforma del Estado: que la actividad estatal se centrara en los cometidos esenciales, reformulando las estructuras organizativas hacia estructuras más flexibles y con capacidad de competir; al tiempo que a nivel de recursos humanos se debería tender a una lógica claramente gerencial, centrada en los contratos, como complemento al resto de los cambios.

Respecto al MSP en particular, en consonancia con lo anterior, se debían fortalecer exclusivamente las competencias referidas a la formulación de políticas generales y su acción normativa y de control¹⁵ (Piotti 2002). A pesar de estos cambios aprobados, a modo de síntesis se puede decir que no hubo diagnóstico del sistema ni se publicitó la propuesta: solo había apoyo de los Organismos Financieros

15 Este hecho reforzaba la intención ya mencionada de separar institucionalmente las funciones de rectoría y regulación del sistema, de las tareas de provisión directa de servicios; que tenía como correlato la descentralización de ASSE, que quedaría como una empresa pública de venta de servicios (Setaro 2004).

Internacionales. La salud no era considerada un problema y la crisis de las IAMC era considerada asumible, y este es un requisito casi indispensable para cualquier intento de reforma estructural: debe haber acuerdo acerca de la existencia de un problema que debe ser resuelto (Steinmo 2007).

Si bien no se consignaron grandes propuestas de cambio durante la presidencia de Jorge Batlle (Partido Colorado, 2000-2004) los cambios tuvieron en principio el objetivo de contener el gasto en salud, tanto público como privado; al tiempo que se llevaron adelante una serie de reestructuras organizativas y se crearon una serie de cargos que estaban en sintonía con los postulados de reforma administrativa de la Administración Central en su conjunto¹⁶ (Setaro 2004). Estos movimientos se vieron frenados por la fuerte crisis económica que sufrió el país, lo que hizo que los esfuerzos se centraran en otras áreas de política. Con miras a cómo se desarrollaron los acontecimientos posteriores, la crisis del 2002 operó en los hechos como el disparador final para consolidar en el sistema político la necesidad de reformar la salud. Así, el descalabro del sistema –materializado en el cierre de IAMCs, la pérdida de afiliados del sector privado en favor de ASSE y el pronunciado aumento de costos de tiques y órdenes– abrieron la “ventana de oportunidad” para la reforma.

4. Génesis del SNIS

Si bien el diagnóstico referido a los problemas que aquejaban al sistema de salud uruguayo era compartido, dicho consenso se diluía a la hora de acordar orientaciones de reforma, e incluso el nivel de profundidad de las mismas (Grau Pérez y Lazarov, 2000). Para poder reconstruir los insumos o las ideas que pueden haber nutrido la conformación de la propuesta de un Sistema Nacional Integrado de Salud por parte del primer gobierno del Frente Amplio, se identificaron los siguientes documentos: las diferentes convenciones médicas de Montevideo y del Interior del país, los elaborados por los sindicatos de trabajadores del sector –tanto médicos como no médicos–, la interna del propio FA, y en un escalón por debajo, operando de forma subsidiaria, la organización no gubernamental “Centro de Investigaciones Económicas” (CINVE¹⁷). A continuación se presentarán sucintamente algunas propuestas generados en el seno de estas organizaciones, como forma de advertir convergencias y discrepancias con la propuesta programática del FA para el área de la salud.

Desde el PIT-CNT, la visión acerca del futuro de la salud en Uruguay se puede observar en el documento final del séptimo congreso del año 2001. Allí, se propone entre otras cosas, la necesidad de que el Estado asuma un efectivo rol regulador del sistema a través de la creación de un nuevo organismo especializado.

16 Básicamente estos cambios acentuarían el proceso de separación de funciones de rectoría y prestación de servicios, al tiempo que a nivel de recursos humanos sobresalieron la creación de cargos de Alta Especialización y Alta Prioridad, asociados a la lógica gerencial del paradigma de la Nueva Gestión Pública.

17 Esta organización es considerada, a partir de su asesoramiento a distintos actores del proceso como el SMU, FEMI, o el propio MSP.

A su vez, plantea avanzar hacia la construcción de un sistema nacional de salud que coordine los diversos servicios existentes, tanto públicos como privados. En cuanto a la gestión y financiamiento del sistema, se presenta la aspiración de que la gestión del mismo sea descentralizada con mecanismos efectivos de participación social; y que los aportes estén centralizados en un único fondo (MSP 2009).

Si se observan los planteos del SMU,¹⁸ los mismos consistieron en: la reafirmación de la salud como un derecho constitucional; la organización de los recursos humanos y la infraestructura a través de un sistema nacional de salud que coordine, complemente e integre a los dos subsectores del sistema; un MSP con funciones de normatización, control, vigilancia epidemiológica y policía sanitaria; independencia de ASSE respecto al MSP; un modelo de atención que privilegie el primer nivel de atención como “puerta de entrada” al sistema; y fórmulas que aseguren la viabilidad económica mediante la contribución de los ciudadanos ajustada a su capacidad contributiva (SMU 2004; MSP 2009).

En las propuestas de la otra gran gremial médica –FEMI¹⁹–, nuevamente se pueden advertir en gran medida las mismas reivindicaciones que en los casos anteriores. Se pueden destacar como principales líneas de reforma: un MSP responsable de la ejecución de las políticas de salud y de controlar el funcionamiento del sector; integración de servicios como forma de evitar duplicar esfuerzos y recursos; incorporación de usuarios del subsector público al privado como forma de “descongestionar” el primero; desarrollar un sistema de atención médica integral; estructura ejecutiva descentralizada con centralización normativa; promoción de un modelo de atención orientado a la prevención; equidad en el acceso a los servicios; aportes al sistema de acuerdo a la capacidad contributiva de la persona o familia, y la utilización del BPS como pilar fundamental para la expansión de la cobertura mutual (FEMI 2004).

Finalmente se encuentra CINVE, que desde la década del noventa ha venido produciendo sucesivos documentos de diagnóstico del sector sanitario uruguayo. Una rápida mirada a sus integrantes actuales, entre los que destacan por ejemplo Fernando Lorenzo –Ministro de Economía del actual gobierno (2010-2015)– está dando cuenta de alguna manera de la filiación partidaria de muchos de sus integrantes, lo que hace suponer cierta coincidencia con la propuesta de reforma presentada por el FA. En este sentido, se aportan algunas sugerencias para la reforma del sector, que se podrían agrupar en dos modelos: “de no cambio o inercial” y “de cambio”.

En el modelo inercial, se mantendría la fragmentación del sistema en dos subsectores, pero se fortalecería el rol regulador del MSP. Por otra parte, bajo esta línea se debería continuar con el proceso de descentralización de ASSE, aunque sin alterar la configuración del resto de servicios de atención pública corporativos como la sanidad militar y policial. Los ajustes más fuertes vendrían por el lado de la oferta del subsector público, que implicaría el cierre de empresas o fusiones entre pequeños prestadores. Como contrapartida, el modelo de cambio presentado implicaría el

18 En la declaración final de la VIII Convención Médica del año 2004.

19 Propuestas sacadas del documento “La salud que queremos para los uruguayos” del año 2004.

intento por unificar el sistema, apoyado en la concentración de los recursos en un solo ámbito. Este nuevo sistema se basaría en estos pilares: 1) cobertura universal con un paquete asistencial uniforme e integral; 2) un fondo financiador único; 3) fuerte reestructura del lado de la oferta; 4) mejores condiciones de información disponible para una mejor elección de los usuarios; 5) creación de una superintendencia y un organismo acreditador que establezca requisitos básicos de gestión (Grau Pérez y Lazarov 2000).

Como se puede advertir, la revisión de las propuestas da cuenta de una gran dosis de consenso y acuerdo respecto a los principios generales que deberían orientar una reforma estructural en la atención de la salud en Uruguay. Por otra parte, también se puede advertir que ninguno de los documentos plantea siquiera una revisión del sistema mutual, ni promueven acciones concretas de mejora de la gestión de los mismos –tanto a nivel de eficiencia en la utilización de los recursos como de la nivelación en la calidad de los servicios prestados–.

A continuación se presentará la propuesta presentada por el Frente Amplio en la campaña electoral para las elecciones de Octubre del 2004, a modo de poder identificar la influencia en el proceso de los actores antes mencionados, ya que debido a la estrecha relación de los mismos con el FA, de alguna manera todos ellos se hayan adjudicado el haber formado parte fundamental de la reforma. Posteriormente se analizará la materialización del nuevo sistema, a través de las tres leyes principales que confieren los cimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) también a la luz de estas propuestas.

5. Propuesta presentada por el Frente Amplio

El Programa en Salud del FA, fue aprobado por el IV Congreso Extraordinario Héctor Rodríguez, a finales del 2003. En el mismo, se puede decir que estaba expresada la “mirada ingenua”, es decir, que reflejaba consideraciones que no tenían en cuenta ciertas cuestiones asociadas al ejercicio del gobierno (Rodríguez y Toledo 2010). En primer lugar, se incluía dentro de la propuesta una reforma constitucional que reconociera a la salud como un derecho fundamental y estableciera la responsabilidad del Estado en la asistencia de la población (Pérez 2009).

Por otra parte, dentro de las líneas de reforma presentadas allí se pueden destacar los cambios en el modelo asistencial, en el financiamiento y en la gestión del sistema (Setaro 2010). El nuevo sistema debía estar orientado al desarrollo de la atención primaria en salud, con principal énfasis en la prevención, como forma de superar el histórico modelo hospitalocéntrico del país. En cuanto al financiamiento, la propuesta inicial planteaba la necesidad de un fondo único que se conformaría con los aportes del Estado y de ciudadanía; en este caso con la novedad de que se haría a través de una alícuota dentro del IRPF como mecanismo de financiamiento mediante rentas generales.

Respecto a la gestión y configuración del sistema, en este congreso se terminó de afirmar la idea de construir un sistema mixto de salud, quedando así

en minoría la postura de algunos grupos de avanzar hacia un sistema puramente estatal de salud.²⁰ El documento planteaba que “(...) un Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay debe: a) integrar los efectores públicos, comunitarios, de las IAMC y del cooperativismo odontológico, sobre la base de una estrategia nacional expresada en un Plan Nacional Integrado de Salud, y de una financiación común por parte del Seguro Nacional.” (IV Congreso Extraordinario del FA citado en Rodríguez y Toledo, 2010). En este marco, la propuesta original del FA incluía la rectoría efectiva de todo el sistema por parte del MSP y la descentralización de ASSE en tanto organizador de la prestación del subsistema público.

Además, entre otras propuestas se encontraba la idea de que el SNIS sería un organismo descentralizado del MSP conducido por una Junta Nacional de Salud (JUNASA). Además, estaba prevista la creación de una Superintendencia de Salud que tendría como competencia esencial la administración de Seguro Nacional de Salud. También se planteaba la creación de espacios de participación social de usuarios y trabajadores, como uno de los pilares de la reforma, siendo la misma un derecho y un deber para ellos.

6. Análisis: apoyos y condiciones político-institucionales que favorecieron la implementación del SNIS

Como se planteó en la introducción de este trabajo, dos son las preguntas que buscamos responder en este artículo: ¿cuáles fueron los factores político-institucionales que le permitieron al FA procesar una reforma estructural en un contexto poco proclive a los mismos? y ¿cómo dialogó esta propuesta con las plataformas de otros actores del sistema?

En este sentido, el análisis se estructurará en torno a tres tablas: en la primera, se compararán las iniciativas presentadas por el segundo gobierno de Sanguinetti con Alfredo Solari como ministro (1995-1997), y la presentada por el Frente Amplio con María Julia Muñoz como ministra (2005-2009), a la luz del marco que ofrece la sistematización realizada por Del Pino y Colino (2006) de aspectos políticos que diversos estudios referidos a los procesos de reforma de los Estados de Bienestar han identificado como factores que pueden condicionar la existencia o no de reformas, y su orientación y alcance posteriores. Por otra parte, en las Tablas 2 y 3 se confrontarán la propuesta programática del Frente Amplio y la versión del SNIS aprobada finalmente en el Parlamento, con las propuestas de reforma presentadas anteriormente, de acuerdo a seis dimensiones básicas: rol del MSP; integración y estructura de los servicios; descentralización del sistema; modelo de atención; forma de financiamiento del sistema; o el rol de la participación social.

²⁰ Esta postura además de estar presente en el discurso de sectores a la interna del FA como el Partido Comunista, también estuvo expresada a la interna del movimiento sindical, particularmente dentro de la FFSP.

Aspectos políticos que condicionaron el “éxito” del SNIS

Al observar la Tabla 1 se puede advertir que tanto las propuestas como los contextos político-institucionales no fueron los mismos en ambos casos. De cualquier manera, parece oportuno aclarar que de ninguna manera la llamada “reforma Solari” constituyó un intento de cambio similar a la propuesta del FA en términos de extensión y de dimensiones cubiertas; pero esta propuesta sí constituyó el esfuerzo reformista más comprehensivo realizado a lo largo de la década del noventa. Partiendo de esta aclaración, se puede observar cómo ambas propuestas parecen ajustarse relativamente bien a los casos extremos de éxito y fracaso presentados anteriormente.

Tabla 1. Aspectos políticos de las propuestas “Solari” y “FA”

Condicionantes	Reforma Solari	Reforma FA
Path dependence	Afectaba fuertes intereses creados y por el contrario no terminó de dejar claro quiénes se beneficiaban.	Planteaba beneficios a una importante porción de la población, y quienes quedaban fuera no vieron perjudicados sus intereses.
Condicionante electoral	Las resistencias gremiales pueden haber operado como freno a la promoción política de la reforma, para evitar posteriores culpas y costos políticos.	Es una reforma “electoralmente redituable” ya que genera amplias bases de apoyo.
Instituciones políticas	Fragmentación importante del sector, MSP débil en relación a sector privado, médicos con fuerte capacidad de veto (incluso dentro del Parlamento) y escaso liderazgo político sectorial.	Fragmentación importante del sector, MSP débil en relación a sector privado, médicos con fuerte capacidad de veto y fuerte liderazgo político del Presidente.
Participación social	Nula.	Dimensión clave de la propuesta: todos los actores sociales relevantes (incluidos los usuarios) fueron incorporados desde el primer momento la proceso.
Competencia partidaria	Parlamento “partido” en tercios, con coalición de gobierno de centro derecha y la centro-izquierda relegada a la oposición.	Partido de centro-izquierda en el gobierno y con mayoría absoluta en ambas cámaras del Poder Legislativo.
Estilo de la reforma	Vertical, poco negociada. Se presentó en solitario y no buscó apoyos en los actores con mayor poder de veto.	Negociada desde la génesis. Si bien se presentó de forma individual, la misma se enmarcó en un proceso más amplio de reformas estructurales.

Fuente: Elaboración propia en base a del Pino y Colino (2006)

En el caso del intento de 1995, la reforma nunca logró tomar amplia visibilidad pública, lo que inhibió desde el principio su capacidad para conseguir

apoyos de parte de la ciudadanía. En este sentido, la fórmula que se intentó promover fue la de la aprobación de los cambios, a través de la inclusión de los mismos dentro de la Ley de Presupuesto (Moraes y Filgueira 1998) al igual que habían sido presentadas –aunque esta vez de forma exitosa en lo referido a su aprobación parlamentaria– las modificaciones relativas a la reforma administrativa del Estado de corte gerencial promovida en dicho período (Narbondy y Ramos 2002). A diferencia de esta última área de política, que fue presentada como un espacio eminentemente técnico, las cuestiones relacionadas con la salud no iban a pasar tan desapercibidas, no solo por su trascendencia social, sino porque además un número relativamente importante de legisladores son médicos de profesión. Fue entonces cuando los jugadores corporativos con veto comenzaron a ejercer su influencia a la interna del espacio de decisión política.

Esta resistencia de las gremiales médicas se debía entre otras cosas a que las mismas se sintieron excluidas del proceso de elaboración de la propuesta, pero fundamentalmente porque algunas de las medidas impactaban directamente en la viabilidad financiera del mutualismo. Así, dentro de este doble rol de los médicos presentado anteriormente, en este caso en particular las gremiales, sobre todo FEMI, estaban reaccionando en tanto empresarios. Pero más allá de estas resistencias, llama la atención el hecho de que algunas de las medidas propuestas son muy similares, o bien idénticas, a los planteados diez años después por el FA. Entre ellas se podrían mencionar la descentralización del sistema, el fortalecimiento de los hospitales del subsector público para que pudieran competir por afiliados, y la habilitación de los mismos como una opción;²¹ además de la reforma del estatuto del trabajador médico con miras a reducir el peso de la antigüedad a favor de la meritocracia (Moraes y Filgueira 1998).

Se podrían ensayar por lo menos dos interpretaciones que ayuden a entender este rechazo y el posterior apoyo a la propuesta del FA, que de ninguna manera tienen que ser excluyentes. En primer lugar, la clave podría estar asociada a que más allá de la coincidencia en ciertos postulados, la aplicación de estas medidas presenta importantes diferencias en el enfoque. Pero por otro lado, quizás ante las reticencias de las gremiales médicas en ambos casos, el aparente apoyo casi sin fisuras al SNIS se pueda deber a los condicionamientos del contexto: el segundo gobierno de Sanguinetti no poseía mayorías parlamentarias, convivía con una oposición partidaria fuertemente organizada y en línea con el movimiento sindical. Si a esto se le agrega el hecho de la nula incorporación de la ciudadanía al proceso de elaboración de la propuesta, el resultado es un gobierno en buena medida aislado. Por el contrario, la primera administración frentista contaba con mayorías en ambas cámaras, tenía el aval de los trabajadores y desde el primer momento incorporó la cuestión de la participación social tanto discursivamente como en algunas instancias prácticas. En este segundo caso, la reforma podría ser vista como “inevitable”. Así una estrategia interesante pasaba por utilizar el gran poder de veto para sacar partido de la reforma, y no para

21 Hasta ese momento, los afiliados a DISSE no podían optar por atenderse en el subsistema público, quedando este exclusivamente focalizado en las personas de menores recursos.

oponerse y quedar aislado.

Se intentará mostrar a continuación cómo se estructuraron estas propuestas antes y durante el proceso de elaboración y aprobación del SNIS.

Relación entre propuesta del FA e iniciativas de otros actores del sector salud

Reconociendo el relativo éxito del primer gobierno del Frente Amplio en la implementación de una reforma del sector salud, interesa en este punto explorar, dentro de las posibles razones de hecho mencionadas en el apartado anterior, el grado de acuerdo o confluencia entre las propuestas del FA con las realizadas por los principales actores gremiales e intelectuales del sector, además de intentar reconocer – en caso de existir – qué ideas prevalecieron en algunas áreas priorizadas en este trabajo. Este ejercicio, aparece ilustrado en las Tablas 2 y 3.

Tabla 2. Propuestas de reforma de los actores más relevantes del sector

Dimensión	PIT-CNT	SMU	FEMI
Rol MSP	Regulador del sistema a través de nuevos organismos especializados.	Normatización, control, vigilancia epidemiológica y policía sanitaria.	Responsable de la ejecución de las políticas y control de las mismas. No prestador.
Estructura servicios	Sistema nacional de salud que coordine los servicios públicos y privados. Ampliación de la cobertura a través de la seguridad social.	Sistema nacional de salud que coordine e integre a los dos subsistemas.	Sistema nacional de atención médica integral. Integración de servicios y traspaso de usuarios del público al privado. BPS como pilar de la expansión de la cobertura.
Descentralización territorial y de gestión	Gestión descentralizada de los servicios, incluida ASSE	Descentralización de ASSE respecto al MSP.	Estructura ejecutiva descentralizada.
Modelo de atención	Basado en la atención primaria y la prevención.	Basado en la atención primaria como puerta de entrada al sistema	Basado en la prevención y los médicos de familia. Equidad en el acceso a los servicios.
Financiamiento	Mediante aportes a un único fondo.	Aportes asociados a la capacidad contributiva.	Aportes asociados a la capacidad contributiva, y aportes del Estado para cubrir a los más carenciados.
Participación social	Inclusión de mecanismos efectivos de participación.	No hay menciones a este punto.	No hay menciones a este punto.

Fuente: Elaboración propia en base a MSP (2009); FEMI (2004) y SMU (2004)

Tabla 3. Propuesta electoral en salud del FA y medidas aprobadas en el gobierno

Dimensión	Propuesta electoral	SNIS
Rol MSP	Rector del sector.	Rector del sector.
Estructura servicios	SNIS descentralizado del MSP y conducido por una Junta; y una superintendencia que gestionaría un seguro nacional de salud. Subsistemas integrados en el sistema.	JUNASA desconcentrada del MSP, establece niveles de servicios a ofrecer y se encarga de firmar compromisos de gestión con prestadores. No hay otra institución encargada de la superintendencia.
Descentralización territorial y de gestión	Descentralización de ASSE como prestador público.	Descentralización de ASSE como prestador público.
Modelo de atención	Basado en la atención primaria y la prevención. Cobertura integral	Basado en la atención primaria y la prevención. Cobertura integral
Financiamiento	Rentas generales mediante una alícuota del nuevo IRPF.	Basado en aportes de la seguridad social administrados por BPS.
Participación social	Pilar del sistema: creación espacios de participación en las instancias de dirección del sistema y de los prestadores.	Representantes de los usuarios y de los trabajadores en directorio de JUNASA y ASSE. En prestadores, sólo como comisión asesora. No integran seguros privados.

Fuente: Elaboración propia en base a Rodríguez y Toledo (2010)

En líneas generales, se puede advertir una fuerte convergencia respecto a los principios generales de los documentos, de cara a una posible reforma del sector salud. Buscando regularidades y discrepancias en los planteos, destaca en primer lugar que la insistencia en la promoción de la participación social en instancias de dirección y regulación del sistema del FA, únicamente es promovida por el PIT-CNT – como era de esperarse – ya que este tipo de instancias implica entre otras cosas una limitante a los altos niveles de autonomía que históricamente han tenido los médicos a la hora de dirigir las distintas instituciones del sector. De hecho, al comparar la propuesta inicial del FA y la materialización de la misma, se puede observar cómo se produjo un recorte o limitación de los espacios destinados originalmente para la participación de usuarios y trabajadores. Estos recortes no se dieron en los espacios estatales – JUNASA por ejemplo – sino que ocurrieron en las directivas de las mutualistas, donde se terminó creando un espacio consultivo sin voto; y en los seguros privados, quienes por un lado lograron su incorporación al FONASA pero por otra parte evitaron cualquier tipo de instancia participativa en su interior (Rodríguez, y Toledo, 2010). El argumento de esta oposición se apoyaba en la supuesta intromisión a la autonomía de gestión de las empresas privadas.

En otra de las dimensiones en las que se pueden observar importantes diferencias entre lo propuesto por el FA y lo finalmente aprobado, es en la forma en que se pretendía estructurar el servicio. Mientras la propuesta original hacía referencia a dos instituciones nuevas – Superintendencia y JUNASA – finalmente se terminó creando únicamente la JUNASA, con competencias de las dos proyectadas

inicialmente y desconcentrada en vez de descentralizada (Rodríguez, y Toledo 2010). Entre otras razones, parece estar la idea de que a partir de la propuesta original, el MSP, si bien no perdería funciones porque materialmente nunca las llegó a tener, sí implicaba duplicar funciones y construir una especie de ministerio paralelo; medida que se encontraba mucho más cercana a las políticas de “by-pass” institucional implementadas en los noventa (Midaglia 1998). Así se priorizó un liderazgo claro de la reforma desde el Ministerio.

Finalmente, respecto al financiamiento del sistema es otra dimensión en la que se pueden observar importantes diferencias entre ambas propuestas del Frente Amplio. En la propuesta electoral, la financiación del SNIS mediante una alícuota del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas implicaba la incorporación de un componente solidario importante, y significaba entre otras cosas la aspiración de un sistema de corte claramente universalista en términos de Esping Andersen (1990), además de otorgarle al MSP un margen de autonomía mayor respecto a otros organismos estatales.

Sin embargo, la opción tomada fue la de continuar con la seguridad social, mediante el BPS, como articulador y “puerta de entrada” al conjunto de las prestaciones sociales de la matriz de bienestar uruguayo. Si bien esta opción pretendió entre otras cosas aprovechar las capacidades ya instaladas en el Estado uruguayo, y hay planteos concretos apoyando esta línea de acción (FEMI o el propio PIT-CNT) lo cierto es que en este caso particular las presiones más grandes parece haber provenido del interior del Estado, respondiendo a resistencias obvias de los actores con poder en el sistema anterior. La pérdida de tamaño fuente de recursos para el BPS hubiera significado además un debilitamiento de su influencia política en el entramado social del país.

7. Reflexiones finales

En primer lugar, se podría afirmar que el Frente Amplio “hizo bien los deberes” en materia de reforma sanitaria, en el entendido de que aprovechó de forma exitosa la ventana de oportunidad que le otorgó la crisis del 2002: en pocas ocasiones existió un consenso tan grande referido a la urgencia de aplicar cambios profundos en el sector salud. Para ello, el FA no sólo promovió la aprobación del proyecto de un SNIS desde sus mayorías parlamentarias, sino que buscó sustentarlo a través de una coalición de apoyo amplia.

Este hecho sin embargo, no inhibe otra constatación: los actores con poder de veto siguen pesando y manteniendo su capacidad de incidencia. Sin embargo el gobierno del FA logró el apoyo de los diferentes actores, aunque en forma particular de los médicos y las IAMC, esencialmente por dos motivos: por un lado todos se vieron beneficiados por el aumento de recursos monetarios que implicaba la reforma y por el importante crecimiento de los afiliados al sistema, lo que le otorgaba a los mismos la capacidad de sanear sus cuentas y tener cierto margen de sustentabilidad financiera; y por otra parte, en esta primera etapa de la reforma, no se tocaron

cuestiones más sensibles para algunos de estos actores. Esta opción política, si bien le dio sustentabilidad a la reforma en esta primera etapa, no exime al gobierno de afrontar en un corto y mediano plazo ciertos conflictos que determinarán la consolidación del nuevo sistema, o por el contrario: determinarán un nuevo híbrido en el Estado uruguayo.²²

Así, la agenda futura del proceso de reforma de la salud incluye cuestiones como la incorporación de los colectivos de cotizantes restantes, como algunos profesionales que cuentan con la cobertura de las cajas de auxilio; el efectivo cambio del modelo de atención y la redefinición de la cantidad y calidad de recursos humanos necesarios para el sector (Setaro 2010). Parece claro que el avance en estas dimensiones ya no va a dejar a todos contentos, por lo que parece pertinente preguntarse hasta dónde llegará el apoyo a las reformas de las gremiales médicas y los prestadores del subsistema privado, si es que el SNIS finalmente logra la universalidad efectiva, por ejemplo con la eliminación consiguiente de ciertos beneficios corporativos de largo aliento, y el inicio efectivo de las tareas de regulación por parte del MSP.

En segundo lugar: ¿qué puede pasar con la viabilidad o capacidad de resistencia de la reforma ante cambios en las condiciones que facilitaron su implementación? Por ejemplo un futuro gobierno del FA sin mayorías, un futuro gobierno sin el FA, o un contexto de fuerte oposición y conflicto de parte de alguno de los actores reseñados aquí. Independientemente de estos escenarios planteados, la construcción del SNIS puede haber habilitado –aunque con claras dificultades– el fortalecimiento de un nuevo actor que consolide junto al PIT-CNT, un poderoso grupo de resistencia ante posibles intentos de *retrenchment*: los usuarios.

° Artículo recibido el 25 de mayo de 2010 y aceptado para su publicación el 03 de noviembre de 2010

8. Bibliografía

- Antía, Florencia (2008). *Gobiernos de izquierda y reformas sociales en Chile y Uruguay*. Tesis de Maestría en Ciencia Política. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales
- Barr, Nicholas (1987). *The economics of the Welfare State*. Londres: Oxford University Press
- Barba, Carlos y Enrique Valencia (2010). “El programa Progres-Oportunidades y la universalización del derecho a la salud”. Buenos Aires: Ponencia presentada en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Ciencia Política (ALACIP). Buenos Aires
- Castiglioni, Rosario (2005). *The politics of social policy change in Chile and Uruguay*.

22 Un ejemplo de este hecho lo constituye el cronograma de incorporación de los diferentes colectivos al FONASA, y en particular los jubilados.

- Retrenchment versus maintenance, 1973-1998*. Routledge: Tesis de Doctorado en Ciencia Política.
- Del Pino, Eloísa y César Colino (2006). *¿Cómo y por qué se reforman los Estados de Bienestar?: avances y retos teóricos y metodológicos en la agenda de investigación actual*. En Zona Abierta, N° 114/115, pp. 1-42
- Esping Andersen, Gosta. (1990). *The three worlds of Welfare Capitalism*. Londres: Polity Press.
- FEMI (2004). La salud que queremos para los uruguayos. Disponible en http://www.femi.com.uy/archivos_v/PUBLICACIONES_FEMI/la%20salud%20que%20queremos.pdf. Consultado el día 16 de Agosto del 2010.
- Filgueira, Fernando (2007). *Nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada*. Documento de Trabajo, Serie Políticas Sociales N°135. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas,.
- Fleury, Sonia (2001). “¿Universal, Dual o Plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina”. En Molina, C. y Núñez del Arco, J. (eds.): *Servicios de salud en América Latina y Asia*. Washington: BID.
- Gough, Ian y Geof Wood (2004). *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America*. Cambridge: University Press.
- Grau Pérez, Carlos y Luis Lazarov (2000). *Propuestas alternativas para solucionar los problemas diagnosticados*. Documento de Trabajo CINVE. Montevideo: CINVE.
- Güemes, Cecilia y Guillermo Fuentes (2010). “A cada cual lo propio”, la priorización de lógicas privatistas y responsabilidades individuales en la provisión de bienestar social. Ponencia presentada en el II Congreso Anual REPS: Crisis económica y políticas sociales, 30 de Setiembre y 1 de Octubre en Madrid, España.
- Homedes, Núria y Antonio Ugalde (2005). “Why neoliberal health reforms have failed in Latin America”. En *Health Policy* N° 71, pp. 83-96.
- Immergut, Ellen (1992). *Health Politics. Interests and institutions in Western Europe*. Cambridge: University Press.
- Mesa Lago, Carmelo (2007). *Reassembling Social Security. A survey of Pensions and Health Care reforms in Latin America*. Oxford: University Press.
- Mesa Lago, Carmelo (1978). *Social security in Latin America: pressure groups, stratification and inequality*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Midaglia, Carmen (1998). *¿Vieja o nueva institucionalidad? Las políticas sociales en el Uruguay de los noventa*. Tesis de Doctorado en Ciencia Política, Instituto Universitário de Pesquisas do Río de Janeiro, Brasil.
- Moraes, Juan Andrés y Fernando Filgueira (1999). *Political environments, sector specific configurations and strategic devices: understanding institutional reform in Uruguay*. Working Paper series R-351, Washington DC: BID.
- Moreira, Constanza y Marcelo Setaro (2002). “Alternativas de reforma del sistema de salud en Uruguay”. En *Uruguay: la reforma del Estado y las políticas públicas*

- en la democracia restaurada (1985-2000). Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental,
- Muñoz del Bustillo, Rafael (2000). *El Estado de Bienestar en el cambio de siglo*. Madrid: Alianza ensayo.
- MSP (2009). *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (2005-2009)*. Montevideo: MSP
- Narbondo, Pedro y Conrado Ramos (2002). “La reforma de la Administración Central en el segundo gobierno de Sanguinetti: realizaciones y déficit de un enfoque gerencialista”. En: *Uruguay: la reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000)*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- OCDE (2010). *Effective ways to realise policy reforms in health systems*. OCDE Working paper N° 51. Paris: OCDE.
- Pérez, Marcelo (2009). *La reforma del sistema de salud en el primer gobierno de izquierda en la historia del Uruguay*. Tesis de grado de la Licenciatura en Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo.
- Pierson, Paul (2006). “Sobrellevando la austeridad permanente. Reestructuración del Estado de Bienestar en las democracias desarrolladas”. *Zona Abierta* (114/115), pp. 43-119.
- Pierson, Paul (2001). *The new politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press
- Piotti, Diosma (2002). *La reforma del Estado y el sistema de salud*. En: Uruguay: la reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000). Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Rodríguez, Martín y Alejandra Toledo (2010). “La construcción del pilar normativo del SNIS: su proceso político”. En “*Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional Integrado de Salud*”. En prensa.
- Setaro, Marcelo (2010). “La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y el nuevo Estado para la performance”. En Narbondo, Pedro y Ester Mancebo (eds.) *Reforma del Estado y Políticas Públicas de la administración Vázquez: acumulaciones, conflictos y desafíos*. Montevideo: Editorial Fin de Siglo.
- Setaro, Marcelo (2004). *Vigilar y cuidar el bien común. El rol de rectoría del Sistema de Salud desde una perspectiva comparada*. Tesis de Maestría en Ciencia Política. Serie Tesis N°2, Instituto de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo.
- SMU (2004). *Declaración final de la 8 Convención Médica*. Disponible en: <http://www.convencionmedica.org.uy/8cmn/plenarios/decfinal.html>. Consultado el día 19 de Agosto del 2010.
- Steinmo, Sven (2007). *What is Historical Institutionalism?* En Della Porta, D. y Keating, M. (eds.): *Approaches in the Social Sciences*. Cambridge: University Press.