

**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE CIENCIA POLITICA
Maestría en Ciencia Política**

**Vigilar y cuidar el bien común: *el rol de
rectoría del sistema de salud desde una
perspectiva comparativa***

Marcelo Setaro

Tutora: Constanza Moreira

2004

RESUMEN-ABSTRACT	3
CAPÍTULO I. PRESENTACIÓN	4
CAPÍTULO II. DISCUSIÓN TEÓRICA	10
1. LAS NUEVAS DEMANDAS SOBRE EL SISTEMA DE SALUD	11
2. EL SISTEMA DE SALUD: ESTRUCTURA Y FUNCIONES	15
3. ESTADO Y BIENESTAR, DESARROLLO Y POLÍTICA PÚBLICA	21
4. CONCLUSIÓN. BIENESTAR, DESARROLLO SOCIAL Y CAPACIDAD DE GOBIERNO	28
CAPÍTULO III. DESARROLLO Y SALUD EN EL MUNDO	31
1. SALUD Y DESARROLLO: MÁS VALE RICO Y SANO (QUE POBRE Y ENFERMO)	31
2. DIMENSIÓN POLÍTICA DEL DESARROLLO: DEMOCRÁTICAS, ORDENADAS, GOBERNABLES	34
3. PERFORMANCE DE LOS SISTEMAS DE SALUD	38
HACER LA DIFERENCIA: INSTITUCIONES Y GASTO SOCIAL EN LATINOAMÉRICA	42
4. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO III	44
CAPÍTULO IV. MODELOS DE RECTORÍA EN EL MUNDO	46
1. REINO UNIDO. EL NATIONAL HEALTH SERVICE	47
2. ESPAÑA. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	53
3. SUECIA. EL SISTEMA DE SEGURO DE SALUD	58
4. RECTORÍA EN SISTEMAS DE SALUD QUE FUNCIONAN Y SE TRANSFORMAN	62
5. ADDENDA. LA HETEROGENEIDAD INSTITUCIONAL EN AMÉRICA LATINA	64
CAPITULO V. URUGUAY. BIENESTAR, ESTADO Y CAPACIDAD DE RECTORÍA EN SALUD	71
1.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL SISTEMA ASISTENCIAL	73
2.- LA EVOLUCIÓN RECIENTE	81
3.- LA REESTRUCTURA DE SALUD PÚBLICA: EL GRAN HERMANO	88
4.- A MODO DE CONCLUSIÓN: CAPACIDAD ESTATAL Y REFORMA SECTORIAL	92
EPÍLOGO. EL FUTURO DE LA REFORMA DE SALUD	97
ANEXOS	101
BIBLIOGRAFÍA	108

Vigilar y cuidar del Bien Común
*El rol de rectoría de los sistemas de salud desde
una perspectiva comparativa*

RESUMEN-ABSTRACT

Los sistemas de salud en el mundo atraviesan un período de ebullición reformista. Mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud, contener la escalada de costos y asegurar el financiamiento de las prestaciones, son objetivos que están en las agendas políticas de todos los países. De manera más reciente, también se ha incorporado la preocupación por encontrar nuevas formas de garantizar el cumplimiento pleno de este derecho social básico. El consenso político y académico pasa ahora por la necesidad de mejorar las capacidades de coordinación de esfuerzos, dentro de tan compleja arena de intereses. Se impone la presencia de un actor central, con capacidades técnicas lo suficientemente refinadas, como para formular, implementar y lograr los acuerdos de una visión general del sistema de salud. Así es que las reformistas anti-estado, luego de dos décadas de experimentación social, “constatan” que es preciso llamar de nuevo al que fuese origen de todos los males. Pero esa ilusión de obtener más y mejores servicios por menos dinero, ambientaron una suerte de “cirugía mayor” en el cuerpo de los Estados Sociales, cuyos resultados todavía no somos capaces de evaluar. Nuestra argumentación teórica(Capt.II), así como la revisión de algunos indicadores sociales(Capt.III), nos hacen presumir la existencia de impactos negativos sobre las capacidades de regulación social de los Estados, fundamentalmente en términos de anomia y desintegración sociales. Pero los propósitos de este documento son más modestos, procuran reposicionar el tema de las capacidades de gobierno en el sector salud, desde una perspectiva politológica(Capt.II). Además de ello, considerar algunas experiencias reformistas, en sistemas de salud “exitosos”, tratando de extraer prácticas y lecciones pasibles de ser aplicados a nuestro país(Capt.IV). En la última parte, la revisión del caso uruguayo procura hacerse eco de nuestra consideración teórica, así como de las lecciones de países exitosos. Como conclusión, se apunta que si bien el Uruguay ha postergado la reforma profunda de su sistema de salud, los avances en materia de fortalecimiento de la capacidad estatal de gobierno sectorial, son una condición sine qua non para pensar en innovaciones más radicales de su sistema de salud.

Capítulo I. Presentación

Los sistemas de salud han sido uno de los campos de *experimentación social* más transitados de las últimas décadas. La evolución de los sistemas de salud han estado asociados al surgimiento de los Estados Nacionales y la estructuración de los regímenes del Bienestar. Componente esencial de los modernos Estados de Bienestar, la Reforma de los Sistemas de Salud (RSS) compromete a una multiplicidad de mecanismos de regulación social, de construcción de orden político, tal cual se habían desarrollado dentro de las democracias capitalistas contemporáneas.

Las espectaculares transformaciones sociales, en sus aspectos demográficos y epidemiológicos, la modificación de los patrones de desarrollo económico de las sociedades capitalistas, confluyen desde distintas vías en el cuestionamiento de los patrones tradicionales de provisión de servicios de salud. Frente a estos nuevos patrones de necesidades sociales, las sociedades y sus Estados, se ven *obligados a ensayar nuevas formas de provisión del bienestar, dentro de las cuales los servicios de salud son un elemento clave.*

Las viejas estructuras del Bienestar, al estilo de las cadenas Fordistas de producción, se ven superadas por el aluvión y diversidad de nuevas demandas. La multiplicidad de actores, desde el mercado y la sociedad civil, pero también desde el Estado que ensaya nuevos patrones de provisión de bienestar, configuran una heterogénea red de provisión de servicios de bienestar, con grados diferentes de cobertura y de calidad. El Estado no puede renunciar a su rol de proveedor, pero tampoco al de regulador, de visión general sobre el desarrollo de los servicios de salud y su grado de respuesta a las necesidades poblacionales.

Sin dudas que esto es un reto mayor a las capacidades del Estado, reto que debe ser respondido, tratando de asegurar la correspondencia de los noveles patrones de provisión, con la idea del bien común de la comunidad que éste representa. Resulta de sentido común que *un Estado democrático debe basar su existencia en el ajuste de sus actuaciones, de sus políticas públicas, con las ideas del bien común que prevalecen en las sociedades, ese es su principio de sustentación y de legitimación.*

En tal sentido, históricamente los Estados del Bienestar han debido cumplir la función de articular Democracia y Capitalismo, propiciando acumulación y legitimación. Su máxima de acción ha consistido en evitar que los procesos de acumulación económica deriven en la destrucción de la comunidad, sobre la cual se sustentan los procesos de cooperación económica y social (Habermas, J. 1997). De esta forma, crecimiento económico, movilidad social e integración política, fueron objetivos alcanzados por los Estados durante la *época dorada del capitalismo*. La

incompatibilidad entre crecimiento económico y equidad social es resuelto mediante las distintas actuaciones del Estado keynesiano.

Los Estados Nacionales, entonces, no pueden renunciar a sus tareas de gobierno de las sociedades, de establecer orientaciones generales que permitan articular los procesos de acumulación capitalistas con los de conservación y mantenimiento de la comunidad. Aceptar eso, como propone la utopía neoliberal, conduciría a la irremediable destrucción de los micro-fundamentos sobre los cuales se sustenta el modo de producción basado en el mercado. (Polanyi, K, 1989).

En tal sentido, en esta tesis **me propongo indagar sobre las estructuras de salud emergentes, en particular las nuevas modalidades de gobierno de los sistemas de salud, de regulación y de visión general, de desarrollo de los servicios en función de las legítimas demandas poblacionales.** Profundizar en el conocimiento de estas nuevas y diferentes modalidades, contribuiría a esclarecer y anticipar eventuales impactos de la Reforma de los Sistemas de Salud(RSS) sobre el diseño general del *Estado Social*, sobre sus funciones generales de regulación social¹.

En tal sentido, este déficit de autoridad, de capacidad de gobierno en sector salud, ha comenzado a incorporarse como una dimensión relevante en el análisis de las RSS. La Organización Mundial de la Salud(OMS) ha tratado de corregir las orientaciones analíticas predominantes, *monopolizadas por los aspectos referidos a la prestación y el financiamiento de los servicios de salud.* Aspectos sin duda relevantes, pero que no pueden obviar *la importancia y la necesidad de la visión de conjunto, de orientación y planeamiento del sistema, como es la que la propia OMS propone con la consideración de la función de Rectoría de los sistemas de salud.* (OMS, 2003)

Reconociendo la especificidad de la función de Rectoría, de los abordajes disciplinares desde la Salud Pública, también resulta pertinente incorporar una perspectiva político institucional, implícita en este componente del esquema de bienestar. El Bienestar en el esquema de Desarrollo de una sociedad concreta, en el cual los modernos Estados de Bienestar son una etapa de la constitución de los Estados Nacionales, una respuesta concreta a los problemas del desarrollo de una comunidad nacional, de articulación de capitalismo y democracia.

Si bien esas estructuras burocráticas del Estado de Bienestar pueden estar rechinando y crujiendo frente a las nuevas demandas, lo cierto es que sus funciones esenciales, los objetivos que persigue, se mantienen totalmente vigentes. No solamente en las acciones reparadoras y protectoras que caracterizan al bienestar, sino también con la articulación concreta de la dimensiones relevantes del desarrollo

¹ Por Estado Social entendemos a la confluencia de una multiplicidad de mecanismos de intervención y regulación, desarrollados por el estado durante el auge de la política keynesiana, en el mercado de trabajo, la política social, el fomento de la inversión, la construcción de infraestructuras básicas y provisión de bienes públicos, etc. Sobre la idea de Estado Social, ver García Pelayo, N.,(1977).

de una comunidad, como pueden ser el crecimiento económico, el orden político y la democracia. (Fleury, S. 2003)

Frente a la complejidad de esta problemática, surgen varias las preguntas. En primer lugar, en un sentido teórico amplio, respecto a lo que entendemos por gobierno de los sistemas de salud, del cual el concepto de Rectoría es una primera aproximación, ¿cómo diferenciar y medir este concepto? ¿podemos reconocer variedades, categorías, tipologías de formas de gobierno en salud? Y si además decimos que el gobierno del sector salud se relaciona con las funciones más amplias de regulación social, funciones desempeñadas por el Estado de Bienestar clásico, entonces, ¿cuál ha sido y será el lugar de los sistemas de salud dentro de los nuevos patrones emergentes del Bienestar? Preguntas demasiado ambiciosas en su pretensión teórica, pero que consideramos no deberían ser obviadas en el abordaje a la relación entre salud, bienestar y orden político.

Tratando de abonar esa pretensión teórica, es necesario aproximarse al conocimiento *del lugar específico de los sistemas de salud dentro de los esquemas generales de bienestar*, dentro de los patrones de desarrollo de las sociedades nacionales. ¿Cómo se relaciona el gasto social, su organización y prioridades, con el desarrollo de las capacidades estatales, el orden político y la democracia? Estas son otras de las varias preguntas subyacentes de nuestra tesis².

También nos interesa avanzar en el conocimiento de la reestructuración de las funciones de gobierno sectorial, de supervisión de los servicios, de orientación sistémica, tal cual son asumidas por los distintos estados nacionales. Para ello resulta imprescindible el abordaje comparativo, en el interior de los países desarrollados, que de alguna manera están a la vanguardia de las transformaciones, pero sin descartar la experiencia de los países de menor desarrollo relativo.

Respecto a ello surgen otras interrogantes: ¿De qué manera gobiernan el sector salud los países desarrollados? ¿Incide de alguna forma el patrón histórico de régimen de bienestar que se ha estructurado en esos países? Pero además, ¿Cómo han afrontado la tarea de construcción de capacidad de gobierno sectorial los países menos desarrollados? ¿Sus patrones de construcción de capacidad estatal de gobierno son convergentes o divergentes entre sí? ¿Y respecto a los de los países desarrollados?

El conocimiento de estas nuevas y diferentes modalidades de orientación sectorial, son insumos claves para valorar adecuadamente la orientación de la reforma, principalmente en los sistemas que se encuentran embarcados en procesos de transformación. *Como es el caso de nuestro país que ha venido experimentado un proceso más bien "amortiguado" de transformación.* En estos últimos años, la

² En el capítulo III tratamos este tema en una mirada comparativa, entre países desarrollados y en vías de desarrollo, además de un cruce según tipos de regímenes de bienestar.

difusión de conocimiento comparativo respecto a modalidades de reforma sectorial y sus efectos ha sido impresionante. Los reportes sobre experiencias exitosas, así como también de las fallidas, se multiplican al calor del financiamiento de las mismas organizaciones patrocinadoras de las reformas³.

La RSS es un tema candente dentro de la agenda política uruguaya, la cual está siendo recogida, nuevamente, en esta campaña electoral de 2004. No puede negarse que en estos últimos 20 años han existido múltiples transformaciones, pero el ritmo y la ausencia de un liderazgo sectorial definido, nos hacen etiquetar a ese proceso como amortiguado. Además, los sucesos recientes, la sensación de *implosión del sistema de salud*, transmiten la imagen de inoperancia por parte del elenco gobernante. Esta imagen de inoperancia, puede ser alimento de otras convicciones, como la de que *las reformas en el sector salud solo pueden ser implementadas bajo regla autoritaria*.

Sin querer caer en ese extremo, del malestar "*en la democracia*"⁴, debemos aceptar que el sector salud en el Uruguay ha demostrado una notable capacidad de resistencia, frente a los distintos embates reformistas que se han ensayado desde el gobierno. Esta claro que cualquier tipo de reforma debe ser negociada y consensuada con distintos actores relevantes, en un sector que se caracteriza por un alto grado de heterogeneidad institucional, como ningún otro sector de la política social en nuestro país. Esta configuración se traduce en una red de actores con capacidad de veto, que han operado como eficaces moderadores de cualquier proceso fluido de reforma sectorial.

La heterogeneidad del sector es un elemento clave a la hora de explicar la dificultad para implementar reformas en el sector. La configuración institucional mixta del sector salud, donde se destaca la presencia de un fuerte sector social, no estrictamente mercantil, como son las Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IAMC). Por otro lado, un subsector público también muy fragmentado, con múltiples actores relevantes, tanto en la prestación como la regulación sectorial. Esto ha redundado en que tareas como la regulación, el contralor o la visión general sobre una política nacional de salud (i.e.: Gobierno), hallan sido desempeñados deficientemente por parte del Estado.

Reclamar responsabilidades a los actores privados y sociales, respecto a lo que se supone responsabilidades inherentes del Estado es un sin sentido. *Parece razonable suponer que las estructuras estatales, especialmente su actor más significativo, el Ministerio de Salud, deberían ser interpelados por su limitada*

³ Demás esta decir que la consideración de estas "enseñanzas de la experiencia" exigen de un proceso de validación muy cuidadoso, proceso que muchas veces los países menos desarrollados no están en condiciones de afrontar, precisamente por la propia debilidad de las instancias centrales de planeamiento del sistema (i.e.: el Estado).

⁴ Según el reciente informe del PNUD(2004), el malestar en la democracia puede ser caracterizada como una cierta desilusión de la ciudadanía latinoamericana, frente al progresivo deterioro social y los magros desempeños económicos y políticos de sus respectivos gobiernos.

capacidad de gobierno sobre este sector. Tal es como ha sido asumido, de manera creciente, por parte de las elites políticas, abordando la reforma del sector público de salud como un capítulo más dentro del proceso de reforma del Estado. Fortaleciendo burocráticamente, pero también reposicionando dentro del diseño institucional a la estructura del MSP, buscando diferenciarla más claramente de la estructura proveedora de servicios(ASSE), con el objetivo explícito de fortalecer las capacidades ministeriales de Rectoría sobre el sistema de salud.

Podríamos decir que nuestro abordaje metodológico es comparable a esos juegos de cajas chinas, donde uno va abriendo cajas sucesivamente, de más grandes a más pequeñas. Conceptualmente, el sector salud es una pequeña caja contenida en otra más grande que es la del Bienestar, que a su vez se contiene en otra más amplia, referida al concepto de Desarrollo de una comunidad nacional. Por supuesto, la pequeña caja que es el sistema de salud también admite ser abierta, encontrando una variedad de dispositivos, políticos y sociales, que hacen a los procesos de integración política social, que son el sustento del orden político de una sociedad.

En este juego de cajas chinas, contamos con una llave maestra para poder ir abriéndolas, que es el concepto de Desarrollo. Para ello debemos interrogarnos respecto al lugar que ocupan los sistemas de salud dentro de lo entendemos como una comunidad bien ordenada, una sociedad desarrollada. En esa dirección, la función de gobierno sectorial y su capacidad de articulación con otras áreas de la política social y económica, es un aspecto sustancial en la configuración de un patrón de desarrollo sustentable.

En lo que sigue, este trabajo se organiza de la siguiente forma: el capítulo II plantea la discusión teórica, que se subdivide en dos partes. En la primera el enfoque de sistemas de salud, desde la perspectiva más disciplinar, más propia de los especialistas en salud pública. Las nuevas demandas, la nueva estructura de riesgos en salud, provenientes de la transformación demográfica y epidemiológica de las sociedades. Los problemas en el sistema de salud, y el concepto de Rectoría como una aproximación a la idea de gobierno del sistema de salud. Luego, en un segundo momento, trato complejizar este concepto, observando la relación entre Bienestar y Desarrollo. El capítulo cierra con la idea de la importancia del Bienestar, y de la política de salud, en la construcción del orden social.

El capítulo III trata de iluminar la relación entre salud, bienestar y desarrollo, a partir del análisis comparativo de distintas fuentes secundarias de datos cuantitativos. Características del gasto social y de algunos desempeños específicos a nivel de los países desarrollados, en comparación también con datos de países de menor desarrollo relativo. La enseñanza aquí es la importancia, dentro de los países

desarrollados, del gasto público en salud sobre el gasto en salud total. Nuestra intuición es que las políticas sociales tienen una relación profunda con el Estado, y más generalmente con el orden social. Los distintos indicadores del bienestar, además de los de salud, tratan de señalar la relación entre gasto social y orden político. En seguida, en el capítulo IV, me concentro en el análisis comparativo de las distintas estructuras de Rectoría, para algunos países seleccionados. Se considerara de manera separada los casos de países con regímenes de bienestar maduros, como los de Inglaterra, Suecia y España⁵. En el apartado siguiente, consideramos la experiencia latinoamericana, en sus particularidades epidemiológicas y demográficas, como también en su desarrollo institucional.(Frenk, J. et al, 2000)

Luego de todo el recorrido comparativo, en el capítulo 5 me concentro en el caso uruguayo, realizando una puesta a punto del estado de la reforma del sistema de salud en el Uruguay. Nos concentramos sobre los procesos de constitución de capacidades de rectoría sectorial, de construcción de gobierno en el sistema de salud. Las referencias históricas están a la orden, la forma particular del sector salud, que hunde sus raíces en el siglo XIX, como también sus articulaciones concretas con el Estado Social uruguayo y la implantación institucional de la política social. Finalmente, los 20 años y pico de Democracia, un balance de la experiencia reformista, aterrizando sobre la experiencia reciente de reforma del Ministerio de Salud Pública y su apuesta al fortalecimiento del rol Rector, bajo un nuevo diseño estatal de tipo "*Nuevo Gerenciamiento Público*".

Finalmente, en las últimas líneas dejamos nuestro llamado a la prudencia política de los eventuales reformadores del sector. Como ha sido señalado por la elites sectoriales, la reforma de salud solo será tal si afronta el problema del financiamiento del sector. Existen propuestas concretas al respecto, bastante bien articuladas, que apuntan a solucionar ese problema. Ciertamente, solo de esta manera se podrá romper con las crisis cíclicas que enfrenta el subsector privado de salud. Pero esto no debe obscurecer la idea de que la reforma del Estado sigue siendo una tarea fundamental. En su rol de Rector del sistema, proveyendo la visión general, procurando la acumulación y aplicación de inteligencia, asegurando los canales de responsabilización que vinculen a los efectores de salud con los ciudadanos. Pero también, atendiendo la articulación del derecho a la salud con las otras políticas sociales, en un esquema que contribuya tanto al desarrollo como a la gobernabilidad de nuestra sociedad. Un nuevo tipo de Estado para un nuevo esquema de crecimiento económico y desarrollo social.

⁵ Según la tipología de Esping-Andersen(2000), cada uno de ellos corresponde a tres de sus variantes de regimenes de bienestar: Liberal, Socialdemócrata y Conservador. El apéndice final contiene una descripción de los países e indicadores utilizados en esa sección.

Capítulo II. Discusión Teórica

Los sistemas de salud están bajo reforma. Sus modalidades clásicas de provisión de servicios, de financiamiento y de generación de recursos están sujetas a revisión, aún en aquellos países que pensábamos que funcionaban ejemplarmente. Las *causas más directas* de la reforma se encuentran en las propias realidades poblacionales, sobre las cuales operan los sistemas de salud. Fenómenos como la culminación de la transición demográfica y epidemiológica presenta nuevos tipos de desafíos a los sistemas de salud maduros.

Además mencionar la transformación de las estructuras estatales, en relación a las cuales se desarrollaron los modernos sistemas de salud. La reforma del Estado, en su relación con la sociedad y el mercado, en sus modalidades tradicionales de prestación del bienestar, imponen condicionamientos al tipo de reforma que pueden afrontar los sistemas de salud. El modelo clásico del monopolio estatal, que fuera hegemónico ideológicamente, es sustituido por prácticas que reivindican el papel del mercado y de la sociedad civil en la provisión del bienestar.

Como es sabido, la manera en que se organizan y despliegan sus recursos los sistemas de salud, tienen un importante impacto sobre las chances de vida de las personas, sobre su bienestar (WHO Report, 2000). Las condiciones de acceso a los servicios, además, pueden determinar la propia expectativa vital de los individuos. Esto es un tema delicado, sobre todo si consideramos que tareas tales como las de aliviar el dolor, prevenir la enfermedad y recuperar la salud, son intrínsecamente valiosas para todos los seres humanos. Por lo tanto, la reforma de los sistemas de salud es una labor que compromete a la propia dignidad de una sociedad, a la forma en que esta trata a sus integrantes. Los condicionamientos éticos, la posibilidad de incurrir en diseños de reformas que atenten contra los intereses de los individuos peor situados de una sociedad, debería ser razones suficientes para prevenirnos de enfoques superficiales.

La reforma de los sistemas de salud es un tema complejo, por que compromete al diseño del *Welfare* y por su intermedio, al propio basamento del orden político, al pacto de convivencia materializado en el *Estado Social*⁶. Es cierto que no podemos perder de vista las especificidades poblacionales, determinantes en último término de las necesidades de salud. Pero tampoco debemos dejar de lado los aspectos político institucionales, implícitos en los diseños de provisión de bienestar. Estos han sido fundamentales, tanto en la satisfacción de las demandas poblacionales, como en la estructuración del orden político en los estados nacionales. En tal sentido, el Estado Social ha sido la herramienta institucional que

⁶ Muchas veces utilizaremos de manera alternativa nociones como las de Estado Nación, Estado de Bienestar o Régimen de Bienestar. En sentido estricto, nosotros preferimos la noción de Estado Social, tal como es definida por García Pelayo (1977). Esta noción refiere a las múltiples funciones cumplidas por los estados en el siglo XX, en la articulación entre el Mercado, Sociedad y Democracia, en la regulación social necesaria para afianzar el orden social.

ha permitido construir el moderno orden social, articulando Democracia y Capitalismo. En un sentido politológico, el Estado Social se expresa en un patrón institucional de gobernabilidad global, en las distintas esferas que hacen a la reproducción del orden social. (García Pelayo, M., 1977)

Nuestra argumentación teórica se dividirá en dos partes. En una primera analizamos los determinantes más importantes de la reforma de los sistemas de salud, provenientes del ambiente demográfico y epidemiológico directo. Luego, las propuestas de reforma provenientes de los organismos de referencia sanitaria (OPS y OMS), que pasan por el fortalecimiento de las capacidades de Rectoría en salud. En la segunda parte tratamos de identificar y comprender el lugar de los sistemas de salud dentro de las matrices estatales. El sentido politológico de nuestra *tesis radica en la intuición de que los sistemas de salud han sido elementos clave en los procesos de construcción del bienestar y por su intermedio de los estados nacionales. Puntal en el desarrollo de las capacidades de regulación social, de gobierno de las sociedades. La reformulación del Estado Social debería hacernos reconsiderar su eventual impacto sobre los patrones "tradicionales" de gobernabilidad social.*

1. Las nuevas demandas sobre el sistema de salud

Las transformaciones que ha experimentado el mundo en estas últimas décadas son sorprendentes. La *modernización* de las sociedades, bajo un patrón progresivo más o menos universal, se puede apreciar en el notable avance registrado en distintas dimensiones: Industrialización; Urbanización, Alfabetización, Educación, Salud y Movilización social; además de Estructuras Ocupacionales cada vez más complejas y diversificadas⁷. Estas transformaciones han impactado profundamente sobre las pautas de vida de los individuos, generando nuevos patrones de necesidades y demandas poblacionales.

Dentro de esas nuevas pautas de demandas, producto de la modernización social, el sector sanitario es el que ha recibido las presiones más fuertes. Las transformaciones demográficas y epidemiológicas, asociadas a los fenómenos de modernización, requieren de respuestas diferenciadas por parte de las estructuras organizativas del sector salud. La pauta tradicional de respuesta de las organizaciones de salud, tal cual fueron estructuradas y consolidadas en los estados nacionales maduros, se ven desafiadas por estos nuevos patrones de necesidades.

La organización tradicional de los servicios sanitarios se ven jaqueadas, especialmente en sus formas de provisión y de financiamiento de servicios. *Las modalidades de respuestas de los países a los nuevos desafíos se van articulando*

⁷ Sobre el concepto de Modernización, su hipótesis básica de la transición de lo tradicional a lo moderno, además de sus dimensiones, ver: Di Tella, T., et al (1989).

lentamente, de acuerdo a sus propias realidades sanitarias de base, así como también atendiendo a lo que han sido sus legados institucionales en materia de organización de los sistemas de salud. En el fondo, lo que existe es un profundo cuestionamiento del paradigma medico-curativo clásico de atención a la salud.

A continuación veremos un pequeño resumen de las transformaciones que operan de manera directa sobre la transformación de los sistemas de salud: la *transición demográfica y epidemiología*, además del fenómeno de la *transición de riesgos*.

El origen de las demandas: sobre la Transición Sanitaria

Dentro del enfoque tradicional de la salud pública, los retos en materia de salud son un reflejo de las dinámicas demográficas y epidemiológicas poblacionales. A este enfoque, el *clásico o normal*, se viene agregando una perspectiva más sociológica, asociada a los determinantes sociales, a las nuevas estructuras de riesgos de la salud. En tal sentido, la incipiente *teoría de la transición sanitaria* pretende integrar en un único marco estas tres perspectivas sobre los fenómenos colectivos de salud-enfermedad⁸.

La teoría de la transición sanitaria pretende integrar dentro del enfoque normal o clásico, los distintos cambios sociales y de comportamiento, que acompañan al cambio del estado de la salud de las poblaciones. En tal sentido, la transición sanitaria se compondría de tres transiciones: *demográfica; epidemiológica; de la atención sanitaria*. Cada una de las tres genera presiones hacia el cambio en los sistemas de salud, presiones que la innovación política, en un contexto altamente institucionalizado como es el de las políticas de salud, debe tratar de resolver.

Buena parte de los componentes de esta formulación han sido descritos abundantemente en la literatura sanitarista. En especial la teoría de la transición demográfica, fenómeno experimentado a nivel poblacional por las sociedades de la Europa occidental, durante los siglos XIX y XX, que consiste en el cambio de las tendencias en materia de mortalidad y fecundidad de estas poblaciones. Estrechamente asociados a los fenómenos de *modernización* citados anteriormente, la culminación de la transición demográfica se traduce en sociedades con bajas índices de nacimientos (Fecundidad) y de mortalidad, lo que a la postre conduce a generar *estructuras poblacionales envejecidas*⁹.

Muy asociado al anterior fenómeno, la transición epidemiológica se refiere más estrictamente a los fenómenos del descenso de la mortalidad y a los cambios en

⁸ Más que una teoría, pretende ser una perspectiva de análisis para la salud pública. Este notable esfuerzo de integración de las tres perspectivas analíticas lo tomamos de: Robles González et al (1996).

⁹ La imagen gráfica de las pirámides poblacionales que se agostan en sus bases, las de los individuos más jóvenes, engrosándose en los tramos superiores, de los individuos de edades superiores a los 60-65 años. Las consecuencias de este fenómeno, en el mundo del trabajo y la seguridad social son más que relevantes. En el caso de la salud, el reto mayor es el de financiar la atención sanitaria de poblaciones envejecidas, con índices de utilización de servicios mucho más altos que las poblaciones jóvenes. (CALVO, JJ.)

la estructura de morbilidad. Según los epidemiólogos, el descenso de las enfermedades infecto-contagiosas, como producto de mejoras generales en las condiciones de vida y de los avances en materia de tecnología y conocimiento médico¹⁰, conduce a una etapa en la que prevalecen son las enfermedades de tipo crónico-degenerativas¹¹.

Este fenómeno tiene importantes consecuencias prácticas sobre los mecanismos tradicionales de respuesta del complejo sanitario. Las soluciones de tipo médico curativas, de alto impacto en los procesos quirúrgicos e infecciosos, pasan a ser ineficaces frente a la transformación de la estructura de morbilidad poblacional. Comienza a verse claro que resultan imprescindibles nuevos enfoques al problema de la relación salud-enfermedad, al cual la *transición de la atención sanitaria* busca dar respuesta.

El concepto de *transición de la atención sanitaria* no ha sido delimitado tan estrictamente como los anteriores, sin embargo se puede reconocer su énfasis en el señalamiento de los determinantes sociales, culturales y de comportamiento a la hora de comprender el estado de salud poblacional. Dentro de esta dimensión, se reconocen dos componentes, tales como la transición de la atención sanitaria propiamente y la transición de riesgos.

La transición de la atención se centra en las formas en que los sistemas de salud se organizan para el suministro de servicios. Estas formas de organización están condicionadas por múltiples aspectos, tanto sociales, como económicos y políticos. Sin embargo, es claro que la transición de la atención podría ser descrita como *el paso desde modelos basados en el Hospital y el uso de tecnologías complejas, hacia un enfoque más integral de la atención primaria de salud, basado en la comunidad*.

La idea de la transición de la atención está muy asociada al concepto de *transición de riesgos*. En el contexto de desarrollo socioeconómico de las sociedades occidentales, los riesgos tradicionales a la salud son reemplazados por riesgos modernos. Los factores de riesgo, asociados a ciertos *hábitos o estilos de vida*, como la nutrición, el sedentarismo o el uso de los servicios sanitarios, cobran especial importancia a la hora de explicar los distintos estados sanitarios de las poblaciones.

Para la reducción de estos riesgos modernos, las conductas preventivas y la educación, resultan imprescindibles. Por tal motivo, es necesario revisar las viejas modalidades de atención, basadas en los Hospitales, fundamentados en el paradigma médico curativo.

En resumen, los cambios registrados en la estructura poblacional (envejecimiento), en los patrones de morbi-mortalidad, y los fenómenos de

¹⁰ Según los especialistas en salud pública, las mejoras en la nutrición, saneamiento y condiciones habitacionales, fueron tan relevante o más que el descubrimiento de los antibióticos. (¿??)

¹¹ Por ejemplo las patologías de tipo tumoral, los problemas cardiovasculares, etc.

transición de riesgos y de la atención sanitaria, generan nuevos requerimientos poblacionales en materia de atención en salud, que resumimos en la idea de la Transición Sanitaria. Las estructuras de los sistemas de salud deben responder a estos nuevos requerimientos, aunque muchas veces se ven superadas por el ritmo de esas transformaciones, como es el caso notorio de las sociedades latinoamericanas.

Problemas emergentes y acumulados en América Latina

En América Latina el proceso de modernización, que en las sociedades europeas fuera procesado gradualmente, se concretó prácticamente en estos últimos 50 años. Claro que de una manera despareja, siguiendo las peculiaridades de su proceso de desarrollo, caracterizado por el desarrollo económico que convive con la estructural desigualdad social(CEPAL, 1999). En tal sentido, algunos autores han hablado de la coexistencia de retos o problemas en salud *acumulados y emergentes* en el continente, que tornan más complejos los intentos de reforma. (Frenk & Londoño, 1997).

Los “problemas acumulados” refieren a retos sanitarios resueltos de manera deficiente por los sistemas de salud del continente. Están asociados a la precariedad de los procesos de desarrollo latinoamericanos, así como también a la peculiar configuración institucional de sus servicios de salud. Por otro lado, los problemas *emergentes o modernos*, se asocian al fuerte proceso de modernización experimentado por el continente en las últimas décadas, que inyecta demandas y requerimientos similares a los de los países avanzados, pero en un contexto de subdesarrollo.

Cuadro 1.1. Tipo de Reto sanitario	
<i>Acumulado</i>	<i>Emergente</i>
Rezago Epidemiológico	Nuevas presiones epidemiológicas
Brecha en Salud	Presiones políticas
Inequidad	Escalada de costos
Cobertura insuficiente	Incentivos inadecuados
Pobreza técnica	Inseguridad financiera
Ineficiencia asignación recursos	Insatisfacción usuarios
Inadecuados procesos de referencia	Expansión tecnológica
Baja capacidad resolutive	Problemas de Gerenciamiento
Deficiente administración de instituciones	

Fuente: tomado de Frenk y Londoño (1997)

La combinación de retos, acumulados y emergentes, se traducen en una situación sanitaria deficiente, que no condice con el nivel de desarrollo del continente. Respecto de esto, un estudio comparativo sobre países de similar nivel de desarrollo económico, realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo(BID, 1996), encontró que los resultados en materia de salud de América Latina eran

sistemáticamente inferiores a los de países de niveles de desarrollo económico similar.

Esa *brecha social*, en el área de los indicadores de salud, muestra oscilaciones inadmisibles, sobre todo si se comparan con los logros alcanzados por países de desarrollo económico similar. Por ejemplo, en materia de cobertura de servicios de salud, el continente alcanzaba al 78% de su población, mientras que otras regiones alcanzaban el 89%. También en materia de mortalidad infantil (menores de 5 años), nuestras cifras rondaban el 47 por mil, mientras que en otras zonas de desarrollo similar alcanzaban el 39 por mil nacidos vivos. (BID, 1996)

La brecha en los resultados de salud se explica por la propia combinación de retos, acumulados y emergentes, que presenta la región. Sin dudas que también están profundamente relacionados con el patrón de desarrollo económico latinoamericano, reconocido por su inequidad estructural. Pero algunos países muestran patrones que se apartan de esta tendencia general latinoamericana, con una performance que se aparta sistemáticamente del patrón general, mostrando resultados sanitarios superiores a los del continente. *La cuestión entonces consiste en identificar aquellos aspectos específicos de los sistemas de salud que permiten explicar la existencia de esas diferencias sistemáticas en materia de resultados de salud.* Pero antes debemos aclarar que es lo que entendemos por sistema de salud.

2. El sistema de salud: estructura y funciones

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

Para lograr cumplir con esos objetivos esenciales, los sistemas de salud deben desempeñar las siguientes funciones: *Provisión de Servicios, Generación de Recursos, Financiamiento y Rectoría del Sistema*. En tal sentido, todos los países cuentan con estructuras destinadas a cumplir con esas funciones, todos los países poseen sistemas de salud específicos. Las diferencias principales estriban en el grado de *integración y de coordinación de esas estructuras*, lo cual tiene consecuencias muy importantes sobre la *performance* de los sistemas de salud¹².

¹² Existen varias visiones sobre los componente estructurales de los sistemas de salud, en Martínez Navarro et al(1997) se puede encontrar un buen compendio. En nuestra tesis preferimos la perspectiva de la OMS en función del grado de difusión y de su relativa sencillez.

El diseño y la organización de las estructuras apropiadas para el desempeño de esas cuatro funciones, son tareas mayores dentro de la agenda de reforma de los sistemas de salud. Algunas de éstas han tenido una visibilidad muy alta, tales como las emprendidas en las áreas de provisión de servicios y de financiamiento a la salud¹³. Sin dudas que el impacto de esas reformas, sobre el bienestar inmediato de las personas, justifican en buena medida su alta visibilidad dentro de la opinión pública.

Pero en los últimos tiempos se vienen incorporando nuevas prioridades. El reciente informe de la OMS(2003) ha enfatizado la necesidad de fortalecer a los sistemas de salud, principalmente en su orientación hacia la Asistencia Primaria en Salud¹⁴. Para ello, además de los esfuerzos en las áreas de provisión y financiamiento, *es imprescindible mejorar los sistemas de información sanitaria nacionales existentes*. Generar información pertinente, desarrollar los marcos apropiados para su utilización y aprovechamiento, es una tarea clave, que difícilmente pueda ser emprendida de manera autónoma por el mercado.

Además de mejorar los sistemas de información, en cuanto a cantidad y calidad, es preciso también contar con recursos humanos adecuados, que puedan hacer un uso oportuno y eficaz de esa información. En tal sentido, el déficit en materia de personal de salud, a nivel mundial, supone un reto tremendo para los países. A tal punto que la OMS(2003: 122) señala la existencia de *una crisis mundial de personal sanitario*, con efectos terribles a nivel de los países en vías de desarrollo¹⁵, donde se carece de los recursos más elementales para hacer funcionar correctamente un sistema de salud¹⁶.

Podemos decir entonces que los retos en materia de provisión, de financiamiento y de generación de recursos, han monopolizado la atención de los observadores de la reforma de los sistemas de salud. Pero, el correcto funcionamiento de estos sectores no es suficiente para lograr que se cumplan los objetivos esenciales del sistema de salud. Es preciso armonizar los esfuerzos de los distintos actores que integran esos sectores, procurando coordinar acciones, racionalizando esfuerzos, para alcanzar los objetivos esenciales de los sistemas de salud.

En este punto, la función de Rectoría juega un papel clave en la performance global del sistema. Asegurar el cumplimiento de los objetivos esenciales de los sistemas de salud, lograr que las tareas de provisión, de financiamiento y de

¹³ En sentido estricto, estas reformas se refieren al subsistema de cuidado o atención a la salud.

¹⁴ Este ha sido un principio fundamental para la OMS, desde su misma carta de fundación en 1946, hasta la importante declaración de Alma-Ata de 1978.

¹⁵ En este punto, la presión migratoria sobre los recursos humanos calificados provoca un drenaje constante de técnicos, especialmente grave para los países en vías de desarrollo.

¹⁶ El propio informe reconoce que la pérdida de centralidad de los Estados en la planificación de la formación y la contratación de la fuerza de trabajo del sector salud agrega enorme complejidad a esta cuestión. Esto es, la multiplicación de actores en los procesos de formación y contratación de personal, hace más complejo, pero también más necesario, el diseño de una política con visión nacional.

generación de recursos necesarias sean desempeñadas adecuadamente, no son tareas que puedan ser confiadas totalmente a la iniciativa privada. El bienestar de una población es un bien a ser protegido, pero también es una carga pesada, una tarea que pocos actores sociales se atreverían a reivindicar¹⁷.

Dimensiones de Rectoría en Salud

El enfoque de la OMS reconoce que la responsabilidad por el bienestar de una comunidad nacional reside, en última instancia, en su gobierno. Por tal motivo, los Ministerios de Salud juegan un papel clave en la definición de los roles de Rectoría sectorial(OMS, 2000: 119). Pero más en general, los Estados son quienes juegan el rol fundamental en la definición de la Rectoría, ya que no nos podemos limitar al papel de los ministerios o secretarías de salud. Especialmente si observamos los sistemas de salud Latinoamericanos, con su multiplicidad de actores institucionales, con responsabilidades específicas de gobierno sobre el sector¹⁸.

Por tal motivo, es importante asumir una definición mínima, dentro de la multiplicidad de definiciones existentes respecto a la función de Rectoría. La mayoría de las cuales coincide en rescatar la necesidad de un cierto grado de *centralidad* en cuanto a la *capacidad de orientación*, de *inteligencia* del sistema, de *capacidad de gobierno*. En tal sentido, diremos que la función de Rectoría consiste en la responsabilidad de “..coordinar la movilización de los recursos nacionales, a escala multisectorial, con miras a mejorar la equidad y el bienestar social y focalizar los recursos escasos que existen en los grupos sociales más desprotegidos”. (Marín, 2000: 21)¹⁹

Desde esta perspectiva, la función de Rectoría posee algunas características que lo diferencian de otros servicios prestados por los Estados. Algunos autores señalan que la función de Rectoría, en tanto en cuanto refiere a *funciones ministeriales esenciales*, tiene una estructura similar a la de un *bien público*. Esto es muy claro en términos de acciones de salud pública, tales como la vigilancia epidemiológica, donde no es posible ni deseable excluir a las personas de la utilización de este servicios.

Como ha sido señalado por Das Gupta, et al.(2003), las funciones esenciales de salud pública incluyen a una variedad de tareas que ningún actor social o de mercado, podría cumplir cabalmente. Tareas como la vigilancia de enfermedades, la educación en salud, el monitoreo y evaluación del funcionamiento del sistema,

17 En este punto, la referencia clásica es Olson, M.,(1992), sobre los problemas de producción de los bienes públicos, debido a la existencia de individuos que prefieren disfrutar de los bienes colectivos sin realizar su aporte concreto a la producción del mismo(el Free-Rider, que en el lenguaje del Río de la Plata podría ser denominado: el Garronero).

18 Los Ministerios de Trabajo, de Educación, la Seguridad Social, además de la innumerable cantidad de actores estatales que participan en la provisión directa de servicios de salud (Universidades, Ejército, etc.). También es relevante la influencia de los organismos internacionales en la definición de las políticas nacionales de salud.

19 Es claro que en esta tarea, si bien se le reconoce concede un rol protagónico, se trasciende a las funciones clásicas de los Ministerios de Salud, abarcando otras instancias diferenciadas del aparato estatal.

desarrollo de los recursos humanos necesarios para el funcionamiento del sistema, vigilancia del cumplimiento de las normativas y regulaciones de salud pública, investigación básica en salud pública y el desarrollo y diseño de políticas de salud apropiadas a las necesidades poblacionales.

Según Das Gupta(2003), la cuestión principal es que no se puede, ni es deseable, excluir a nadie del consumo de estos servicios. Además resulta muy difícil, sino imposible, que pueden ser fraccionados, identificando a quienes se benefician de los servicios. Por lo tanto, desde una visión económica, son bienes no-excluyentes y no-rivales, son bienes de naturaleza *pública*²⁰. El aprovechamiento de las funciones esenciales de salud, de Rectoría, no puede ser fraccionado o discriminando a los usuarios efectivos de los mismos(no-excluyente), pero tampoco afecta al consumo colectivo (no-rival)²¹.

¿Cómo evaluar la función de Rectoría?

Un abordaje empírico exige una definición operacional del concepto de Rectoría. En términos generales, según la OMS(2000) este concepto puede subdividirse en tres funciones básicas: generar inteligencia, definir la visión y la dirección del sistema, y ejercer su influencia sobre los distintos componentes del sistema a través de la regulación. La Rectoría sería una tarea eminentemente técnica, administrativa, monopolizadora de un saber específico²².

Pero además de las dimensiones técnicas, la Rectoría también es una función esencialmente política. Por ejemplo MORÁN(1997) señala que los procesos esenciales del Gobierno en Salud son: *el tomar decisiones autoritativas; la generación de los medios para que las decisiones tomen efecto; el crear los apoyos necesarios para esas decisiones*. En su enfoque, la orientación del sistema de salud implica las tareas de cualquier proceso general de *policymaking*, de toma de decisiones colectivas en una sociedad.

Partiendo de esa conceptualización, de la función de Rectoría como un proceso de *elaboración de política*, es posible hilar más fino. En TRAVIS et al(2000) se propone una subdivisión de la función de Rectoría en seis dimensiones analíticas, que contemplan los aspectos básicos de la definición de OMS, e incorporan aspectos que hacen al proceso de *policymaking*.

20 Esta afirmación vale para las tareas de Rectoría. Claro, no es tan contundente respecto a la provisión directa de servicios de salud, como por ejemplo vacunaciones, donde se puede identificar con claridad a los beneficiarios directos de la vacuna. Sin embargo, las vacunaciones son claramente un "Bien Preferente", por la importancia de externalidades positivas que generan las campañas de inmunización sobre toda una población.

21 De nuevo, el problema del Free-Rider resulta esclarecedora.

22 La especificidad del saber técnico de quienes desempeñan los roles de Rectoría, nos pone frente al riesgo del posible abuso tecnocrático. Resulta por lo tanto indispensable, pensar en esquemas de responsabilización democráticas de estas funciones.

Cuadro 1.2. Dimensiones de la función de Rectoría
1. Generar Inteligencia
2. Formular la dirección estratégica de las políticas
3. Asegurar las herramientas para la implementación: poderes, incentivos y sanciones
4. Construcción de coaliciones; construcción de la cooperación
5. Asegurar el ajuste entre los objetivos de política y la estructura y cultura organizacional
6. Asegurar la responsabilización (<i>accountability</i>)

Fuente: Travis et al(2000)

La tarea de *generación y recopilación de inteligencia* refiere a algo más amplio que la mera disposición de información. Implica identificar e interpretar la información esencial para tomar decisiones, previendo tendencias presentes y futuras en salud, interpretando factores contextuales relevantes, tanto en el contexto económico como el político. También conlleva identificar opciones en políticas, basadas en la evidencia y la experiencia disponible, nacional e internacional.

Proveer la *visión y la dirección estratégica* del sistema de salud implica identificar posibles puntos de Veto en el sistema, que puedan obstaculizar el logro de los objetivos de corto, mediano y largo plazo. Adoptar mecanismos necesarios para ejercer influencia sobre la conducta de los distintos actores, donde el rector debe contar con los recursos institucionales apropiados para cumplir sus fines, para poder *implementar sus políticas*.

La construcción de poder, además de recursos institucionales, requiere de la *construcción de coaliciones de apoyo*, como una forma de ejercer influencia, en aquellos ámbitos donde la autoridad jerárquica del Rector es limitada. Imprescindible, donde el ejercicio vertical no sería apropiado para fomentar la cooperación de otros actores que poseen grados de libertad importantes.

Además, dentro de estructuras ministeriales con tradiciones burocráticas específicas, es preciso ajustar la estructura y cultura organizacional a los objetivos de la Política de Salud. Esto es un reto para nada menor, sobre todo en países con estructuras burocráticas politizadas excesivamente, muchas veces asociadas a prácticas clientelares consuetudinarias.

Como último punto, todo un programa de investigación en sí mismo, es el desarrollo de mecanismos que permitan establecer una clara *responsabilización* de los distintos actores del sistema. La *responsabilización* tiene una relación muy directa con la teoría democrática, pero también es un principio de organización

fundamental, para asegurar que las acciones, dentro de marcos complejos de actores descentralizados, se ajusten a los fines aprobados colectivamente.

Cuando hablamos de responsabilización democrática, casi siempre nos limitamos a pensar en términos electorales, de la relación entre ciudadano y gobernante, entre principal y agente, que denominamos *responsabilización vertical*. Pero también cuentan los controles interinstitucionales, la vigilancia ejercida desde otras agencias del Estado, con mandatos diferenciados, en lo que entendemos por la *responsabilización horizontal* (Schedle, A. 2000)²³.

En esencia, el núcleo duro de la función de Rectoría radica en la generación de inteligencia y su aplicación a las políticas públicas, así como el diseño de las estructuras apropiadas para el ejercicio de la autoridad sanitaria y los mecanismos correspondientes de responsabilización²⁴. Estas son funciones estatales "duras", asimilables a las de bienes públicos, que no pueden ser cumplidas eficazmente por el Mercado o la Sociedad Civil.

Pero además de este "núcleo duro", existe una orientación implícita de esas tareas. En el último informe de la OMS (WHO, 2003), se destaca a la EQUIDAD como el objetivo fundamental de la Rectoría. Este informe enfatiza que los sistemas de salud enfrentan cuatro grandes desafíos: la crisis mundial de recursos humanos; los inadecuados sistemas de información sanitaria; la falta de recursos financieros; y *la función de rectoría en la aplicación de políticas sanitarias en favor de la equidad en un entorno pluralista*. (WHO, 2003: 136-143) El entorno pluralista destaca la emergencia de nuevas modalidades de prestación de servicios²⁵, que exige de mayor vigor estatal en la coordinación de servicios, para asegurar la equidad del sistema.

Respecto al objetivo de la equidad, la relación entre pobreza y (mala) salud ha sido suficientemente estudiada por las ciencias sociales y de la salud. La relación entre condiciones de vida (como ser nutrición y vivienda, por ejemplo), y salud son de sobra conocidas. Pero ha cobrado importancia la relación entre enfermedad e insuficiencia de ingresos, donde la enfermedad y la imposibilidad de trabajar, interactúan en una suerte de "círculo perverso". Solo el Estado, en su rol de proveedor de políticas sociales y como actor central²⁶, puede quebrar este círculo²⁷.

²³ Algunos autores consideran que también existe una lógica de responsabilización internacional, ejercida por las organizaciones internacionales. Por ejemplo en la vigilancia de los actos electorales, por parte de los observadores electorales, o en la implementación de la política social, por parte de las organizaciones de crédito que promueven el desarrollo. (ver en SCHEDULE, 2000)

²⁴ En el APÉNDICE IV presentamos un cuadro comparativo, que contrasta distintas definiciones del concepto de Rectoría. En el mismo podemos apreciar la visión de distintos autores, respecto a las dimensiones constitutivas de la función de Rectoría, que en esencia coinciden con las tres mencionadas.

²⁵ En realidad, el "entorno pluralista" es un eufemismo para describir la emergencia de los seguros privados de salud, aún en aquellos sistemas fuertemente integrados, con un rol históricamente preponderante del Estado, en la provisión y financiamiento de servicios.

²⁶ La noción de centralidad aquí refiere al poder infraestructural del Estado, es decir, su presencia expandida en un territorio específico, sobre distintos aspectos de la vida social. Sobre la diferencia entre poder infraestructural y poder despótico, ver: Man, M.(1985)

²⁷ No es preciso abundar demasiado en este punto, pero el papel del Estado en la estructuración del mercado de trabajo, en las condiciones de empleo, es fundamental para determinar el estatus del trabajador. La ausencia de protección frente a los riesgos de salud, es una característica que define a los sectores informales de la economía. Además del tradicional "trabajo en negro", las distintas formas de "flexibilización" laboral ensayadas en Latinoamérica, impactan negativamente en las condiciones de vida de los trabajadores.

En tal sentido, resulta pertinente interrogarnos respecto al lugar de los sistemas de salud en el complejo institucional del Bienestar. La provisión de servicios de salud, como los de nutrición, vivienda o educación, son parte de esa canasta de bienes y servicios, características de la construcción de la noción de "ciudadanía social". La titularidad de derechos hacen a la pertenencia de los individuos a un nosotros, a una comunidad política ideal, hacen al ordenamiento de una sociedad²⁸.

En el apartado siguiente trataremos de profundizar en la relación entre políticas sociales y orden político. La pregunta que nos orienta es: ¿qué papel ha jugado el derecho a la salud, como componente de la "canasta de los bienes de ciudadanía", en la estructuración del orden político, del Estado?

3. Estado y bienestar, desarrollo y política pública

El bienestar ocupa un lugar clave en la estructuración del orden político. El Estado, como pacto de dominio, ha tendido a reproducir una serie de funciones, compatibles con el rol estructurador de Mercado y Sociedad Civil. Además de monopolio legítimo de la coacción física, ha desempeñado históricamente un papel clave en la construcción del Mercado y la estructuración de la Sociedad Civil²⁹. Esto lo ha logrado mediante el desempeño de las funciones esenciales estatales, que hacen a la estructuración de la comunidad política. Esas funciones o roles los identificamos en: "*La defensa del territorio y la soberanía nacional; La construcción de una comunidad nacional, incluyendo a todos los ciudadanos en el proceso político y económico; La inserción ventajosa del país en el escenario internacional; La reducción de las diferencias regionales y de las desigualdades entre los ciudadanos; La implementación de un modelo sustentable de desarrollo social y económico*". (Fleury, S. 2003: 82-83)

La evolución del Estado entonces, ha estado marcado por una tensión reguladora. Como alguna vez señaló Wolfe, A.(1977), las distintas formas históricas de lo estatal, han tenido por objetivo resolver la contradicción subyacente entre Democracia y Capitalismo. Tratar de proteger valores como la libertad individual, el crecimiento económico, la igualdad democrática y la comunidad no son tareas sencillas. Las formas de organización estatal han sido respuestas, más o menos exitosas, que tratan de estructurar el orden social. Las funciones básicas estatales han modelado esta tensión básica del orden social.

En esa dinámica, la provisión de bienestar ha jugado su rol estructurador en la configuración del orden social. Claro que la provisión de bienestar no se limita al papel del Estado. La sociedad y el mercado también han desempeñado roles

²⁸ Es la vieja idea de Marshall, T.H.(1958), que sigue dando sus rendimientos, más allá de que debemos obviar sus simplificaciones evolutivas, tan características de una época optimista y confiada en el progreso.

²⁹ Esta afirmación ya es un lugar común para la ciencia política. Como referencias clásicas: Polanyi, K(1994); Anderson, P.(1991).

relevantes³⁰. Los sistemas de salud son un ejemplo interesante, donde vemos, en grados y combinaciones variables, la participación de Sociedad Civil, Mercado y Estado³¹. En puridad, deberíamos hablar de regímenes de bienestar, donde los tres sectores “interactúan”, reconociéndose modalidades institucionales específicas de organización. (Esping-Andersen, G. 2000).

Estas articulaciones específicas reconocen un cierto patrón, que han llevado a hablar de diferentes estados o mundos del bienestar. En esencia, formas diferentes de estructurar el orden político de las sociedades, según la articulación específica de provisión de bienestar³². Las variables que identifican estas formas del bienestar, tienen que ver con la calidad de los derechos sociales y su impacto sobre la estratificación social. Pero también, en tercer lugar, en cómo las actividades del Estado están entrelazadas en la provisión social con las del mercado y la sociedad.

En un grupo encontramos el Estado del bienestar Liberal, en el que predominan la ayuda a los que no tienen medios (*mean-tested*), con transferencias limitadas y modestos planes de seguros sociales. Su marca genética, es la obsesión por la eficiencia en el funcionamiento de los mercados. En consecuencia, *“este tipo de régimen minimiza los efectos de desmercantilización, limita con efectividad el alcance de los derechos sociales y construye un orden de estratificación que es una mezcla de una relativa igualdad de pobreza entre los beneficiarios de la protección social, de un bienestar para mayorías diferenciado por el mercado y un dualismo político de clase entre los dos”*. (Esping-Andersen, G. 1992: 47-48)

Otro grupo, estado del bienestar Conservador, está marcado por el legado histórico corporativista estatal. La obsesión de este tipo de Estado es la conservación de las diferencias de estatus, por tanto los derechos se vinculan a la clase y el estatus social. La estructura del estado esta perfectamente preparada para desplazar al mercado como proveedor del bienestar social. Otro rasgo cardinal es su fuerte impronta “familiarista”, su compromiso con la conservación de la familia tradicional, donde el Estado atiende al principio de la subsidiariedad, es decir, interviene frente a los fallos de la familia en la provisión de bienestar para sus miembros³³.

Finalmente, el tercer grupo es el de los Estados de bienestar Socialdemócratas, donde el principio del universalismo y la desmercantilización de los derechos sociales se han extendido ampliamente. Promueve una igualdad sobre estándares elevados, antes que en las necesidades sociales mínimas. Su política

30 Fundamentalmente la sociedad civil, en las familias, la caridad cristiana o la beneficencia. Hospitales y asilos, por ejemplo, tienen su origen fundamentalmente en la sociedad civil.

31 La experiencia del Uruguay en el sector salud, también en el sector educativo con sus diferencias, podría ser un buen ejemplo de esta confluencia de actores en el armado del Bienestar social. En el capítulo sobre Uruguay volveremos sobre el punto.

32 La estupenda obra de Gosta Esping-Andersen se inserta dentro de toda una gran tradición de análisis político institucional, donde hemos citado autores como Polanyi, K.(1989), Wolfe, A.(1980) y Shonfield, A.(1967). La preocupación central de estos autores: analizar las variaciones del Capitalismo y su articulación con la Democracia.

33 Rasgo fuertemente asociado, además de la matriz histórica corporativa, a la influencia ideológica del catolicismo en los países de la Europa continental. Se refiere en concreto a los casos de Austria, Francia, Alemania e Italia, también España.

busca de forma deliberada la emancipación del individuo, limitando su dependencia del mercado y de la familia, especialmente frente a situaciones en que estas instancias “fallan”. Su característica más saliente es la fusión entre bienestar social y trabajo, que lo obliga a una política activa en materia de promoción del empleo y distribución del ingreso³⁴. La promoción del pleno empleo es una nota distintiva de este tipo de régimen, a diferencia de los dos anteriores.

Lo importante de este enfoque sobre los “mundos del estado del bienestar”, es su énfasis en la interrelación entre las tres instancias proveedoras de bienestar. Pensar por ejemplo en la importancia de la relación entre mercado de trabajo y las estructuras Familiares. Actualmente, a nadie se le escapa el desgaste de la capacidad de integración de estas instancias, debido a la pérdida de centralidad del trabajador asalariado clásico y el debilitamiento de la estructura familiar tradicional³⁵. Frente a esta nueva ecuación, de déficit de las viejas instituciones, el estado debe asumir la dura tarea de cubrir ese déficit de las viejas instituciones que daban cohesión a la sociedad³⁶.

El compromiso entre democracia y capitalismo se manifiesta en las estructuras del bienestar y las múltiples instancias de coordinación económica centralizadas. Este armazón estatal, combinación de elementos de planificación económica y de provisión de bienestar, constituyó un (exitoso) modelo de regulación social destinado a promover el Desarrollo en su sentido más amplio. Algunos autores, de manera más genérica, prefieren denominarlo *Estado Social*, denominación que hace justicia a las múltiples imbricaciones entre estado, sociedad y mercado. (García Pelayo, M. 1977)

El éxito del Estado Social en términos de desarrollo³⁷ fue notable. El cuestionamiento de su viabilidad, por una combinación de crisis fiscal, sobrecarga de demandas y empuje global del capitalismo, reclama la reformulación de las viejas formas articulación de la gestión estatal, de la capacidad administrativa del viejo aparato burocrático, en relación a la sociedad y el mercado³⁸.

34 Esto es clave, ya que los enormes costes de mantenimiento del un sistema de bienestar social solidario, universalista y desmercantilizador, solo puede hacerse sobre la base de la expansión del número de trabajadores, aportando a un fondo único. Simultáneamente a esto, es preciso reducir al mínimo posible el número de personas viviendo de las transferencias sociales.

35 En el primer caso con consecuencias muy concretas sobre los sistemas de previsión social, basados en el trabajador formal, con aportes regulares al financiamiento de sistemas colectivos. En el segundo caso, por el aumento de fenómenos como los divorcios o las uniones consensuales, que de alguna manera debilitan la función de reserva o seguro social que cumplía la familia con sus integrantes. Sus efectos son concretos sobre el sistema de salud, alentando círculos perversos entre mala salud y pobreza, como señalamos anteriormente.

36 Es la tesis de Polanyi, K.(1989), donde el mercado amenaza con destruir la comunidad, y con ello la bases para su funcionamiento mercantil. Paradojalmente, el estado debe asumir la protección de la comunidad, para evitar la destrucción del mercado.

37 El éxito del Desarrollo social refiere a las 5 funciones esenciales del Estado que señalamos anteriormente (Fleury, S. 2003). En Huntington, S.(s/f), hay una perspectiva similar, respecto a los objetivos del desarrollo.

38 En Peters, G.,(2000), se puede encontrar una excelente presentación de los distintos paradigmas o modelos en materia de reforma del aparato estatal. El autor, un especialista en administración pública, enfatiza la neta predominancia de los esquemas tipo Nuevo Gerenciamiento Público(NGP), popularizados por las experiencias de los países anglosajones.

Evaluar las reformas del Bienestar (y del sector salud)

La crisis fiscal en los países desarrollados, el derrumbe de gobiernos Autoritarios³⁹, la caída del imperio soviético y desmantelamiento de los estados socialistas, los ochentas imponen la noción de que el Estado está en crisis. Por lo tanto, es preciso reformarlo, reduciendo su tamaño, tornándolo más ágil, flexible y eficiente, además de responsable frente a la sociedad. Los ecos de estos discursos, los del ajuste estructural, todavía resuenan en nuestros oídos⁴⁰. El impacto causado sobre las formas de hacer y pensar la política social, dentro de la cual la política de salud es un buen ejemplo, son impresionantes. La transformación de los modelos de desarrollo, de crecimiento económico, implican nuevas orientaciones para la política social.

Comenzando en los países desarrollados, especialmente en el área anglosajona, donde tiende a consolidarse un tipo de reformas del aparato estatal, denominadas Nuevo Gerenciamiento Público(NGP). Una respuesta a los problemas del modelo burocrático, principalmente su estructura de monopolio público, que no permite la alineación de los intereses de los burócratas con el bien común. Los servidores públicos se encuentran bajo sospecha, de estar sirviendo a sus propios intereses, antes que a los del bien común. El mercado entonces es el modelo a imitar, aún para la organización del Estado.

Bajo la orientación NGP se han ido introduciendo distintos elementos en la administración tradicional: búsqueda de reducción de costos y mayor transparencia en la asignación de recursos; desagregación de las organizaciones burocráticas tradicionales en agencias separadas, relacionadas mediante contratos; separación de las funciones de comprador y proveedor; descentralización de la autoridad gerencial; mecanismos de medición de desempeño; nuevas políticas de contratación y pago para empleados públicos.(Fleury, S. 2003) Mecanismos de tipo mercado, en las relaciones entre el Estado y particulares (contratación externa), así como también en la emulación de mecanismos mercantiles a la interna del propio aparato estatal. Por ejemplo, mediante el mecanismo de contratación de servicios desde unidades centrales a unidades proveedoras descentralizadas, por pago según desempeño. Lo que en la literatura se ha denominado *cuasi-mercados*.

De esta forma se asume la transformación del Estado por parte de los países desarrollados. La aplicación del NGP a las distintas instancias estatales, son un experimento sujeto a evaluación, pero que permiten reconocer la necesidad de fortalecer las instancias centrales de gobierno y orientación del sistema(Rectoría),

39 Crisis de la deuda externa, desempleo e hiperinflación, que al menos nos dejan el legado de las transiciones aceleradas a la Democracia en América Latina. No es el caso de las transiciones de la Europa meridional, como en España, Portugal y Grecia, países de renta media que junto a la transición democrática experimentan la incorporación a la Unión Europea.

40 Sino pensar en la influencia ideológica y política, para América Latina, de lo que se denominó el "Consenso de Washington". Respecto a las recomendaciones en materia de políticas públicas del Consenso, y sus resultados sociales, ver: Bulmer-Thomas, V.(1996).

dad la multiplicación de actores en la provisión de servicios. De la misma forma, y con la misma esperanza, es asumida la reforma por parte de los países en vías de desarrollo. Veamos eso en el siguiente apartado.

La reforma del bienestar en Latinoamérica

Como ha señalado Franco, R.(1996) para Latinoamérica, el ocaso del modelo de desarrollo basado en la sustitución de importaciones(MSI) supuso la emergencia de un nuevo modelo de crecimiento, orientado hacia la exportación. Este se acompaña también de un nuevo paradigma en materia de política social⁴¹. El autor establece un contraste de los paradigmas de política social, en base a ciertas dimensiones definitorias de la política social⁴², que para nuestros fines pueden ser agrupadas en tres grandes ejes: respecto a la **Estructura Estatal(a)**, a los **Mecanismos de Financiamiento(b)**, y los **Criterios de Evaluación** de la política social(c).

Respecto a la Financiación(b) poco para decir. La búsqueda denodada por sustituir las modalidades tradicionales del gasto público estatal, financiado mediante impuestos. La asignación de los recursos se canaliza mediante subsidios a la demanda (*Vouchers* por ejemplo), antes que por la expansión de la oferta de servicios públicos. Por este medio, se pueden fomentar mecanismos competitivos, que potencien el “derecho a elegir” de los usuarios.

En cuanto a la reforma de la estructura estatal(a), esta incluye medidas como la descentralización y la inclusión de la sociedad civil en la provisión de servicios. Indudablemente, esto tiene un cierto cariz democratizador, francamente encantador, sobre todo si lo comparamos con la estructura burocrática y centralizada del viejo esquema de provisión de bienestar. En este punto, la emergencia de estas versiones de reforma estilo NGP, como mencionamos más arriba, parecen arrollar al viejo monopolio público estatal.

Pero hay un punto especialmente crítico, en los aspectos referidos a los criterios de asignación y evaluación de la política social(c). La mayor parte de la crítica a la nueva política social se ha concentrado en los efectos perversos del principio de *Focalización*. Concentrar la política social en los sectores más necesitados, los que demuestren ausencia de capacidad de pago, puede resultar éticamente compatible.

El peligro más evidente de estas políticas es el de la estigmatización social de los beneficiarios. Esteriliza el potencial constructor de ciudadanía, que contienen las

41 A decir verdad, lo que Franco, R.,(1996) entiende como el paradigma vigente durante el MSI, no pasa de ser un conjunto de ideas o imágenes respecto a la modalidad “ideal” de intervención estatal, tan característicos de la política económica keynesiana. Cabe la duda respecto a la validez de aplicar ese “modelo” como característico del Estado latinoamericano, que distorsiona totalmente la naturaleza de los problemas latinoamericanos, además de sesgar las propuestas de reforma del Estado. Por lo demás, su enfoque es ordenado y analíticamente sugestivo, por eso lo utilizamos en esta parte.

42 Institucionalidad, Procesos de Decisión, Financiamiento, Objetivos, Criterio de Prioridad, Población Beneficiaria, Enfoque, Indicadores para la Evaluación.

políticas sociales de inspiración universalista. Situación peligrosa para sociedades sometidas a fuertes procesos de fragmentación social, en donde las políticas focalizadas no pueden ser responsabilizadas de la polarización social, pero si tienden a cristalizar viejas y nuevas formas de discriminación. Esto tiene un efecto adicional sobre el capital cívico de las comunidades, el cual se ve severamente resentido, al fomentarse estas formas de incorporación vertical y particularizada, destruyendo redes de solidaridad interclases. (Filgueira, F. 1998)

Pero, además de la dicotomía entre focalización y universalidad, la evaluación de política pública permite diferenciar otras dimensiones de análisis. En Rossi, P., et al(2004), se identifican 5 dimensiones potenciales de evaluación de la política. La evaluación de las necesidades que justifican la formulación de la política(1). La teoría sobre la cual se justifica el diseño del programa(2), y a los procesos para producir las acciones y productos necesarios(3). La evaluación de los resultados o impactos(4), y finalmente la preocupación respecto a la eficiencia de las acciones comprendidas en el programa(5).

El punto referido a la evaluación de resultados, de los impactos de la acción, es el más relevante⁴³. Para ello es preciso explicitar los objetivos de la política, parámetro imprescindible para evaluar los impactos de las políticas públicas. Por ejemplo, dentro del análisis habitual de la política pública tendemos a diferenciar las políticas económicas de las sociales, según sus distintos objetivos. En esencia, mientras la política económica se centra en los aspectos referidos a la promoción del crecimiento económico, la política social tiene por norte la Equidad (Cohen y Franco, 1997: 17-19).

Si la política social tiene por objetivo la equidad⁴⁴, entonces los resultados de la política deberían ser evaluados en esos términos. Los impactos de la política deben verificar, como requisito de éxito o eficacia, el haber fomentado la equidad entre grupos determinados. Pero lo mismo vale para las políticas dirigidas a mejorar las capacidades estatales, a las cuales denominaremos "políticas institucionales". Su objetivo es mejorar las capacidades de gobierno, fortaleciendo los procesos de toma de decisión, de implementación de políticas, o reforzando la legitimidad de las mismas. Sin capacidad de gobierno resultaría imposible asegurar estabilidad política,

43 Desde nuestro punto de vista, es el tema clave en la introducción de mecanismos tipo quasi-markets, especialmente en los países subdesarrollados. Más que el puro ejercicio de la competencia, el asunto es identificar la cantidad y la calidad de los servicios que uno esta dispuesto a ofertar o a contratar. Este asunto que no parece complicado en la provisión de bienes a granel, como por ejemplo compras de papel o café, resulta particularmente sensible en las áreas de provisión de servicios sociales. ¿Como evaluar la calidad de una prestación en salud o en educación? La pregunta es más grave cuando se constata el agudo déficit en materia de capacidad burocrática, de capacidad de contralor, que exhiben los países en vías de desarrollo.

44 Dejamos de lado toda la discusión respecto al significado preciso de Equidad. Discusión más propia de la Filosofía Política, en este punto está referido al individuo "peor situado", en un sentido Rawlsiano. Para mayor referencia: Bobbio, N., et al (1991).

condición necesaria para implementar un proceso electoral o para organizar una campaña de vacunación masiva en una comunidad campesina⁴⁵.

Cuadro 1.4. Evaluación de impactos de la Política Social			
	Objetivos de Impacto		
	Crecimiento	Equidad	Capacidad Política
Políticas Económicas	Prioritario	Secundario	Secundario
Políticas Sociales	Secundario	Prioritario	Secundario
Políticas institucionales	Secundario	Secundario	Prioritario

Fuente: Elaboración propia, a partir de ejemplos de ECA(1981)

Como vemos en el cuadro 1.4, las acciones de la política pública están orientados a la consecución de determinados impactos en un área de influencia privilegiada. Pero el punto que queremos afirmar es que *toda política pública posee un área de impacto que trasciende sus objetivos o propósitos manifiestos*. Un buen ejemplo puede ser el de una política de educación, que pretende universalizar el acceso a la educación desde los 4 años(objetivo equidad), sus impactos pueden ir desde el fomento de la formación del capital humano o la liberación de las madres para ingresar al mercado de trabajo (objetivo crecimiento económico), o el de reforzar los procesos de integración social (objetivo político: formar ciudadanos).

Entonces, la evaluación de la política pública no puede quedar limitada al área de impactos específicos, también debe apreciar sus impactos secundarios, positivos y negativos. A la hora de elegir, por ejemplo, entre distintas opciones en materia de política económica, deberíamos considerar sus impactos en el área social, como también en el área política. El mismo razonamiento vale para las políticas sociales, o las políticas de refuerzo de la capacidad estatal, en que medida su diseño permite establecer un círculo virtuoso de impactos, entre las distintas áreas, promoviendo armoniosamente el desarrollo en una sociedad.

Además, los impactos de las políticas públicas contribuyen a generar una nueva institucionalidad. El ciclo de *policy-feedback* nos enseña que las políticas tienden a generar, como fenómeno de retroalimentación, sus clientelas, sus grupos de defensores (Pierson, P.: 1994). La población objetivo, beneficiarios o clientes de las políticas, se constituyen en el más evidente punto de apoyo a las mismas. Pero también la burocracia, encargada del diseño e implementación, tanto a nivel de la "alta burocracia", como de los denominados "profesionales del bienestar"⁴⁶. De esta

⁴⁵ Sin necesidad de introducirnos en hipotéticas sociedades bajo "estado de naturaleza", la situación de algunos países del África Subsahariana, surcados profundamente por los conflictos étnicos y tribales, ilustra este punto. Situaciones en las cuales el "fallo o fracaso estatal", en la provisión de los bienes políticos básicos, torna disparatado pensar en procesos sustentados de crecimiento económico o equidad distributiva.

⁴⁶ Al decir de Michael Lipsky la "burocracia de la calle" (*street level burocracy*), conformada por Maestros, Asistentes Sociales, Enfermeras, etc. La burocracia de la implementación a nivel micro, del cara a cara con el usuario.

manera, las políticas tienden a institucionalizarse, generando nuevas reglas de juego, modificando los recursos de autoridad en el espacio institucional.

Esas estructuras, generadas por sedimentación, logran institucionalizarse, adquiriendo contextura y capacidad de resistencia al cambio. Luego, como es sabido, la reforma de estas instituciones están sujetas a un *path dependence*. Toda reforma se hace dependiente de las opciones, de los caminos o senderos, tomadas en el pasado (North, D.: 1992). Las reformas, entonces, estarán condicionadas por la densidad institucional preexistente, los cambios solo podrán introducirse de manera marginal.

Las políticas generan, por lo tanto, estructuras de certidumbre, modificando o estableciendo nuevas reglas de juego, alterando el espacio institucional en el cual se desenvuelve la política. Digamos entonces que el Orden Político trasciende el diseño institucional formal, contenido en la constitución y en el marco jurídico general. El orden también se conforma a partir de la innovación que supone la *práctica de la política pública*⁴⁷, que surgen como respuestas concretas a demandas, pero que tienden a institucionalizarse.

Queda abierta la pregunta respecto a los efectos del nuevo paradigma de política social, del cual el NGP es su referencia teórica directa, sobre la configuración de un nuevo tipo de institucionalidad. La lógica de proyectos, de contratos, entre el "Nuevo Burócrata" y el Cliente de la política social, tal vez contribuya a solidificar un núcleo duro, conformado por lo que en los países desarrollados denominan el Team B (que en los países subdesarrollados puede ser el Team C o D).

Es claro que la mayor complejidad de los nuevos patrones de provisión del bienestar, alentados por la lógica cuasi-mercado del NGP, exigirán de mayores recaudos y capacidades por parte de un actor central. El Estado jugó un papel decisivo en la construcción de los modernos mercados, como también en la creación de las nuevas modalidades de políticas sociales, con lógicas cuasi-mercado. Las capacidades de Rectoría, para generar inteligencia aplicada y asegurar la responsabilización de los nuevos gerentes del bienestar, serán un ingrediente fundamental

4. Conclusión. Bienestar, Desarrollo Social y capacidad de gobierno

La reforma de los sistemas de salud es uno de los capítulos principales en la transformación de los regímenes de bienestar. Los procesos de cambio demográfico han puesto en una difícil situación a las modalidades tradicionales de provisión de servicios de salud, aún allí donde se les consideraba exitosos. Pero la reforma de los

⁴⁷ Esta práctica de la política pública debe considerar también la importante carga de producción de "legislación secundaria" o regulaciones, la mayoría de las veces dejada a discreción de la burocracia, que supone el propio proceso de implementación de una nueva política.

sistemas de salud, como las del bienestar en general, involucran una variedad de mecanismos que hacen a la contextura del Estado Social. La capacidad de regular el funcionamiento del cuerpo social, cual mecanismo de relojería, es una construcción producto de largas décadas de práctica política.

La introducción de mecanismos tipo mercado en la producción del bienestar ha sido una revolución para los países desarrollados. También para los países en vías de desarrollo. La ruptura del monopolio estatal, generó un grave problema en términos de coordinación de políticas públicas. El viejo problema de la “sectorialidad”, de la baja o nula coordinación y complementación entre los distintos programas estatales⁴⁸, se ve ahora agravado por la introducción de actores más o menos ajenos al cuerpo estatal⁴⁹. La necesidad de coordinar, de brindar una visión general a la política social, de ejercer la Rectoría, se hace imprescindible.

Las estructuras responsables formalmente, como son los Ministerios de Salud de los países, no monopolizan todas las funciones de Rectoría. Otras instituciones políticas, como por ejemplo los Ministerios de Seguridad Social, de Educación y de Vivienda, por ejemplo, también juegan un rol de importancia en la configuración de la capacidad sectorial de Rectoría. Para ser justos, en realidad la imagen del “monopolio estatal” encierra un conjunto de feudos, organizados verticalmente, sobre sus respectivos “cotos de caza”.

En tal sentido, la capacidad de coordinar múltiples niveles de acción estatal, con actores político institucionales que responden a distintos mandatos, requiere de una refinada capacidad de articulación y negociación política. Para desempeñarla exitosamente, los diseños institucionales son de suma importancia, más por lo que no permiten hacer que por lo que permiten. Históricamente, los esquemas institucionales han estado pensados como sistemas de seguridad, que controlan el abuso, pero que no buscan fomentar la cooperación.

Ahora, tratando de ir orientando las preguntas generales de las secciones siguientes, ¿Qué tipo de estructuras han desarrollado los países exitosos para desempeñar la función de Rectoría? ¿Cómo podemos medir las distintas dimensiones de Rectoría? ¿Como incide la matriz del bienestar en las capacidades de Rectoría de los sistemas de salud?

Si la salud ocupa un lugar relevante dentro del complejo del Bienestar, y a través de ello de la modulación del Desarrollo de un país, en su reforma nos jugamos elementos mucho más trascendentes que “el ahorro por mejoras de gestión”. Si el déficit más importante de América Latina es político-institucional, el rediseño del

⁴⁸ Los programas se diseñaban y orientaban fundamentalmente hacia el logro de objetivos bastantes específicos. Así, por ejemplo, las políticas de salud exhibían muy baja coordinación con las de alimentación, educación o vivienda. La integralidad de las políticas sociales se veía comprometida, fruto muchas veces de la propia estructura burocrática y vertical del Estado.

⁴⁹ Actores del mercado o agencias públicas no estatales, que contratan con el aparato del estado para la provisión de servicios de bienestar. Su preocupación, dado el esquema de incentivos de los cuasi-markets, es la competencia en base a precios y calidades frente a otros proveedores. En este ambiente, mientras que la cooperación intrasectorial parece una ilusión, la cooperación intersectorial resulta un delirio total.

Bienestar puede hacer una contribución significativa en la integración ciudadana y en la legitimación de sus frágiles democracias. En tal sentido, la única estructura del Bienestar que tiene expectativa de ser vínculo del individuo con la comunidad, desde el momento de su nacimiento hasta su misma muerte, de manera continua, es el sistema de salud. El sistema educativo, el mundo del trabajo o la seguridad social, aparecen operando de manera puntual, en la vida de los individuos. Sólo los sistemas de salud universales pueden cumplir de manera cabal con el principal desafío de las sociedades latinoamericanas: la integración social, la construcción de los vínculos de sociabilidad, la afirmación de la comunidad.

Finalmente, somos los observadores privilegiados del surgimiento de nuevos órdenes de convivencia social, donde lo regional y lo global adquieren una contextura inédita, pero que no restan importancia a las instancias locales y nacionales⁵⁰. Vivimos en tiempos de múltiples transiciones, que hacen a las reglas de la convivencia política democrática, pero también a las modalidades tradicionales de articulación entre Mercado, Estado y Comunidad. En nosotros está el aprovechar este impulso para contribuir a la construcción de un orden social más digno.

⁵⁰ Sea una Aldea Global, un mundo de Estados autónomos viviendo en la anarquía, o un ordenamiento de Civilizaciones en eventual choque, son todas miradas alternativas posibles al fenómeno del nuevo orden mundial. Lo único seguro es que a nivel de las personas, el Estado seguirá siendo, por un largo tiempo, la única unidad significativa en materia de convivencia cotidiana.

Capítulo III. Desarrollo y Salud en el Mundo

En nuestra discusión teórica previa afirmábamos que el desarrollo de una sociedad es un fenómeno multidimensional (Huntington, S.: 2000; Fleury, S.: 2003). La reforma de la salud, como toda la reforma social, debería ser observada de una manera considerada, atendiendo a sus poderosos vínculos con las distintas dimensiones del desarrollo. La imbricación de las dimensiones del desarrollo no es una idea descabellada. En definitiva, la literatura económica reconoce como el crecimiento económico se asienta sobre complejos fenómenos de cooperación, condicionados estrechamente por supuestos culturales e institucionales del funcionamiento de una sociedad⁵¹. Sin ser una idea novedosa, entonces, rompe con una cierta hegemonía reduccionista, que limita los fenómenos del desarrollo (económico) a la mano invisible del mercado.

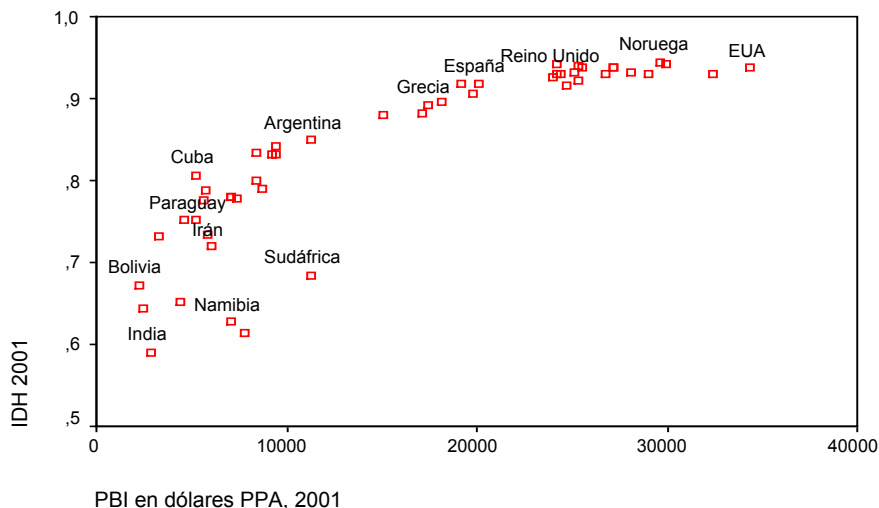
En este apartado pretendemos analizar algunos patrones de relacionamiento, entre las distintas dimensiones del Desarrollo. Nuestro objetivo es el de mostrar que existen ciertas combinaciones, determinados arreglos institucionales, que permiten lograr un arreglo relativamente virtuosos entre las distintas dimensiones del desarrollo. Estos arreglos, que se materializan en las instituciones, son instrumentos, tecnologías sociales que permiten explicar el desempeño social de las naciones. En primer lugar realizamos una comparación entre dos grupos de países, desarrollados y en vías de desarrollo, estableciendo algunos parámetros respecto a sus desempeños relativos. Crecimiento, equidad y orden político, parecen ir de la mano en los países desarrollados. Esta feliz coincidencia tiene sus fundamentos en el diseño institucional de estas sociedades, diseño que hunde sus raíces en opciones políticas, en los procesos históricos de construcción del Estado Nacional.

1. Salud y Desarrollo: más vale rico y sano (que pobre y enfermo)

Los países desarrollados, aquellos que ostentan indicadores elevados de riqueza por cápita, parecen disfrutar de una especie de *efecto San Mateo*. Además de una alta renta, por regla general, disfrutan de los mejores indicadores en materia de desarrollo social. De manera natural, las bendiciones económicas y sociales parecen ir, inexorablemente, de la mano.

⁵¹ Por ejemplo, dimensiones culturales tales como la ética del trabajo y del ahorro, que guardan una relación directa con el desarrollo económico. También las instituciones políticas, destinadas a la protección de la vida, la propiedad, y otras dimensiones relevantes para que funcionen los mercados.

Grafico 3.1. Riqueza y bienestar social.



Fuente: PNUD 2003.

En el gráfico anterior podemos ver una muestra de nuestra anterior afirmación. Utilizando un indicador de desarrollo social, como es el Índice de Desarrollo Humano (IDH), podemos ver como los países más ricos ostentan un desempeño superior en esas dimensiones⁵². La relación es lo suficientemente poderosa como para reivindicar la primacía de la infraestructura sobre la superestructura, o de las condiciones materiales sobre los constructos ideológicos y culturales que son las instituciones⁵³.

Sin embargo, dando por cierta la importancia de las condiciones “materiales de existencia”, en el grafo podemos apreciar una importante dispersión en términos de resultados sociales. Los países ubicados en el tramos de los 8-15 mil dólares PPA de PBI per cápita, nos muestran una notoria variancia respecto a sus resultados en términos de Desarrollo Humano. Parece claro que el efecto San Mateo no se aplica de una manera homogénea entre los países de renta media y baja, que no siguen un patrón similar al de los países más desarrollados. Veamos algunos datos más para entender estas diferencias.

En el cuadro siguiente podemos comparar a dos grupos de países, miembros de la OCDE y una muestra de países del América Latina⁵⁴, que ejemplifican nuestra comparación entre ricos y pobres. Las dos dimensiones consideradas en este cuadro son principalmente las de Riqueza y Equidad.

⁵² En puridad, un tercio de la variancia del IDH está explicada por el nivel de PBI, que es una de las variables consideradas en su construcción.

⁵³ El poder predictivo del ingreso es muy importante, la correlación entre PBI per cápita y Desarrollo Humano arroja un R de Pearson de 0,87 significativo al 0,01. Ver en el ANEXO XXX el dato en la matriz de correlaciones.

⁵⁴ Ver en el Anexo número XXXX a los países que integran los distintos grupos utilizados en las tablas de este apartado.

Cuadro 3.1. Niveles de Desarrollo y Bienestar, países de la OCDE y Cono Sur

		PBI U\$S PPA, 2001	IDH 2001	Indice GINI	Relación entre ingreso 20% más rico y 20% más pobre	Esperanza de Vida al Nacer, 2002	Tasa Mortalidad infantil 2001, Menores de 5 años.
OCDE	Media	25554,1	,93	32,2	5,8	79,0	5,5
	N	22,0	22,00	21,0	21,0	22,0	22,0
	Desv. típ.	4277,7	,01	5,1	1,6	1,3	1,1
Cono Sur y otros	Media	8481,4	,81	53,1	20,1	74,1	21,9
	N	7,0	7,00	6,0	6,0	7,0	7,0
	Desv. típ.	1892,4	,04	6,6	8,9	2,9	9,8
Total	Media	21433,1	,90	36,8	9,0	77,8	9,5
	N	29,0	29,00	27,0	27,0	29,0	29,0
	Desv. típ.	8352,9	,05	10,4	7,3	2,8	8,5

Fuente: PNUD; UNICEF; BM.

Si tomamos como referencia comparativa a los países de la OCDE, resulta notorio el rezago escandaloso de América Latina. Pero no solo en términos de niveles de ingreso, sino también respecto a la distribución, donde la desigualdad aparece como un rasgo estructural de Latinoamérica, tal cual nos señala el índice sintético de GINI. Si además miramos la relación entre los ingresos del 20% más rico respecto al 20% más pobre, tenemos que en los países de la OCDE esa relación es 6:1, mientras que en Latinoamérica es de 20:1.

Los países de la OCDE, respecto a Latinoamérica, no solo son más ricos, sino también más *igualitarios*. Y esto parece trasladarse hacia los indicadores de bienestar social, tales como el IDH, la Esperanza de Vida y la Mortalidad infantil, que son notablemente *mejores* en esos países. Una mirada sarcástica podría decir que los países ricos saben vivir mejor que los pobres, sería necesario, entonces, que estos los observaran y aprendieran (!?).

Es claro que los países de menor desarrollo relativo generan, en términos absolutos, menores volúmenes de bienes y servicios capaces de ser puestos a disposición de sus ciudadanos. Pero además de ello, dentro de esas sociedades, las limitaciones en términos del acceso a servicios básicos de Educación, Salud o infraestructura básica, son importantes. *Las limitaciones en el acceso a los bienes y servicios del bienestar son una explicación importante, a la hora de comprender esas diferenciales en términos de desarrollo de estas dos partes del Mundo.*

Pero existen otros fenómenos asociados a la debilidad de los patrones de desarrollo⁵⁵. Dimensiones políticas del desarrollo, que no parecen estar relacionados

⁵⁵ En términos estrictos, los niveles de ingresos no parecen asociarse a ningún tipo de patrón específico de distribución del ingreso. Por ejemplo, los niveles de ingreso del África Subsahariana son muy inferiores a los de América Latina, sin embargo, la distribución del ingreso latinoamericana es mucho peor.

tan estrictamente con los niveles de renta o de distribución en una sociedad. Sin embargo, es evidente que guardan una importante relación con el desarrollo económico. Veamos ahora algunas cuestiones respecto al Orden público, la Democracia y el Bienestar.

2. Dimensión política del Desarrollo: democráticas, ordenadas, gobernables

Las diferencias en términos de desarrollo, económico y social, tienen su correlato en las diferencias existentes respecto al orden público. En el cuadro siguiente podemos apreciar una comparación entre las tasas de delitos de distintos países, según región del mundo⁵⁶. La imagen tradicional que tenemos de América Latina, la de un continente desmovilizado militarmente, sin grandes conflictos entre las naciones, debería ser mediatizada por la fuerte violencia que caracteriza su convivencia social.

Tabla 3.2. Víctimas de la delincuencia como % de la población, por región

Países según nivel de		Delincuencia total	Delitos contra propiedad	Agresiones sexuales	Agresiones
OCDE	Media	22,01	8,36	,66	1,50
	N	18,00	18,00	18,00	18,00
	Desv. típ.	4,48	3,46	,39	,88
Latinoamerica	Media	45,72	21,50	4,23	1,88
	N	6,00	6,00	6,00	6,00
	Desv. típ.	10,10	6,29	2,45	1,16
Europa Oriental	Media	27,09	11,96	1,73	,96
	N	7,00	7,00	7,00	7,00
	Desv. típ.	5,50	4,66	3,23	,35
Africa	Media	32,80	16,70	1,73	2,97
	N	3,00	3,00	3,00	3,00
	Desv. típ.	4,75	4,04	1,00	1,76
Total	Media	28,19	12,16	1,61	1,58
	N	34,00	34,00	34,00	34,00
	Desv. típ.	10,56	6,53	2,17	1,04

Fuente: PNUD-IDH en base a datos de la Encuesta Internacional sobre Víctimas de Delitos, 2003.

Si bien los datos de Latinoamérica están referidos a ciudades, mientras que los otros son nacionales, vale la pena hacer dos consideraciones. En primer los índices de urbanización de Latinoamérica son muy altos, lo que estaría dando un cierto grado de representatividad de esos datos. En segundo lugar, los niveles de denuncia de delitos en los países subdesarrollados, son notoriamente inferiores a los

⁵⁶ Ver ANEXO XXX los indicadores utilizados en esta tabla. En el ANEXO XXX están los grupos de países utilizados.

de los países desarrollados⁵⁷. Los datos, si bien aproximados, permitirían afirmar que Latinoamérica, además de su desigualdad estructural, cuenta con el dudoso honor de ser una de las regiones del mundo más violentas.

Podríamos decir que ese nivel de violencia se debe a los altos niveles de desigualdad que caracterizan a nuestra región⁵⁸. Esto es muy probable, sin embargo, también pensamos que existen otros aspectos que influyen en el nivel de violencia de nuestro continente. Si observamos al interior de los países de la OCDE, la correlación de las tasas delitos con la desigualdad es relativamente débil⁵⁹.

Tabla 3.3. Tasas de delitos en los Tres Mundos del Bienestar

Tipo Régimen Bienestar		Delincuencia total	Delitos contra propiedad	Agresiones sexuales	Agresiones	Índice de Gini
Socialdemócrata	Media	22,27	6,80	,87	1,57	25,10
	N	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
	Desv. típ.	2,87	2,12	,40	,47	,46
Conservador	Media	19,48	7,18	,52	,68	31,27
	N	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00
	Desv. típ.	3,69	3,58	,41	,54	5,61
Liberal	Media	24,14	10,73	,69	2,31	35,93
	N	7,00	7,00	7,00	7,00	6,00
	Desv. típ.	5,20	3,16	,43	,58	2,96
Total	Media	22,04	8,66	,66	1,56	31,90
	N	16,00	16,00	16,00	16,00	15,00
	Desv. típ.	4,60	3,52	,41	,91	5,61

Fuente: elaborado en base a PNUD-IDH 2003 y Esping-Andersen(2000).

Las tasas de delitos parecen estar más influidas por las características del régimen del bienestar, que por el igualitarismo. Si bien disponemos de pocos casos como para realizar afirmaciones contundentes, los regímenes del bienestar conservadores muestran cierta ventaja en la contención del delito. Esto no se asocia a un presunto carácter policial del régimen, confusión a la que nos podría inducir la etiqueta “conservador”, sino más bien a la forma en que éste opera sobre la organización familiar.

Como vimos en nuestro marco teórico, los regímenes Conservadores se caracterizan por su grado de “familiarización” del bienestar, favoreciendo a la estructura familiar tradicional, donde el padre-jefe de familia es la principal fuente de ingresos familiares. Este esquema está dirigido a favorecer la cohesión social, a diferencia de los otros regímenes que tienen como norte la redistribución

⁵⁷ Según estimaciones realizadas por la sección de investigaciones contra las drogas y el delito de las Naciones Unidas (ONUDD), solamente un 15% de las víctimas realizan denuncias en los países en vías de desarrollo.

⁵⁸ La referencia para América Latina deberían ser los países de Europa Oriental, con niveles de renta más parecidos a los de nuestro continente.

⁵⁹ La única correlación significativa es entre el índice de Gini y la tasa de Delitos contra la Propiedad, con un R de Pearson de 0,503, significativo al 0,05. Ver Anexo XXXX.

(Socialdemócrata) y la integración vía mercado (Liberal residual). (Esping-Anderson, 2000)

En nuestro país, autores como Filgueira, C. (1999) han aplicado esta intuición respecto a los fenómenos de desintegración social. Según Carlos Filgueira, las tasas de delincuencia parecen estar asociadas a ciertos tipo de estructuras familiares, que se muestran incapaces de afianzar los procesos de integración y de movilidad sociales de los individuos, mediante la transferencia de activos que potencian el desempeño de los individuos en el mercado de trabajo. Esto, a la postre, repercute sobre los índices de conductas antisociales y de fenómenos como la delincuencia.

Pero no solo la institución familiar esta en crisis, sino también las estructuras del bienestar, cuyo objetivo era precisamente el de contener y moderar las formas más extremas de desigualdad económica y social. En el debilitamiento de estas instituciones se encuentra la explicación del aumento de las conductas antisociales. En su forma extrema, *“la injusticia social lleva a la exclusión social, en la que las personas a las que se deja vivir en la miseria no pueden cambiar su destino salvo, quizá, recurriendo al crimen como medio de supervivencia”*. (Castells, M., 2002: 91-92)

Tabla 3.4. Tasa de Reclusión, según Régimen de Bienestar y región

Personas encarceladas, por 100 mil habts. 1994

	Media	Desv. típ.	N
Liberal	255,43	258,74	3,00
Conservador	88,68	33,12	6,00
Socialdemócrata	66,73	4,04	3,00
América Latina	117,40	27,87	4,00
Total	118,85	116,12	17,00

Fuente: PNUD-IDH 2000

En el cuadro anterior se muestran las tasas de reclusión, de distintas sociedades. Según Castells, M.(2002), este dato puede ser utilizado como un indicador de los niveles de exclusión social que caracterizan a distintos tipos de sociedades. Como es de esperar, sociedades con regímenes de bienestar Socialdemócratas son las que exhiben los niveles más bajos de reclusión, seguidas por los regímenes de tipo Conservador. En el extremo, las ricas sociedades Liberales, que inclusive superan las tasas de reclusión de las sociedades Latinoamericanas⁶⁰.

⁶⁰ Según el mismo Castells, M(2002), el aumento de la tasas de reclusión en los Estados Unidos esta asociado al cambio del patrón de desarrollo económico, en una transición hacia “economías de la información”. El mercado, como vehículo de integración social, no es capaz de procesar la incorporación de los nuevos trabajadores. La nueva economía de la información provoca, según Castells, la rápida “desconexión” de los trabajadores que no se adaptan al nuevo patrón de desarrollo, generando nuevas formas de exclusión social, que se manifiestan en el aumento de las tasas de delitos y de reclusión carcelaria.

Pero otras diferencias en términos de orden político también parecen ser sistemáticas. No solo más ricos y con un grado mayor de orden público, sino también más democráticos, tal cual nos muestra nuestro índice de democracia⁶¹. Los valores próximos a 1 de este índice, indican situaciones de máxima vigencia de las garantías civiles y políticas, implícitas en un régimen democrático.

Tabla 3.5. Instituciones políticas, según régimen y región

Región y tipo Regímen Bienestar		Índice de Democracia FH	Índice Transpar.
Liberal	Media	,99	80,00
	N	6,00	6,00
	Desv. típ.	,03	18,13
Conservador	Media	,93	67,20
	N	10,00	10,00
	Desv. típ.	,05	11,88
Socialdemócrata	Media	1,00	92,80
	N	4,00	5,00
	Desv. típ.	,00	4,60
América Latina	Media	,67	34,00
	N	17,00	16,00
	Desv. típ.	,22	14,36
Total	Media	,83	58,38
	N	37,00	37,00
	Desv. típ.	,21	26,41

Fuente: elaborado en base a Freedom House y Transparencia Internacional.

El Índice de Transparencia, que mide la percepción de corrupción de los funcionarios públicos, puede ser utilizado como un indicador de confianza en las instituciones. También en este caso los países más desarrollados son privilegiados. Pero una nota de distinción se aprecia en términos de diferencias de organización del bienestar.

En resumen, los niveles de ingreso son una variable importante a la hora de explicar las otras diferencias en materia de Desarrollo. Los países más ricos, son también más equitativos, más ordenados, democráticos y probablemente gocen de mayor autonomía a la hora de definir sus asuntos internos. La misteriosa máxima cristiana, del evangelio según San Mateo, *“Porque al que tiene, le será dado y tendrá más; y al que no tiene, aún lo que no tiene le será quitado”* . (San Mateo: capítulo 28, versículo 29)

Sin embargo, al observar al interior de los países de la OCDE, podemos apreciar que las diferencias en materia de organización del bienestar tienen un importante impacto sobre otras dimensiones del desarrollo. Los regímenes

⁶¹ Basado en las mediciones de Freedom House, realizadas en el quinquenio 1998-2002. Para detalles ver anexo.

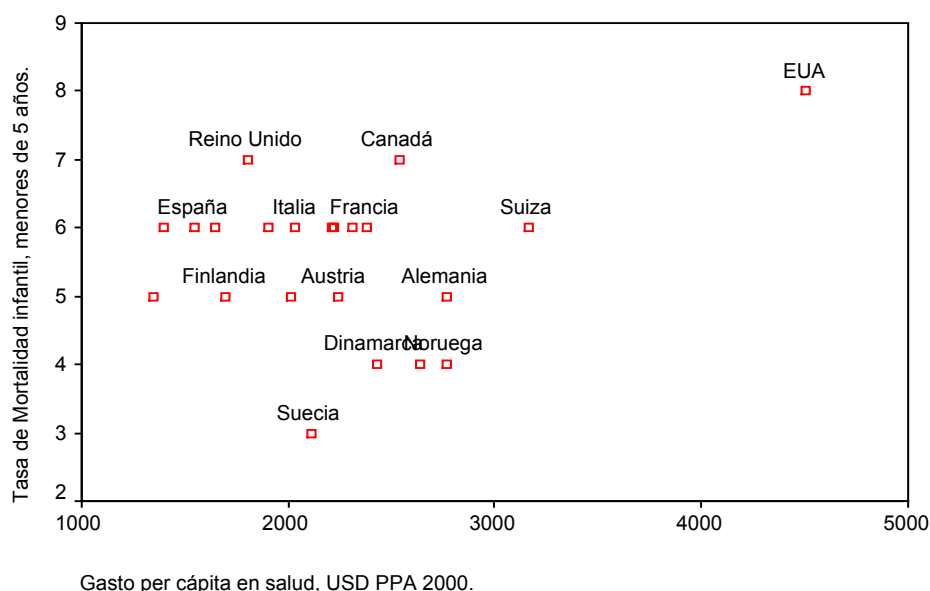
Socialdemócratas, además de su compromiso redistributivo, son invariablemente más democráticas y transparentes. Los regímenes Conservadores, por otra parte, tienen una mejor performance en materia de Orden Público, producto de su compromiso con la cohesión de la familia tradicional. La nota de distinción de las sociedades liberales es su capacidad de generar empleo (chatarra).

El diseño de las instituciones del bienestar social, guarda una relación bastante estrecha con los patrones de desarrollo, en un sentido amplio, de las sociedades. El hecho de que ciertas sociedades sean más democráticas, ordenadas y gobernables, no solo se funda en sus niveles de riqueza. La organización del Bienestar, indudablemente impacta sobre el nivel de vida de las personas, pero también constituye una reserva de capital importancia para comprender los *niveles de sociabilidad* de las distintas sociedades⁶².

3. Performance de los sistemas de salud

Una forma de medir la performance de un sistema social cualquiera, consiste en observar los recursos destinados para la consecución de un fin u objetivo, para luego contrastarlo con sus resultados. Por ejemplo, observar los patrones de gasto en salud per cápita de los países, y sus resultados en términos de un objetivo socialmente valioso, como es el índice de mortalidad infantil.

Grafico 3.2. Gasto en Salud y Mortalidad Infantil.



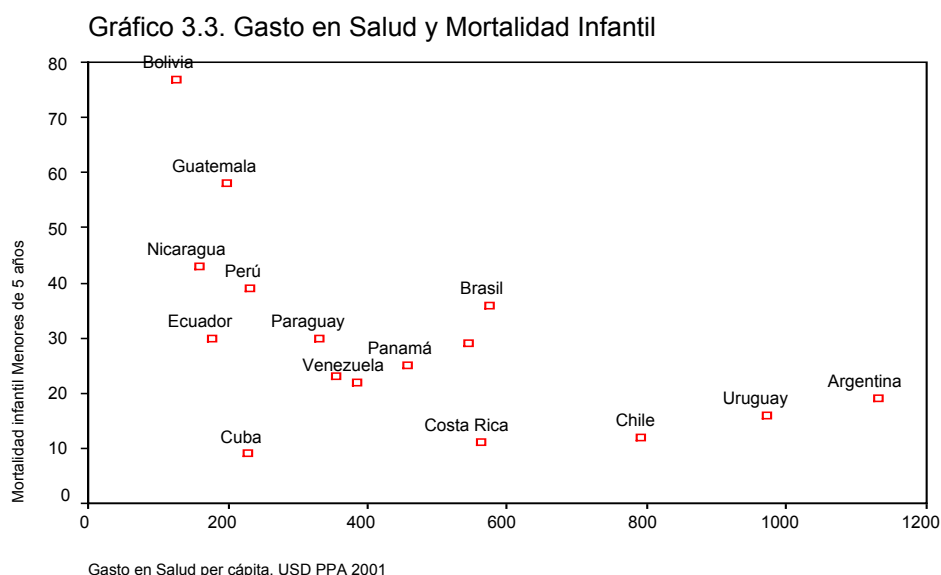
Fuente: PNUD 2003.

⁶² Estamos pensando en análisis como los de Putnam, R.(2000) respecto a la relación entre el capital cívico y la calidad de la vida comunitaria.

Si concentramos nuestra mirada dentro de los países de la OCDE, difícilmente podamos reconocer algún tipo de patrón. Países con niveles de desarrollo económico similar, con estructuras demográficas parecidas, no parecen mostrar ninguna relación entre inversión y resultados en salud. Para un mismo nivel de gasto en salud, tenemos resultados sanitarios totalmente distintos, países con altos niveles de gasto, no parecen demostrar los resultados esperados. Según nuestro indicador de bienestar, Suecia con una mortalidad infantil de 3 por mil y EUA con tasas de 8 por mil, muestran niveles de inversión en salud muy diferentes. En realidad, los regímenes socialdemócratas muestran sistemáticamente una performance superior, en términos de la relación entre gasto per cápita en salud y resultados alcanzados en mortalidad infantil.

¿Qué pasa con los países de América Latina?

El gradiente en términos de ingreso aparece bastante más claro, donde se aprecia una clara correlación entre el gasto per cápita en salud, y los resultados en términos de mortalidad infantil. Esta claro que los países más ricos tienen mayores posibilidades para desplegar importantes recursos en materia de salud, en comparación con las sociedades más pobres. Sin embargo, al concentrar la atención sobre los países con niveles de desarrollo humano superior, surgen una nota de atención.



La situación dentro de países latinoamericanos de desarrollo humano relativamente alto, también es heterogénea. Algunos países “rompen” nuestros ojos, es el caso de países como Brasil, Méjico y Costa Rica, que cuentan con un PBI per cápita relativamente similar. Se puede apreciar que aún teniendo una inversión en salud similar, en términos del gasto per cápita, los resultados son muy distintos. Por

otra parte, el eje de los países de baja mortalidad, conformado por países tales como Cuba, Costa Rica, Chile, Uruguay y Argentina, muestran niveles de inversión en salud muy diferentes. Si el analista se concentrara solamente en estos cinco casos, podría llegar a afirmar que el gasto en salud se correlaciona de manera muy débil, pero en sentido positivo, con la mortalidad infantil, es decir, a mayor gasto, mayor mortalidad (!!).

Las explicaciones a estas situaciones paradójicas pueden ser de distintos tipos. En primer lugar, los países pueden ser francamente ineptos en el aprovechamiento de los recursos de que disponen. También pueden haber problemas en la contabilidad de la inversión, omitiendo información valiosa para comprender los resultados en salud. En nuestra opinión existe, en proporciones variables país a país, una combinación de los dos tipos de explicaciones. En verdad algunos países se demuestran más ineficientes a la hora de transformar recursos aplicados, en bienestar para las personas. En este punto, el diseño institucional del bienestar es la principal explicación. Los distintos regímenes del bienestar, con su división de tareas entre Estado, Mercado y Sociedad Civil para la producción del Bienestar, explicarían por que el aumento de recursos aplicados no se traduce en un bienestar social generalizado.

Pero el otro punto, que está también muy asociado a la organización del bienestar, refiere a la medición de los impactos de la política pública. En el caso del indicador de bienestar elegido, los niveles de mortalidad infantil no solo pueden ser explicados por los niveles de gasto o inversión en salud. Descuidar el impacto de políticas tales como las de empleo, educación, vivienda o alimentación, sobre el bienestar de las familias, es *un fallo importante en la contabilidad del bienestar*. Por mencionar otro ejemplo, como mencionamos en nuestro marco teórico, las sociedades postransicionales presentan patrones de morbi-mortalidad específicos, asociados a *riesgos modernos*, como son los accidentes de tránsito. Una adecuada política de vialidad, de seguridad caminera⁶³, podría tener un impacto importante sobre los accidentes y sus consecuencias, en términos de muerte o invalidez. El impacto de estas medidas sobre la Esperanza de Vida Ajustada(EVA)⁶⁴, serían notables aunque no estuvieran registrados en una contabilidad convencional del gasto en salud.

El gasto en salud en los dos bloques: la instituciones de gobierno

Las sociedades más ricas disponen de mayores recursos para dedicar al cuidado de la salud, esto debería explicar buena parte de los diferentes resultado en

⁶³ Que involucran aspectos de educación vial, de control policial, pero también de inversión en infraestructura carretera, por mencionar algunos aspectos.

⁶⁴ La EVA es un indicador utilizado por la OMS para estimar la expectativa de vida SANA promedio. Son los años que se espera que un individuo viva libre de enfermedades.

salud. Notoriamente, el gasto en salud por cápita, es muy superior en los países del OCDE. Si ponderamos la importancia de este gasto en salud, según el tamaño de sus economías, las dos regiones asignan un peso más o menos similar, aunque con una mayor dispersión en los países de América Latina respecto a este punto.

Tabla 3.6. Montos y modalidades del Gasto en Salud en los dos bloques

		Gasto Total en Salud, sobre el PBI	Gasto en Salud per cápita, US\$ PPA 2001	Gasto en Salud del Gobierno, US\$ PPA 2001
OCDE	Media	8,91	2417,41	1709,68
	Desv. típ.	1,55	727,18	400,14
	N	22	22	22
Cono Sur y otros	Media	8,04	700,57	341,86
	Desv. típ.	1,64	277,41	157,82
	N	7	7	7
Total	Media	8,70	2003,00	1379,52
	Desv. típ.	1,59	985,95	693,00
	N	29	29	29

Fuente: OMS 2003

Otro dato a destacar es el gasto en salud del Gobierno en los respectivos bloques. Como podemos ver es muy superior en los países de la OCDE, tal vez debido al efecto renta. Sin embargo, el cuadro 3.1, la columna 1 muestra que las diferencias en el PBI per cápita es de 3:1, a favor de los países de la OCDE. Las diferencias en cuanto al Gasto son un poco mayores (3,45:1). Pero en cuanto al gasto del gobierno, las diferencias son bastante mayores, de 5:1.

Cuadro 3.1. Diferentes magnitudes entre OCDE y L.A		
Riqueza(1)	Cuidado de la Salud(2)	Atención del Gobierno a la salud(3)
3,01	3,45	5,00

Nota: (1)es la relación entre el PBI per cápita de las dos zonas; (2)es la relación entre el gasto en salud per cápita de las dos zonas; (3)es la relación entre los gastos per cápita en salud de los gobiernos.

Los países más ricos de la OCDE privilegian el gasto gubernamental en salud, como no lo hacen los países de latinoamericanos. Este dato podría ser explicado por el tipo de régimen político. Como todos sabemos, entre los países del OCDE se cuentan las democracias más longevas del mundo. Diríamos que los gastos en salud del gobierno son relativamente más altos, por que nos encontramos frente a gobiernos más "sensibles" a las demandas de la población. Por cierto, las presiones sociales que genera la expansión de la Democracia, están en la génesis del crecimiento del gasto social(Esping-Andersen, G., 1993). La expansión de los gastos sociales, y dentro de ellos el gasto en salud, sería una de las consecuencias lógicas de

la incorporación democrática. Pero desde nuestra perspectiva, preferimos señalar que esta expansión tiene que ver más estrictamente con los procesos específicos de construcción de los Estados Nacionales, antes que con lógicas de expansión democráticas⁶⁵.

En el cuadro siguiente podemos ver que el peso del gasto en salud de los gobiernos, sobre los presupuestos nacionales, es relativamente menor en los países de la OCDE (14,15%:15,83%). El dato puede parecer paradójal, ya que estos países poseen un componente de gasto público notoriamente superior al de los países de América Latina. Las otras columnas, del gasto del gobierno sobre el Gasto total en salud, confirman la idea de que los países de la OCDE poseen una mayor participación pública en el gasto en salud.

Tabla 3.7. Montos y modalidades del Gasto en Salud en los dos bloques

		Gasto en Salud del Gobierno, sobre presupuesto general	Gasto del Gobierno en Salud, sobre Gasto en Salud total	Gasto Privado en Salud, sobre Gasto en Salud total
OCDE	Media	14,15	72,35	27,65
	Desv. típ.	2,10	10,14	10,14
	N	22	22	22
Cono Sur y otros	Media	15,83	48,06	51,94
	Desv. típ.	4,19	10,14	10,14
	N	7	7	7
Total	Media	14,56	66,48	33,52
	Desv. típ.	2,76	14,52	14,52
	N	29	29	29

Fuente: OMS 2003.

En resumen, como diferencias relevantes y sistemáticas, los países de la OCDE muestran un componente predominante de gasto público, en la composición del gasto total en salud. Esto se confirma si apreciamos el gasto per cápita en salud de los gobiernos, así como la financiación del gasto público en salud. Pero, debemos agregar que de los dos grupos manejados, presentan una importante varianza interna, donde los niveles de desarrollo económico no se correlacionan exactamente con la situación de bienestar de la población.

Hacer la diferencia: instituciones y gasto Social en Latinoamérica

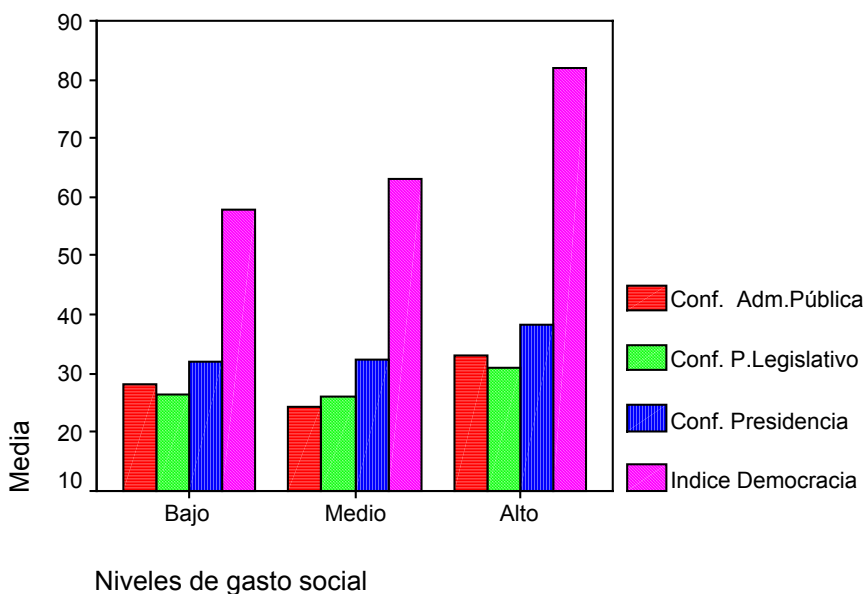
Hablando genéricamente de esquemas de bienestar, y más específicamente de sistemas de salud, lo cierto es que los arreglos institucionales inciden en la

⁶⁵ Por ejemplo el desarrollo y consolidación de algunos Estados conservadores, como por ejemplo la Alemania de Bismarck, con una pauta de expansión del gasto social, pero sin democratización efectiva. En este caso, la política social y el fortalecimiento del aparato estatal tienen por objetivo "contener" cuando no frenar, la incorporación de los trabajadores a la ciudadanía plena.

capacidad de respuesta frente a las necesidades de las personas. En su tipo de conformación, en su peculiar articulación de las distintas esferas de la política social, reside la clave de los mejores resultados, de la mejor performance. Lograr esa articulación, fomentar la cooperación entre los distintos responsables de la provisión del bienestar, no es una tarea sencilla. Los sistemas de salud más “exitosos” lo han logrado mediante una estructuración muy fuerte, donde el Estado juega un rol preponderante, tanto en la financiación como en la provisión del bienestar.

El gráfico siguiente muestra la relación existente entre gasto social y confianza en las instituciones. En una muestra de 17 países latinoamericanos, cuyos gastos sociales oscilaban entre 57 y 1657 dólares PPA per cápita, los dividimos en tres grupos de países. Si bien puede observarse un cierto sesgo positivo en la evaluación, para los países de mayor gasto social, lo cierto es que no se aprecia ninguna correlación significativa entre gasto social y las variables de confianza en las instituciones.

Grafo 3.4. Confianza en las instituciones políticas,
según nivel de Gasto Social



La contextura del sector público es una variable explicativa de importancia a la hora de comprender los resultados en materia de bienestar. Del análisis anterior podemos extraer como conclusión que la política de salud no puede ser analizada individualmente. Debe considerarse, necesariamente, su interacción con otras áreas de la política social (Educación, Alimentación, Trabajo, etc.). *Pero por sobre todas las cosas, las instituciones políticas, el esquema de gobernabilidad general, sobre el cual se sustenta el funcionamiento político de una sociedad.*

4. Conclusiones del capítulo III

Mayores niveles de riqueza permiten dedicar mayores recursos al cuidado de la salud. Naturalmente, la cuantía de ese gasto, así como la modalidad en que se efectiviza, es una cuestión que cada sociedad determina en función de sus prioridades colectivas⁶⁶. En este punto, podemos suponer que la asignación entre distintos grupos sociales objeto de la política de salud, tiene consecuencias relevantes sobre los resultados globales en materia de salud.

Sin embargo, en este apartado hemos podido ver que los mayores niveles de gasto no siempre se traducen en mejores resultados sanitarios. Esta anomalía puede tener dos tipos de causas: *derroche de recursos por deficiente organización del sistema de salud; o una contabilización incompleta, que no considera otras áreas del gasto público, que interactúan con la política social de salud*. En el fondo, estas dos cuestiones remiten al mismo problema: el grado de *integración* en la política social, la forma en que las acciones de salud logran interactuar con otros programas sociales relevantes (alimentación, empleo, educación, etc.), potenciando sus resultados mutuamente.

Este grado de integración de la política social, tiene que ver con la modalidades históricas de construcción de la institucionalidad del bienestar. La visión normal es la de Estados fragmentados, con áreas de provisión de políticas sociales monopólicas e independientes mutuamente, sectores que conservan celosamente su autonomía al mejor estilo de los pactos federalistas⁶⁷. Nos enfrentamos a un fallo de capacidad estatal, de capacidad de orientación en la política social. La razón profunda está en el diseño de la institucionalidad del bienestar, en el armado del Estado de bienestar. Si ese tipo de Estado logro funcionar, fue gracias a la lubricación brindada por dos instituciones claves, como la Familia y el Mercado de Trabajo. Claro que cuando se cuestionan los supuestos de funcionamiento de estas instituciones, es que aparecen los problemas, que se potencian mutuamente de forma destructiva.

Las capacidades estatales de gobierno deben hacer la diferencia. En el plano de determinar las posibilidades de un sistema de salud para movilizar y asignar recursos, entre los distintos grupos objetivo de la política de salud. Como también en la articulación de las distintas políticas sociales, cuyos efectos impactan sobre los resultados en salud. *La responsabilidad de la política es la de articular la política de salud dentro de una concepción general de desarrollo, que tenga por objetivo sustentar una idea particular de la comunidad ideal.*

⁶⁶ En el fondo, si lo que predomina en una sociedad es el gasto del bolsillo para el cuidado de la salud individual, o por el contrario, modalidades más colectivas de aseguramiento de riesgos, con la eventual participación del Estado en el financiamiento y provisión de servicios colectivos, es una decisión colectiva, que hace al pacto de convivencia política.

⁶⁷ En Franco, R.(1996) se da un tratamiento interesante de este tema, contrastando el viejo estado del bienestar, jerárquico y burocrático, con las nuevas modalidades de provisión del bienestar. Por otra parte, Cohen y Franco(1997) señalan la importancia de una instancia de coordinación de la política social, que tienda a darle una mirada más integral, con una institucionalidad que logre "atravesar" toda la política social.

La transformación del Estado Social, en su búsqueda de respuesta a los nuevos desafíos, no puede olvidar este principio de la imbricación de las dimensiones del desarrollo. Sobre todo en un mundo en transformación, donde la capacidad de las comunidades nacionales para regular las tasas de cambio, de modernización de las sociedades, es un recurso fundamental⁶⁸. ¿Hasta que punto el empuje global del capitalismo, librado a su propios impulsos, no es capaz de destruir las bases de la convivencia colectiva pacífica?

Las instituciones que conforman el complejo del bienestar de los Estados Sociales son la única barrera de protección para los individuos aislados, frente al cambio que derriba las viejas certezas, los perimidos ordenamientos. Su transformación, por lo tanto, debe considerar y respetar los mecanismos institucionales, la compleja ingeniería social sobre la cual se fundamenta el frágil orden político, especialmente en las sociedades subdesarrolladas.

Es cierto que estas sociedades parecen tener umbrales diversos de tolerancia a la desigualdad social. Pero nos parece indiscutible que ciertas manifestaciones de la desigualdad social, como es la del acceso diferencial a la atención médica, posee un alto poder destructivo sobre las estructuras de legitimación, de lealtad a un orden colectivo. Por su carácter de "bien preferente", la atención sanitaria guarda una estrecha relación con los principios de una sociedad bien ordenada.

En el capítulo siguiente veremos como los sistemas de salud en el mundo conforman capacidad de gobierno en el sector salud, capacidad de Rectoría en salud. Trataremos de identificar los rasgos cardinales de los modelos exitosos de Rectoría, en base a tres casos representativos de los tres mundos del bienestar: Reino Unido, España y Suecia. En la parte final tratamos algunas de las peculiaridades del caso latinoamericano.

⁶⁸ Sobre la importancia del Estado, de las instituciones políticas, como moderador y regulador de las tasas de cambio, ver el trabajo clásico de Huntington, S.(1972)

Capítulo IV. Modelos de Rectoría en el Mundo

En este capítulo analizaremos las estructuras y modalidades en que se organizan distintos sistemas de salud, para realizar las tareas de cooperación, coordinación, regulación y contralor en el sector salud. La forma en que los países resuelven el problema del *gobierno en el sector salud*, en cual la capacidad de rectoría es un componente fundamental. Siguiendo con la lógica de diferenciar países según su nivel de desarrollo, hemos seleccionado dos grupos de países. Dentro de cada grupo hemos seleccionado algunos casos modélicos en su organización institucional, así como en sus desempeños en salud. Respecto a los países desarrollados, el Reino Unido, Suecia y España, fueron quienes llamaron nuestra atención⁶⁹. En el segundo grupo, países de desarrollo medio, con una perspectiva comparativa sobre los países latinoamericanos.

Como habíamos señalado en el capítulo II, los sistemas de salud están definidos por aquellas organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la producción de acciones en salud. Para que un sistema de salud logre cumplir con sus cometidos fundamentales⁷⁰, debe desempeñar exitosamente sus funciones básicas: Provisión de Servicios; Generación de Recursos materiales y humanos, Financiamiento y Rectoría. La manera concreta en que los sistemas de salud dan forma a estas funciones, la forma de organizar la provisión o el financiamiento por ejemplo, tiene consecuencias importantes sobre la *performance* del sistema. Estas formas de organización responden a características económicas, culturales y políticas bien concretas de los países. Nuestra hipótesis general señala que la Rectoría es la variable clave en la explicación de los resultados en salud, aunque dicha variable esta contextualizada por las características inherentes al régimen de bienestar de la sociedad concreta.

Lo que queremos destacar en este apartado son los factores comunes que están por detrás de las capacidades de Rectoría de los sistemas de Salud. *¿De que forma logran cumplir con la función de Rectoría sistemas con características estructurales tan distintas?* El análisis de los distintos casos, donde predominan distintas lógicas de funcionamiento, nos permitirá ir esclareciendo nuestra visión sobre los distintos elementos que está por detrás de las capacidades de Rectoría.

⁶⁹ Tres casos, que refieren a tres tipos de régimen de bienestar: Liberal, Socialdemócrata y Conservador. (Esping-Andersen, 2000)

⁷⁰ El más alto nivel de salud que sea posible lograr, además de la menor desigualdad en el nivel de salud de individuos y grupos de población. Un buen sistema de salud debe ser eficaz y eficiente, promoviendo la salud mediante el uso responsable de los recursos. Pero también debe ser equitativo, propendiendo a evitar desigualdades injustas entre la población.

1. REINO UNIDO. El National Health Service

El sistema nacional de salud británico(NHS) comenzó a funcionar en 1948, mediante la implementación de la *NHS ACT* aprobada en 1946. Durante todo este tiempo, el NHS británico ha sido uno de los referentes más importantes en el mundo, tanto en materia de organización sanitaria, como en la filosofía que inspiró su creación.

Para comprender el origen de este sistema, debe considerarse las vicisitudes del esfuerzo bélico británico, especialmente el realizado durante la segunda guerra mundial. La experiencia acumulada, el papel desempeñado por los servicios médicos de la *Royal Army* durante el conflicto en la atención a una población sometida a bombardeos militares, dejó como experiencia la importancia y los potenciales beneficios de un accionar centralizado. Esto se conjugaría posteriormente con el liderazgo decidido del Ministro de Salud Aneurin Bevan, quien emprendería y negociaría la ambiciosa agenda reformista del Partido Laborista.

La ley de creación del NHS establecería el principio de la responsabilidad colectiva del Estado, por un servicio comprensivo de salud, el que debería ser accesible para toda la población al momento del uso. El énfasis en la equidad en el acceso, dado por la exención de cargas financieras al momento de uso de los servicios por parte de los usuarios, es uno de los rasgos más notables del sistema.

La introducción de una lógica de “derechos sociales” es compatible con otros esfuerzos que se realizan simultáneamente en las esferas de la educación, la vivienda y la seguridad social. La provisión de Salud se incorporaría como uno de los elementos claves dentro del armado del esquema del bienestar británico, donde la lógica de la ciudadanía social preside su desarrollo.

Organización y financiamiento en el NHS

Uno de los principios cardinales en la organización del sistema, consiste en el derecho de todos los residentes del Reino Unido al acceso a los servicios del NHS, sin importar su capacidad de pago. Esto llevo a que la demanda por servicios de salud, desde los mismos orígenes del NHS, tuviera un vigor importante, que amenazaba con sobrepasar las posibilidades materiales de provisión y de financiamiento.

Pero, a diferencia de otros sistemas de salud que se financian en base a la seguridad social, el NHS se solventa a cargo de fondos generales, provenientes de impuestos (81%), aportes por el seguro de salud(12%), y un pequeño aporte por cuenta de usos del servicio(7%). Esto le asegura una amplia base de financiamiento al sistema, además de bajos costos operativos para la recaudación, ya que esa tarea se realiza medio del gobierno central. Sobre el sistema impositivo, con impuestos a la Renta, el Capital y el Consumo, se asienta el financiamiento del NHS. La

progresividad del NHS está dada entonces, por la estructura de su sistema impositivo general.

Si bien existen planes privados de asistencia médica, menos del 11% de la población cuenta con algún tipo de cobertura privada de salud. En esencia, el sistema de salud se articula fundamentalmente sobre el NHS, con su principio de acceso universal a los servicios⁷¹. Además, según diversos informes, esta modalidad de financiamiento del sistema es lo que ha permitido al Reino Unido tener un mayor control sobre el alza de los gastos en salud que vienen experimentando los países desarrollados, sin pérdidas significativas en la calidad de la atención⁷².

Organización y gerenciamiento

Con el Plan de Hospitales de 1962 se introduce el concepto de Hospitales Generales de Distrito (DGH). El DGH supone un enfoque planificado para la provisión de servicios, en el cual una unidad de unas 600-800 camas debería hacerse cargo de las necesidades generales en salud de una población estimada entre unos 100-150 mil personas. Este concepto, el de Hospital de Distrito, con una implantación geográfica y poblacional precisa, se ha mantenido hasta el día de hoy.

Con el NHS ACT de 1973 se afirman los rasgos más conocidos del sistema de comando jerárquico y de control sobre los servicios de salud. En la cima se ubicaría el Ministerio de Salud liderado por el Ministro de Salud, por debajo del Ministerio, con amplias responsabilidades en el planeamiento de salud, las Autoridades Regionales (RHA). En un siguiente escalón, se encuentran las Autoridades de Área de Salud (unas 90), las que a su vez se subdividen en Distritos, administrados por equipos de gerenciamiento. Los equipos de los Distritos serían los responsables directos de la administración de Hospitales y otros servicios de salud.

Pero, apenas establecido este nuevo sistema, comienzan a surgir nuevos problemas. Fundamentalmente respecto al control de gastos, en un contexto de crisis fiscal de los Estados del Bienestar, que conduce a presiones por recortes de gastos en el NHS. Además, rápidamente se percibe que el sistema resulta demasiado engorroso con sus múltiples niveles, lo que dificulta la toma de decisiones además de aumentar los costos de administración. Como resultado de ello, varias Comisiones Parlamentarias comienzan a señalar la necesidad de simplificar la administración del NHS, además de optimizar el uso de los recursos asignados⁷³.

⁷¹ Existen cargos sobre los servicios dentales, oftalmológicos, farmacéuticos, y también en el cuidado de ancianos. No obstante ello, la mayor parte de la atención primaria y secundaria es libre de costos.

⁷² Según la oficina regional europea de la WHO, el gasto total en salud del Reino Unido representaba el 6.7% de su PBI, mientras que la media europea era de 8.5% (1999). El informe señala además que los países europeos con mayor componente de gasto privado en salud, son los que registran los guarismos más altos de gasto en salud total, como porcentaje del PBI.

⁷³ El Informe de la *Merrison Royal Commission*, publicado en 1979, recomienda reducir los escalones administrativos, fusionando a las autoridades de área y de distrito. Como resultado se crean en 1982 las 192 Autoridades Distritales de Salud (DHA) que con variaciones persisten hasta el día de hoy.

Otro problema percibido en el desarrollo del NHS refiere a la asignación de fondos entre las distintas regiones del país. Hasta mediados de los 1970s, la fórmula de asignación presupuestal anual se basaba en criterios históricos, sobre las asignaciones presupuestales pasadas. Esto generaba gruesos problemas de equidad entre regiones, además de dificultar enormemente la asignación estratégica de fondos. Para solucionar este problema, una Comisión recomienda en 1976 una fórmula de asignación basada en las “necesidades en salud” de las regiones. Para estimar esas necesidades, se deberían considerar no solo la magnitud poblacional de las regiones, sino también la composición por sexo y edad, además de sus niveles de morbilidad⁷⁴.

Todas estas modificaciones se iban introduciendo como forma de “salir del paso”, sin afectar para nada la filosofía esencial del NHS, fortaleciéndola en muchos aspectos. Sería recién sobre fines de los ‘80s en que comenzarían a introducirse cambios de naturaleza radical en el NHS.

La “revolución” conservadora

Las reformas conservadoras, emprendidas bajo el liderazgo de Margaret Thatcher, constituyen un hito de referencia mundial para los científicos sociales. Dentro de la implementación de una amplia agenda de reformas económicas, la reforma de importantes aspectos del modelo del welfare británico jugaba un rol esencial. Desde un principio, las políticas privatizadoras conservadoras, en referencia al NHS, estuvieron más bien limitadas a los denominados servicios auxiliares (Lavandería, Limpieza, Cocina, etc.). La percepción de la ineptitud de la burocracia de adaptarse a las necesidades de los usuarios, la creencia en la superioridad del sector privado, comienza a infiltrarse a nivel del gerenciamiento público. La introducción de mecanismos propios del sector privado, del mercado, fue un intento deliberado de cambiar la filosofía del NHS, asentada en una fuerte tradición burocrática de servicio público.

Como antecedente, ya en el informe de la Comisión encabezada por Sir Roy Griffiths(1983), se recomienda enfáticamente superar los viejos esquemas burocráticos, pasando a un sistema de gerenciamiento general, con mayor autonomía para la toma de decisiones a nivel de las regiones y los distritos. Estos primeros intentos serían un importante precursor de las reformas pro mercado en el NHS.

EL MERCADO INTERNO

⁷⁴ El principio de la asignación presupuestaria per cápita se ha mantenido, con algunas modificaciones, como por ejemplo la ponderación de indicadores riesgo social, tales como ingreso, desempleo, etc.

Pero las reformas más profundas llegarían recién con el *NHS and Community Care Act 1990*, que comienza a implementarse en abril de 1991⁷⁵. Esas reformas representan un gran cambio en el NHS, con la introducción de mercados internos o quasimercados, en la organización y gerenciamiento de los servicios del NHS. Con la introducción de los mercados internos, los “compradores” de servicios (las Autoridades de Salud y algunos grupos de médicos de familia) adquieren control presupuestal para “adquirir” servicios de “proveedores” de salud (Hospitales con ofertas variadas de servicios de salud). Mediante esta suerte de “mercantilización” de servicios, fomentando la competencia entre proveedores y la libertad de opción para los compradores, se podría establecer un sistema de incentivos “tipo mercado”, que estimulara una gestión más eficaz y eficiente de los servicios⁷⁶.

La estructura de organizaciones que emerge con la reforma de 1991 es la siguiente: Autoridades Regionales de Salud(RHA), Autoridades Distritales de Salud(DHA), General Practice Fundholders(GPFH) y los NHS TRUSTs. Estas cuatro organizaciones, **donde el Ministerio de Salud se encuentra por encima, como Rector general del sistema**⁷⁷, configuran el denominado mercado interno.

Para poder funcionar como un proveedor dentro del mercado interno, los servicios deberían organizarse como **NHS TRUST**, organizaciones de servicios con un gerenciamiento autónomo, tales como hospitales, servicios de salud comunitaria y servicios de ambulancia. Estos trusts deben competir entre sí, mejorando sus ofertas de servicios, para lograr contratos de servicios con los GPFH y los DHA. Para 1995 todo el cuidado de salud era proveído por este tipo de organizaciones.

Según la reforma, la función de compra o comisión de servicios es encomendada a las Autoridades Distritales de Salud (DHA). Cada DHA es presidida por un Director designado por el Ministro de Salud, y es la responsable de definir las necesidades de salud del distrito del cual son responsables (el promedio de los distritos es de unas 250 mil personas).

Por la otra parte, la demanda de servicios también podría organizarse a través de los **GP Fundholdings(GPFH)**, asociaciones de Médicos Generales(GP), con autonomía de gestión financiera, que les permitía “adquirir” los servicios de los NHS Trust para sus pacientes. Este esquema de “compradores” se mantiene y convive con el de GP independientes, que se habían negado a integrar los GPF, cuyos fondos son administrados por las Autoridades distritales de Salud(DHA).

⁷⁵ El programa de reforma conservador, que contiene las ideas de los mercados internos, está contenido en el White Paper ‘Working for Patients’, publicado en 1989. Detrás de esta iniciativa se encuentra el enorme crecimiento de las listas de espera y los problemas de financiamiento del NHS, frente a los cuales se entendió como estrategia más pertinente el tratar de modificar los métodos de provisión de servicios, antes que sus mecanismos de financiación.

⁷⁶ El énfasis inicial en la promoción de la eficiencia mediante la competencia, fue progresivamente corregido, suavizado, por un enfoque más centrado en la “competencia regulada”.

⁷⁷ En nuestra opinión, la idea de una instancia superior de coordinación, en un sistema de competencia, se deduce necesariamente de esta idea de los “mercados internos”.

Si bien el sistema se basa en las relaciones contractuales, establecidas entre GPFH, NHS Trusts y DHA, también existe un fuerte control sobre el mismo. Las autoridades regionales (RHA) son las responsables de supervisar el funcionamiento del mercado interno. Estas autoridades son las encargadas de fijar las metas generales de la región, las prioridades en materia de atención, además de establecer un sistema general de control de la performance del sistema.

Las **CRITICAS al mercado interno** han sido variadas, pero sin dudas la complejidad del mismo, la cantidad de unidades y niveles jerárquicos, es una de las más conocidas. Realmente, como en todos los procesos de innovación institucional, los costos de administración del sistema (de transacción), debieron ser muy altos. A este respecto, el sistema fue realizando una serie de fusiones, eliminando niveles y unidades, tratando de lograr economías de escala en el gerenciamiento del mismo.

Ya en 1994, las RHA fueron reducidas de 14 a 8, con reducciones sustanciales de sus cuerpos burocráticos. También se ajustaron los vínculos de las nuevas RHA con el ejecutivo del NHS, reduciendo sus márgenes de autonomía, aumentando la capacidad de control del centro sobre las regiones.

Además, la competencia entre proveedores, tiene como contracara una innecesaria duplicación, dada la sobreposición de servicios similares en competencia.

La debilidad de los mecanismos de responsabilización (accountability), también ha sido un rasgo destacado. La multiplicidad de niveles introducidos por la reforma cuasimercado, de alguna manera enturbia los mecanismos de responsabilización jerárquicos, característicos de una burocracia de carrera. Claro que esto también es un resultado lógico de alentar deliberadamente la autonomía gerencial en la provisión de servicios.

El regreso del Labour Party

El triunfo de los laboristas en las elecciones de 1997 viene a interrumpir los esfuerzos reformistas de los conservadores. Desde la oposición, el Laborismo se había plantado como un enemigo acerrimo de los mercados internos, dado que habían promovido una excesiva fragmentación de los servicios e implicaban altos costos de transacción (administración). También se les criticaba haber descuidado la preocupación por la calidad de la asistencia, generando gruesos problemas de equidad en la atención.

Su plan para el sector salud comprende una agenda de reformas a implementar en 10 años, que sustituya la competencia de los mercados internos, por un sistema que enfatice la colaboración y la asociación entre los proveedores⁷⁸. El

⁷⁸ Estos principios orientadores del gobierno del Labour Party se encuentran en el Documento Blanco de 1997: "The new NHS: modern, dependable".

enfoque sobre la performance del sistema debe considerar tanto un enfoque de costos y como de calidad de los servicios prestados.

Claro que dentro de las importantes críticas realizadas a los gobiernos conservadores en materia de salud, los laboristas también rescatan algunas de las innovaciones de los conservadores. Sobre todo la fuerte orientación hacia la salud primaria, que se le había tratado de imprimir al NHS. También el concepto de separación de funciones de asignación o comisión de servicios y las de provisión, pero reemplazando los contratos anuales por acuerdos trienales de servicios.

El gran énfasis dado a los problemas de calidad de la atención lleva al establecimiento de nuevos métodos de "gobernanza clínica". Estos incluyen la creación del *National Institute for Clinical Excellence*, para determinar y diseminar las mejores prácticas clínicas, la formación de una Comisión para el Mejoramiento de la Salud, encargada de monitorear y mejorar los estándares de salud a nivel local⁷⁹.

Pero sin dudas que una de las iniciativas mas interesantes se da en el campo de la salud pública, tratando de atacar de manera integral los problemas de salud en las zonas más carenciadas, mediante acciones concretas de promoción social. Para tales fines, la identificación y creación de 26 zonas de acción en salud (HAZ), debería facilitar la cooperación entre el NHS, los gobiernos locales, sector privado local y ONGs, con el fin de mejorar la condición en salud de estas poblaciones⁸⁰.

Lecciones del caso inglés

El NHS, tras el triunfo del Partido Laborista, de nuevo está bajo reforma, pero las orientaciones esta vez parecen estar en los énfasis. El objetivo es alentar una visión más integral y coordinada, fomentar la cooperación por encima de la competencia. Algunos aspectos de la "revolución conservadora", como la separación del planeamiento general de la provisión de servicios, el fortalecimiento de los servicios de salud primaria, la descentralización del gerenciamiento operativo, han demostrado ser avances significativos para la eficiencia del NHS.

Además, la experiencia de mercado interno resultó fructífera en ciertos aspectos, como por ejemplo en la introducción de nuevas políticas regulatorias. La fijación de estándares de calidad, de esquemas amplios para evaluar la performance del sistema, comienzan a introducirse de manera sistemática en el NHS.

Ahora la preocupación está en la calidad de las prestaciones. Además, en la focalización de acciones coordinadas, sobre sectores vulnerables de población. El nuevo NHS trata de focalizar recursos en sectores específicos, pero con **una oferta integral y localizada territorialmente**, que atienda a todas las necesidades sociales

⁷⁹ Iniciativas contenidas en el Documento "A first class service: quality in the new NHS", 1998.

⁸⁰ Estas medidas, que traducen la preocupación por los peor situados en la sociedad británica, están contenidos en el documento "Our Healthier Nation", 1998.

de los individuos⁸¹. El objetivo manifiesto es el de reconstruir ciudadanía y comunidad.

Para ello, el sistema británico, en términos de las capacidades de gobierno, posee la indudable ventaja de su carácter público, tanto en el financiamiento como en la provisión de servicios. Esto facilita enormemente la coordinación vertical de los servicios. Además no ha sido obstáculo para la introducción y experimentación con mecanismos alternativos de coordinación y control, de cooperación horizontal entre distintos sectores del Welfare británico.

La pieza clave del NHS está en su sistema de financiamiento, a través de impuestos nacionales, recaudados de manera central⁸². Más allá del carácter progresivo del sistema, este elemento posibilita un proceso de asignación de fondos según criterios conocidos, legitimados mediante el proceso político, pero sustentados por un sofisticado proceso técnico⁸³.

Claro, todo esto se asienta en las virtudes de un desarrollado Servicio Civil, donde la diferenciación entre lo político y lo técnico están fuertemente incorporadas. La incorporación del saber técnico al proceso político de diseño de políticas de salud es un dato destacable, donde debe atenderse al lugar de los técnicos dentro de ese proceso. Su grado de implantación dentro del Servicio Civil, determina que los procesos de policy-making estén muy fuertemente influenciados, tanto en su formulación como implementación, por los técnicos del aparato estatal.

De tal forma que el liderazgo de la Primer Ministro Margaret Thatcher resulto decisivo para la introducción de las reformas, frente a una oposición muy fuerte de toda la corporación médica. Algunos observadores han señalado que no puede obviarse la alianza implícita con los administradores de servicios, quienes veían en esta reforma una forma de fortalecer sus posibilidades de gestión, frente a las intromisiones del poder médico en la gestión de los servicios.

2. ESPAÑA. El Sistema Nacional de Salud

Los antecedentes previos a 1970, son los de la existencia de una multiplicidad de redes de asistencia, totalmente inconexa y descoordinada. Las redes de la Seguridad Social, de los Servicios Privados, de la Beneficencia Pública, de Militares y Cárceles, además de los Hospitales Universitarios, con una compleja sobreposición de

81 Atendiendo a los problemas de empleo, salud, educación y alimentación, por ejemplo.

82 Conceptualmente, para que pueda haber alguna forma de redistribución, debe existir centralización. Un fondo común, nutrido por todos los integrantes de la comunidad, en base al cual se financie luego las prestaciones colectivas. El criterio de asignación puede ser posteriormente progresivo o regresivo, pero previamente debe haber un fondo.

83 Por ejemplo, como marcamos anteriormente, la determinación de necesidades territoriales, para posterior asignación de recursos centrales. No solo se refiere a las necesidades específicas de salud, sino también a ciertos factores de riesgo, como por ejemplo la edad, la pobreza o la marginalidad.

servicios⁸⁴, a la cual los ciudadanos accedían según su capacidad de pago o estatus específico.

Los intentos de centralización de los servicios, tomando como base la Seguridad Social, fue un primer paso de importancia realizado durante el Franquismo. Para ello resultó clave el desarrollo de una extensa red de servicios de salud públicos durante los '60s, y de la moderna red de Hospitales en la década del 1970. De esta manera se logró una expansión importante de la cobertura de la seguridad social, mediante provisión pública de servicios de salud⁸⁵.

Con el fin de la dictadura franquista, la constitución democrática de 1978 establece el derecho de los españoles a la protección de su salud, además de sentar el principio de la descentralización territorial. Con la creación del Instituto Nacional de Salud (INSALUD, 1978), responsable de la red pública de asistencia, y luego del Ministerio de Sanidad y Consumo(1981), comienza a procesarse la autonomización del cuidado de la salud de la Seguridad Social, dentro de la cual estaba inserta.

Con el triunfo en 1982 del Partido Socialista Obrero Español (PSOE), comienzan a darse pasos decididos hacia el Sistema Nacional de Salud (SNS). El nuevo Ministro de Salud del PSOE presenta rápidamente el primer proyecto, para la transición hacia un nuevo modelo, el que se ira implementando progresivamente en los dos años siguientes.

Como resultado, en 1986 se aprueba La Ley General de Salud, que daría un cuerpo unificado a las distintas reformas que se habían venido introduciendo desde 1977 a la fecha. El SNS coloca bajo un mismo esquema a todas las redes de asistencia de salud públicas, también incorporando cuidadosamente el principio de la descentralización del territorio español, principio que se transmitiría a la nueva organización del SNS.

Desde 1978, la descentralización es un principio constitucional para los españoles. España se organiza territorialmente en 17 comunidades autónomas, con sus respectivos gobiernos y parlamentos regionales, 50 Provincias y casi 8000 Municipios. La organización del nuevo SNS debe guardar entonces una relación estrecha con esa estructura territorial del estado, con especial referencia a las Comunidades Autónomas⁸⁶.

Organización: Provisión y financiamiento

El tránsito desde un sistema basado en la Seguridad Social, así como el proceso de Devolución a las regiones, han sido los principales desafíos que la

⁸⁴ Con responsables institucionales bien diferenciados, como los Ministerios de Defensa, Interior y el de Educación. Generando problemas de coordinación insolubles.

⁸⁵ La cobertura se expande, entre 1966 y 1978, del 53% al 82% .

⁸⁶ Los 17 estatutos de autonomía forman parte de la Constitución del Estado español, aprobada en 1978.

sociedad española ha enfrentado para la consolidación de su Sistema Nacional de Salud(SNS).

La descentralización implica la devolución de autoridad desde el gobierno central a los 17 gobiernos regionales, los que pasan a ser responsables de la administración de los servicios, mediante sus departamentos de salud respectivos⁸⁷. Dentro de las Regiones, las unidades básicas son las denominadas Áreas de Salud, usualmente definidas y organizadas en torno a un Centro de Atención Primaria.

La afiliación al SNS se procesa mediante la afiliación obligatoria a la Seguridad Social. Los trabajadores, y la población sin recursos que se integra mediante un esquema no contributivo⁸⁸, se incorporaron exitosamente, alcanzado al 95% de la población. El porcentaje restante, mayormente empresarios e integrantes del servicio civil español, accede a servicios particulares o propios, tales como los seguros privados de salud o fondos mutuales.

Desde 1986, año en que comienza la transición hacia el SNS, el financiamiento del sistema evoluciona desde los aportes de la seguridad social, hacia financiamiento mediante fondos recaudados por el gobierno. En la actualidad, el SNS es financiado de manera prácticamente integral por fondos estatales. Esto no comprende los copagos, que solo se aplican a los medicamentos y en algunos productos ortopédicos.

Un status particular mantienen los miembros del servicio civil, cuyos beneficios son financiados por el Estado y aportes propios de los trabajadores estatales (en una relación de 7 a 3). Los fondos mutuales del servicio civil los cubre de otros riesgos sociales adicionales, y los trabajadores pueden optar entre integrar con sus cuotas el SNS o, en caso contrario, en alguna compañía aseguradora privada, aprobada por los fondos mutuales.

La asignación de los fondos a las comunidades se realiza mediante la ley de presupuesto nacional. Originariamente por criterios de asignación histórica, el sistema evoluciona hacia una asignación por capitación. Para tales fines, se ha creado un Comité de Política fiscal y financiera, con representación de las Comunidades, responsable de monitorear la transición hacia el nuevo sistema de asignación⁸⁹.

Provisión de servicios:

Entre los tópicos de mayor importancia, la consolidación de la red de asistencia primaria, así como el fortalecimiento de los equipos de gerenciamiento profesional, a nivel de los servicios de salud. Las dos medidas se conectan

⁸⁷ Con distintos grados de devolución, siete regiones son las que ostentan los grados máximos de autoridad en la gestión de sus sistemas de salud(representan el 62% de la población). Las 10 regiones restantes están bajo la supervisión del INSALUD, mediante sus delegados regionales

⁸⁸ Los viejos usuarios de la red sanitaria de la caridad pública, que acceden al SNS mediante una prueba de "ausencia de medios", es decir, que no superan el ingreso mínimo requerido.

⁸⁹ De todos modos, el Estado central continúa conservando la última palabra en materia de asignación de fondos.

fuertemente, en el sentido de propender a la mejora de la calidad de la asistencia, así como para lograr una utilización racional de los recursos médicos.

Desde 1990 se ha intentado introducir una cierta separación entre las funciones de financiamiento, compra y provisión de servicios, donde el INSALUD o los Servicios Regionales de salud operan como “compradores” de servicios de salud a “proveedores” (Hospitales públicos y privados). Se establece un “contrato programa” entre un comprador y un proveedor de servicios. En dicho contrato se fija el paquete de servicios a proveer, de acuerdo a una serie de objetivos tales como el nivel de actividad, la cobertura y performance, asignándose un presupuesto financiero global. Si bien todavía no se han evaluado estas prácticas, las expectativas son bastante altas con respecto a sus resultados⁹⁰.

El gobierno del Sistema

El Ministro de Sanidad y Consumo ocupa la cima en materia de la coordinación de la salud pública y los servicios de atención. Pero, planear la política de salud y de la legislación respectiva, es un área de responsabilidad compartida con las diferentes Comunidades Autónomas. Además, el Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales también juega un rol destacado, especialmente en la coordinación de los servicios sociales y de salud⁹¹. El Ministro de Trabajo y de Asuntos Sociales es el responsable del diseño de la arquitectura financiera general del sistema de seguridad social, además de definir los beneficios incluidos en la canasta de atención médica del SNS (a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social).

Los Administradores Públicos TOP, a nivel central y regional, son quienes asumen las principales responsabilidades en materia de financiamiento, compra y provisión de servicios. El Estado central, a través del Ministro de Salud, monopoliza ciertas áreas estratégicas: coordinación general y legislación básica, regulación financiera del sistema, definición de la canasta de servicios, política de medicamentos, políticas de formación de técnicos en salud y de administración.

Para definir esas políticas, el Ministerio de Salud debe actuar en acuerdo con otras autoridades con los cuales comparte responsabilidades. Por ejemplo, con el Ministro de Economía y Finanzas, el de Administración Pública o con los respectivos gobiernos regionales⁹². Esta claro que las funciones de Rectoría, más allá de estarle legalmente encomendada, no deben ser fáciles de realizar, dentro de ese intrincado y complejo contexto institucional. Para poder lograr la unicidad del sistema, el Ministro no solo cuenta con su papel central dentro del sistema, sino también con el

⁹⁰ Las experiencias ha destacar, aunque no han avanzado demasiado, son las de País Vasco y Cataluña. En especial, son destacables las experiencias en materia de contratación, y de transformación del estatus jurídico de los Hospitales, transfiriéndolos al derecho privado.

⁹¹ El área más relevante de coordinación es la relativa al cuidado de los ancianos.

⁹² A partir del año 2000 se ha dado una importante reorganización de las estructuras ministeriales, con creaciones de nuevos ministerios y reasignaciones de autoridad.

control directo de algunas agencias claves para el funcionamiento del SNS. Algunas de las agencias clave, dentro de una variedad de programas nacionales, son:

- El INSALUD, responsable de la administración de la red de asistencia de 10 Comunidades Autónomas (en 17), que comprenden el 38% de la población española.
- El Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo, adscrito al Ministerio de Sanidad. Responsable de las tareas de investigación en salud, formación de personal superior, producción de información en salud, evaluación de nuevas tecnologías, asesoramiento técnico, etc. El Instituto desempeña estas funciones a través de las siguientes agencias: Agencia de Evaluación de Tecnologías de Salud; la Escuela Nacional de Salud Pública; el Fondo de Investigación en Salud; y toda una red de centros nacionales encargados de investigar y producir información.
- El Instituto Nacional del Consumidor, encargado de la inspección, arbitraje, investigación, formación y otras tareas relativas.
- La Agencia Española de Farmacia(1999), encargada de la vigilancia y del cumplimiento de los criterios de calidad, seguridad y eficacia clínica exigidos a todo tipo de producto farmacéutico.

Lecciones del caso Español. Impresiones

- Sistema centralizado de financiamiento, mediante impuestos.
- El Ministerio de Salud juega un papel determinante en la articulación de la política general. Ese rol debe realizarse en coordinación con otras reparticiones gubernamentales relevantes.
- Se constata el fortalecimiento del Ministerio de Salud, conforme avance el proceso de descentralización, asumiendo un rol más activo en la supervisión del sistema.
- Todavía es preciso desarrollar métodos de asignación de fondos a las comunidades, de acuerdo a las necesidades de salud poblacional. (Al respecto, ver la experiencia de UK)
- La transición del sistema español, desde una multiplicidad originaria de actores y prestadores de salud, a un SNS fuertemente descentralizado, puede ser aleccionador para el Uruguay.
- Los elementos de territorialidad también son relevantes. La definición de Áreas de Salud Básica, que constituyen las unidades básicas para la definición de la política de salud.

- El proceso de concentración de la INTELIGENCIA, a través de organismos especializados, de cobertura nacional, parece ser muy relevante en la estructuración global del sistema.

3. SUECIA. El Sistema de Seguro de Salud

La provisión de salud en Suecia ha tenido históricamente una impronta pública muy fuerte. Ya en el siglo XVII, pueblos y ciudades organizaban la contratación de médicos para la provisión de servicios básicos de salud. Este esquema también alcanzaba a las áreas rurales, donde el gobierno central se encargaba de contratar servicios médicos para la población dispersa. La historia de los hospitales también sigue un patrón similar, donde la provisión pública fue siempre predominante⁹³.

El primer gran paso hacia un sistema universal de asistencia médica fue dado en 1946, con la aprobación de la ley de Seguro Nacional de Salud, la cual se implementaría plenamente a partir de 1955. Sobre esta base se daría la expansión del sistema de salud sueco, principalmente a nivel del sector hospitalario. En los '80s, el sector hospitalario comenzaría a adquirir, si bien gradualmente, autoridad sobre el planeamiento de salud en sus servicios.

Dentro de las reformas recientes, destacan la implementación de mercados internos en los '80s, y la transferencia a nivel municipal por la gestión de las residencias de ancianos. A pesar de las mejoras de gestión y organización, estas reformas han implicado nuevos problemas de coordinación, de costos de gestión, así como de necesidad de capacidades de gestión.

Organización

En Suecia, el Directorio Nacional de Salud y Previsión (*Socialstyrelsen*) tiene competencia directa sobre las prestaciones sociales, bajo la supervisión del Ministerio Federal de Sanidad y Asuntos Sociales. La administración de la asistencia social a nivel local, incluidos los cuidados y la asistencia a los menores y a las familias, así como la asistencia prestada a las personas mayores o con discapacidad, es competencia de los municipios y se financia principalmente a través de impuestos recaudados localmente.

En cuanto a la organización, el sistema de salud tiene una fuerte base regional, con tres niveles gestionados públicamente: nacional, regional (21 condados) y local(289municipios). El financiamiento es enteramente público, mediante impuestos, donde el 70% del gasto en salud proviene de impuestos recaudados regionalmente. El resto proviene de impuestos recaudados centralmente por el gobierno, que los asigna a las distintas regiones. Los copagos al sistema ocupan un

⁹³ La descentralización en la responsabilidad de la prestación de servicios, también ha sido un dato históricamente destacable.

lugar ínfimo en el financiamiento, no superando el 2% del gasto público total en salud.

Los 21 condados concentran la responsabilidad por el cuidado de la salud primaria y hospitalaria, incluyendo la salud pública y la prevención en salud⁹⁴. A nivel nacional, los condados se agrupan en 6 regiones administrativas, a los fines de facilitar la coordinación en el nivel terciario de atención. Por debajo de ellos las municipalidades, quienes además de concentrar las funciones de atención social, gestionan las casas de cuidado de ancianos y pacientes crónicos y psiquiátricos.

Financiamiento SS Sueco

El control del crecimiento del Gasto en Salud ha sido una preocupación de los últimos años. Para lograr su control se han ensayado diversas medidas, como el aumento de la participación de los copagos en la atención. También se ha experimentado, exitosamente, con la implementación de mecanismos de mercados internos. Los seguros privados no han sido una opción importante para los suecos.

Un 78% del Gasto TOTAL en salud se financia mediante fondos presupuestales recaudados regionalmente, un 14% más a través de subvenciones estatales centrales, lo que completa un 92% de financiamiento público por impuestos. El resto se financia mediante venta de servicios y otras contribuciones de los pacientes. Esos fondos provienen de la recaudación nacional de impuestos directos e indirectos. El 85% del Gasto neto de las Regiones se dedica a SALUD, el 15% restante se dedica a Bienestar Social, Cultura y Transporte.

Rectoría del Sistema Sueco

La responsabilidad general en el funcionamiento del sistema de salud recae en el Ministerio de Salud y Asuntos Sociales (Socialdepartementet). EL Ministerio se encarga de los temas de política relativos al cuidado de la salud, servicios de bienestar social y el seguro de salud. También se encarga de asignar recursos en tratamientos muy específicos, así como de la supervisión de las actividades de los Consejos de los Condados (Gobiernos Locales) y de las Municipalidades.

La gestión del sistema, hasta la década de los '70s, estuvo articulado mayormente sobre la base de planes de largo aliento. Para el diseño de los mismos era considerados exclusivamente los juicios y aspiraciones de los representantes de la profesión médica. La ley de 1982, que transfiere plenas responsabilidades en la provisión y financiamiento de servicios a a los condados. Esto los obliga a prestar mayor atención en el planeamiento de los servicios, atendiendo a las necesidades de sus respectivas poblaciones.

94 Desde 1928 los Condados son los responsables de la provisión de los servicios de salud en Suecia.

Aparentemente, las reformas de tipo cuasimercado (mercados internos) han promovido una mejora en la eficiencia en la provisión de servicios, con una contención muy importante en el crecimiento del gasto en el sistema de salud. La fuerte integración del sistema, además del compromiso de los ciudadanos suecos con su régimen del bienestar, han evitado la aparición de efectos de pérdida de calidad y fragmentación del sistema(aunque la preocupación está presente en la agenda sueca).

Las agencias públicas de Gobierno:

El Directorio Nacional de Salud y Bienestar (*Socialstyrelsen*) se encarga de la supervisión sobre los gobiernos locales, actuando además como la agencia central de asesoramiento y supervisión en servicios sociales y de salud. Vigila la implementación de la política social y de salud.

Su tarea más importante es la evaluación y seguimiento de la prestación de los servicios sociales, vigilando que se ajusten a los objetivos fijados por el gobierno central. Para cumplir con esas tareas cuenta con la asistencia del Centro de Epidemiología(*Epidemiologisk Centrum*), encargado del análisis y la publicación de las estadísticas oficiales sobre la salud y su cuidado.

El Directorio supervisa a nivel nacional todo el personal de salud. Es el encargado de conceder las licencias al personal de salud (Médicos, Dentistas, etc.), además de realizar el reconocimiento y habilitación de los diplomas provenientes de otras naciones.

El Directorio de Responsabilidad Medica (*Hälso-och Sjukvårdens Ansvarsnämnd*), de estructura similar a la de una Corte, es la agencia gubernamental encargada de tomar medidas disciplinarias en caso de denuncias por mala praxis. Todos los pacientes tienen derecho a reclamar una indemnización, en caso de confirmarse la denuncia de mala praxis. La misma es abonada mediante un seguro al cual contribuyen todas las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Otras agencias centrales:

Además del Ministerio y del Directorio Nacional de Bienestar, existen otros cuerpos centrales de gobierno. Los más importantes son: la Agencia de Productos Médicos (*Läkemedelsverket*); el Consejo Sueco de Evaluación de Tecnología Médica (*Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering*) y el Instituto Nacional de Salud Pública (*Folkhälsoninstitutet*).

La principal tarea de la Agencia de Productos Médicos, es la de ejercer el control y la evaluación de la calidad, el uso y la relación costo-efectividad de las

distintas preparaciones farmacéuticas. Todas las drogas vendidas en Suecia deben ser registradas y aprobadas por esta agencia.

El Consejo Sueco de Evaluación de Tecnología se encarga de promover el uso de tecnologías médicas apropiadas. Sus tareas de evaluación no solo se fundan en aspectos económicos, sino también médicos, sociales y éticos. En tal sentido, se encarga de generar información pertinente para la toma de decisiones en la incorporación de tecnologías médicas.

El Instituto Nacional de Salud Pública es una agencia estatal, bajo la órbita del Ministro de Salud y Asuntos Sociales, pero con un grado de independencia considerable del poder político. Su principal tarea es la de promover la salud y prevenir las enfermedades. Su visión estratégica es la de contribuir y facilitar iguales oportunidades de buena salud para toda la población.

La Corporación Nacional de Farmacias Suecas (Apotek AB), es el monopolio estatal de farmacias, que funciona a través de una red nacional. La corporación es responsable de brindar una oferta de medicamentos, a precios uniformes, en todo el país.

El Directorio del Seguro Social Nacional (Riksförsäkringsverket), supervisa a las Oficinas Locales del Seguro Social, buscando asegurar uniformidad en la calidad de los beneficios. Los beneficios incluyen: seguro de enfermedad, pensiones, subsidios infantiles, ingresos complementarios y subsidios de vivienda. El Directorio se encarga también de negociar precios con las compañías farmacéuticas, de forma tal de incorporarlas dentro del "Esquema de Subsidio de Medicamentos".

La Federación de Consejos Regionales (Landstingsförbundet), es la organización nacional de los intereses locales. La Federación es dirigida por un Directorio políticamente electo, encargado de representar a los gobiernos regionales frente al gobierno central. También funciona como instancia central de negociación de empleo y salarios de los empleados de los gobiernos regionales.

La Asociación Sueca de Autoridades Locales (Svenska Kommunförbundet), se encarga de promover y desarrollar el autogobierno local, salvaguardia de sus intereses, promoción de la cooperación entre gobiernos locales, y de provisión de asistencia experta.

Lecciones del caso sueco. Impresiones

- Gran integración de la atención en salud dentro de un esquema de bienestar amplio.
- Fuerte centralización del control del Bienestar en general, incluido dentro de ella la salud.
- Carácter público del financiamiento, articulado sobre el Impuesto a la Renta.

- Descentralización en la provisión de servicios, y en la recolección del financiamiento.
- Las funciones vitales de contralor y supervisión se organizan en la forma de AGENCIAS públicas, con un estatus de autonomía de gestión frente al poder político.
- Un sistema que en su origen histórico tuvo un carácter descentralizado y público. Las ciudades organizaban colectivamente la asistencia.
- Planeamiento y gestión de la atención descentralizado y fuertemente centrado en las necesidades de salud de las poblaciones locales.

4. Rectoría en sistemas de salud que funcionan y se transforman

El cuadro 4.1 siguiente nos muestra algunas generalidades de los sistemas de salud exitosos. Como hemos señalados, mantener centralizado el financiamiento del sistema, allí donde esto funciona efectivamente, ha sido un requisito fundamental para el control del crecimiento del gasto en salud. Tanto Reino Unido, como España y Suecia mantienen el financiamiento centralizado como un principio inmovible. Además de esto, la centralización de las instancias de financiamiento es el requisito imprescindible para mantener una oferta homogénea de alta calidad, y es aquí donde se aprecia el compromiso de estos países con la ciudadanía social.

Tabla 4.1. Dimensiones relevantes de los sistemas de salud			
	Financiamiento	Provisión	Rectoría
Suecia	Público. Impuesto a la Renta	Red de Hospitales públicos	Centralizado
Inglaterra	Público. Impuesto a la Renta	Red de Hospitales públicos	Centralizado
España	Público. Seguridad Social más Impuestos Generales	Red de Hospitales públicos	Centralizado. Autonomía en la generación de Inteligencia

Fuente: elaboración propia.

Respecto a la provisión de servicios, los distintos casos señalan la bondad de las formas descentralizadas, como una manera de acercarse a las necesidades poblacionales, de focalizar la atención. Las experiencias tipo mercado han permitido introducir cierto grado de innovación, de desafío, que de alguna manera ha introducido brío en los sistemas. La incorporación de agentes mercantiles ha sido más bien tenue en estos sistemas (el crecimiento de los seguros privados ha sido mínimo). Pero ha significado un desafío de importancia, asumido como tal, para los servicios civiles de esos países.

Además, estas experiencias cuasi-mercados han permitido “descubrir” ciertos problemas, hasta ahora solapados, ligados a la calidad de los servicios prestados. El mecanismo de contrastar servicios prestados, mediante la competencia administrada, han permitido identificar derroches de recursos y valorar adecuadamente la dedicación de los recursos humanos. Pero esto ha sido factible, viable, en el contexto de sistemas burocráticos sedimentados, con un servicio civil de profunda vocación de servicio público.

En definitiva, el éxito de estos sistemas se ha basado en una presencia estatal muy fuerte, a la cual no renuncia ninguno de los países. La imagen del monopolio estatal, en la provisión y financiamiento, se aplica muy bien a los tres casos. En el cuadro siguiente resaltamos algunos de los elementos a destacar, en la construcción de los nuevos sistemas de salud, donde las capacidades de rectoría juegan un papel esencial en la integralidad de la política de salud.

Elementos de importancia para un sistema integrado de salud

1. Descentralización de Hospitales, fortalecer la responsabilidad en el manejo de recursos, mediante la autonomía de gestión y manejo presupuestal. También supone una planificación centrada en las necesidades de la población de referencia.
2. Una referencia poblacional y territorial precisa para los servicios de salud. Permite estimar las necesidades, también los recursos necesarios para la atención.
3. Criterios centrales transparentes para la asignación presupuestal a las unidades de asistencia. (Por ejemplo el sistema británico de asignación de fondos a los hospitales, según el tipo de necesidades poblacionales)
4. Financiamiento mediante impuestos generales. Cada vez más, los sistemas de salud requieren de bases amplias y diversificadas para hacer frente a sus crecientes gastos.
5. Fortalecimiento de las redes de asistencia PRIMARIA, como una estrategia de contención de gastos, además de mayor y mejor acercamiento a las necesidades sanitarias de la población.
6. Fomento de la competencia como mecanismo de control de costos.
7. Vigilar y controlar la descentralización y la competencia, que pueden derivar en inequidades territoriales y sociales.
8. Fomentar la coordinación y la cooperación entre servicios, de manera de racionalizar recursos y lograr una mejor atención.
9. Todos los elementos anteriores confluyen en resaltar la necesidad de fortalecer la presencia de actores centrales. Para que permitan la redistribución de recursos, que permita la universalidad del acceso, así como también la homogeneidad y calidad de al atención recibida.

Fuente: elaboración propia, en base al análisis de los casos “exitosos”

5. **ADDENDA. La heterogeneidad institucional en América Latina**

La enorme desigualdad económica y social es uno de los principales factores explicativos, a la hora de comprender la acumulación de retos en materia de salud que enfrenta América Latina. La yuxtaposición de problemas típicos de países ricos, con los problemas clásicos del subdesarrollo, de la pobreza, pueden ser apreciados dentro de una misma unidad nacional, sin necesidad de recorrer grandes distancias⁹⁵. Esto también se ve reflejado en la gran heterogeneidad de instituciones de atención a la salud, las cuales responden de manera fragmentada, a necesidades de poblaciones también fragmentadas.

Pero esa heterogeneidad, social y política, impone un abordaje analítico levemente distinto al que veníamos trabajando para los países desarrollados. En el excelente trabajo de Frenk & Londoño(2000), estos autores proponen una conceptualización levemente distinta a la que veníamos trabajando, basa en el enfoque OMS(2000 y 2003), para considerar a cabalidad la especificidad latinoamericana.

El concepto de sistema de salud en el contexto latinoamericano

Al enfoque sobre funciones de los sistemas de salud, tal cual el desarrollado por la OMS(2000 y 2003), los autores incorporan dos elementos más para caracterizar los sistemas de salud: la interacción entre Poblaciones e Instituciones. La idea de **Poblaciones** refieren a la heterogeneidad, a las enormes diferencias en materia epidemiológica y de necesidades básicas que podemos observar al interior de cada Estado Nacional. Por otra parte, las **Instituciones** son quienes responden a las necesidades básicas de las **Poblaciones, a través del ejercicio de las funciones propias de los sistemas de salud:** la prestación de Servicios Personales de salud (incluido el financiamiento), la Generación de Recursos, los Servicios de Salud Pública, y la tarea de Modulación (o Rectoría).

El enfoque es básicamente el mismo que el de la OMS. El concepto de Modulación, equivalente al de Rectoría, *“implica establecer, implantar y monitorear las reglas del juego para el sistema de salud, así como imprimir una dirección estratégica al mismo. El establecimiento de las reglas del juego es un proceso delicado en el que es necesario equilibrar los intereses de los diversos actores. Con demasiado frecuencia, esta función se ha descuidado, particularmente en aquellos sistemas de salud en los que el ministerio de salud dedica la mayor parte de sus recursos humanos, financieros y políticos a la prestación directa de servicios”*. (Frenk et al, 2000: 8)

⁹⁵ Las metrópolis latinoamericanas muestran con elocuencia este problema, manifiesto en la localización geográfica concentrada de la pobreza, simultáneamente al crecimiento de los llamados “barrios jardín cerrados”, encuadrados bajo el rótulo del fenómeno de la segmentación territorial urbana.

La falta de claridad en la definición de funciones de un sistema, en identificar claramente quienes son sus responsables, es un problema mayor para los sistemas. Con certeza sabemos quienes **Financian** y quienes **Prestan** los servicios. Sin embargo, en cuanto a la **Modulación** del sistema y la **Articulación** entre financiamiento y prestación, es cuando aparecen las dudas.

Principales sistemas de salud en América Latina

El sistema de salud se define entonces por la interacción específica entre Poblaciones e Instituciones. Esto es así por que la cuestión crucial para los países latinoamericanos, históricamente hablando, ha sido **el problema de la Integración de las Poblaciones y de las Funciones Institucionales, dentro del sistema de salud.**

Por el lado de la **Integración Poblacional**, podría ser entendida como un continuo, pero más útil trabajarla en términos dicotómicos, entre la Segregación y la Integración horizontal(universal). En la Integración horizontal de la población, toda la población tiene acceso libre a la oferta de instituciones existentes. En el otro extremo, tenemos la Segregación, producto de las desigualdades sociales, en donde los países desarrollan distintas instituciones, especializadas en la atención de las distintas poblaciones y sus demandas. En cuanto a la **Integración Institucional**, esta se refiere a los arreglos existentes para llevar a cabo las funciones de los sistemas de salud⁹⁶. Aquí también se opta por términos dicotómicos, donde tenemos en un extremos sistemas de **Integración Vertical**, donde la misma institución realiza todas las funciones. Mientras que en el otro extremo, de segregación o **Separación institucional**, donde las funciones se encuentran separadas en distintas instituciones.

En base a estos dos criterios dicotómicos, los autores reconocen cuatro modelos, en el sentido de construcciones típico ideales, que se ajustan más o menos los existentes en América Latina. Desde ya anticipamos que el Modelo Segmentado, es el que mayor semejanza guarda con los países de nuestro continente.

Cuadro 4.2. Modelos polares en América Latina		
Integración	Integración vertical de Funciones	Separación de Funciones
Horizontal población	Modelo Público unificado	Modelo de contrato público
Segregación población	Modelo Segmentado	Modelo privado atomizado

Fuente: Frenk y Londoño(2000)

⁹⁶ Financiamiento, Prestación de Servicios, Generación de Servicios y Modulación entre las funciones.

El Modelo Público Unificado

El Estado financia y suministra servicios directamente a través de un sistema único, integrado verticalmente. El caso extremo es el de Cuba, en el cual no existe posibilidad legal de elección por parte de la población. En Costa Rica es sistema público es casi universal, pero no existen limitaciones legales para elegir otros servicios. En el caso de Costa Rica, el monopolio público se basa en la capacidad del Estado de ofrecer servicios de calidad a bajos precios, en comparación con el sector privado.

“En cualquiera de las variantes del modelo público unificado, la función de Modulación con frecuencia se ve limitada por conflictos de interés o por que el monopolio público no ve la necesidad de esta función. Por ejemplo, cuando el ministerio de salud pública participa de manera directa en la prestación de servicios, puede desarrollar una renuencia a promover la acreditación de hospitales por temor a que sus propios servicios e instalaciones resulten deficientes”. Además de esto *“..la modulación se ejerce a través de formas de operación autoritarias, las cuales evitan los incentivos para el buen desempeño por parte de los proveedores”.* (Frenk, et al, 2000: 11)

Entonces la Rectoría o Modulación enfrenta principalmente los problemas derivados de la falta de incentivos institucionales adecuados, como para ejercer una función que impulse la excelencia en materia de salud. Frente a este tipo de modelos es que se aparecen las modalidades de *competencia administrada* o *cuasi-mercados*, al estilo inglés.

El modelo Privado Atomizado

La función de financiamiento se hace a través de pago directo de bolsillo del usuario, o mediante la intervención de agencias aseguradoras privadas, las cuales reembolsan los costos a los prestadores de servicios, pero sin una articulación evidente entre las funciones de prestación y financiamiento. Según el autor, no existen modalidades puras en América Latina, aunque Paraguay y Argentina presentan dos variantes a este tipo ideal.

En el Paraguay la modalidad se acerca bastante más al mercado libre, en donde la mayoría del gasto en salud es privado y ocurre dentro de un entorno de prestación de servicios altamente desregulado, con niveles de prepago o aseguramiento muy bajos.

El caso argentino asume una modalidad corporatista, caracterizada por la existencia de múltiples fondos de enfermedad exclusivos, no competitivos, a los cuales se accede por adscripción ocupacional, de manera obligatoria. Algunas veces los fondos (Obras Sociales) cuentan con sus propias instalaciones para la prestación

de servicios, pero el arreglo más común es el de que la Obra Social cubra la atención que reciba el afiliado, tanto en instituciones públicas como privadas. Esos fondos atomizados no han llegado a unirse en un instituto único de seguridad social, pero tampoco existe ninguna clase de competencia entre ellos.

El Modelo de Contrato Público

El financiamiento público se combina con una creciente participación privada en la prestación de servicios. Cuando el financiamiento público es universal, se habla de cobertura horizontal de la población. Esta modalidad teórica se inspira en la experiencia Canadiense, donde funciona razonablemente bien en función de la poderosa autorregulación profesional de las corporaciones médicas. Según los autores, el Brasil ha venido dando pasos hacia este tipo de modelo, hacia el cual, si bien con algunos reparos, no dudan en señalar su preferencia intelectual.

El Modelo Segmentado:

El modelo *predominante* o más próximo a la realidad en América Latina, donde la población se divide en tres grandes segmentos, que corresponden a otros tantos grupos sociales. La distinción fundamental se realiza entre población Pobre y la que tiene Capacidad de Pago. Este segundo grupo se diferencia a grandes rasgos entre quienes se integran formalmente al mercado de Trabajo, que son cubiertos por la seguridad social. El segundo grupo son las clases medias y altas, quienes muchas veces integradas a la seguridad social, pero a la cual no recurren, ya que se integran a modalidades de seguros privados, de mayor calidad.

Finalmente, los pobres urbanos y rurales, quienes carecen de niveles de ingreso o de inserción adecuada en el mercado de trabajo, lo que los aparta de la integración vía mercado o vía seguridad social. En el modelo segmentado, los Ministerios de Salud se encargan de la provisión de servicios a estos sectores Pobres (además de diseñar de programas de salud pública para que se beneficie el total de la población). Según las estimaciones de Frenk et al, la población se distribuye aproximadamente por tercios entre los tres sectores de atención (Privado, Social y Público, datos de: OPS 1994: Health conditions in the Americas).

La población se incorpora verticalmente, según grupos sociales específicos, y cada segmento institucional (Ministerio de Salud, Previsión Social y Sector Privado) desempeña las funciones de prestación y financiamiento de los servicios para cada uno de sus grupos específicos. Tal configuración del sistema presenta muchos problemas, ya que genera duplicación de servicios y desperdicio de recursos, especialmente en los servicios de alta tecnología. Además, generalmente conduce a

diferenciales importantes de calidad entre los diversos segmentos población, en particular los servicios que recibe la población pobre.

Por otra parte, se da un transvase constante de usuarios, de un sistema a otro, principalmente entre los usuarios de la Seguridad Social, que utilizan los servicios del sector privado o de la salud pública alternativamente, según su conveniencia. Por supuesto que esa alternativa está vedada para los usuarios “puros” de la salud pública (población pobre), quien debe resignarse a prestaciones de menor calidad, además de compartirlas con otros sectores sociales.

Cuadro 4.3. Integración poblacional segregada	
<i>Según la presencia o ausencia de capacidad de pago por parte de los individuos, además de su tipo de adscripción ocupacional, podemos reconocer tres modalidades de integración:</i>	
Con capacidad Pago	1) Seguro Social, instituciones de la Seguridad Social.
	2.a) Mercado: Seguro Privado. 2.b) Mercado: Carente de Seguro, pago de Bolsillo
Sin capacidad de Pago	3) Mediante la Salud Pública

Fuente: Frenk y Londoño(2000)

La búsqueda de nuevas opciones

Estos modelos están bajo revisión, intentos de superar sus deficiencias, especialmente el modelo segmentado, predominante en Latinoamérica. La existencia del modelo segmentado se fundamenta en la dualidad de los mercados de trabajo, además de políticas públicas destinadas a afirmar la exclusión.

Pero las tendencias de reforma apuntan a los modelos polares. En los 80s la tendencia era hacia los modelos públicos unificados. Si bien posee una fuerte sensibilidad por los temas de equidad, no parece ser un modelo que logre asegurar la eficiencia y la calidad en la oferta de servicios.

Por otra parte, otras tendencias, por preferencia ideológica o deficiencia presupuestal del Estado, han buscado otras alternativas, diferenciadas del gobierno central:

1. Privatización: la creación de las instituciones de salud previsual (ISAPRES), a raíz de la privatización de la seguridad social, como es el caso de Chile.
2. Descentralización: devolución de responsabilidades previamente centralizadas, a instancias locales.

El principal problema que presentan ambas variantes es la debilidad Modulatoria, que permita establecer reglas de juego claras, en el proceso de transferencia de responsabilidades. Los tomadores de decisiones locales han partido del supuesto, muchas veces erróneo, de que las iniciativa local o privada sabrá y podrá resolver los

grandes problemas en la limitación en la atención a salud. *“En estas condiciones, muchas iniciativas de privatización y de descentralización han resultado ser incompatibles con los requerimientos de equidad y, paradójicamente, tampoco han podido producir las ganancias esperadas en términos de eficiencia”*. (p. 15)

Pluralismo estructurado: un nuevo modelo

La propuesta de los autores consiste en pasar a articular el sistema de salud según funciones, y no según poblaciones como se hace al día de hoy. Los grupos sociales pasarían a integrarse horizontalmente, no de manera segregada, y las funciones institucionales (Provisión, Financiamiento, Articulación y Modulación) se diferenciarían claramente. Así se lograría especializar a cada actor (Seguridad Social, Mercado y Sociedad Civil y Ministerio de Salud) en funciones claves.

Según la tipología propuesta, el modelo de Pluralismo Estructurado incorpora los aspectos positivos del modelo de contrato (pluralidad de proveedores públicos y privados) y supera sus limitaciones. Se preserva la movilidad horizontal de la población, además se fortalece notablemente las funciones de MODULACIÓN y ARTICULACIÓN (es la vigilancia de la relación entre financiamiento y prestación de servicios).

Como conclusión: capacidades de Rectoría en Latinoamérica

La rectoría en salud importa, pero la lección es que los sistemas de salud difieren de tal manera, en cuanto a sus estructuras, como a sus propias posibilidades, que se hace muy difícil pensar en una receta única. Esta claro que en el fondo asistimos a diferencias que se fundamentan no solo en diferencias de necesidades poblacionales, sino también en cuanto a estructuras de provisión de bienestar, y de capacidad de los Estados Nacionales de articular a sus poblaciones bajo un estatuto común de ciudadanía.

Los imperativos de la reforma del bienestar en América Latina, debe considerar problemas que los países más desarrollados han logrado superar, con otros tiempos y con otras posibilidades, ciertamente. La consolidación de los Estados Nacionales, en un momento en que su propia existencia aparece cuestionada por la globalización, sigue siendo una tarea pendiente. Creemos que esa tarea es impostergable, a no ser que estemos dispuestos a arriesgarnos a dejarnos caer por un tobogán descendente, en el cual deterioro progresivo de las cualidades institucionales que aún conservamos, pueda llevarnos a situaciones aún más delicadas. El fallo de los Estados no es una entelequia, el riesgo de un regreso al estado de naturaleza, una situación donde no se puedan asegurar las garantías

mínimas para la convivencia social, es una de las alternativas en el horizonte de posibilidades de sociedades sometidas a enormes problemas sociales⁹⁷.

La construcción de capacidades de Rectoría en salud, implica revisar nuestras concepciones respecto a la reconstrucción de las capacidades de Estado. Parece evidente que América Latina, además de tener que mejorar en cuanto a la equidad en los resultados de sus sistemas de salud, también debe pensar en la solvencia financiera de los mismos. Pero, como hemos insistido, bienestar y estado nacional se han desarrollado de la mano. Los regímenes de bienestar, como parte de los mecanismos de regulación del Estado Social, apuntan a formas de incorporación ciudadana, de construcción de nación. Si queremos alentar un ciclo sostenido de desarrollo social, el diseño de la nueva política social, de la política de salud, debe atender, además de a la equidad, a la reconfiguración de un nuevo orden político.

⁹⁷ Cada vez se hace más frecuente la mención respecto al riesgo de "africanización" de América Latina. Esto no solo respecto a su marginación de las corrientes comerciales mundiales, sino más fundamentalmente, respecto a las capacidades de los estados latinoamericanos para asegurar bienes básicos como el orden público y la administración de justicia.

Capítulo V. Uruguay. Bienestar, Estado y capacidad de Rectoría en Salud

El Uruguay, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2002), se encuentra dentro del selecto grupo de países de *alto desarrollo humano*. Posición destacada, sobre todo si consideramos su exiguo nivel de renta. Su desempeño en indicadores sociales clave, como educación y salud, son los que justifican este lugar⁹⁸. Esta posición del país no puede ser explicado totalmente por el desempeño económico del país, sino más bien sobre la base de ciertas peculiaridades de su patrón de desarrollo. La política social se encuentra profundamente imbricada en la estructura estatal, es un rasgo político institucional, que da consistencia a toda la estructura del Estado Social uruguayo⁹⁹. El gasto público, históricamente, ha sido canalizado prioritariamente hacia esos fines, con grados variables de eficacia. (Davrieux, H. 1991)

La literatura comparativa también ha señalado, como nota característica del Estado uruguayo, la antigüedad y el grado de expansión de sus servicios sociales¹⁰⁰. Por ejemplo, según un historiador inglés, en el contexto Latinoamericano, el Uruguay *"..ha sido destacado por el desarrollo de una inusual trayectoria, en donde el temprano surgimiento de la legislación laboral y social, el crecimiento del sector público de la economía, la prominencia de las clases medias, y su adhesión a (e innovación en) formas liberales y constitucionales de gobierno, han sido todos aspectos característicos"*. (Finch, H. 1980: 1)

Si tuviéramos que resumir los principales rasgos de la evolución política del Bienestar en el Uruguay del siglo XX, deberíamos indicar la presencia de un sistema bipartidario estable, del cual emerge un elenco o personal político unificado, impulsor de una fuerte línea modernizante de la sociedad uruguaya¹⁰¹. Un elenco político que también supo asumir un importante papel en materia de "amortización del disenso social y de la marginalización de los sectores más desheredados". (Real de Azúa, C.: 90-95)

En definitiva, el consenso académico coincide en señalar que los pilares básicos del bienestar se instalaron de manera temprana en nuestro país. La Instrucción Pública primero, la Asistencia Pública y las políticas de Jubilaciones y Pensiones, además de una abundante regulación referida al Mercado de Trabajo.

⁹⁸ Según el IDH(2002), el Uruguay ocupaba el lugar número 40 dentro del grupo de 53 países de alto desarrollo humano. Por su nivel de renta, medido en dólares PPA per cápita, el Uruguay integraba el grupo de los 5 países de menores ingresos dentro de los países de desarrollo humano alto.

⁹⁹ Como hemos señalado en el marco teórico, la noción de Estado Social refiere a la participación pública sobre distintas esferas, mediante acciones reguladoras o de intervención directa, de la economía y la sociedad, cumpliendo una suerte de acción equilibradora en el orden social. (García Pelayo, 1977)

¹⁰⁰ Según Mesa-Lago, C.(1998:195), uno de los más connotados especialistas sobre la Seguridad Social en América Latina, el Uruguay es catalogado como pionero y más desarrollado Estado Benefactor en el hemisferio occidental.

¹⁰¹ Desde nuestra lectura de Real de Azúa, está claro que la constitución de un elenco político estable, con una clara orientación reformista y una fuerte inspiración social, son aspectos claves para comprender el "éxito" del Batllismo. De alguna manera, también son claves para comprender algunos desempeños recientes, en materia de elaboración de políticas públicas.

Sobre estos los cuatro pilares básicos se instalaría uno de los regímenes de bienestar más antiguos del continente. (Filgueira, C., y Filgueira, F., s/f)

Claro que con variaciones respecto a las modalidades bajo las cuales se efectivizaron esos derechos sociales. La implantación e institucionalización de derechos sociales claves, como educación y salud, muestran pautas claramente diferenciadas. Articulaciones diferenciadas, entre Estado y Sociedad, que pueden apreciarse en las peculiares configuraciones institucionales, históricamente asumidas en estas dos áreas de la política social. Es cierto que el armado del bienestar tiene su referente más directo en el ciclo reformista Batllista. Pero además de la iniciativa y la innovación, la política pública hunde sus raíces en las matrices institucionales, formales e informales, que las elites innovadoras asumen como datos de una realidad política concreta, de un espacio político¹⁰².

La Instrucción Pública data sus orígenes en el último cuarto del siglo XIX, con una eficaz expansión de los servicios, desde la enseñanza básica, efectivamente gratuita y obligatoria, hasta la enseñanza secundaria y universitaria¹⁰³. La fuerte participación del Estado, en la generación de infraestructura educativa y en la provisión directa de servicios, permitió al país culminar un exitoso proceso de integración de su población. (Rama, G., 1995). Resulta entonces difícil pensar en la expansión de la política de educación y el rol específico que el Estado jugó en ella, sin valorar adecuadamente el papel de la elite política durante el militarismo y el civilismo del siglo XIX. Las claves están ahí, en la capacidad del Estado para configurar una arena de política específica, como es la de educación. Es claro que en la arena de la política de educación, el Estado jugó un rol preponderante, cuasi monopolístico.

Pero no fue ese el caso de la política de salud, donde el Estado llega tarde al proceso de conformación de esta arena. Tal vez, frente a la elección de una intervención pública decidida, se halla optado por el sector educativo como prioridad, en función de su papel estratégico en la organización de una joven nación. La incorporación política y económica requiere de un sistema educativo que contribuya de manera efectiva a la construcción de la ciudadanía. Buena parte del éxito en la incorporación democrática, se debió a esa apuesta decidida por el sistema educativo, bajo control estatal centralizado y fuerte implantación nacional. En el sector salud, que también supo de fuertes impulsos reformistas, no se llegó a plasmar una presencia de la autoridad estatal fuerte, al estilo de la política de educación, de alimentación o de vivienda. La *Asistencia Pública* jamás llegó a

102 No pueden dejar de apreciarse las continuidades del primer Batllismo, en tanto empuje modernizador, con el fuerte impulso modernizante de la sociedad uruguaya durante los periodos históricos del Militarismo(1876-1886 y el Civilismo(1886-1903). Bertino, M., et al(2003).

103 Como ha enfatizado persuasivamente Rama, G.(1995), la educación funcionó efectivamente como un vehículo de integración y de movilidad social, aún para los hijos de obreros y trabajadores, que contaban con la expectativa cierta de poder acceder a la educación superior en la Universidad estatal.

eclipsar la presencia vigorosa de la Sociedad Civil. El Estado se limitó a ejercer un rol subsidiario, frente a la iniciativa enérgica de las asociaciones mutuales. Es en la propia implantación del sector, en su configuración original y posterior institucionalización, donde deben buscarse las razones de esta debilidad congénita del Estado para gobernar el sector salud.

La historia de la organización sectorial, su génesis y evolución, resultan esenciales para entender esta debilidad del Estado en la dirección de las políticas de Salud. Sobre todo en la evolución histórica de dos componentes claves del sistema de salud, como son los de Prestación de Servicios y de Autoridad Sanitaria (Rectoría en Salud)¹⁰⁴.

1.- Evolución histórica del Sistema Asistencial

Los primeros desarrollos institucionales, en cuanto al cuidado y asistencia de la enfermedad, datan de las primeras décadas de la fundación de Montevideo(1724). El primer *Hospital de la Ciudadela*, seguramente un rancho miserable, estaba dirigido a la atención de los obreros (y los presidiarios) utilizados en la construcción de las fortificaciones. Posteriormente, con la construcción del edificio en 1754, se convertiría en el Hospital Presidiario.

Los otros establecimientos serían el Hospital de la Tropa (1756) y el de la Marina(1769), creados a raíz de la importancia creciente de las operaciones militares contra portugueses e indios. En 1782 Miguel Gorman¹⁰⁵, Médico Jefe del *Protomedicato*¹⁰⁶ Real, propone la unificación de estos dos servicios, que se concretaría en 1797 con la creación del *Hospital del Rey*.

Como podemos ver, los primeros establecimientos con los que contaría la ciudad, no estarían dirigidos a la atención de la población en general¹⁰⁷. Quien contaba con recursos suficientes se atendía en su propia casa, por los distintos representantes del arte de sanar: médicos, sangradores, cirujanos, curanderos, etc.¹⁰⁸ Es que la atención de la salud, en los siglos XVIII y XIX, es un fenómeno esencialmente privado, del cual las familias debían hacerse cargo mediante sus propios medios. La práctica médica no se realizaba propiamente en ambientes hospitalarios, más bien todo lo contrario¹⁰⁹.

La asistencia pública existía sólo para los indigentes y reclusos en la sociedad

¹⁰⁴ En Veronelli et al(1994: 65-85) y sobre todo en Piotti, D.(2002), pueden encontrarse buenos relatos sobre la evolución histórica del sistema de salud.

¹⁰⁵ Irlandés de nacimiento, llega a estas tierras con la misión del Virrey Ceballos, encargado de expulsar definitivamente a los Portugueses del Río de la Plata. Formado en París, el Doctor Gorman sería el impulsor del Protomedicato, institución que se crearía por real cédula en 1780, en la ciudad de Buenos Aires.

¹⁰⁶ Institución pionera desde la cual se desarrollarían las posteriores autoridades sanitarias. El protomedicato es creado en las Indias por real cédula en 1646 (Méjico y Perú), a imagen de su par español. Su finalidad es la de controlar el curanderismo y el ejercicio ilegal de la profesión médica, además de reglamentar el funcionamiento de las Boticas.

¹⁰⁷ La excepción notoria son los establecimientos para la atención de los militares, población movilizada, separada de sus familias.

¹⁰⁸ Al decir de BARRAN(1992), ninguno de estos grupos contaría con el monopolio exclusivo de la curación. Esto recién se concretaría durante el primer Batllismo, en la figura de los médicos.

¹⁰⁹ Según Foucault, M(1999) los Hospitales comienzan a ser asumidos como dispositivos sociales dirigidos a la curación de las personas recién sobre fines del siglo XVIII. Primero los hospitales militares, luego los civiles, en progresivo proceso de "disciplinamiento", característico de la sociedad decimonónica.

colonial, y esto en condiciones muy elementales, miserables. Habría que esperar hasta 1788, con la creación del Hospital de Caridad, para contar con un establecimiento que atendiera a la población carente de recursos.

Las Leyes españolas preveían la existencia de Hospitales en todas las ciudades del reino. Para su administración la monarquía española preveía la existencia de las "Hermandades de Caridad", antiguas instituciones reales (datan del año 1421) que fueron exportadas a las Indias.

Así se crearían en Montevideo la "*Hermandad de San José y La Caridad*" en 1775. Posteriormente se crea también la "*Hermandad de la Caridad del Campo*" en 1779. Conflictos entre las dos órdenes, donde intervendría también el Cabildo, se resolverían en recién en 1789 por orden real, mediante la fusión de ambas instituciones.

Se crea entonces la primera **Junta de Caridad**, responsable de la administración de los bienes enajenados por la corona a los Jesuitas, cuyo fin sería la creación de Hospital y Asilo de Huérfanos. Esta Junta de Caridad, encargada de la administración de la beneficencia pública en la ciudad, sería el germen de las primeras formas de Políticas Sociales, administradas por la caridad religiosa.

El empuje Mutuo y la estatización de la Beneficencia

El fuerte impulso modernizador, de finales del siglo XIX, comienza a modificar esta situación. La sociedad civil, en la forma de las órdenes religiosas y comisiones de caridad, habían desempeñado un rol fundamental en el financiamiento y la gestión de las instituciones de caridad. El Estado comenzaría a asumir un rol determinante en la dirección de la asistencia.

La creación de nuevos Hospitales Públicos toma un impulso inusitado. En 1878 se crean el Hospital de Salto, en 1880 el Hospital VILARDEBÓ, los de Colonia, Florida y Paysandú en 1896, el FERMIN FERREIRA (Montevideo, 1891). El Hospital de Niños y Mujeres en 1905 (PEREYRA ROSSELL), el Hospital PASTEUR y el Asilo PIÑEIRO del CAMPO en 1922, el Hospital del Norte (MUSTO) y el Pedro VISCA en 1922, el SAINT BOIS en 1928¹¹⁰.

Precisamente, es durante el "primer Batllismo" en que se construye la mayor parte de la infraestructura hospitalaria pública. Según Barrán, J. (1992), de los 50 establecimientos hospitalarios existentes en el país entre 1900-30, 44 habían sido creados durante ese período (el 88%). Los únicos establecimientos públicos importantes, creados con posterioridad a este período, serían el Hospital Universitario de Clínicas en 1953¹¹¹ y el Hospital Policial (1978-86).

¹¹⁰ Torres Bruno, O., 1978.

¹¹¹ El proyecto del Hospital Universitario es de larga data. Su ley de creación del 24 de octubre de 1926.

Según la visión de los historiadores, la caridad, en manos del Estado y las clases altas, “..cuidó a los pobres con severidad y autoritarismo iluminista, iniciando así una tradición hospitalaria que la salud pública continuó en el novecientos cuando estuvo en manos del Estado y los Médicos”. (BARRAN, J.P. 1992, p.51)

Pero esa creciente estructura de asistencia estatal estaba inserta dentro de una más compleja e intrincada red social. Fenómenos como el *Mutualismo habían anticipado al Estado, mediante fórmulas autogestionadas, en la búsqueda de fórmulas de solidaridad y de excelencia en la prestación de servicios sociales. La sociedad también había sabido brindar respuestas diferenciadas, más o menos eficaces, a las demandas de asistencia de importantes sectores de la población.*

Estas instituciones, que hoy dan cuenta de la cobertura asistencial de más del 50% de la población, *gozan además de un importante nivel de aceptación social, en cuanto a la calidad de los servicios que brindan*¹¹². Para entender como surge este fenómeno, también debemos mirar hacia el siglo XIX, al fenómeno de crecimiento poblacional asociado a los flujos migratorios. El cambio poblacional, debido al aluvial ingreso migratorio¹¹³, impactaría fuertemente en la sociedad criolla. No solo traían espíritu de trabajo y voluntad de incorporarse a una sociedad nueva, sino también los principios de organización sobre los cuales se comenzaría a fundar el fenómeno mutual.

Esas ideas de autogestión, de solidaridad y cooperativismo, tienen su origen en las instituciones corporativas medioevales de los artesanos. Su objetivo es el de brindar una *red de protección social* a sus miembros, en sociedades donde el soberano se limitaba mayormente a brindar protección de tipo militar. Estos principios, sumados a cierto aliento político *anarquista*, comenzarían a tomar carnadura en estas nacientes instituciones sociales.

El mojón crítico es sin lugar a dudas la fundación de la **Asociación Española 1ra de Socorros Mutuos**. Pionera en América, la Española es creada en 1853 por un grupo de inmigrantes españoles, cuando el país estaba saliendo de los desastres de la terrible “*Guerra Grande*”(1839-52). Su experiencia sería prontamente imitada, en el resto del país, como en el continente¹¹⁴.

Sus objetivos eran los de prestar una pequeña retribución a los enfermos y desacomodados en base a un fondo común. Para esos fines la Asociación contaría con un Médico, con Sangrador y Botica. El subsidio, de un patacón diario, comenzaría a regir al momento de la certificación médica. También se harían cargo de los gastos

¹¹² Los estudios de opinión pública en Montevideo confirman de manera sistemática esta imagen. Además de la concepción, a nivel masivo, de la salud pública como asistencia para pobres.

¹¹³ Para ser más exactos, el crecimiento real sería entre 1860-1900 en que la población se multiplicaría por cuatro. Lo que sí se produce entre fines de la Guerra Grande y el surgimiento del movimiento mutual es un importante recambio de toda la elite comercial y terrateniente(europeos).

¹¹⁴ Se crearían Mutuales, a semejanza de la uruguaya, en Argentina, Chile, Paraguay, Perú. Véase en: “La Asociación Española 1ra Socorros Mutuos”(1979).

de entierro del afiliado, contando con un panteón social, así como de los gastos de repatriación (a España) si fuese necesario.

A partir de allí la expansión del fenómeno MUTUAL es notable: en 1853 Asociación Española Primera de Socorros Mutuos; 1854 Sociedad Francesa de Socorros; 1862 La Italiana; 1866 La Fraternidad; 1880 Círculo Napolitano; 1885 Círculo Católico de Obreros. En el interior también se fundan Asociaciones Españolas: en Salto (1867), Colonia (1871), Melo (1876), Nueva Palmira (1882), Mercedes (1885), y muchas otras más.

Estas formas de gestión, mediante organizaciones sin fines de lucro, que ponen a disposición de la población servicios de alta calidad, se irían *introyectando* en la mentalidad de la sociedad uruguaya. Claro que con el agotamiento de los flujos migratorios, el crecimiento del fenómeno Mutual se interrumpiría.

En este punto, la creación del Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU, 1935), le daría un nuevo impulso al Sistema de Salud, otra vez desde la sociedad civil. Si bien se define jurídicamente como una Sociedad de Producción, por lo atípico de su organización, *sin fines de lucro*, puede ser entendida como una *continuidad del movimiento mutual*, en un momento en que se extinguían los movimientos migratorios.

El CASMU significaría la consolidación del Poder Médico como clase, de su poder simbólico como guardianes de la salud, constituyendo un punto decisivo en la transformación y crecimiento del sector privado colectivo, tanto en el número de afiliados como en la calidad de la atención.

Los motivos para la creación del CASMU fueron varios: fuente de trabajo para una creciente clase médica; resistencia corporativa de los médicos a trabajar en organizaciones con fines de lucro, dirigidas por empresarios no médicos; fortalecer al SMU (1920), quien había visto decrecer su masa de afiliados (400 iniciales a 300 en 1935); el deseo de trabajar en condiciones acordes a los preconizados por los sectores académicos, sin limitación de recursos. (LABADIE & SANCHEZ, 1993).

Además, el CASMU, al constituirse en la primera empresa de salud del país, establece a la agremiación como una condición para que las distintas empresas médicas puedan contratar con él¹¹⁵. El CASMU impulsaría la medicina colectiva, incorporando progresivamente a los sectores de mayores ingresos, haciendo prácticamente desaparecer la práctica asistencial particular.

Así es que el surgimiento de las nuevas modalidades de gestión asistencial, que originariamente se constituían como empresas o cooperativas de producción de

¹¹⁵ La teoría de los incentivos selectivos de OLSON, para explicar la activación de la acción colectiva, se ajusta perfectamente a esta situación.

salud, comenzarían a imitar los principios del Mutualismo¹¹⁶. Estas instituciones serían reguladas por Ley recién en 1943, fecha en el que el número de afiliados alcanzó a los 300 mil.

El siguiente impulso al sistema sería la creación de los Seguros Obligatorios de Salud, integrando a los sectores obreros mediante Convenios Colectivos¹¹⁷ por empresa o sector industria. En 1960 la Construcción; Lana y Cueros 1961; Textil, Frigoríficos, Pesca y Mercantes, Gráficos, Transporte Automotor, en 1966. Por la misma época comienzan a incorporarse a los seguros de salud los funcionarios Estatales y de Empresas públicas.

Estos Seguros canalizarían sus recursos hacia las IAMC, principalmente hacia el CASMU, que se masifican rápidamente. Pero esta masificación generaría nuevos problemas a las instituciones, debido a la nueva escala de asistencia. Problemas de gestión en las distintas comisiones honorarias, de control y manejo de fondos, así como también el hecho de ser un importante feudo del sindicalismo uruguayo (bajo control de la izquierda).

Así, primero bajo el gobierno del Presidente Pacheco, luego de forma más abierta por la Dictadura Militar, estas comisiones son intervenidas y puestas bajo directo control estatal. Se las centralizaría en lo que se llamaría la Administración de Seguros del Salud (ASSE), posteriormente DISSE, en la órbita del Banco de Previsión Social, recientemente creado con la reforma constitucional de 1966.

La Autoridad Sanitaria Nacional (Rectoría en salud)

Como hemos podido ver, en la evolución de las formas de prestación de servicios de salud, la sociedad civil ha tenido un rol preponderantes, contrastante con otros aspectos del Bienestar en el Uruguay. El Estado se juega un rol marginal, subsidiario, limitándose a la prestación de asistencia para los sectores más desprotegidos, reproduciendo viejas claves de funcionamiento de la caridad religiosa. El Estado y sus servicios de salud jamás cuestionarían el estatus de primacía de la sociedad.

Esto tendría consecuencias en la constitución de su rol como autoridad central, como planificador y regulador, como Rector del sistema de salud. En este apartado veremos la evolución histórica de la autoridad estatal en el sector salud.

Los primeros antecedentes institucionales de autoridad sanitaria lo constituyen el *Prothomedicato* español, establecido en Buenos Aires en 1782, con jurisdicción sobre todo el Río de la Plata. Las funciones de esta institución eran básicamente tres: de Dirección y Gobierno de la Enseñanza de la Medicina, Cirugía y Farmacia; de Administración de Justicia y vigilancia del ejercicio de la profesión; Financiera,

¹¹⁶ Esto más que nada debido a la resistencia sistemática del gremio médico en incorporarse a organizaciones cuyos fines eran exclusivamente el lucro. Además debemos mencionar toda una serie de exenciones impositivas, generadas fundamentalmente en la década de los sesenta y cuyos destinatarios son las formas mutuales.

¹¹⁷ En esto haría punta el CASMU, promoviéndolos en toda su extensión posible.

fijando aranceles, multas, administración de fondos, regulando las Boticas.

La primera institución asentada territorialmente en la Banda Oriental es la **Junta de Sanidad Marítima**, creada por el Cabildo de Montevideo en 1804, a iniciativa del Gobernador Ruiz Huidobro. Su objetivo es el de vigilar el tráfico marítimo en el puerto de ultramar que era Montevideo, vigilando las corrientes migratorias (hombres libres y esclavos), asociadas al contagio de las enfermedades infecto contagiosas.

En 1829, con la independencia definitiva del país, se crea la **Comisión de Higiene Pública**, primera autoridad sanitaria de la República. Integrada por cuatro miembros, designados por el gobierno. Sus funciones son similares a las del *Protomedicato*. Entre 1830-31 se institucionaliza en la figura del **Consejo de Higiene Pública**. Incorporándose a su órbita la **Comisión de la Vacuna**, institución creada en 1829 para la aplicación de la vacuna antivariólica.

Este Consejo pasa a hacerse dependiente del Ministerio de Gobierno en 1836, bajo el nombre de **Junta de Higiene Pública**. Integrada por el Ministro de Gobierno, Jefe de Policía, Juez de Crimen, el Capitán del Puerto, Médico de Policía, cirujano Mayor del Ejército, Médico de Sanidad y un profesor de Medicina como secretario. El objetivo era el de crear un Reglamento de Policía Sanitaria.

En 1838 se cambiaría su denominación por el de **Junta de Higiene Pública del Estado**. Esta institución constituye un hito fundamental en el avance de la profesión médica en nuestro país, al estar integrada predominantemente por Médicos. Entre ellos se contaban al Dr. Teodoro Vilardebó, recientemente graduado en Francia.

En el año 1889, se nacionalizan por el Estado al Hospital de Caridad, los Asilos de Dementes, de Huérfanos y Expósitos, de Mendigos y demás instituciones análogas. El 20 de julio de 1889 se crearía la **Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública**, integrada de forma honoraria y bajo la dependencia directa del Poder Ejecutivo¹¹⁸. Las instalaciones de lo que era la beneficencia se integran así al patrimonio nacional.

En la creación de esta Comisión tendría importante incidencia la recientemente creada Facultad de Medicina (1876). Los conflictos entre la Universidad, representante de la ciencia y el progreso, con las órdenes de caridad religiosas, radiaba a los médicos en formación del imprescindible contacto clínico con los pacientes. La solución del conflicto se inclinaría en favor de la incipiente "Clase Médica".

El Estado continuaría asumiendo y concentrando responsabilidades. El 1 de octubre de 1895 se crea el **Consejo Nacional de Higiene**, unificando bajo la órbita del Ministerio de Gobierno, en un organismo específico con responsabilidades bien delimitadas, las funciones de Higiene y Asistencia públicas.

¹¹⁸ Integrada por 21 vecinos "notables", con sus respectivos suplentes, designados por el Poder Ejecutivo.

Con la administración del Presidente Williman, el 9 de octubre de 1911, se sustituye a la Comisión de Beneficencia, creándose el **Consejo de la Asistencia Pública Nacional**, que consagra la doctrina del derecho a la asistencia por parte de todos los ciudadanos. Los ciudadanos sin medios tendrían ahora el Derecho a que el Estado les proporcione de manera gratuita la asistencia médica necesaria. Según los historiadores, este principio de la Asistencia Pública, para el contexto americano, es francamente revolucionario. **Se pone fin a la asistencia basada en la caridad, al menos desde el punto de vista formal.** Fuerte influencia jugó la Facultad de Medicina, en su lucha por superar las barreras impuestas por la Comisión de Caridad¹¹⁹.

El largo camino emprendido en la consolidación del Estado nacional, del cual el Batllismo fue su más brillante representante (aunque no el único ni el primero), confluiría con el proceso de *medicalización*¹²⁰ de la sociedad uruguaya. Proceso en el cual se consolidaría el Poder Médico, donde el laicismo como filosofía de Estado, impondría la *sacralización* de la Medicina. La medicalización de la sociedad posicionaría a la corporación médica como *los nuevos sacerdotes en el culto a la racionalidad del Estado*. (BARRAN, 1992)

Ese largo proceso alcanzaría sus momentos culminantes en la década de los treinta. Primero con la creación del **Consejo Nacional de Salud Pública**(1931), que uniría a los de Higiene(1895) y Asistencia Pública(1911), con el *Instituto Profiláctico de la Sífilis*(1917). Posteriormente la gran centralización de la autoridad sanitaria, que se concretaría con la creación del **Ministerio de Salud Pública**(1934), durante la dictadura de TERRA.

La reglamentación y vigilancia del funcionamiento de las instituciones privadas de asistencia, de las instituciones de carácter científico y gremial referidas a la salud, además de la administración de los centros hospitalarios, se colocaban al máximo nivel institucional. Todo esto en manos de la Ciencia Médica, del cual el Ministro BLANCO ACEVEDO es uno de sus representantes más conspicuos¹²¹. A partir de este momento comienza a cristalizarse la configuración institucional del sector, pasando a ser cada vez más difícil la introducción de reformas en el sector salud, al punto de que muchas de ellas se procesaría bajo regla autoritaria.

Por ejemplo en 1943, con el decreto ley 10.384 que establece el **primer marco regulatorio** del sector privado de la Salud. Las circunstancias de esta ley, transición del TERRISMO, ha llevado a hablar de su *imposición bajo Dictadura*. Sin embargo, el período de la presidencia de BALDOMIR(1938-43), fue de una importante

¹¹⁹ Que en buena medida reproducía el debate que a nivel político y social generaban los Positivistas, nucleados en la Universidad de Vázquez Acevedo, y los Espiritualistas, agrupados en el Ateneo de Montevideo.

¹²⁰ Entendido esto como un triple proceso: creciente rol del médico en el cuidado de la enfermedad; la salud como el bien social supremo; la asunción popular de conductas y costumbres derivadas del saber médico (Portillo, 1993).

¹²¹ La creación del Ministerio de Salud era una propuesta del SMU en el año 1921, del Dr. Joaquín de Salterain.

innovación en materia de concertación social y de mejoramiento en cuanto a las condiciones de vida de los trabajadores(FREGA et al, 1987). Se puede decir además, que el decreto 10.384 contemplaba claramente las demandas regulación, que venía exigiendo la corporación médica.

Habría que esperar, ahora sí, hasta la última Dictadura Militar para el más importante ajuste institucional del sector. En el año 1976, se crea la Administración de Seguros de Salud(ASSE), que concentran los distintos seguros de salud dentro de la estructura de la Dirección General de la Seguridad Social (DGSS, posteriormente BPS).

El posterior jalón es la modificación del marco regulatorio del sistema mutual en 1982. Este nuevo marco, contenido en la Ley 15.181, fue el resultado de un concienzudo análisis, financiado por la Fundación KELLOGS. Este marco normativo permitió sobrellevar la importante crisis mutual en 1982-82, con cierres masivos de mutualistas. El Fondo Nacional de Recursos, encargado de financiar los actos médicos de alta complejidad¹²², es también una importante innovación institucional que corresponde a este período.

Una de las últimas innovaciones de importancia, fue la creación de la Administración Servicios de Salud del Estado (ASSE, 1987), en plena reinstauración democrática. El ambicioso proyecto originario, sufrió importantes contramarchas en su discusión y negociación parlamentaria. Lo que parecía ser la gran oportunidad de crear bases del Sistema Nacional de Salud, se limitó a la creación de un órgano encargado de la Administración de los Hospitales, bajo estricto control Ministerial. (Piotti, D., 1998)

En esta reseña histórica hemos tratado de enfatizar los aspectos político institucionales *fundacionales* del sistema, aspectos que operan como eficaces bloqueos a la hora de procurar realizar una reforma en el sector. Dentro de estos factores que han coadyuvado en contra de la constitución de una autoridad estatal fuerte, similar a la de otros sectores de la política social, podemos mencionar:

- El dinamismo de la Sociedad Civil, manifiesto en formas asociativas como el sector Mutual(IAMC), el cual ha gozado históricamente de un alto reconocimiento y prestigio social.
- La “clase médica” es una corporación de alto poder, desde su alianza temprana con el Estado Batllista, en el cual el reconocimiento mutuo implicó la afirmación de esferas de poder respectivas.
- Los servicios de Salud Pública (estatales) han brindado, desde sus orígenes, una salud para pobres. La calidad de sus prestaciones contrasta fuertemente con las del sector IAMC.

¹²² Mediante un fondo generado por una sobrecuota pagada por los afiliados a las IAMC, además de aportes directos del Estado por la cobertura de la población usuaria de la Salud Pública.

- La progresiva instauración de los Seguros de Salud (1960-85), han contribuido a fortalecer el Rol y prestigio de las IAMC, al ser efectores de los fondos públicos, brindando una atención muy diferenciada a la prestada por la salud pública.
- La debilidad del aparato burocrático estatal (MSP) no le ha permitido llevar a cabo una efectiva función de regulación y vigilancia sistémica.
- Participación estatal excesivamente fragmentada, debido a la multiplicidad de efectores públicos, que debilitan el rol del Ministerio como actor central.
- Debilidad del liderazgo Ministerial, que explica los problemas para diseñar e implementar una política nacional de salud.

En conclusión, la evolución histórica desde los establecimientos de caridad hacia los hospitales públicos, no logran romper con su finalidad originaria, de brindar una asistencia para pobres. Esto define el rol fundacional de la Salud Pública, netamente subsidiario al más dinámico de la sociedad civil. Los intentos del Batllismo de integrar a la Salud como un Derecho básico en la construcción de la ciudadanía social, con fuerte presencia estatal, al estilo de la política de educación, perderían gradualmente impulso. La iniciativa del Estado se produciría solamente bajo circunstancias excepcionales, de crisis profunda en el sector, donde los poderes del Leviatán estatal parecen adquirir mayor contundencia¹²³.

2.- La evolución reciente

La recuperación democrática en el Uruguay, con la elección de un gobierno electo popularmente(1984), fue un hito de significación. Las expectativas sociales, en un contexto de grave crisis económica, se canalizaron por varias vías. Sin dudas la más importante fue la Concertación Nacional Programática (CONAPRO), confluencia de fuerzas sociales y políticas por la apertura democrática¹²⁴. La Convención Nacional Medica, realizada en 1984 también se posicionaría respecto a la necesidad de una transformación fundamental en el sistema de salud. Por distintos carriles, sociales y políticos, iba cuajando la idea de concretar un sistema nacional de salud.

Entonces, desde el reinicio mismo de la institucionalidad democrática, los cambios más importantes en el sector se procesarían dentro de las estructuras estatales, dentro de las cuales Piotti, D.,(2002) reconoce cuatro etapas. La primera fue la propuesta de creación del Servicio Estatal de Salud, que al ser bloqueado parcialmente, dio paso a la segunda que se concretó en la creación de la

¹²³ La creación del MSP en 1934, la centralización de los Seguros de Salud en el BPS en 1974, o la propia creación del Fondo Nacional de Recursos en 1979, por mencionar algunos hitos reformistas bajo regla Autoritaria.

¹²⁴ Villar, H.,(2003: 12-14) enfatiza la importancia de este momento de la CONAPRO, especialmente la mesa de trabajo sobre el sector Salud. Además de la representación partidaria, estaba presente el PIT-CNT, los gremios de la Salud, FEUU, el SMU, Asociación Odontológica y la Cámaras de Laboratorios y Medicamentos. Una propuesta de Sistema Nacional de Salud surge de esta mesa, siendo referencia fundamental en desarrollos políticos posteriores.

Administración de Servicios de Salud del Estado(1987) como organismo desconcentrado del MSP. La tercera fue el proyecto presentado por el PE en 1995, que fuera totalmente bloqueado (Proyecto Solari). La cuarta parte se encuadraría ya dentro de los procesos de consultaría externa¹²⁵ y del Programa de reforma del Estado¹²⁶. (Piotti, D.2002: 205-06)

La Administración de Servicios de Salud Estatales(ASSE, 1987), órgano desconcentrado del MSP, especializado en la dirección de los servicios de salud públicos fue un jalón de importancia. La contraparte de este proyecto, que apuntaba a separar las funciones de provisión de las regulación, era el fortalecimiento de la estructura central en sus roles de rectoría. Durante la administración blanca(1990-95), se continuaría con una línea de fortalecimiento de la gestión estatal y de acumulación en términos de conocimiento del sector social, pero no se producirían mayores reformas¹²⁷.

Habría que esperar al período de gobierno 1995-2000, donde se afronta marca el inicio de una de las experiencias políticas más innovadoras en las prácticas de gobierno nacional. Con un Presidente electo en una situación de “triple empate”, los hechos impusieron la necesidad de acuerdos político-parlamentarios, en un grado y profundidad jamás antes alcanzados. La coalición entre Colorados y Blancos se manifestó en la conformación de un gabinete bicolor¹²⁸, además de un importante consenso programático en materia de políticas públicas. (Lanzaro, J.: 151-169) La entidad política de las reformas emprendidas e implementadas exitosamente en este período, exime de mayores comentario: Seguridad Social, Educación, Constitucional, Marco Energético, Administración Central. A esto podemos agregar los desempeños particulares exhibidos en la instancia presupuestal y de rendición de cuentas. La coalición funcionó de una manera relativamente compacta, hasta prácticamente el último día de gobierno¹²⁹.

La propuesta reformista del Foro Batllista

Los objetivos programáticos de la política de salud propuestos por el gobierno, puede resumirse en cinco grandes puntos. En primer lugar el **Fortalecimiento del Mutualismo**, en segundo lugar la **Modernización de los**

¹²⁵ Que no fue para nada menor, en cuanto a la importante acumulación de conocimientos, la sistematización de diagnósticos respecto a la estructura del sector salud y la generación de cuadros técnicos en el marco de los programas PROMOSS y FISS. En Moreira, C., et al(2002) hay una buena crónica sobre el proceso de acumulación de conocimientos sectoriales y su relación con los diagnósticos de las agencias internacionales como el BM.

¹²⁶ Gestado por la ley Nro.16736 de Reforma del Estado, aprobada en 1995. En Narbondo y Ramos(2002), hay un análisis de esta ley, donde se resalta su fuerte impronta NGP para la reforma de la Administración Central. Como veremos más adelante, el MSP se incorporaría, de manera tardía a esta ley, mediante el proyecto de reestructura del MSP elaborado por el Ministro Fernández Ameglio.

¹²⁷ Tal vez la innovación mayor se halla dado en la órbita de los servicios de medicina intensiva CTI. Hasta ese momento, cuando el MSP requería de esos servicios para sus pacientes, los contrataba mayormente al sector privado. Los sobrepagos y abusos en el cobro de tratamientos, llevó a que durante la administración “neoliberal” del Presidente Lacalle se tomara la iniciativa de fortalecer los servicios de CTI estatales. El ahorro económico del MSP y el control de las tarifas de los proveedores privados, fue un interesante anticipo de mecanismo tipo “competencia administrada”.

¹²⁸ El PN contaría con cuatro carteras ministeriales en 13, entre ellas las estratégicas de Defensa y Relaciones Exteriores.

¹²⁹ Las deserciones ministeriales, que se manejaban prácticamente como un hecho para el año previo a la elección, no se llegaron a producir.

Hospitales, el Abatimiento de la Mortalidad Infantil, el Mejoramiento de la Salud de Jóvenes y Adolescentes y el quinto punto la elaboración de Programas Socio-sanitarios para Ancianos.

Según el propio Ministro, el Doctor Enrique Solari¹³⁰, la reorganización del MSP es un objetivo principal para su gestión. Mejorar la eficacia y la eficiencia de los servicios de salud públicos, aumentando también la inversión en la deteriorada infraestructura hospitalaria. Es preciso crear un padrón de usuarios de Salud Pública, identificando claramente aquellos individuos que tienen derecho a la asistencia gratuita. Quienes tuvieran capacidad de pago podrían optar por una modalidad de forma prepaga, eligiendo un prestador de su preferencia, público o privado.

Esto podría ser una fuente importante de recursos para ASSE, **complementaria a la venta de servicios por parte del Estado a las instituciones que carecen de infraestructura adecuada**, como por ejemplo servicios Quirúrgicos o de CTI. Esto llevaría en el mediano plazo, a una saludable fórmula de competencia entre prestadores de servicios de salud públicos y privados¹³¹. Descentralización hospitalaria mediante, donde los centros hospitalarios pasarían a autogestionarse y elaborar sus propios presupuestos. En este esquema ASSE sería transformada y jerarquizada en un organismo que asumiría el contralor, fiscalización y supervisión de la calidad de los servicios brindados por los hospitales. El MSP pasaría a ocuparse de las políticas superiores de salud, buscando establecer mecanismos de coordinación entre el sector privado y ASSE.

El “trancazo” parlamentario

La estrategia de reforma del sistema de salud se pretende implementar a partir del trámite presupuestario (estrategia también adoptada por Educación)¹³². Previo a la presentación del proyecto, el Ministro inicia una ronda de contactos previos con los diversos integrantes de la arena política, presentándoles un extenso y ambicioso proyecto de presupuesto¹³³. El ministro apuesta fuerte de entrada, señala que su intención es la de crear el “Ministerio de Salud”, fortalecer el servicio descentralizado ASSE, modificar el estatuto del funcionario público y limitar de paso fuertemente las autonomías de los Hospitales de Clínicas, Policial, Militar, Asignaciones Familiares, Banco de Seguros, etc. Reafirma el principio de atención

130 Técnico de dilatada trayectoria y reconocida experiencia en el campo de las políticas de salud.

131 Declaraciones del Ministro Solari, diario “La República”, 27/11/95.

132 En Caetano, G., y Pérez, R., (1998) se puede encontrar una muy buena crónica referida proceso de discusión del presupuesto de 1995, de notable valor por la importancia de las reformas introducidas mediante ese trámite.

133 La comparación de los estilos de liderazgos de Solari y del Presidente del CODICEN, Profesor Germán Rama, merecerían un tratamiento aparte. El importante apoyo inicial que recibió el sector educación se debió a los buenos oficios del Presidente del CODICEN, tanto con los sectores gremiales, como con la oposición política al gobierno.

gratuita solo para el caso de notoria indigencia¹³⁴ y reivindica el principio de la obtención de ganancias por parte de los servicios públicos.

La arena política se ve sacudida, conmocionada, ante la radicalidad de las reformas (y la extensión de los intereses que se verían afectados). Pero el proyecto que se presenta finalmente ante el Parlamento por el Ejecutivo es otro, más acotado y circunspecto. Este proyecto se centra en la transformación de la ASSE, convirtiéndola en un organismo independiente del Ministerio, con la responsabilidad de iniciar el progresivo proceso de descentralización de centros hospitalarios. El objetivo del presupuesto del MSP es transformar ASSE en una gran empresa pública de venta de servicios. Según el ministro: *“las realidades políticas hacen que las posibilidades de dar este paso, que para nosotros es muy importante, sean muchísimo más altas si se incluye en la ley de presupuesto. Este proyecto podría llegar a tener de dos a tres años de tratamiento y culminar de una manera totalmente diferente y, probablemente, distorsionada con respecto a lo que se propuso, si se la somete al trámite normal que tiene cualquier ley en el parlamento”* (citado por el Semanario Brecha, 22/09/1995).

El eje de la propuesta SOLARI es la ASSE, estableciendo que ese organismo se pasaría a regir financieramente por el artículo 221 de la Constitución, el mismo que regula diseño presupuestal de los Entes comerciales e industriales del Estado. En los hechos implicaría una autonomización de los servicios públicos de salud, el máximo grado posible de autonomía presupuestal que prevé nuestro régimen constitucional para un organismo público. Pero el proyecto sería vapuleado en la Comisión de Salud de Diputados, donde comienza a deshilacharse progresivamente. La propuesta descentralizadora y de autonomía hospitalaria, que se sustentaba sobre la creación de ASSE como un organismo descentralizado, comienza a empantanarse ante la acusación de inconstitucionalidad. La idea de generar un polo de competencia, que sirviera como eje dinamizador del sistema de salud, debería ser abandonada. La notoria derrota de la estrategia reformista deteriora la figura y el liderazgo del Ministro, quien terminaría renunciando poco tiempo después.

Los límites del reformismo

El ambicioso proyecto ministerial no pudo superar el bloqueo parlamentario. La disciplinada coalición entre Blancos y Colorados, que había resuelto de manera ejecutiva otras importantes reformas, no se pudo sostener ante la propuesta del Ministro. Para comprender la hostilidad al proyecto hay que entender la estructura de intereses en juego, a los que esa propuesta de competencia afectaría. El sector privado comprende la cobertura de poco menos del 50% de la población uruguaya,

¹³⁴ Tal cual se expresa en el artículo 44 de la Constitución, vigente desde la constitución de 1934, donde se establece que *“El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”*.

siendo en Montevideo superior al 60%. Además, como ha sido señalado, la diferencia en cuanto a la calidad de la atención es abismal (la atención pública es “una medicina para pobres”). Suponer que el MSP pudiera competir en Montevideo, en cuanto a oferta de servicio, resulta, por lo menos fantasioso.

Si observamos la “clientela” de Salud Pública, algunas cifras son esclarecedoras: 300 mil usuarios en Montevideo, y entre 500 y 600 mil usuarios en el interior. El 95% de estos usuarios recibe atención gratuita, solo el 5% tiene carné bonificado. En cuanto al nivel de la atención brindada, no se puede decir que sea sustancialmente distinta del que brindan muchas cooperativas médicas del interior. Diversas encuestas de opinión señalan que el nivel de satisfacción con la atención brindada, en el interior, es muy superior al que se encuentra en Montevideo.

Si en algún lugar golpearía fuerte la competencia de hospitales descentralizados y con recursos, que armaran verdaderas carteras de “clientes”, que sirvieran como fuentes de ingresos para ASSE, esto sería en el interior del país. Muchas de las cooperativas médicas del interior perderían su sentido económico y asistencial. Los intereses de FEMI, como representante de las gremiales del interior, se verían comprometidos por el proyecto del gobierno. Las internas del Partido Nacional y del EP-FA, se encuentran frente a una disyuntiva difícil: apoyar al proyecto del Ministro o ser sensibles a los reclamos corporativos. Entonces, los impactos se producen desde ámbitos diferenciados, pero su efecto es acumulativo. El EP-FA que opera desde la oposición neta, y el PN desde el corazón mismo de la coalición gobernante.

Si nos atenemos a un principio de racionalidad política mínima, que señala a la reelección como la máxima orientadora del comportamiento de los legisladores, podemos articular una hipótesis con respecto al comportamiento de las bancadas de diputados del interior. Dentro de un sistema altamente competitivo (muchos departamentos disputan entre 2-4 bancas), con un proceso de nominación partidaria relativamente “abierto”, las corporaciones Médicas constituyen una de las fuentes de prestigio y soporte social más visibles e importantes en el interior del país¹³⁵. La alta presencia de Médicos, dentro de los cuadros parlamentarios, especialmente del Interior, responde a este fenómeno sociológico de alta valoración y visibilidad de la profesión¹³⁶. Además agregar que los ambientes gremiales médicos, especialmente en el interior de la República, son de lo más modernos, informados y por supuesto educados.

Otro elemento a tener en cuenta, como enseñanza del proceso, es la importancia del estilo de liderazgo de la reforma. Si bien el carácter técnico

¹³⁵ Una encuesta realizada por FACTUM en 1997 señalaba a la profesión médica como la de mayor prestigio dentro de la población Montevideana, seguida por los abogados (37 y 21%, respectivamente). En mi opinión, esta diferencia podría ser aún mayor en el Interior de la República.

¹³⁶ Este fenómeno ya había sido constatado por Max WEBER en sus escritos políticos.

ministerial, atributo indudable del Ministro designado, es un elemento muy apreciado y reconocido por los intereses que rodean esta arena, las cualidades políticas son imprescindibles. Las intervenciones públicas del Ministro le fueron restando de una manera progresiva el apoyo que a priori parecían concitar sus iniciativas. En último término, contribuyó a conformar una coalición opositora a su proyecto, que por su propia heterogeneidad no podía exhibir un proyecto alternativo, pero que operó como un eficaz punto de veto.

Tal vez el máximo error halla sido la insistencia en una estrategia reformista integral, con un paquete presupuestal demasiado atado, desde el interior del MSP. Separar temas, permitiendo una negociación más puntual, podría haber permitido superar la situación de bloqueo y lograr recomponer ciertas coaliciones de apoyos para temas de suma importancia. En el mediano plazo este proceso, unido a otros fenómenos políticos, provocaría un deterioro de la figura y el liderazgo institucional del ministro. El proyecto SOLARI de reforma sería asumido como un fracaso rotundo por los actores del sistema. Las importantes expectativas generadas en torno al "ministro dinámico", fueron finalmente defraudadas. La incapacidad del MSP para liderar la reforma sectorial es un dato que no puede ser dejada de lado. La debilidad del actor estatal condiciona cualquier tipo de iniciativa de reforma.

3. Se viene la lista 15¹³⁷ ¿Un nuevo impulso reformista?

La designación como titular de la cartera de salud del Contador Fernández Ameglio, un especialista en Administración, sin vinculaciones partidarias reconocidas, fue un hecho político llamativo. Un dato que contrastaba con las prácticas del anterior gobierno, el que se había caracterizado por una integración política del gabinete, en tanto manifestación institucional de la coalición partidaria que sustentaba la acción de gobierno. Además, desde la creación del MSP, uno de los aspectos claves para la designación de titulares en la cartera, ha sido la condición profesional de Médico. Condición que esta vez se trató de evitar mediante la designación de un Contador totalmente desvinculado del sector salud. Una decisión política deliberada, que se fundamentó sin dudas en la idea de tratar de traer a un actor "por fuera" de la fuerte maraña de intereses que caracteriza al sector salud¹³⁸.

¹³⁷ Nos referimos a la histórica fracción del Presidente Jorge Battle, que sucede en el poder al sector colorado del ex presidente Julio Sanguinetti, el Foro Batllista. De inspiración más liberal que la anterior, su gestión podía ser anticipada como un ensayo de liberalización del sector, de avance de los mercados de seguros de salud. Pero no fue ese el camino a la postre adoptado, sino otro, más en consonancia con la gestión fallida del anterior gobierno.

¹³⁸ Desde el momento de su asunción el nuevo Ministro se preocupó por dejar bien claro su autonomía e independencia de criterio, marcando fuertes críticas a la administración anterior, señalando por ejemplo que el MSP "se manejaba como un club político" (BRECHA).

Las plataforma ministerial, que se plasmarían en el presupuesto del MSP, definirían distintas áreas de actuación. En el cuadro siguiente tenemos un punteo resumen de las principales acciones:

Líneas de acción ministerial, MSP 2000-2005

- a) Promover condiciones y estilos de vida saludables.
- b) Prevenir y controlar los problemas prioritarios de salud.
- c) Fortalecer el control Epidemiológico.
- d) Promover el fortalecimiento del Sistema de Salud tanto público como privado.
- e) Garantizar el acceso universal a los servicios de atención de salud, reservando los **servicios asistenciales públicos para los sectores más vulnerables**.
- f) Reestructurar la red asistencial pública en función de una mayor accesibilidad, competitividad y calidad en la atención de salud.
- g) Reestructura del **Fondo Nacional de Recursos(FNR)**, fortaleciendo los sistemas de contralor interno.
- h) Modernizar los servicios asistenciales que integran las redes de atención, **actualizando los enfoques gerenciales** en concordancia con los avances científicos y tecnológicos.
- i) Reestructurar los **sistemas de compras ministeriales**.
- j) **Reestructurar y racionalizar los servicios administrativos y técnicos** de que se sirve.
- k) Reestructurar y reformular el sistema de Asistencia Integral de funcionarios del MSP

(Fuente: Memoria del MSP, 2000)

Estas distintas acciones están orientadas, tal cual resaltamos en la tabla, por la acuciante preocupación de controlar el desordenado crecimiento del gasto público y privado en salud. Controlar el crecimiento del gasto en el sector salud, sería la principal prioridad de gobierno, tal cual se preveía a la hora de la asunción del ministro Fernández Ameglio¹³⁹. Pero este objetivo quedaría opacado por la violenta crisis desatada en el sector IAMC. El riesgo de implosión del sistema IAMC tendría consecuencias catastróficas para la sociedad uruguaya¹⁴⁰. Por tal motivo, la reforma de la estructura del MSP tiene la fortuna, para los intereses del gobierno, de ocupar un segundo plano dentro de las preocupaciones de la opinión pública.

En la Ley del Presupuesto Nacional, aprobada en febrero de 2001, el Parlamento autoriza al MSP a realizar reestructuras organizativas, comprendiendo nuevos modelos de gestión y gerenciamiento de sus Unidades Ejecutoras. También a crear, suprimir, transformar y distribuir entre las mismas cargos y funciones

¹³⁹ Los primeros informes de la Auditoría Interna de la Nación(AIN), creada por la ley de reforma del estado en 1996 en la orbita del MEF, aportaría datos de relevancia para el diseño del presupuesto del MSP. Los desordenes del gasto de las unidades ejecutoras dependientes del MSP son escandalosas, especialmente en lo que refiere a la compra de insumos médicos. Estos informes de la AIN serían los que fundamentarían la creación de la Central de Compras del Estado, que centralizaría los llamados a licitación para compra de insumos hospitalarios.

¹⁴⁰ Sobre todo en Montevideo, donde la cobertura de las IAMC oscila entre el 50-60% de la población, dependiendo del desempeño del mercado de trabajo y la inserción dentro del BPS.

contratadas, con el objetivo de establecer un sistema de alta gerencia, alta especialización y prioridad u otro sistema igualmente idóneo, reasignando los créditos del presupuesto correspondientes. (Memoria MSP, 2002)

A fines del año 2001 el gobierno presenta el decreto que reglamenta la reforma de la estructura del MSP y ASSE, sin dudas el principal legado del Ministro Fernández Ameglio (Decreto del 27/11/2001). Dicho decreto se enmarca dentro de los artículos 7 y 345 de la ley de Presupuesto de la administración Batlle¹⁴¹ (Nº 17296, de Febrero de 2001), así como también las leyes de reforma del Estado aprobadas durante la anterior administración del Presidente Julio Sanguinetti (Ley Nº 16736, enero 1996). Las líneas de continuidad con el fallido proyecto Solari de reforma son claras. Principalmente en los aspectos referidos al fortalecimiento de la gestión de servicios, públicos y privados, pero **muy especialmente sobre el nuevo rol del MSP como Rector del sistema**¹⁴². La reforma apunta al fortalecimiento de la gestión de las instituciones de salud, públicas y privadas, posicionando en un nuevo lugar al MSP dentro del sistema de salud¹⁴³.

3.- La reestructura de Salud Pública: el gran hermano

Este proyecto implica una profunda modificación de las funciones desempeñadas por la estructura superior del MSP, así como de todas las unidades ejecutoras dependientes de esas instancias centrales. La filosofía general de la reforma consiste en “..adecuar la prestación de servicios sanitarios a formas de gerenciamiento de aplicación moderna y universal”(…) propendiendo a el logro de “...una mayor eficacia del Estado en su acción normativa, reguladora y de control y de una mayor eficiencia en la prestación de los servicios”. (Decreto reglamentario PE, 27/11/2001).

Esta reformulación de la estructura orgánica y escalafonaria, tanto del MSP como de ASSE, se realizaría bajo el asesoramiento directo del CEPRE y del MEF¹⁴⁴. El decreto reafirma la idea de la separación y especialización de funciones de regulación (Ministeriales), de las de prestación de servicios (ASSE). Dentro de las consideraciones previas se puede apreciar, de manera muy explícita, la negativa valoración de las *modalidades tradicionales de Administración*, las cuales *deberían ser superadas por prácticas más modernas*, de tipo Gerencial, orientadas por el logro de resultados, por la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos.

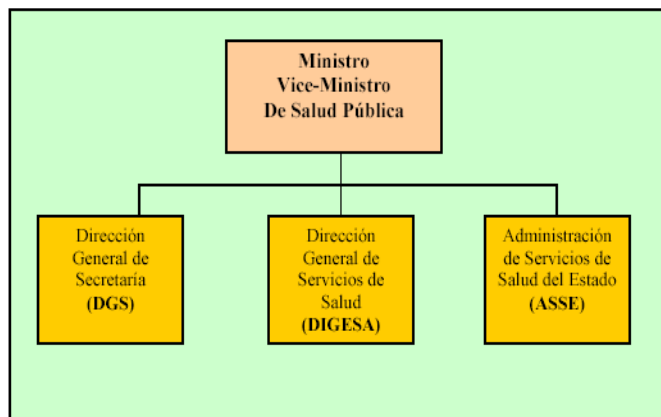
¹⁴¹ El artículo 7 de la ley de presupuesto establecía que los 2 incisos al 15 presentarían sus proyectos de reestructura a la Asamblea General. En caso de que ésta no se expresara en los 45 días de recibido el proyecto, estos proyectos se considerarían aprobados(!!!). Este fue el procedimiento de reestructura del MSP.

¹⁴² Durante la administración Solari se llegó a considerar el cambiar de nombre al Ministerio, pasando a denominársele Ministerio de Salud, en consonancia con un nuevo papel dentro del sistema.

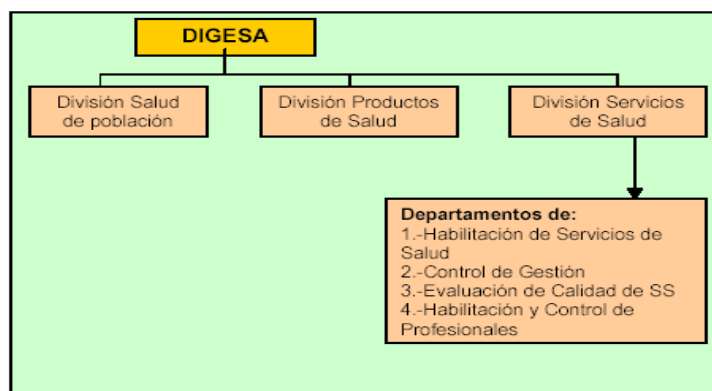
¹⁴³ En esencia, esta es la misma filosofía que había fundamentado la creación de ASSE en 1987. Separar las funciones de provisión de las de regulación, pero esta vez con un diseño de la estructura ministerial, siguiendo una lógica tipo NGP.

¹⁴⁴ Los dos centros “pensantes” en el diseño de la reforma del Estado según dispuso la ley Reforma del Estado Nro. 16736. Respecto a esta ley de reforma del Estado ver: Narbondo & Ramos(2002).

Como podemos ver en el cuadro siguiente, la estructura general del MSP pasa a estar integrada, grosso modo, de la siguiente forma: Dirección General de Secretaría(DGS), Dirección General de la Salud(DIGESA) y la Administración de los Servicios de Salud del Estado(ASSE) con todas su unidades ejecutoras dependientes(unas 65). La DGS se convierte en la unidad “operativa” del ministerio, la maquinaria burocrática por excelencia, encargada de las funciones de asesoría legal, de planificación financiera, y funcionamientos generales.



Por otra parte, mientras la DGS concentra las tareas de la operativa ministerial, la DIGESA se transforma en la oficina clave para el funcionamiento del Ministerio en su faceta de Rector del sistema de salud. Las tareas de inteligencia, de planificación, regulación y contralor, pasan a estar concentradas en esta repartición. La DIGESA se integra por una Dirección, de la cual dependen tres Divisiones (Salud de Población, Productos de salud y Servicios de Salud), además de una Unidad de Evaluación de Tecnologías médicas y los diferentes Departamentos Regionales de Salud. El centro neurálgico de la política de salud, la orientación del sistema en materia asistencial como de salud pública, pasan a estar concentradas en esta repartición.



Si observamos al interior de la DIGESA, podemos apreciar claramente la división y especialización del trabajo. El departamento de Salud Poblacional asume un rol de *think-tank* ministerial, produciendo informaciones relevantes en materia de salud pública, necesarios para un visión prospectiva, que guíe las acciones del sistema. Las funciones de producción de conocimiento se complementan con las más directas de control y supervisión, arenas que potencialmente pueden representar eventuales conflictos. El caso del departamento de Productos de Salud, encargado de las habilitaciones de productos y los controles de calidad.

Pero en este aspecto, el área de mayor conflictividad política es la División de Servicios de Salud¹⁴⁵. Su misión consiste en vigilar el correcto funcionamiento de las entidades prestadoras de servicios de salud. Esta División de Servicios de Salud es la unidad reguladora de las instituciones prestadoras de salud, **públicas y privadas**, fiscalizándolas tanto en su funcionamiento técnico (Habilitación y Calidad) como en el económico-financiero (Gestión)¹⁴⁶.

¿Mercados dentro del Estado?

En el ámbito de ASSE aparecen también novedades relevantes. Se reafirma su filosofía fundacional¹⁴⁷, como ámbito diferenciado, de gestión técnico de los servicios de salud estatales, especializado en los temas de gestión asistencial. Esto, en el largo plazo, debería generar un mayor espacio al ministerio, como para que éste se concentrara efectivamente en la definición de políticas nacionales de salud, despreocupándose de los problemas de la gestión asistencial directa.

La novedad es la confirmación de la lógica de los contratos, que pasan a pautar la relación entre el responsable jerárquico de la (ASSE, el Principal) y los prestadores directos de servicios (servicios de salud, los Agentes). La idea de establecer compromisos de gestión, atando la gestión de los establecimiento al logro de objetivos y resultados preestablecidos, había estado sobrevolando desde los primeros intentos de descentralización hospitalaria. Además, ya podía contarse con la evaluación de algunas experiencias previas, que funcionaban como antecedentes de esta propuesta¹⁴⁸.

Aquí la ASSE también pasa a asumir un rol de supervisor, de orientador general en la gestión de servicios de salud públicos. La unidad clave, la **Dirección de Planificación, Negociación y Compra (DPNC)**, pasa a ser la responsable de la

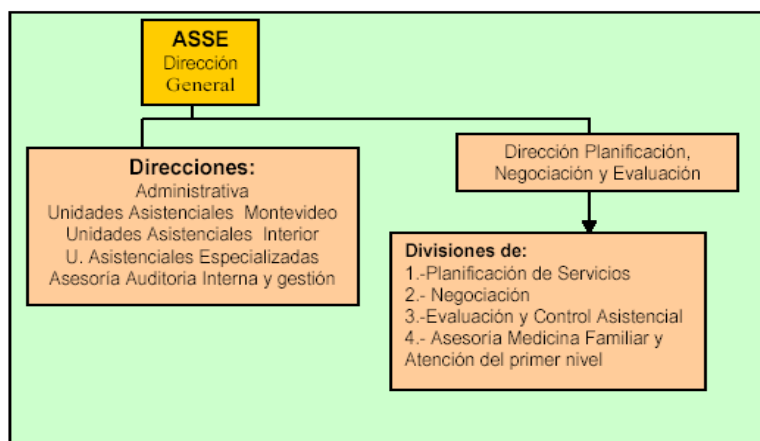
¹⁴⁵ Los problemas ministeriales para regular a las IAMC generalmente terminan "estallando" en la opinión pública, costándoles casi siempre el cargo a los ministros.

¹⁴⁶ Este es un punto de atención, dado el bajo grado de visibilidad de esta unidad reguladora, ubicada en una posición demasiado periférica dentro del MSP. En este contexto, el riesgo de "captura" por parte de intereses específicos, parece ser bastante alto. Recordar que es la unidad de auditoría que funcionaba en el ámbito de ASSE, que ahora pasa a ser una unidad auditora de todo el Sistema de Salud. ¿Estará a la altura de las circunstancias?

¹⁴⁷ La ley 15903 (art. 267 a 275) del año 1987 lo crea como un organismo desconcentrado, dependiente del MSP. En los hechos ejercería un grado de autonomía bastante menor al que preveía la ley.

¹⁴⁸ Los Hospitales de Canelones, Salto, por ejemplo, que han venido funcionando bajo un esquema de este tipo (ver: Piotti, D. 1998a)

contratación de servicios, evaluación de los resultados asistenciales y responsable de fijar las pautas e indicadores asistenciales. A esto añadir la implementación de un esquema clasificatorio de las unidades asistenciales, según el volumen de trabajo y la complejidad del centro, además de las características demográficas y epidemiológicas de la población usuaria. Para tal fin, se crean siete distintos niveles de gestión, dentro de los cuales se ubicarán a las distintas unidades asistenciales pertenecientes a la ASSE. Por lo tanto, los *acuerdos de gestión* entre Principal y Agente, deberán ser acordes a las posibilidades descritas del agente, a su nivel específico de gestión.



Al interior de ASSE se produce una división(*split*), que procura definir una relación entre “comprador” (la DPNC) y un “prestador-vendedor” (las unidades ejecutoras responsables de la prestación de servicios)¹⁴⁹. En este esquema de compra-venta también podrían incorporarse, como eventuales oferentes de servicios, los prestadores privados que contraten con el Estado¹⁵⁰. El punto clave es la integración de esta Dirección, la política que pueda llegar a desarrollar en materia de incorporación y desarrollo de recursos humanos. Dentro de un ministerio caracterizado por la alta volatilidad de sus titulares, la continuidad de estas instancias es la única garantía de establecimiento y desarrollo de cualidades de Rector sistémico. Digamos, en este punto, que la política de recursos humanos, de selección de los cargos claves, de desarrollo de una cultura organizacional acorde, resulta vital.

¹⁴⁹ Son más de 60 unidades ejecutoras, distintos servicios de salud con grados variables de complejidad, pasibles de asumir diferentes modalidades de autonomía de gestión.

¹⁵⁰ Bajo esta órbita deberían caer los servicios de Hemodiálisis, Laboratorio, algunas Técnicas Especiales, los servicios de CTI, por mencionar algunos.

4.- A modo de conclusión: capacidad estatal y reforma sectorial

El MSP no las ha tenido fáciles durante la administración del Presidente Jorge Batlle, a pesar de haber podido procesar “fácilmente” la reforma de la estructura ministerial. Los problemas enfrentado por el MSP han cuestionado muy severamente su capacidad para cumplir aún las funciones más elementales¹⁵¹, lo que se expresa en una rotación muy importante de sus titulares(al día de hoy han pasado cuatro ministros distintos por el MSP). Si nos atenemos a la volatilidad ministerial, podemos observar que el MSP es el que ha presentado desde la salida de la dictadura, un número mayor de rotación de integrantes. Lo iguala el Ministerio de Interior(MI), y los siguen de cerca los ministerios de Industria y Energía(MIE) y de Trabajo y Seguridad Social(MTSS), quienes han presentado 9 integrantes distintos, en lo que transcurre desde 1985 a la fecha¹⁵².

Tabla 5.1. Duración carteras ministeriales, 1985-2003

Ministerios	N	Meses prom.
M.Def	8	28,5
MEC	7	32,6
MEF	6	38,0
MGAP	7	32,6
MI	10	22,8
MIE	9	25,3
MSP	10	22,8
MTOP	7	32,6
MTSS	9	25,3
RREE	7	32,6
Total	80	

Fuente: Elaboración propia, Registro Leyes y Decretos del PE

Este dato es significativo, ya que la estabilidad de equipos de gobierno se relaciona fuertemente con la estabilidad de la política pública. Además, para un entorno político dinámico, que modifica sus parámetros constantemente, la estabilidad es un requisito para el reformismo. Es la posibilidad de ser innovador en política pública, de responder a demandas puntuales, negociando y atando medidas dispersas, pero manteniendo una orientación programática precisa. En tal sentido, los Ministerios de Salud han presentado, desde la reapertura democrática, una gran velocidad en el recambio ministerial(10 ministros, 22,8 meses de duración promedio en el cargo). Agregar el reacomodo interno, de los técnicos de la cartera, ante la nominación de un nuevo titular. Este fenómeno se ve especialmente agravado, en

¹⁵¹ Sobre todo a nivel de la vigilancia sanitaria, donde los brotes epidémicos de Meningitis en Santa Lucía (el caso de la Vacuna Cubana durante 2001-2002), la inhabilitación de las Clínicas de Radioterapia (cuyos equipos fueron catalogados de “Tostadoras” por un legislador). Más recientemente se le han agregado los casos de los fallecimientos a causa de la infección provocada la Bacteria Meticilino resistente(denominada por la prensa como la “Bacteria Asesina”). Todo esto se ha traducido en una sensación de inseguridad y alarma pública, en la cual el MSP aparece como el principal responsable.

¹⁵² Recordar que el número de ministerios ha variado en los cuatro períodos de gobierno, pasando de 10 a 13. En la tabla incluimos solamente a los ministerios que han estado presentes durante los cuatro gobiernos democráticos post 1985.

función de los compromisos partidarios, que cada vez más se expresan en las integraciones de los ministerios¹⁵³.

Además, la capacidad de innovación política debe enfrentar los márgenes de las expectativas, el horizonte aceptable, de lo posible para la visión de los actores relevantes (el status quo)¹⁵⁴. Esto se dificulta cuando la capacidad política para el liderazgo y la innovación institucional no parecen ser el fuerte de esta estructura ministerial. Reforzar sus capacidades para fomentar la cooperación sectorial, dentro de la enorme heterogeneidad de intereses, parece ser una condición sine qua non para la reforma. Contar con un liderazgo ministerial definido, capaz de negociar con los intereses sociales, en una arena resistente al cambio, constituye un requisito para la reforma¹⁵⁵. Que sepa manejar tiempos, neutralizando la conformación de coaliciones de veto y potenciando las de apoyo. Es preciso desarrollar un núcleo concreto de autoridad estatal, como vimos en los *modelos de salud exitosos* (capítulo III), que sirva como referente de continuidad a políticas de largo aliento, como generador de inteligencia y estructurante de la cooperación.

Ese núcleo de liderazgo reformista solo podría ser construido a partir de la continuidad de cuadros técnicos estatales, en conexión estrecha con los mandatos políticos, pero conservando como un valor su autonomía técnica. Dichos cuadros son quienes transmiten la memoria institucional, además de implementar y negociar puntualmente las reformas. La volatilidad ministerial ha sido un factor que ha dificultado, notoriamente, la construcción de ese núcleo de gobierno, responsable de fomentar la cooperación en base a la visión del sistema. Pero aún en una arena de política pública como la de salud, el peso de los técnicos partidarios dentro mismo de la estructura estatal es muy importante. Neutralizar el peso de los técnicos partidarios, limitarlos a la orientación política del MSP, es una condición importante para la construcción de ese núcleo de liderazgo institucional.

Un interesante caso de destrucción y esterilización de capacidades estatales, debido a la prematura rotación política, es el programa "Salud 2010". Dirigido por un especialista reconocido en políticas sociales¹⁵⁶, este programa trataba de conformar un panel de distintos actores institucionales, con el fin de elaborar una propuesta de salud que atravesara distintos sectores de la política pública. Idealmente, se

153 Las lógicas de la coparticipación, del cogobierno, se han expresado históricamente en la concurrencia de representantes de los partidos de oposición, dentro de altos cargos del Estado. Las nuevas lógicas de cooperación política, coaliciones de gobierno, agudizan esta situación.

154 En un estudio Delphi realizado por encargo del MSP, se destaca la visión conservadora frente al cambio de las élites sectoriales. En particular, son interesantes las visiones respecto a la importancia de las IAMC en el sistema. Los actores prevén un sistema que se transforme mediante ajustes parciales sucesivos, aunque hay una valoración negativa respecto a las capacidades del MSP para liderar la reforma. Ver informe DELPHI-MSP(2000)

155 En Fernández et al(1999), puede encontrarse un mapeo de élites sectoriales, con un excelente análisis de los posicionamientos frente a la reforma sectorial.

156 El doctor Álvaro Arroyo, que fuera director del CLAEH y que en la actualidad es director de UNICEF Uruguay. La remoción del Ministro Fraschini por el affaire de la Vacuna Cubana, significó la destitución del Director de Salud Touyá y el alejamiento del director del Programa Salud 2010.

constituiría como un espacio de *Governance sectorial*¹⁵⁷, con objetivos concretos en materia de indicadores en salud clave (por ejemplo: cáncer, mortalidad infantil, accidentalidad de tránsito, etc.). El alejamiento del responsable del programa significó la muerte de la red de cooperación Inter-institucional. (Entrevista informante calificado)

Por otra parte, los avatares de la crisis en el sector mutual han dejado en un segundo plano las importantes reformas implementadas en el sector público. El estado de cesación de pagos en muchas IAMC, el cierre de mutualistas, han concentrado la atención pública. Sin embargo, las iniciativas de racionalización en el FNR, la Política de Compras de Insumos Médicos, los Contratos de Gestión al interior de ASSE, todos van en el sentido de fortalecer el funcionamiento del sistema de salud. Por ejemplo la creación de la Unidad Centralizada de Compras¹⁵⁸, que procura mejorar los precios de las adquisiciones estatales. Tal como había sido resaltado por los distintos informes de la AIN(2000-2001), la descentralización de la capacidad de compra de insumos, en las distintas direcciones de las unidades ejecutoras del MSP, atenta contra una buena gestión financiera de los recursos estatales. Centralizar los mecanismos de compras puede contribuir a agregar transparencia al proceso, además de eventuales ganancias en términos de eficiencia¹⁵⁹. Pero además, sobre todo, esta medida también representa un fortalecimiento de las capacidades de rectoría, en cuanto a supervisión e inteligencia estatal sobre uno de los sectores más sensibles de la gestión pública: las compras estatales¹⁶⁰.

También importa la introducción de mecanismos como los contratos de gestión hospitalaria, que puede contribuir a insuflar un mayor dinamismo dentro de los cuadros gerenciales estatales. Explicitar los objetivos de gestión, diseñar y exhibir un programa de acción, es una condición sine qua non, para el desarrollo de mecanismos efectivos de responsabilización. Sobre todo en un área donde la asimetría tan amplia, como la que existe entre los “pacientes-usuarios-ciudadanos” y los “médicos-servicios de salud-Estado de Bienestar”¹⁶¹. Como ha señalado Schedle, A. (1999), responsabilizar a un servidor público involucra al menos tres mecanismos: la capacidad de sancionarlo por no haber cumplido cabalmente su deber(a); la

¹⁵⁷ Esta experiencia fallida parece confirmar la intuición de que la conformación de redes Inter-institucionales, que tienen por objeto reforzar la gobernabilidad sectorial (governance) son particularmente sensibles a la estabilidad de su integración. Muy especialmente en lo que refiere al liderazgo, al punto focal de la red, que oficia como articulador de esfuerzos.

¹⁵⁸ Localizada en el MEF, esta unidad centraliza los mecanismos de licitaciones estatales, desparramados en distintas unidades ejecutoras. Mediante un mecanismo de remate por pantalla electrónica, distintos oferentes pujan y el Estado selecciona las ofertas más convenientes.

¹⁵⁹ Este es uno de los puntos principales, la centralización de la gestión de compras también genera incentivos para la centralización de los mecanismos de centralización. La sociedad puede centralizar su mirada en un responsable, evitando la diseminación de responsabilidades del viejo sistema. Podría decirse también que este mecanismo atenta, tiene efectos negativos, sobre el desarrollo de capacidades locales. En realidad, para las dimensiones del país, con las micro-sociedades del interior, los problemas de clientelismo y patrimonialismo se encuentran demasiado arraigados. Desde mi punto de vista, la centralización de estos elementos favorecería el diseño de políticas redistributivas, de verdadero cariz progresivo.

¹⁶⁰ La importancia de la política de compras estatales resulta indudable, en cuanto a una potencial promoción de sectores estratégicos nacionales, en insumos tan diversos como medicamentos, equipos, productos de software, etc.

¹⁶¹ Esta asimetría tiene diversas causas, sea el diferencial de poder simbólico médico, el conocimiento profesional, o la indefensión de los usuarios de la asistencia pública. Lo que está claro es que la responsabilización vertical difícilmente funcione. Es preciso contraponer el contralor de organismos especializados, de responsabilización horizontal.

obligación de la transparencia en las acciones del servidor(b), y la obligación o la posibilidad de rendir cuentas verbalmente al principal (c).

El punto central de la responsabilización, la posibilidad de recibir un castigo o sanción, no necesita explicación. Las dos siguientes, la narrativa de la responsabilización, requieren de un ejemplo. Esta claro que para que se pueda constatar un desvío de conducta por parte de un funcionario, debe existir un acuerdo, un compromiso previo respecto a cuales son sus cometidos¹⁶². Por ejemplo, para el director de un centro de salud, aumentar los índices de vigilancia y control pediátrico de los niños recién nacidos de su comunidad, puede ser su objetivo de gestión. Podría fijarse una meta concreta, para la población de referencia, en términos de un porcentaje, durante un período de tiempo concreto. En caso de no cumplir la meta planteada, en cantidad, calidad y tiempo, el director del centro debería ser llamado a responsabilidad, para dar explicaciones de su omisión. Esto es lo que implica la dimensión narrativa, rendir cuentas y dar explicaciones de su gestión¹⁶³, sabiendo que está sujeto a la eventualidad de recibir un castigo (o un reconocimiento) por sus acciones.

Hay un punto adicional a tener en cuenta, relacionado con la responsabilización, pero que en realidad se deriva de los objetivos primarios de la reforma, orientados a la *contención de costos*. El desarrollo de un modelo de división y especialización de funciones, que genere arreglos contractuales entre un principal y varios agentes, requiere de habilidades de gestión sofisticadas. Contar con la dotación de recursos humanos adecuada requiere de una política específica de formación. Esto puede llegar a ser un problema¹⁶⁴, sobre todo si consideramos que el sector público debería además competir con el privado para lograr captar los técnicos más calificados.

Al día de hoy la depresión del sector privado nacional lo inhibe de generar una demanda fuerte de recursos humanos calificados. Pero puede ser una situación coyuntural, en la que, a medida que la crisis del sector mutual sea remediada, la atracción del sector privado “vacíe” los cuadros gerenciales del Estado. Además, no solo el sector privado nacional compite por mano de obra especializada, el mundo también lo hace. En este punto, la globalización no es cuento, sobre todo si consideramos la crisis mundial en materia de recursos humanos calificados para el sector salud (OMS, 2003). Un modelo de atención excesivamente sofisticado, como el

¹⁶² Tal cual se explicita, por ejemplo, en un contrato de gestión entre ASSE y un Hospital o cualquier otro servicio de salud.

¹⁶³ Los supuestos de funcionamiento de tal programa de acción pueden no haberse cumplido, por ejemplo, debido a la insuficiencia de insumos básicos, o de recursos humanos necesarios para la gestión. También podría haber ocurrido un cambio drástico en el ambiente, como un aumento inusitado de las tasas de nacimientos en barrios marginales, de difícil acceso por parte del centro de salud. La cuestión aquí es que los elementos que pueden haber afectado el desempeño del programa son infinitos, muchos de los cuales pueden ser totalmente ajenos a la responsabilidad directa del gestor. La dimensión contable-narrativa es esencial entonces para fijar claramente quien es el responsable, por ejemplo si lo que sucedió fue que el Director del Centro no pudo contar con los recursos materiales solicitados para su gestión. En tal caso, la responsabilización se mueve un escaló arriba: ¿quién omitió asignar los insumos?

¹⁶⁴ Aquí entra a tallar el papel que pueda jugar la Universidad de la República, en su relacionamiento con el Gobierno, históricamente conflictivo. La política de formación de recursos humanos agrega entonces nuevas complejidades a la función de Rectoría sectorial.

que está implícito en la lógica de *quasimarkets*, podría no ser una alternativa viable para un país con recursos económicos menguados y altamente descentralizados en su recolección¹⁶⁵.

En realidad, la cuestión principal es si esta reforma parcial del sector público de salud, tal cual se ha venido implementando, constituye un avance efectivo en materia de construcción de capacidades estatales. Sin dudas que la reforma ministerial ha apuntado a la racionalización y fortalecimiento del papel del Estado dentro del funcionamiento general del sistema. Pero su implementación ha puesto al desnudo la insuficiencia de las capacidades técnicas y políticas ministeriales, de las cuales los sucesos en el área de la vigilancia epidemiológica no son más que un doloroso y vergonzante ejemplo¹⁶⁶.

El capítulo sobre la vigilancia epidemiológica del MSP, de por sí merecería un estudio específico. La acumulación de malentendidos, de fallos en la comunicación, de dilución de responsabilidades en los cargos de dirección ministerial, técnicos y políticos, son francamente sorprendente. De alguna forma, la gestión del MSP también contribuyó a alimentar la imagen del fracaso estatal, del desborde las capacidades estatales de contención y resolución de problemas, a los cuales asistió la sociedad uruguaya durante el período 2001-2003. Más allá de la veracidad de esta hipótesis catastrofista¹⁶⁷, nos queda todavía alguna duda respecto a los efectos de la propia reforma sobre las capacidades de gestión ministerial.

¿Cómo afectará la introducción de mecanismos tipo NGP en un ámbito donde la lógica de funcionamiento no es estrictamente burocrática? La pregunta, en este momento, deber queda necesariamente abierta. Considerando lo reciente de la implementación de este tipo de reformas, pero por sobre todo, nuestra ignorancia relativa respecto a los mecanismos de cooperación dentro de burocracias partidizadas, como es la de nuestro país. Esta intención de mejorar la gestión del estado, mediante el expediente de insuflar "espíritu empresarial" dentro de la cultura burocrática uruguaya, es un supuesto sujeto a verificación empírica.

Si bien creemos que una reforma sectorial profunda pasa por el sistema de financiamiento, los mecanismos tipo NGP son una chance que no puede ser desperdiciada, sobre todo si atendemos a las especificidades del sector salud en nuestro país. Sector que por cierto no se ajusta a la imagen del monopolio burocrático estatal, modelo contra el cual despotrican los académicos del primer

¹⁶⁵ Me refiero a las múltiples modalidades de financiamiento a las prestaciones médicas, mayormente pagos de bolsillo, impuestos generales y seguro social.

¹⁶⁶ Este capítulo de la vigilancia epidemiológica, merecería por sí mismo un estudio específico. La serie de malentendidos, de fallos en la comunicación, de dilución de responsabilidades de cargos de dirección ministerial, técnicos y políticos, sorprenden agudamente por su acumulación. Estamos tentados

¹⁶⁷ Donde las responsabilidades parecen concentrarse en el problema de la aftosa, la crisis argentina, la estafa del Banco Comercial y la corrida bancaria, etc. Todos fenómenos "externos" al país, que eximen de responsabilidades a la gestión del elenco gobernante(¿!).

mundo¹⁶⁸. Nuestro sector salud, una especie de mezcla de mundos liberales y corporativos, ni siquiera es similar al formato del sector educación¹⁶⁹. La estrategia del NGP podría significar ganancias en términos de integración intra-sectorial, fortaleciendo el papel regulador, de Rectoría del viejo Estado Social Batllista.

Finalmente, tal vez no sea descabellada la idea de que los supuestos de funcionamiento del NGP, en un sistema de salud altamente fragmentado, puedan ir en el sentido de reforzar las capacidades de rectoría estatales. Si efectivamente se introducen los mecanismos de evaluación por desempeño, atados por supuesto a los de responsabilización, tal vez estemos frente al embrión de un verdadero sistema de salud. Solucionando el problema de la cooperación e integración dentro del propio sector público, se podría luego avanzar hacia formas de cooperación público-privado.

Claro que el optimismo no debe inhibir la aspiración de una mirada más amplia. Esta reforma tipo NGP nos deja pendiente el problema de la integración intersectorial de la política social. Es preciso avanzar en términos de una mayor integración de la política social, superando enfoque centrados en necesidades parciales de los individuos, hacia un enfoque más integral, que considere el desarrollo de la comunidad en la cual éstos se insertan. En definitiva, la función de Rectoría, en cuanto a inteligencia y visión de conjunto, innovación política y responsabilización, debe expandirse para abarcar los otros aspectos de la política social. En tal sentido, el sistema de salud podrá operar dentro de una visión más amplia, que aspire a la re-integración de los individuos y a la construcción de comunidad y ciudadanía.

Epílogo. El futuro de la reforma de salud

La capacidad de gobierno es un bien escaso. La construcción de instituciones capaces de modular el desarrollo social, tal cual se expresaron en el Estado Social, fueron exitosas en cuanto a los desafíos del desarrollo que se plantean todas las comunidades. (Fleury, S. 2003) Pero este tipo de arreglos están agotados, y es preciso conformar nuevos esquemas institucionales, que aseguren capacidad de acción colectiva y de innovación política. Tampoco debemos olvidar que reformular el papel del Estado respecto a la política social, implica necesariamente repensar su relación con la sociedad, su rol en la regulación del conflicto.

La regulación social ha implicado políticas de redistribución, tendientes a moderar la polarización de estructuras sociales, especialmente en sociedades estructuralmente desiguales, como han sido distinguidas las latinoamericanas¹⁷⁰. Esto

¹⁶⁸ De allí que las críticas referidas a los efectos fragmentadores y desintegradores sobre la política social, deban ser calibrados de una manera diferente. Desintegrar lo que ya está desintegrado es una posibilidad, sin embargo me inclino por pensar que las chances de re-integración son mayores bajo este esquema, que rompe con feudalismos y corporaciones afincadas.

¹⁶⁹ Como señalamos en la introducción de este capítulo, el sector educación es un modelo más próximo al socialdemócrata, aunque con incrustaciones liberales cada vez más fuertes. Tal vez en educación si se ajuste más la imagen del monopolio estatal.

¹⁷⁰ En el Uruguay, el sector industrial y comercial público (Entes Autónomos), han tenido esa finalidad fundacional: la misión de crear y fortalecer una clase media nacional. El razonamiento implícito, respecto a la relación entre fortaleza de las clases medias y estabilidad del orden político

no solo involucra acciones o subsidios, proporcionados directamente por el Estado. También implica la aplicación de incentivos selectivos, para formas de acción colectiva socialmente virtuosas, que tienden a robustecer a la sociedad civil, fomentando la acumulación de capital social, sin descuidar tampoco el desarrollo del mercado.

El caso de las IAMC en el Uruguay es prototípico. Un tipo de organización social que opera en un escenario mercantil, donde los consumidores tienen posibilidades reales de *salida*. Claro que esto no ha ocurrido, ya que las mismas han operado eficazmente en la generación y acumulación de capital social, de identidades colectivas, fomentando la solidaridades de tipo horizontal características de las sociedades democráticas¹⁷¹ (Putnam, R., 1999). Más allá del empuje de los fenómenos migratorios, asociados a su creación en siglo XIX, el Estado jugó un papel relevante, alentando y protegiendo su funcionamiento. Por ejemplo la implantación de los seguros de salud, oportunidad para que estas instituciones se encargaran de proporcionar la atención a los trabajadores incorporados. También fue una estrategia óptima para fortalecer el mercado de trabajo, alentando la incorporación formal al trabajo, que permitía el acceso a un seguro de salud de calidad, entre otros beneficios¹⁷².

Pero la expansión de formas "flexibles" de empleo, imponen la necesidad de formas flexibles de respuesta por parte de los seguros sociales de salud. Generar nuevas formas de financiamiento, que aseguren un flujo de fondos estables para las instituciones, requerirá de compromisos mayores por parte del Estado, en la forma de financiamiento mediante impuestos. Como en el caso de las sociedades más desarrolladas, el financiamiento mediante fondos públicos, tal vez sea la única manera de garantizar un acceso universal a servicios de calidad aceptables. Sin dudas la tendencia irá en ese sentido, de centralización de un fondo único de financiamiento, sobre lo cual existe un creciente consenso¹⁷³.

Aún así, tan reclamado el rol activo del estado en la financiación, hasta ahora las alternativas de reforma del sector salud no han incorporado plenamente los elementos relativos a la dimensión político estatal de la reforma. Para la elites sectoriales, el Estado aparece como un problema, como un agente incómodo que poco aporta al funcionamiento del sistema de salud, más allá de su rol subsidiario, en la provisión directa de servicios a la población carente de recursos.

democrático, están maravillosamente planteados en pensadores del siglo XIX como Francisco Bauza (Bauza, F.1972). Razonamientos plenamente incorporado en el pensamiento de las elites modernizantes Batllistas.

171 En los últimos tiempos el crecimiento desmesurado de las IAMC, mediante fusiones o fenómenos de darwinismo institucional, buscando escalas de funcionamiento, tiende a debilitar esa función de generar identidad entre sus asociados.

172 La aparición de los seguros privados han abierto otra interrogante a las perspectivas de los seguros sociales. Pero fundamentalmente, los fenómenos de desregulación y flexibilidad laborales, que cuestionan seriamente la inserción del trabajador en los seguros sociales de salud.

173 Al respecto, sendos documentos de la comisión de programa de la izquierda (FA-EP-NM), del movimiento sindical (PIT-CNT) y de los gremios médicos en la reciente Convención Nacional Médica.

En la visión de los actores, avanzar hacia un sistema de salud integrado, del tipo Seguro o Servicio Nacional de Salud, al estilo inglés o sueco, se aprecia como una meta lejana¹⁷⁴. Pero esta creencia es compatible con la visión de un sistema que evolucione gradualmente, hacia un sistema de cobertura más amplia basada en la seguridad social, con un Estado focalizado en aquellas tareas que las IAMC estén poco dispuestas a asumir¹⁷⁵. (Nowinski, A., et al: 1994) Resulta difícil pensar que el sector IAMC, con el enfoque predominante de su infraestructura asistencial y su dotación de recursos humanos¹⁷⁶, pueda reorientarse hacia los imperativos de un nuevo modelo asistencial. Reorientar el sistema IAMC hacia un fortalecimiento del primer nivel de atención, de una medicina orientada a la educación en salud, parece una tarea difícil, sino imposible.

Frente a este tipo de esquema, el sector IAMC deberá reposicionarse. Su relación con el Estado, históricamente problemática, deberá ser reformulada. Si efectivamente los mecanismos de financiamiento serán centralizados en una algún tipo de instancia pública¹⁷⁷, entonces la evaluación de la provisión de los servicios IAMC será un desafío de importancia para el Estado regulador. El desarrollo de la competencia entre proveedores es una forma de evaluación del desempeño en la provisión de las políticas públicas. Si estas logran sus objetivos y que tan bien lo hicieron, donde el control comparativo de la gestión de los establecimientos, permite al órgano rector realizar una mejor evaluación. En tal sentido, la competencia puede ser una herramienta idónea para el Estado Regulador, pero claro, requiere de sofisticadas habilidades.

La condición de eficacia y eficiencia dentro de este paradigma reside en la capacidad de “responsabilizar” por parte del Estado evaluador, además de la mera competencia. Bajo este paradigma, si un proveedor de servicios es ineficaz o ineficiente, el Estado debería tener al menos dos capacidades: la de detectar su incompetencia, y la de poder sustituirlo por otro más agente más idóneo. Algunas veces será suficiente con la simple existencia de la capacidad de amenaza, del “poder de responsabilizar”, para corregir la gestión de un proveedor perezoso o poco aplicado. Pero, ¿qué capacidad puede tener nuestra Administración Pública para disciplinar a un proveedor ineficiente? ¿no será necesario generar nuevas instancias de contralor especializado? Y por último, ¿En qué posición queda el control democrático, la Asamblea, frente a estos nuevos gestores?

¹⁷⁴ Ver por ejemplo las conclusiones del Informe Delphi(2000).

¹⁷⁵ Notoriamente el caso de la asistencia primaria en salud, además de otras actividades relacionadas con la educación e investigación sobre salud.

¹⁷⁶ En este punto, principalmente, dada la importancia y el poder del sector médico empresario, agrupado en los Institutos de Medicina Altamente Especializada(IAME). Pero además de ellos, otros sectores médicos que también han prosperado al influjo de la introducción de tecnologías y practicas altamente especializadas.

¹⁷⁷ Mediante la centralización de los aportes al seguro social de salud (BPS), los convenios colectivos, los pagos de bolsillo y las cuotas que las familias aportan de manera individual. O tal vez, en el cielo progresista, con aportes realizados desde el emblemático Impuesto a la Renta de las Personas Físicas, bandera de la izquierda uruguaya.

Pero no solo nos podemos quedar en la tensión entre NGP y control democrático. En términos de análisis de política pública, y más allá del rediseño institucional, que podrían significar una ganancia de eficiencia en el funcionamiento ministerial, quedan todavía problemas pendientes. La débil integración de las políticas de salud, que es un rasgo estructural, podría verse agravado con el nuevo diseño ministerial. La pregunta relevante consiste en hasta que punto la nueva política pro mercado, pro competencia, permite la integración de la política de salud dentro de la social. ¿Hasta que punto el desarrollo de la competencia permite avanzar en la integración de la política social? ¿Es compatible el principio de la mayor libertad para los administradores para gestionar sus organizaciones, con el principio de la alineación de las políticas sociales que tienen por objetivo el desarrollo¹⁷⁸?

Finalmente, como ha sido señalado por la elites sectoriales, la reforma de salud solo será tal si afronta el problema del financiamiento del sector. Existen propuestas concretas al respecto, bastante bien articuladas, que apuntan a solucionar ese problema. Ciertamente, solo de esta manera se podrá romper con las crisis cíclicas, que enfrenta el subsector privado de salud. Pero esto no debe obscurecer la idea de que la reforma del Estado sigue siendo una tarea fundamental. En su rol de Rector del sistema, proveyendo la visión general, procurando la acumulación y aplicación de inteligencia, asegurando los canales de responsabilización que vinculen a los efectores de salud con los ciudadanos. Pero también, atendiendo la articulación del derecho a la salud con las otras políticas sociales que hacen a la *canasta de bienes de ciudadanía*, en un esquema que contribuya tanto al desarrollo como a la gobernabilidad de nuestra sociedad. En resumen, un nuevo tipo de Estado para un nuevo esquema de crecimiento económico y desarrollo social.

¹⁷⁸ Tal vez, es una posibilidad, el estilo NGP solo sea compatible con las políticas sociales focalizadas. En este punto sí, la coordinación y cooperación entre políticas sociales diversas, cuyo objetivo sea la promoción del desarrollo social, puede ser un grave problema.

ANEXOS

ANEXO I

Aspectos conceptuales y metodológicos de los INDICES de desarrollo utilizados en ésta tesis

Dimensiones del Desarrollo

Índice de Desarrollo Humano: Combina la medición de tres dimensiones básicas del desarrollo humano: la riqueza (como PBI per cápita), la salud (como expectativa de vida) y la educación (como la tasa combinada de matriculación en educación). Su valor varía entre un valor mínimo de cero, y un máximo de uno. El PNUD acostumbra rankear a los países según este índice, agrupándolos en países de desarrollo humano alto, medio y bajo¹⁷⁹.

Índice de Democracia Freedom House: Mediciones anuales de *Freedom House*(FH) respecto al estado de las "Libertades Políticas" y "Derechos Civiles" de los países, realizadas en la base a juicios de expertos, en una escala que va del 7(libertades y derechos mínimos) al 1 (libertades y derechos máximos)¹⁸⁰. Nuestra índice de Democracia FH combina las dos mediciones, tomando el promedio de los registros alcanzados por los países en el quinquenio 1998-2002. Para realiza este promedio quinquenal, transformamos la escala habitual de FH (7 al 1), en un índice que va del 0 al 1, donde 1 es el máximo posible de Democracia.

Índice de Transparencia o de Percepción de Corrupción: Elaborado por la organización alemana Transparency International(TI), este índice mide la percepción de corrupción pública. Basado en el juicio de expertos, relevado mediante encuestas nacionales. Los valores próximos a 10 indican un máximo de transparencia, o de ausencia de corrupción, en la administración pública de un país.

Índice de Confianza en el Poder Legislativo: Son resultados de distintas encuestas nacionales, donde se interroga a la ciudadanía sobre el grado de confianza respecto a las instituciones políticas. En este caso indica el porcentaje de ciudadanos que expresa su confianza en el Poder Legislativo. Los datos son colectados y publicados periódicamente por el Latinobarómetro¹⁸¹.

Índice de Confianza en la Presidencia: Ídem al anterior. Ver Latinobarómetro.

Índice de Confianza en la Administración Pública: Ídem al anterior. Ver Latinobarómetro.

¹⁷⁹ La descripción de la metodología puede consultarse en: <http://www.undp.org>

¹⁸⁰ Para mayores detalles de la metodología FH, ver el sitio: <http://www.freedomhouse.org/>

¹⁸¹ Para consultar la metodología del Latinobarómetro, consultar en: <http://www.Latinobarometro.org>

Índices de Criminalidad

(Tomado del apéndice estadístico del IDH-PNUD 2003, son datos provenientes originalmente de la *Encuesta Internacional sobre Víctimas de Delitos [EIVD]*)

Delincuencia Total: Porcentaje de personas víctimas de uno o más de los 11 delitos incluidos en la EIVD: robo, robo con escalamiento, intento de robo con escalamiento, robo de vehículos, vandalismo de vehículos, robo de bicicletas, agresión sexual, robo de bienes en vehículos, robo de bienes personales, agresión y amenazas y robo de motocicletas o ciclomotores.

Delitos contra la propiedad: Incluye robo de vehículos, robo de bienes en vehículos, robo con escalamientos e intento de robo con escalamiento. Fuente: EIVD.

Agresiones Sexuales: Los datos se refieren únicamente a la población femenina. Fuente: EIVD.

Agresiones: Todo tipo de agresiones, incluidas las agresiones sexuales. Fuente: EIVD.

GASTO en SALUD

(Datos tomados del apéndice estadístico del informe 2003 de la Organización Mundial de la Salud)

Gasto Total en Salud, sobre el PBI: el gasto total en salud de un país, en relación a su PBI, en un mismo año. Indica el esfuerzo de una economía nacional dedicado al cuidado de la salud, en relación a todas las actividades económicas realizadas.

Gasto en Salud per cápita, US\$ PPA 2001: el gasto total en salud, en relación a la población total. Medido en dólares según poder de paridad adquisitiva, para el año 2001. Indica el esfuerzo económico de una sociedad dedicado al cuidado de la salud.

Gasto en Salud del Gobierno, US\$ PPA 2001: el gasto total en salud del Gobierno, en relación a la población total. Medido en dólares según poder de paridad adquisitiva, para el año 2001. Cuantifica el esfuerzo del gobierno en las políticas públicas de salud.

Gasto del Gobierno en Salud, sobre Gasto en Salud total: La relación entre el Gasto del Gobierno en salud, sobre el Gasto en Salud total (público y privado). Es un indicador de la importancia del gasto del gobierno, de su potencial de maniobra en la política de salud.

Gasto Privado en Salud, sobre Gasto en Salud total: Gasto en Salud del Gobierno, sobre presupuesto general: Indica el peso de las políticas de salud centrales, en relación al gasto presupuestal total.

ANEXO (II)

ANEXO 2. Matriz de Correlaciones(I). Instituciones políticas y Desarrollo

		I	II	III	IV	V	VI	VII
(I) Confianza Ad_ Pub, LB 1996-00	Correl_Pearson	1,00	,80**	,85**	,72**	,52	,24	-,36
	Sig. (bilateral)	,	,00	,00	,00	,06	,40	,21
	N	14	14	14	14	14	14	14
(II) Confianza P_Leg, LB 1996-00	Correl_Pearson	,80**	1,00	,89**	,75**	,47	,48	-,47
	Sig. (bilateral)	,00	,	,00	,00	,09	,08	,09
	N	14	14	14	14	14	14	14
(III) Conf_Presidencia, LB 1996-00	Correl_Pearson	,85**	,89**	1,00	,74**	,39	,35	-,49
	Sig. (bilateral)	,00	,00	,	,00	,16	,22	,07
	N	14	14	14	14	14	14	14
(IV) Índice Transparencia	Correl_Pearson	,72**	,75**	,74**	1,00	,39	,58*	-,52*
	Sig. (bilateral)	,00	,00	,00	,	,15	,02	,05
	N	14	14	14	15	15	15	15
(V) Índice Democracia FH	Correl_Pearson	,52	,47	,39	,39	1,00	,26	,11
	Sig. (bilateral)	,06	,09	,16	,15	,	,33	,68
	N	14	14	14	15	16	16	16
(VI) PBI en dólares PPA, 2001	Correl_Pearson	,24	,48	,35	,58*	,26	1,00	-,67**
	Sig. (bilateral)	,40	,08	,22	,02	,33	,	,00
	N	14	14	14	15	16	16	16
(VII) Tasa Morta_ infant, menores de 5 años.	Correl_Pearson	-,36	-,47	-,49	-,52*	,11	-,67**	1,00
	Sig. (bilateral)	,21	,09	,07	,05	,68	,00	,
	N	14	14	14	15	16	16	16

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

La relación entre riqueza (PBI per cápita) y Mortalidad infantil no merece mayores comentarios, es lo esperado. Pero además, las correlaciones entre los índices de desarrollo político y la tasa de Mortalidad infantil, nos muestran el signo negativo esperado. Se observa en la tabla que a mayor fortaleza de las instituciones políticas, son menores tasas de mortalidad infantil. La relación más fuerte y significativa, se da con el Índice de Transparencia. Esto podría indicar que la existencia de una estructura estatal que se percibe como honesta, es un requisito básico en los estados de "alta performance social". Pero también se podría decir lo inverso, que los resultados en materia social, impactan en la opinión ciudadana positiva sobre la administración pública.

Anexo 2. Matriz de correlaciones(II). Todas las virtudes como las bendiciones, van de la mano.

		(I)	(II)	(III)	(IV)	(V)	(VI)	(VII)
PBI en dólares PPA, 2001	Correl. de Pearson	1,000	,869**	-,717**	,656**	,963**	,949**	,668**
	Sig. (bilateral)	,	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	50	50	47	50	50	50	50
IDH 2001	Correl. de Pearson	,869**	1,000	-,776**	,596**	,849**	,823**	,894**
	Sig. (bilateral)	,000	,	,000	,000	,000	,000	,000
	N	50	50	47	50	50	50	50
Indice de Gini, PNUD 2001	Correl. de Pearson	-,717**	-,776**	1,000	-,320*	-,736**	-,649**	-,757**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,	,028	,000	,000	,000
	N	47	47	47	47	47	47	47
Gasto en Salud, sobre PBI, 2001	Correl. de Pearson	,656**	,596**	-,320*	1,000	,684**	,791**	,450**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,028	,	,000	,000	,001
	N	50	50	47	50	50	50	50
Gasto en Salud del Gobierno, USD PPA 2001	Correl. de Pearson	,963**	,849**	-,736**	,684**	1,000	,952**	,687**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,	,000	,000
	N	50	50	47	50	50	50	50
Gasto en Salud per cápita, USD PPA 2001	Correl. de Pearson	,949**	,823**	-,649**	,791**	,952**	1,000	,651**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,	,000
	N	50	50	47	50	50	50	50
Esperanza de Vida Sana al Nacer 2002	Correl. de Pearson	,668**	,894**	-,757**	,450**	,687**	,651**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,
	N	50	50	47	50	50	50	50

Fuente: OMS(2003), PNUD-IDH(2002)

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Anexo 2. Matriz de correlaciones(III). Violencia y Desigualdad

		(I)	(II)	(III)	(IV)
Delincuencia total	Correl. de Pearson	1,000	,934**	,425**	,554**
	Sig. (bilateral)	,	,000	,010	,001
	N	36	36	36	32
Delitos contra propiedad	Correl. de Pearson	,934**	1,000	,347*	,574**
	Sig. (bilateral)	,000	,	,038	,001
	N	36	36	36	32
Agresiones	Correl. de Pearson	,425**	,347*	1,000	,569**
	Sig. (bilateral)	,010	,038	,	,001
	N	36	36	36	32
Indice de Gini	Correl. de Pearson	,554**	,574**	,569**	1,000
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,001	,
	N	32	32	32	32

Fuente: PNUD(2003)

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Los índices de violencia se correlacionan, de manera significativa, con la desigualdad. A mayor desigualdad, medida por índice de Gini, mayores tasas de delincuencia.

ANEXO (III)

Agrupamientos de los casos nacionales utilizados, para distintos cuadros contruidos. Los valores manejados para los agrupamientos nacionales son, en todos los casos, los promedios simples (quiero decir, son valores no ponderados según tamaños poblacionales).

2.- Agrupamientos de casos nacionales utilizados:

2.1.-OCDE: Suecia, Canadá, EUA, Japón, Francia, Reino Unido, Alemania, Italia, España, Dinamarca, Finlandia, Nueva Zelanda, Australia, Noruega, Austria, Bélgica, Irlanda, Portugal, Islandia, Suiza, Grecia, Países Bajos. (Fuente: Apéndice estadístico del Banco Mundial, 2003).

2.2.-CONO SUR y otros: Argentina, Brasil, Chile, Uruguay, Paraguay , Costa Rica y México.

2.3.-LATINOAMÉRICA (datos referidos a ciudades): Asunción(Paraguay), Río de Janeiro(Brasil), Bogotá(Colombia), San José (Costa Rica), La Paz (Bolivia), Buenos Aires(Argentina.)

2.4.-ÁFRICA(datos referidos a ciudades): Botswana, Johannesburgo (Sudáfrica), El Cairo(Egipto).

2.5.-EUROPA ORIENTAL(datos nacionales): Eslovaquia, Eslovenia, Hungría, Malta, Polonia, Rumania, Ucrania.

2.6.-RÉGIMEN DE BIENESTAR (En base a Esping-Andersen, G. 2000):

2.6.1.- Régimen de Bienestar Liberal: Australia, Reino Unido, EUA, Nueva Zelanda, Irlanda, Canadá.

2.6.2.- Régimen de Bienestar Conservador: Alemania, España, Francia, Italia, Austria, Bélgica, Portugal, Suiza, Corea.

2.6.3- Régimen de Bienestar Socialdemócrata: Suecia, Dinamarca, Finlandia, Noruega, Islandia.

ANEXO (IV)

Las distintas miradas sobre el fenómeno de Rectoría en salud, señalan una serie de elementos comunes, específicos a esta función. Como señalamos en el capítulo II, es muy clara la naturaleza de “bien público” que poseen estos servicios.

Cuadro 1.3. Dimensiones de Rectoría en salud			
OMS	TRAVIS et al	OPS	FRENK & MURRAY
Generar y coleccionar información e inteligencia	Generar Inteligencia.	Acciones de Salud Pública propias de la autoridad sanitaria	Diseño del sistema Global.
Definir la Visión y la Dirección del S.S. Formular la Política de Salud	Formular la dirección estratégica de las políticas	Conduccion sectorial	Evaluación del desempeño global
			Fijación de prioridades políticas y técnicas
Ejercer influencia a través de la Regulación y la Representación	Asegurar las herramientas para la implementación: poderes, incentivos y sanciones	Regulación sectorial	Reglamentación
	Construcción de coaliciones; construcción de la cooperación	Modulación de la Financiación	Promoción intersectorial: relacionamiento con otros subsistemas sociales
	Asegurar el ajuste entre los objetivos de política y la estructura y cultura organizacional	Armonización de la provisión de servicios	
	Asegurar la responsabilización (accountability)	Garantía del Aseguramiento	Protección del Consumidor

Fuente: OMS(2000); OPS(1998); Travis et al(2001); Frenk y Murray(2000).

BIBLIOGRAFÍA

ALLEYNE, G. A.(2000). A vision for health system reform in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública* Vol.8 Número 1-2, OPS.

ANDERSON, P.(1987). *El Estado Absolutista*. México: Siglo Veintiuno Editores.

ANDERSON, P.(1991). *Transiciones de la antigüedad al feudalismo*. México: Siglo Veintiuno Editores.

BENDIX, R.(1964). *Estado nacional y ciudadanía*. Buenos Aires: Editorial AMORRORTU.

BERTINO, M., BERTONI, R., TAJAM, H., YAFFÉ, J.(2004). La larga marcha hacia un frágil resultado, 1900-1955. En: *El Uruguay del Siglo XX, La Economía*. Montevideo: Instituto de Economía-EBO.

BID(1996). Making Social Services Work. En *Economic and Social Progress in Latin America: 1996 Report*, Estados Unidos.

BID(1996). *Informe sobre el Progreso Económico y Social 1996. Como organizar con éxito los servicios sociales*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

BID(2000). *Desarrollo más allá de la economía*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

BOBBIO, N., MATEUCCI, N., PASQUINO, G., (1991). *Diccionario de Política*. México: Siglo XXI Editores .

BULMER-THOMAS, V. (1996). *The New Economic Model in Latin América and its impact on income distribution and Poverty*, Chapter 1 and 12, Londres: University of London.

BUSQUETS, J. M.(1995) *¿Viejos o nuevos perfiles en la política de salud en el Uruguay a partir de la reconstrucción y consolidación democrática?*. Ponencia presentada en LASA, Washington DC, EUA.

CASTELLS, M.(1998). *La era de la Información. Economía, Sociedad y Cultura*, Vol. I, II, III. España: Alianza Editorial.

CASTELLS, M., HIMANEN, P. (2002). *El Estado del bienestar y la sociedad de la información*. España : Alianza Editorial.

CONSTITUCIÓN(1997). Constitución de la República Oriental del Uruguay.

DAVRIEUX, Hugo: (1991) *Desigualdad y Gasto Público en los 80*, Uruguay, CINVE-EBO.

DI PALMA, G. (1997). Market, state, and citizenship in new democracies. En: MIDLARSKY, M. Editor. *Inequality, democracy and economic development*. Reino Unido: Cambridge University Press.

DI TELLA, T., et al.(1989). *Diccionario de ciencias sociales y políticas*. Buenos Aires : Puntosur Editores.

ESPING-ANDERSEN, G.(1993). *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia: Editorial Afons el Magnanim.

ESPING-ANDERSEN, G.(2000). *Fundamentos sociales de las economía post-industriales*, Barcelona: Editorial ARIEL.

FERNÁNDEZ, J., MOREIRA, C.(1997). *Políticas de ajuste en el sistema público de salud: una visión desde los actores. Informe de investigación*. Montevideo: CIESU-CLACSO-OPS.

FILGUEIRA, C.,(1996) *Sobre revoluciones ocultas: la familia en el Uruguay*, Montevideo: CEPAL.

FILGUEIRA, C., FILGUEIRA, F.(1998). *Domando la reforma del mercado: política de la reforma del Estado social en Uruguay*. Montevideo.

FILGUEIRA, F.(s/f) Un estado social centenario. El crecimiento hasta el límite del estado social Batllista. En: FILGUEIRA, C., FILGUEIRA, F. *El largo adiós al país modelo*. Montevideo.

FILGUEIRA, F.(1998). *Tipos de welfare y reformas sociales en América Latina. Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada*. Documento de trabajo. Montevideo.

FILGUEIRA, F., GARCÉ, A., RAMOS, C., YAFFÉ, J.,(2004). Los dos ciclos del Estado uruguayo en el siglo XX. En: *El Uruguay del Siglo XX, La Política*. Montevideo: ICP-EBO.

FLEURY, S. (2003). Reforma del Estado. *Revista Instituciones y Desarrollo* N°14-15. España.

FOUCAULT, M.(s/f). *Microfísica do Poder*. Brasil: Editorial Sabotagem, www.sabotagem.cjb.net

FRANCO, R.(1996). Los paradigmas de la política social en América Latina. *Revista de la CEPAL No 58*. CEPAL.

FRENK, J., LONDOÑO, J.L.(1997). *Pluralismo Estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. EUA: Banco Interamericano de Desarrollo, Documento de Trabajo N° 353.

GARCÍA PELAYO, M.(1977). El Estado Social y sus implicaciones. En: *Transformaciones del Estado contemporáneo*. Madrid : Alianza Editorial.

HIRSCHMAN, A.O.(1991). *The rethoric of reaction. Perversity, Futility, Jeopardy*. USA: Harvard University Press.

HJORTSBERG, C., and GHATNEKAR O.(2001). *Health Care Systems in Transition, SWEDEN*. Dinamarca: European Observatory on Health Care Systems.

HUNTINGTON, S. P. (1972). *El orden político en las sociedades en cambio*. Barcelona: PAIDOS.

HUNTINGTON, S. P. (1997). *El choque de civilizaciones y la reconfiguración del orden mundial*. Barcelona : PAIDOS.

IDH(2000). *Informe sobre desarrollo humano 2000*. Madrid: PNUD.

IDH(2002). *Informe sobre desarrollo humano 2002. Profundizar la democracia en un mundo fragmentado*. Madrid: PNUD.

IT(2002). *Índice de percepción de la corrupción 2002 de TRANSPARENCY INTERNATIONAL*. Alemania.

KAUFMANN, D., KRAAY A., y ZOIDO-LOBATON, P.(2000). *La gobernabilidad es fundamental. Del análisis a la acción*. EUA: Banco Mundial.

LONDOÑO, J.L. y FRENK, J.(1998). *Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Documento de Trabajo 353. EUA: Banco Interamericano de Desarrollo.

MARÍN, J. M.(2000). Fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias en las reformas del sector salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* Vol.8 N°1/2. OPS.

MARTINEZ NAVARRO, F., ANTÓ, J.M., CASTELLANOS, P., GILI, M., MARSET, P., NAVARRO, V.(1997). *Salud Pública*. Madrid: Mc Graw Hill-Interamericana.

MESA-LAGO, C., y BERTRANOU, F.(1998). El caso Uruguay. *Manual de Economía de la seguridad social en América Latina*. Montevideo: CLAEH.

Memorias del MSP presentada por el PE a la Asamblea General, años 2000, 2001, 2002, 2003. Disponibles en la página Web de Presidencia de la ROU: <http://www.uruguay.gub.uy>

MOREIRA, C., SETARO, M.(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: EBO-ICP.

MSP. (2000). *Informe DELPHI.* Uruguay: PROMOSS-FISS.

MURRAY, C.J.L. y FRENK, J.(2000). Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud.* Suiza.

NARBONDO, P., y RAMOS, C.(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).* Uruguay: EBO-ICP.

OLESKER, D.(2001). *Crecimiento y Exclusión. Nacimiento, consolidación y crisis del modelo de acumulación capitalista en el Uruguay (1968-2000).* Uruguay: Ediciones TRILCE.

OMS.(2000). *Health Systems: Improving performance.* Suiza: World Health Report.

OPS. (1996). *La rectoría de los Ministerios de Salud en los procesos de reforma sectorial.* Documento de discusión de la OPS.

PETERS, G. B.(2000). *The future of Governing.* USA: University Press of Kansas.

PIOTTI, D. (1998a). *La dimensión centralización descentralización y el proceso de referencia en el sistema de salud en el Uruguay.* Documento de Trabajo Nro.6. Montevideo: ICP-FCS.

PIOTTI, D.(1998b). *Historia de la salud en el Uruguay, 1830-1995*. Tres tomos. Montevideo: FCS-ICP-OPS.

PIOTTI, D.(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: EBO-ICP.

PODER EJECUTIVO, Ley número 17296 del Presupuesto Nacional 2000-2004. Disponible en página Web de la Presidencia: <http://www.uruguay.gub.uy>

PODER EJECUTIVO, Decreto reglamentario de reestructura ministerial de Salud Pública del 27 de Noviembre de 2001.

POLANYI, K.(1989). *La gran transformación. Crítica del liberalismo económico*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.

PUTNAM, R.(1996). *Comunidade e Democracia, a experiencia da Italia moderna*. Brasil: Fundacao Getulio Vargas.

RAJKUMAR, A.S., SWAROOP, V.(2002). *Public spending and outcomes: does governance matter?*. USA: World Bank.

RAMA, G.W.(1995). *La democracia en el Uruguay. Una perspectiva de interpretación*. Montevideo: Arca.

REAL DE AZÚA, C.(1964). *El impulso y su freno. Tres décadas de Batllismo y las raíces de la crisis uruguaya*. Montevideo: EBO.

REAL DE AZÚA, C.(2003). *Uruguay ¿Una sociedad amortiguadora?*. Montevideo : EBO.

RICO, A.(2000). *Health Care Systems in Transition. SPAIN*, Dinamarca: European Observatory on Health Care Systems.

ROBINSON, R., and DIXON, A.(1999). *Health Care Systems in Transition. UNITED KINGDOM*. Dinamarca: European Observatory on Health Care Systems.

ROSSI, P., LIPSEY, M., FREEMAN, H.(2004). *Evaluation. A sistematic approach*. USA: SAGE Publications.

SALTMAN, R.B., and FERROUSIER-DAVIS, O.(2000). The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*. Suiza.

SAVEDOFF, W.D.(1997). *Social Services viewed through new lenses: agency problems in Education and Health in Latin America*. Working Paper 318. Washington DC: BID.

SCHEDLER, A., DIAMOND, L., y PLATTNER, M.F.(1999). *The Self-restraining State. Power and Accountability in New Democracies*. USA: Lynne Rienner Publishers.

SHAW, R. P.(1999). *New trends in public sector management in health. Applications in developed and developing countries*. Washington DC: World Bank Institute.

SHONFIELD, A.(1967). *El capitalismo moderno. El cambio de equilibrio en los poderes público y privado*. México: FCE.

TRAVIS, P., EGGER, D., DAVIES, P., MECHBAL, A.(2002). *Towards better stewardship: concept and critical issues*. Suiza: World Health Organization.

VERONELLI, J.C., NOWINSKI, A., HARETCHE, A., ROITMAN, B.(1994). *La salud de los uruguayos*, Uruguay: NORDAN-OPS.

VILLAR, H.(2003). *La Salud, una política de Estado*. Uruguay: Impresora GRAFINEL.

WOLFE, A.(1980). *Los límites de la legitimidad, las contradicciones políticas del capitalismo contemporáneo*. México: Siglo XXI Editores.

WHO.(2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Suiza.

UNFPA. (2003). Salud y Pobreza. En: *El Estado de la población mundial 2002. Población, pobreza y oportunidades*. Fondo de Población de las Naciones Unidas.