

# **La economía política de la reforma del sector salud en el Uruguay (2005-2012)**

*Innovación y continuidad en la construcción de un Estado Social con inspiración desarrollista*

**Marcelo Setaro Montes de Oca**

**Tesis de Doctorado. 4 de Octubre de 2013**

**Tutor: Dr. Pedro Narbondo Álvarez**

**Universidad de la República  
Facultad de Ciencias Sociales  
Departamento de Ciencia Política**

## Resumen

El sistema de salud en el Uruguay es una de las arenas político institucionales más complejas y resistentes al cambio. Históricamente, las transformaciones mayores dentro del sector han ocurrido bajo circunstancias de enorme presión política. Sin embargo, el Frente Amplio logró en su primer gobierno implementar una de las reformas sociales de mayor magnitud política desde la salida de la Dictadura. Esta reforma se orienta hacia el logro de la cobertura universal y a la integración de un estratificado sistema de protección social en salud.

El nuevo sistema apunta a la organización de redes de servicios públicos y privados, con un fondo público financiador, bajo una fuerte orientación y contralor de los organismos estatales. La reforma crea un SNS, mediante el cual los trabajadores aportan de forma progresiva al financiamiento de los servicios de salud, generando cobertura de salud para ellos, sus familiares y al momento de la jubilación. Por el lado de la provisión, el SNIS establece el marco general para el funcionamiento de los servicios públicos y privados, bajo orientación del Ministerio de Salud. La reforma incrementa los controles públicos, a través de la JUNASA, con el propósito de establecer una lógica de funcionamiento diferente dentro del SNIS, que limite la competencia mercantil y se oriente por la cooperación y la complementación asistencial.

La reforma tiene vocación universalista, de ampliación de derechos, y garantía en el acceso efectivo a la atención en salud. Desde el punto de vista de esta tesis, instaura un estado de nuevo tipo que combina elementos de Seguro Social y Servicio Nacional de Salud (SHI y NHS), creando un Estado Social Desarrollista (ESD) en el sector salud. El ESD sectorial promueve el acceso universal a servicios de salud, y cuenta con dispositivos institucionales novedosos, destinados a promover el acceso y el funcionamiento como sistema de los componentes públicos y privados que lo integran. Es un estado orientador, que guía la reestructuración progresiva de los servicios de salud, para la constitución de un sistema de salud “integrado”.

El ESD que emerge con la reforma es un producto del tipo de coalición político social que la impulsa, liderada por un partido de izquierda e integrada por los productores de servicios mutuales y cooperativos. La coalición sociopolítica reformista es el factor explicativo central en este proceso de expansión de la matriz de protección social y de su nuevo marco regulatorio. Los elementos característicos del esquema político institucional uruguayo, unidos a la especial coyuntura política que lleva al Gobierno por primera vez a un Partido de izquierda, explican la rápida implementación de esta reforma, en un proceso graduado y secuencial.

Pero el ESD no es un producto totalmente novedoso, ya que los nuevos dispositivos institucionales hunden sus raíces en los desarrollos previos del sistema de salud. La reforma trae consigo un cambio de la sustancia política de la coalición social que sustenta al nuevo sistema. El nuevo estado que emerge fusiona diversos componentes del viejo sistema de salud, incorporando las lógicas de los servicios públicos y sociales que eran predominantes, montándose sobre los dispositivos de la Seguridad Social y ampliando notablemente las competencias e instrumentos regulatorios a cargo del Estado.

## Tabla de contenidos

Índice de Tablas, Gráficos y Diagramas.....	5
Glosario .....	7
Capítulo 1. Introducción. Problema, hipótesis y método .....	8
1.1. El problema de investigación .....	8
1.2. Preguntas de investigación y objetivos.....	10
1.3. El argumento teórico y las hipótesis de trabajo.....	11
1.4. Formulación analítica de la cadena explicativa (process tracing) .....	16
1.5. Aspectos básicos del diseño metodológico .....	19
1.7. Métodos, instrumentos y estructura de la presentación del trabajo.....	23
1.8. Estructura del documento .....	24
Capítulo 2. La Política como necesidad y como objeto de reflexión académica .....	27
2.1. La Política como necesidad .....	27
2.2. El enfoque sobre las instituciones políticas.....	29
2.3. Instituciones políticas, institucionalización y cambio institucional .....	32
2.4. El impacto del cambio institucional incremental .....	38
2.5. Conclusión.....	42
Capítulo 3. Instituciones políticas y Economía Política.....	44
3.1. El Estado como un actor en el proceso de desarrollo .....	45
3.2. Visiones sobre la relación entre Estado y Desarrollo .....	51
3.3. El Estado como actor en el proceso de Desarrollo .....	54
3.4. Síntesis de la argumentación teórica .....	62
Capítulo 4. Acción colectiva e interfase sociopolítica en sociedades plurales .....	64
4.1. Modelos de producción de políticas .....	64
4.2. Partidos y Sistemas de Partidos .....	66
4.3. La estructuración de la arena de intereses .....	68
4.4. Los regímenes de producción y la estructuración de intereses.....	71
4.5. Conclusión: estructuración de intereses en el sector Salud .....	77
Capítulo 5. Salud y Sistemas de Salud .....	79
5.1. La Salud y los Sistemas de Salud como problema.....	79
5.2. La génesis histórica de la respuesta colectiva a la enfermedad.....	88
5.3. La construcción política de los sistemas de salud modernos.....	92
5.4. Síntesis de la evolución histórica de los SHI y NHS.....	99
5.5. Modelos nacionales, presiones para el cambio y tipos de respuestas.....	104
5.6. Las respuestas frente a las presiones estructurales .....	110
5.7. Conclusión sobre Salud y Sistemas de Salud .....	114
Capítulo 6. Transformaciones en las instituciones de salud de países desarrollados ....	115
6.1. Instituciones del Sistema de Salud en Alemania.....	117
6.2. Instituciones del sistema de Salud en Inglaterra.....	126
6.3. Suecia: equidad ante todo, pero con eficiencia .....	140
6.4. Estados Unidos de América: la utopía mercantil en el sector salud.....	148
6.5. Italia: un sistema SHI que se transforma en NHS .....	151
6.6. Holanda: un SHI de innovación competitiva.....	155
6.7. Francia: el desafío de combinar equidad, elección y calidad .....	160
6.8. Addenda: España, otro SHI procesa el cambio hacia un NHS .....	163
6.9. Conclusión. Aprendizajes referidos a los estudios de caso .....	165
Capítulo 7. Uruguay: evolución de la respuesta institucional a los problemas de salud	169
7.1. Estado y Bienestar en el Uruguay.....	169
7.2. Origen de la protección social en salud: la colonia española .....	171

7.3. El control del arte de curar .....	175
7.4. El empuje de la Sociedad Civil: el fenómeno de las asociaciones Mutuales ....	179
7.5. La expansión del aseguramiento en salud a través del “nuevo mutualismo” .....	182
7.6. La constitución de la autoridad sanitaria nacional .....	190
7.7. Conclusión. Principales rasgos del desarrollo histórico .....	197
Capítulo 8. El Sector Salud y sus diagnósticos críticos (1985-2005).....	200
8.1. Organización de la provisión de servicios .....	200
8.2. El financiamiento, estructura y funcionamiento institucional .....	204
8.3. La regulación del trabajo en el sector salud .....	208
8.4. La Autoridad Sanitaria.....	210
8.5. La estructura de Poder sectorial: principales actores organizados .....	211
8.6. El consenso diagnóstico y los factores que desencadenan la crisis .....	217
8.7. Los actores frente a la crisis sectorial.....	227
Capítulo 9. Estructura y proceso socio-político en el Uruguay (1985-2005) .....	231
9.1. La matriz institucional y la dinámica de producción política.....	231
9.2. El progresivo ascenso del tercero excluido .....	239
9.3. El armado del primer gobierno del Frente Amplio.....	243
9.4. El Programa de Reformas del FA/ La plataforma electoral del FA .....	245
Capítulo 10. El proceso de reforma de salud y creación del SNIS.....	247
10.1. Agenda de cambios y equipo reformista .....	247
10.2. Gestión política del programa Frentista.....	249
10.3. El proceso reformista en el sector salud .....	251
10.4. La negociación parlamentaria de la reforma de Salud .....	259
10.5. Los nuevos dispositivos legales: la secuencia reformista.....	266
10.6. La ley Constitucional del SNIS .....	269
10.7. Se completa el circuito de la Gobernanza .....	275
10.8. Se completa la base financiera: ¿un caballo de Troya en el SNIS?.....	280
Capítulo 11. El Sistema Integrado: un Estado Social Desarrollista .....	286
11.2. El nuevo esquema de Gobernanza en el SNIS .....	287
11.3. La JUNASA y los Contratos de Gestión .....	293
11.4. La participación social en la Gobernanza del sistema.....	294
11.5. Avances en la implementación del sistema integrado .....	298
11.6. Conclusión: el nuevo Estado Social Desarrollista.....	316
Capítulo 12. CONCLUSIONES. El Estado como una obra de arte .....	318
Bibliografía.....	331
ANEXOS .....	349

## Índice de Tablas, Gráficos y Diagramas

### Tablas

Tabla 1.1.	Variables explicativa de la emergencia del ESD
Tabla 1.2.	Dimensiones y variables de estudio
Tabla 2.1	Mecanismos de cambio institucional incremental
Tabla 4.1.	El modelo de Poliarquía de Arend Lijphart
Tabla 5.1.	Dimensiones de la función política de Rectoría
Tabla 5.2.	Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)
Tabla 5.3.	Medir la Performance de los Sistemas de Salud
Tabla 5.4.	Años de creación de partidos socialistas, sindicatos y seguridad social
Tabla 5.5.	Síntesis de los aspectos estructurales de SHI
Tabla 5.6.	Financiamiento de sistema de salud europeos y año de transformación
Tabla 5.7.	Rasgos de los tres esquemas institucionales básicos de bienestar en Salud
Tabla 5.7.	NSH y SHI: fortalezas, debilidades y opciones para su construcción
Tabla 5.8.	NHS y SHI: fortalezas, debilidades y opciones para su construcción
Tabla 5.9.	Políticas de salud frente a la restricción de recursos
Tabla 5.10.	Fuentes de ineficiencia e intervenciones posibles en el sistema de salud
Tabla 6.1.	Principales hitos en las Reformas Laboristas, 1997-2007
Tabla 6.2.	Casos nacionales de sistemas de salud
Tabla 6.3.	Innovación e hibridación de los modelos
Tabla 7.1.	Seguros de salud instalados por ley, 1958-1972
Tabla 7.2.	Capítulos de la ley orgánica del MSP. 1934
Tabla 7.3.	Principales regulaciones contenidas en el primer marco regulatorio IAMC. 1943
Tabla 7.3.	Principales regulaciones contenidas en el segundo marco regulatorio IAMC. 1981
Tabla 8.1.	Estructura proveedores públicos, 2005
Tabla 8.2.	Estructura proveedores privados. 2005
Tabla 8.3.	Cobertura institucional de servicios en Uruguay, 1971-1982
Tabla 8.4.	Estructura remuneración en el sector privado, según especialidad médica y región
Tabla 8.5.	Organismos que participan de la rectoría del sector salud
Tabla 8.6.	Principales actores sectoriales. 2005-2010
Tabla 8.7	Organismos que participan de la rectoría del sector salud
Tabla 9.1.	Tipo de proceso político en Uruguay, según IAL
Tabla 9.2.	El partido del Presidente y el formato de gobierno
Tabla 9.3.	Partidos con representación parlamentaria, votos en la Asamblea General
Tabla 9.4.	Consultas populares en el Uruguay, 1985-2003
Tabla 9.5.	Armado del Gabinete del Presidente Vázquez. 2005-2010
Tabla 10.1.	Equipo reformista sector salud
Tabla 10.2.	Posicionamiento de intereses sectoriales en el CCI-SNIS, 2005-2007.
Tabla 10.3.	Principales normas en la implementación de la reforma de salud, 2005-2010
Tabla 10.4.	Posición ideológica de las fracciones en el Senado
Tabla 10.5	Secuencia legislativa del paquete de reforma
Tabla 10.6.	Contenidos de la ley constitucional del SNIS: 18211 de 2007
Tabla 10.7.	Organizaciones participantes en las Comisiones Parlamentarias
Tabla 11.1.	Metas en el Seguro Nacional de Salud, 2008-2012
Tabla 11.2	Ámbitos de participación social en el SNIS
Tabla 11.3.	Indicadores de actividad y protección social
Tabla 11.4.	El cambio de la estructura poblacional de las IAMC, 2005-2012
Tabla 11.5.	Población en el FONASA. 2007-2012
Tabla 11.6.	Gasto público en salud, según institución financiadora
Tabla 11.7.	Ejecución presupuestal ASSE. 2004-2011
Tabla 11.8.	Indicadores de producción asistencial, prestadores del SNIS. 2005-2012
Tabla 11.9.	Indicadores de producción asistencial del sector IAMC, 2005-2012
Tabla 11.10.	Indicadores de prioridad del cambio de modelo
Tabla 12.1.	Los novedosos dispositivos institucionales del ESD
Tabla 12.2.	El ESD en perspectiva comparativa

### **Gráficos**

Gráfico 6.1.	Alemania Número de Fondos de Salud, 1993-2004
Gráfico 7.1.	Cobertura poblacional en salud por vía Mutual y Seguridad Social, 1908-1975
Gráfico 7.2.	Número de IAMC en todo el país, según región. 1970
Gráfico. 8.1.	Numero de IAMC en todo el país. 1970-1994
Gráfico. 9.1.	PPTT y Partidos Desafiantes
Gráfico 10.1.	Distribución ideológica fracciones en el Senado
Gráfico 11.1.	Estructura relativa de las capitas del FONASA
Gráfico 11.2.	Estructura de la Meta Asistencial. 2009
Grafico 11.3	Tendencia cobertura de salud, 1991-2011
Grafico 11.4.	Evolución de la cobertura Fondo de Salud y afiliación individual 1977-2012
Grafico 11.5	Usuarios ASSE según tipo de afiliación
Gráfico 11.6.	Índice de crecimiento del gasto público en salud
Grafico 11.7.	Cuota mensual promedio IAMC ASSE.
Gráfico 11.8.	Indice de PBI y Gasto en Salud
Gráfico 11.9	Meta Materno Infantil. 2012

### **Diagramas**

Diagrama 1.1.	Flujo de relaciones explicativas entre variables clave
Diagrama 8.1.	La relación de producción de servicios de salud
Diagrama 8.2.	Crisis del sector salud
Diagrama 11.1.	Gobernanza del SNIS desde la JUN ASA

## Glosario

ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
BHU	Banco Hipotecario del Uruguay
BPC	Base de Prestaciones y Contribuciones
BPS	Banco de Previsión Social
BROU	Banco de la República Oriental del Uruguay
CASMU	Centro de Atención del Sindicato Médico del Uruguay
CC-SNIS	Consejo Consultivo para Implementar el SNIS
CIDE	Comisión de Inversiones y Desarrollo Económico
DISSE	Dirección General del Seguro Social del Estado
ESD	Estado Social Desarrollista
FA	Frente Amplio
FECOMI	Federación de Cooperativas Médicas
FEMI	Federación Médica del Interior
FESP	Funciones Esenciales en Salud Pública
FNR	Fondo Nacional de Recursos
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FUS	Federación Uruguaya de la Salud
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IRPF	Impuesto a la Renta de las Personas Físicas
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
MUCAM	Médica Uruguaya Corporación Asistencial Médica
NHS	National Health Service-Servicio Nacional de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONSC	Oficina Nacional de Servicio Civil
OPP	Oficina de Planeamiento y Presupuesto
OPS	Oficina Panamericana de la Salud
PC	Partido Colorado
PIAS	Plan Integral de Atención en Salud
PN	Partido Nacional
PNUD	Programa Naciones Unidas para el Desarrollo
SAQ	Sociedad Anestésico Quirúrgica
SHI	Social Health Insurance-Seguro Social de Salud
SMU	Sindicato Médico del Uruguay
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
SNS	Seguro Nacional de Salud
UDELAR	Universidad de la República
UMU	Unión de la Mutualidad

## Capítulo 1. Introducción. Problema, hipótesis y método

En esta introducción presentamos el problema principal y las preguntas que guían nuestra investigación. En la sección siguiente se formula nuestro argumento teórico y las hipótesis explicativas que nos planteamos, como respuestas plausibles a la emergencia de la reforma de la salud y la aparición de un estado social de nuevo tipo. Parte de esa explicación tiene que ver con la dinámica particular de la reforma de salud, con el proceso causal que vincula la coalición reformista con la implantación del nuevo SNIS. Finalmente, realizamos una breve defensa de la metodología elegida para este estudio, basada en el Estudio de Caso (EdC).

### 1.1. El problema de investigación

Los Estados de Bienestar hoy están bajo enorme presión en todo el mundo. El aumento de las demandas sociales, los retos de la competencia económica global, ocasionan una sobrecarga sobre las capacidades estatales que cuestiona el “feliz equilibrio” entre las políticas redistributivas y los regímenes de producción capitalistas. La convivencia entre Capitalismo y Democracia, que fuera posibilitada por la creación de los Estados de Bienestar, hoy está bajo una profunda sospecha. La lógica de la austeridad fiscal se convierte en una restricción permanente.

Esta sensación de debilitamiento, y aún de ruptura, en el cumplimiento de algunas funciones estatales de bienestar clásicas, parece haber llegado hasta los países más ricos del mundo. La situación europea actual parece confirmar esta intuición, si atendemos a la crisis de la deuda en países como España y Portugal, por mencionar a quienes los latinoamericanos sentimos más próximos culturalmente. De alguna manera, estos procesos parecen ser imágenes retardadas, que replican las experiencias vividas en el área latinoamericana durante la década de los 80s y 90s.

Este fenómeno tiene un particular impacto, ya que el ordenamiento político europeo, emergente de la segunda postguerra, fue durante décadas un modelo de referencia para los países latinoamericanos. El crecimiento económico sostenido, acompañado de sistemas amplios de protección social, contribuyó a conformar sociedades con niveles de bienestar e integración social envidiables. Desde las primeras experiencias de desarrollo de políticas de bienestar social y de estructuración de servicios de salud, la mirada de nosotros, los latinoamericanos, se ha posado repetidas veces sobre esos admirados modelos.

Existe una situación de *estado de malestar*, que parece trasladarse hacia todo el mundo desarrollado. Recientemente, en un seminario dedicado a la seguridad social, un alto miembro del Gobierno de Japón, su Ministro de Finanzas, solicitó a los ciudadanos que hacen uso intensivo de servicios de salud que “*se apuren a morir*”. Más allá de demostrar una interesante faceta del proverbial altruismo nipón, esto marca la preocupación respecto al importante crecimiento de la factura por servicios de salud y cuidados sociales, que trae consigo la transformación demográfica y de las estructuras familiares.



En verdad, más allá de esta “perenne crisis del capitalismo”, las sociedades europeas vienen experimentando, desde hace décadas, con nuevas y diversas formas de gestión en sus políticas de salud. Estas sociedades lograron resolver de manera temprana el problema de la universalidad en el acceso. Pero ahora enfrentan al desafío combinado de la contención de la escalada de costos, las demandas por mejora de la calidad y el aumento del uso de servicios, ocasionado por un nuevo perfil demo-epidemiológico. De esta forma, surgen diversas experiencias de innovación institucional en los países de la OCDE, bajo los gobiernos de las más diversas orientaciones ideológicas.

Por otra parte, el Uruguay muestra una situación paradójica, que contrasta con el mundo, al haber procesado recientemente una reforma mayor de su sistema de servicios de salud. En el período 2005 a 2010, emerge una reforma con un discurso de orientación universalista, de ampliación de derechos y de mayor compromiso público, tanto en el financiamiento como en la regulación del sector salud. Esta reforma está realizando sus primeros pasos, con resultados que son alentadores, aunque las notas de optimismo deben matizarse con los enormes desafíos que todavía tienen pendientes.

La reforma del sistema de salud es un hecho relevante dentro de la trayectoria de las políticas públicas de la post-dictadura uruguaya. La reforma había sido, desde la percepción de diversos actores políticos y académicos, un tema largamente postergado por ser una arena plagada de actores con fuerte capacidad de veto. Sin embargo, con el advenimiento del primer gobierno de izquierda en el Uruguay, logra concretarse una transformación de magnitud en su sistema de salud.

En sentido estricto, no podemos decir que el sistema de salud haya permanecido “congelado” en estos últimos 50 años. Si prestamos atención, son muchas e importantes las iniciativas, que fueron jalonando el camino hacia la universalización del derecho a la salud, que convive con una marcada estratificación en la calidad de los servicios que se brindan. Pero todo ese desarrollo se vería eclipsado por las experiencias de los años 90s, en donde el sistema de salud uruguayo experimentó una serie de ajustes, que fueron conduciendo hacia una suerte de “reforma por defecto” del sistema de salud. Esas reformas fueron desnaturalizando algunos de los aspectos solidarios históricos del sistema, derivados de los principios mutuales y cooperativos. Por acción y omisión, eso también afectó a los servicios públicos de salud, con principios de solidaridad de corte caritativos y asistencialistas.

En cualquier caso, parece ser que mientras en el mundo desarrollado se revisan las cuentas buscando ajustar a la baja el gasto social, en el Uruguay se hinchan nuevamente las velas de su viejo estado social. En el marco de la asunción del poder del partido que reúne a las izquierdas en el Uruguay, el Frente Amplio, se percibe una reestructuración estatal fuerte, que muestra rasgos de innovación y modernización institucionales relevantes. Despuntan indicios de un estado social remozado, con nuevas capacidades de conducción y relación con la sociedad y el mercado. Su esquema histórico de bienestar en salud, de alta cobertura poblacional, pero con una estratificación de beneficios muy importantes, parece haber emprendido el definitivo camino hacia la universalización de derechos ciudadanos.

Esta expansión de los derechos sociales y del gasto público, se acompaña de la participación de proveedores privados de servicios de salud. La reforma uruguaya genera una ampliación de los derechos sociales de las personas, que se ejecuta mediante

la participación de componentes privado-sociales (mutuales y cooperativas) en la provisión de servicios de salud. También hay una expansión de la provisión público-estatal de servicios, que apuesta a ser competitiva respecto al sector social. La reforma apuesta a conformar un esquema de provisión mixta, de componentes públicos y privados, bajo estricta supervisión del Ministerio de Salud.

Se procesa entonces una reforma que combina la expansión de servicios de bienestar, con gran participación de efectores privados, y con fuerte modernización de la estructura estatal. Esta reforma de salud supone un cambio profundo en la estructura del Estado, y en su relación con el mercado y la sociedad civil. La nueva estructura sectorial altera la matriz histórica de producción del bienestar, reformulando el rol histórico del Estado dentro de este sector. Surge un Estado de “nuevo tipo”, que establece objetivos y metas sectoriales, es auditor, evaluador y fiscaliza el cumplimiento de metas. Emerge un *estado para la mejora de la performance*, un estado que fija y aplica premios y castigos, con el objetivo de propiciar un funcionamiento diferente en el sistema de salud. Dentro de un esquema conformado por prestadores de naturaleza diversa, públicos y privados, el Estado se encarga de la conducción y articulación de una compleja red, convirtiéndose en su rector.

En el nuevo sistema el Estado propicia una lógica de cooperación diferente, alentando de forma sistemática, la transformación organizacional y funcional de los proveedores de servicios dentro del sistema de salud. Es un estado que promueve la universalización de los derechos sociales, y la reestructuración de los proveedores sociales de servicios para ajustarse a las nuevas necesidades en salud. Es un *Estado Social Desarrollista*, que guía la reestructuración productiva de este sector de servicios, procurando introducir una lógica de complementación y cooperación asistencial, pero que no se desentienda de las lógicas de competencia de los actores, que promuevan la eficiencia de las unidades productivas.

En esta tesis nos proponemos analizar la experiencia de reforma social más importante que haya experimentado el país desde la salida de la dictadura<sup>1</sup>. Trataremos de explicar el por qué se procesa esta expansión de la matriz de protección y la forma específica en que lo hace, con participación de proveedores públicos y privados, alta regulación estatal y democratización en la participación social. Procuraremos marcar los factores político-institucionales que permitieron la expansión de la matriz de protección social y la emergencia de este formato estatal de nuevo tipo, en un marco global caracterizado por la “austeridad permanente”.

## **1.2. Preguntas de investigación y objetivos**

Esta tesis se propone estudiar el proceso político de ampliación de las políticas de bienestar y de construcción de capacidades estatales para la conducción de la reestructura del sector salud. Nos interesa comprender las causas de esta expansión del Estado Social, marcado por la presencia de políticas de fuerte inspiración universalista, de ampliación de derechos. También analizar la expansión de las competencias rectoras

---

<sup>1</sup> Desde nuestro punto de vista, la única reforma social comparable en magnitud política es la de jubilaciones y pensiones de 1996.

del estado sobre el sector, que resultan en una reestructuración fuerte de las relaciones entre Estado, la sociedad y el mercado.

*Nuestro objeto de estudio, entonces, remite al proceso de construcción de capacidades estatales dentro de un marco complejo, institucionalizado, de producción de servicios sociales, como es el sector salud. El foco temporal se ubica en la Administración del Presidente Tabaré Vázquez, y los dos primeros años de la Administración del Presidente Mujica (2005-2012). En este marco, podemos identificar tres grandes grupos de preguntas relacionadas con nuestro objeto de estudio.*

I) En primer lugar, ¿Constituye la reforma del sector salud una reforma de magnitud dentro del esquema histórico del bienestar en el Uruguay? ¿Hay una discontinuidad significativa respecto a la estructura institucional histórica del sector salud? ¿En que aspectos se expresa esta expansión, cuáles son sus rasgos principales? ¿Qué factores políticos explican esta expansión de los derechos sociales en el sector salud, en marco de austeridad global?

II) En segundo término, ¿Cuáles son los rasgos principales del nuevo formato estatal que surge con la reforma de salud? ¿Estamos frente a la emergencia de un Estado de Bienestar clásico, con un sistema de salud al estilo de los países desarrollados? ¿O estamos frente a la emergencia de un fenómeno diferente, un nuevo tipo de estado, de inspiración desarrollista? Entonces, ¿Qué factores político institucionales explican la emergencia de este nuevo formato de relaciones entre Estado y Sociedad? ¿Qué grado de fortaleza institucional presenta este nuevo formato estatal de relacionamiento con la sociedad y el mercado?

III) Finalmente, ¿Qué enseñanzas podemos extraer de esta reforma, en términos de los procesos dinámicos de construcción de capacidades estatales de gobierno sectorial? ¿De que manera los actores políticos lograron administrar la agenda e introducir una de las reformas sociales más importantes desde la salida de la dictadura?

Un grupo final de preguntas, que seguramente no podamos responder en esta tesis, aunque si trataremos de dejar planteadas, refieren a: ¿Cuáles son los principales desafíos político-institucionales que se abren para la política de salud, en cuanto a su aspiración a concretar un derecho humano fundamental? ¿Qué factores podrían permitir preveer que la reforma de salud en el Uruguay sea un fenómeno exitoso, con perspectivas ciertas para su ampliación e institucionalización?

En términos sintéticos, los objetivos de esta tesis son tres. En primer lugar, identificar los factores políticos que explican esta expansión de la matriz de protección social en salud. En segundo término, describir y explicar las causas político-institucionales que explican y fundamentan la emergencia de un formato estatal de nuevo tipo dentro del sector salud, un estado con con vocación universalista y con un accionar desarrollista. Finalmente, en tercer lugar, especificar la cadena causal que explica la expansión de la matriz de bienestar y la emergencia de un Estado Social Desarrollista.

### **1.3. El argumento teórico y las hipótesis de trabajo**

Durante el primer gobierno del Frente Amplio, el Uruguay logró implementar una reforma profunda en el sector salud. La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) es un punto de discontinuidad en la historia de las políticas públicas desde la salida de la Dictadura. En este punto, nos interesa identificar cuáles son factores políticos que explican esta expansión de las políticas de protección social en salud. Pero además, reconocer qué factores explican la instauración de un esquema regulatorio tan novedoso, que busca la protección de los derechos sociales universales y promover el eficiente funcionamiento del sistema de salud.

Dentro de las ciencias sociales, existen diversos enfoques teóricos para explicar el origen y expansión en los estados de bienestar. Algunos de ellos enfatizan el rol de factores tales como el crecimiento económico, el desarrollo industrial, la apertura comercial o el cambio demográfico en la aparición de los primeros Estados de Bienestar. En realidad, los estudios teóricos no son demasiado concluyentes respecto al efecto que tienen estos factores.

En términos históricos, la mayoría de los países desarrollados iniciaron su camino de construcción de políticas universalistas de bienestar bajo circunstancias muy diversas. En el inicio de su proceso de industrialización (Alemania) o con ella avanzada (Inglaterra), con esquemas de gran apertura comercial (Inglaterra y Suecia) o proteccionistas (Alemania), antes de comenzar los procesos de envejecimiento poblacional (todos), entre otros aspectos.

En realidad, existe una literatura teórica mucho más amplia y estimulante, que enfatiza el rol de los actores y los procesos políticos en la construcción de los Estados de Bienestar. Dentro de esta literatura, de neto corte político, podemos reconocer dos grandes variantes en la explicación del origen y expansión del bienestar. Estas dos variantes adquieren una fortaleza notable cuando son combinadas, de allí que se las considere como integrantes de la familia de las explicaciones políticas de la expansión del Welfare.

La primera variante, que se recuesta en la respetable tradición del análisis de clases sociales, es conocida como la teoría de los recursos de poder. En esta perspectiva, la fortaleza de las clases trabajadoras, representadas por partidos de corte socialista, es el factor determinante en el origen y expansión del Estado de Bienestar. El conflicto esencial es entre capital y trabajo, y la política debe buscar las formas posibles para estructurar y administrar este conflicto básico. El grado de movilización de la clase obrera, su capacidad para la acción unificada y concertada con partidos de izquierda, es la variable explicativa clave en la expansión de políticas públicas redistributivas.

En esquemas institucionalizados de producción de bienestar, como es el de nuestro país, esta teoría implica además considerar el rol de los actores que producen servicios de bienestar. Médicos, Enfermeros y diversos profesionales del welfare, son un componente esencial dentro de esa coalición política reformista. Su forma de inserción política dentro de coaliciones reformistas pro Bienestar más amplias, la combinación específica de actores, es un rasgo determinante en el tipo de Estado de Bienestar que emerge con la reforma.

Una segunda variante de las explicaciones políticas sobre el origen y desarrollo de políticas redistributivas, se recuestran en las tradiciones del análisis institucional y enfatizan el rol que tienen las instituciones políticas como actores con iniciativa, y no meras poleas transmisoras de los intereses sociales. Los organismos del Estado y sus habitantes permanentes, los altos burócratas, poseen importantes capacidades para elaborar y procesar las políticas. El grado de centralización-descentralización de las instituciones estatales, son determinantes en la suerte de cualquier política pública. Las instituciones políticas operan como reglas de juego, delimitando el espacio y tiempo político, pero también como actores con capacidad de ordenar y procesar prioridades, determinando el diseño de las políticas públicas.

Pero además de las instituciones políticas generales, que establecen las pautas generales para la convivencia social, es importante considerar el rol de las instituciones sanitarias. Las instituciones responsables de establecer prioridades, los esquemas de financiamiento y provisión de servicios, la formación de los recursos humanos, todo esto se configura como un sistema de poder altamente institucionalizado. Su interacción define un espacio político determinado, en el cual interactúan diversos actores, determinando las lógicas de producción de servicios y definiendo las posibilidades de acceso de las personas a la atención en salud.

De esta manera, podemos formular tres hipótesis generales, sobre la cual se sustenta nuestra explicación referida a la ampliación de la matriz de protección social en salud y la implantación de un Estado Social Desarrollista que procesa el gobierno del Frente Amplio en su primera administración.

Hipótesis 1. La conformación de una coalición sociopolítica reformista, integrada por un *movimiento fuerte de trabajadores y partidos de izquierda, opera como el impulso fundamental para la introducción de políticas públicas de corte redistributivo*, para una expansión del Estado de Bienestar.

Para el sector empresario y trabajador general, la ampliación del seguro supone ampliación de las cargas impositivas, por la vía de cotizaciones a la seguridad social o por la vía de ampliación de impuestos. Resulta claro que *la amplitud de la coalición redistributiva, depende del grado de progresividad de este sistema de financiamiento*.

Pero además, debemos recordar que el Uruguay ha desarrollado históricamente un esquema de bienestar en salud amplio e institucionalizado, con beneficios altamente estratificados en función de la categoría socio-ocupacional de las personas. Una coalición reformista “ganadora” debería incluir además, muy necesariamente, a estos actores productores de servicios. Por tanto, es necesario especificar un tanto más a esta primera hipótesis.

Hipótesis 1.1. La reforma de los sistemas de salud requieren de la presencia de los actores sectoriales principales, responsables de la producción de la producción de bienestar. Por tanto, *cualquier coalición reformista exitosa debe incorporar a los principales actores en el proceso de producción de bienestar en salud, como un actor dinamizador del proceso de reforma*.

Dentro de estos actores principales, la corporación médica es el actor fundamental dentro de los procesos de reforma de los sistemas de salud, esto es así por la capacidad

de la profesión médica para definir, por sí y ante sí, los estados de salud y enfermedad de las personas. Pero también son fundamentales los administradores de servicios de salud y los trabajadores no médicos, profesionales y no profesionales.

La creación de seguros nacionales de salud enfrenta siempre una posición dual por parte de los intereses sectoriales. En primer término, una perspectiva positiva frente a la ampliación de la cobertura obligatoria, que implica la mejora en la ocupación e ingresos de los proveedores de servicios de salud. Pero en segundo término, la perspectiva negativa, dada por la oposición sistemática de los intereses de las corporaciones profesionales, proveedores de servicios de salud y sectores empresariales, ante la expansión de la regulación estatal.

En el caso de las corporaciones, estas regulaciones se expresan en restricción de la libertad, en el recorte de los criterios autónomos para el ejercicio profesional. En el caso de los proveedores de servicios, las regulaciones se expresan en un recorte de las posibilidades de gestión, administración y apropiación del excedente económico.

*Hipótesis 1.2. Entonces, es de esperar que la reforma de salud, en su primera etapa, cuente con un tratamiento relativamente dinámico, dado por las expectativas positivas que genera en diversos actores sectoriales la ampliación del aseguramiento. Pero, en una segunda etapa, es de esperar que el proceso se torne más complejo, y que exija de parte de las instituciones estatales mayores capacidades para conducir el proceso.*

*Hipótesis 1.3. El comportamiento esperado del colectivo médico será el de apoyar toda propuesta de fortalecer a los mecanismos relacionados con la expansión de los mecanismos de financiamiento colectivo de la atención médica. Por otra parte, es de esperar una oposición tenaz frente a todo intento de regulación del proceso asistencial, que implique moderar su capacidad de definir el proceso asistencial.*

Esto se complejiza un tanto más, si los procesos de reforma involucran, además de cambios en el financiamiento, modificaciones en sus esquemas de trabajo, como se espera en el pasaje hacia modelos basados en la Atención Primaria en Salud, que enfatizan los ejes del trabajo comunitario, multidisciplinario y especialidades básicas. Aquí es de esperar un “sacudimiento” dentro de la propia profesión, que tense la fuerza de los diversos actores.

Entonces, su grado de fortaleza como actor colectivo, su centralización y consenso, determina su capacidad para insertarse y hacer sentir su voz dentro de la coalición reformista más amplia. En cualquier caso, la profesión médica constituye un actor fundamental por su capacidad de veto.

*Hipótesis 2. Las instituciones políticas, su grado de dispersión, facilitan la acción de los actores de veto y la conservación del statu quo. Por el contrario, la concentración y centralización facilita la implementación y coordinación de agendas políticas complejas, como son las que caracterizan a las reformas del Bienestar.*

*H.2.1. El triunfo electoral del Frente Amplio generó una concentración y centralización del poder inéditas. Las condiciones para la conducción y coordinación político partidario en el modelo de producción político uruguayo presentan, durante 2005-2010, rasgos netamente mayoritarios.*

Esto implica un control absoluto del proceso de producción legislativa. El Frente Amplio posee las mayorías necesarias, que le permiten aprobar por sí mismo cualquier proyecto de ley que no requiera de mayorías especiales. Además, a esto se agrega el control sobre la administración de ministerios y organismos estatales, lo cual le da el control de los procesos de regulación y provisión de servicios.

La concentración del poder en las instituciones estatales, incrementa las oportunidades para la implementación acelerada de importantes reformas políticas, de corte redistributivo y constitucionales, que modifiquen de manera sustantiva las reglas de juego de todo un sector de las políticas públicas.

La concentración del poder reduce la chance de que actores organizados, con o sin mayor peso electoral, puedan operar en diversos ámbitos de la política, generando bloqueos en el proceso de reforma. De acuerdo a este enfoque, los modelos de producción política mayoritarios, son más eficientes a la hora de coordinar la implementación de políticas complejas.

En primer lugar, las características del régimen político uruguayo, que ha sido caracterizado como un régimen Presidencial mixto, con la presencia de diversos dispositivos propios del Parlamentarismo. La fuerte centralización del Gobierno, en un contexto de competencia bipartidista, entre dos bloques partidarios diferenciados ideológicamente, habilita al funcionamiento de esquemas de gobierno monocolor hasta formatos de tipo coparticipado y de coalición, más o menos amplios. A esto se agrega una arena de intereses estructurada históricamente, que ofrece oportunidades ciertas para los procesos de concertación social.

Hipótesis 2.2. Las estructuras productivas sectoriales conforman armados organizativos complejos, en los cuales los efectos de aprendizaje, de coordinación y de escala, generan incentivos muy fuertes a la estabilidad. Son contextos institucionalizados, en los que *las políticas innovadoras debe interactúan con el pasado, con el path-dependence institucional del sector, produciendo esquemas que mixturán el pasado con las aspiraciones reformistas de los actores.*

Las estructuras responsables de la producción del bienestar, resuelven problemas distributivos y dirimen conflictos políticos diversos. Son instituciones de gobierno sectorial, en un sentido estricto. Dentro de estas instituciones del sector salud uruguayo se cuentan organismos tales como: la Facultad de Medicina, la Administración de Servicios de Salud del Estado, el Fondo Nacional de Recursos, el Banco de Previsión Social, los Consejos de Salarios, las Instituciones de Atención Médico Colectivas y el Ministerio de Salud Pública.

El sector salud en el Uruguay ha desarrollado históricamente un esquema centralizado y poderoso de instituciones sanitarias, cuyos objetivos principales han estado focalizados en tratar de racionalizar el gasto en salud, lograr una cobertura amplia de los servicios de salud y maximizar la autonomía del ejercicio profesional médico. Dentro de este triángulo complejo, los procesos de reforma pueden recostarse más o menos contra diferentes vértices, dependiendo del poder de los actores que representan esos extremos.

Hipótesis 3. *La política de reforma del sector salud se monta sobre los dispositivos institucionales que el sistema de salud ha desarrollado históricamente, progresivamente, para la Gobernanza sectorial. La reforma combina dosis de innovación con altísima continuidad de los dispositivos de Gobernanza sectorial*

La inercia del sector salud, la densidad de sus instituciones, establecen un marco necesario para la acción. Como veremos en la sección histórica del caso, las opciones que el país ha tomado en el pasado, y que ha reafirmado constantemente,

Debemos reconocer que *el sector salud es una arena política altamente resistente a los cambios abruptos y radicales*. La reforma del Frente Amplio, que es profunda y de vocación universalista, se termina construyendo sobre diversos ladrillos históricos del sistema de salud. Su exitosa implementación debe ser analizada desde el punto de vista de la sabia administración del proceso político de la reforma, la secuencia, la administración de los tiempos y los recursos de poder, es una de las variables clave en el éxito de esta reforma.

En la sección siguiente describimos el process tracing de la reforma, la cadena causal que conduce a la instauración de un Estado Social Desarrollista. También incorporamos algunas variables adicionales, que modelan el efecto de las variables explicativas y las relaciones causales principales.

#### **1.4. Formulación analítica de la cadena explicativa (process tracing)**

Según Van Evera (1997), nuestras teorías deben poder ser expresadas mediante un simple diagrama de flujo, que muestre como la Variable independiente o Explicativa (VE) se relaciona con la Variable Dependiente o explicada (VD). En la tabla 1.1 siguiente explicitamos las variables que participan de nuestra explicación sobre la emergencia del Estado Social Desarrollista (ESD) en el sector salud. La notación que utilizamos está tomada del mismo autor (Van Evera, 1997: 7-49).

Además de la relación causal básica, también debemos señalar el papel de las Variables Condicionantes (VC) y el de las Variables Intervinientes (IV). Las VC tienen el efecto de especificar la relación entre la VI y la VD, aumentando o reduciendo el efecto que tienen las variables explicativas sobre las explicadas (se las relaciona medianete una *x* minúscula). En segundo término, las IV refieren a las cadenas causales que relacionan las variables explicativas con el resultado, especificando y ajustando la relación causal, trazando el camino seguido entre la causa y sus efectos (Process Tracing).

Nuestro estudio pretende establecer cadenas causales más precisas, explicando de manera parsimoniosa como se da el proceso de la reforma y el surgimiento de un nuevo tipo de estado. En la tabla 1.1 siguiente tenemos una descripción de las variables utilizadas en nuestra explicación de la emergencia de un nuevo tipo de Estado en el sector salud (ESD).



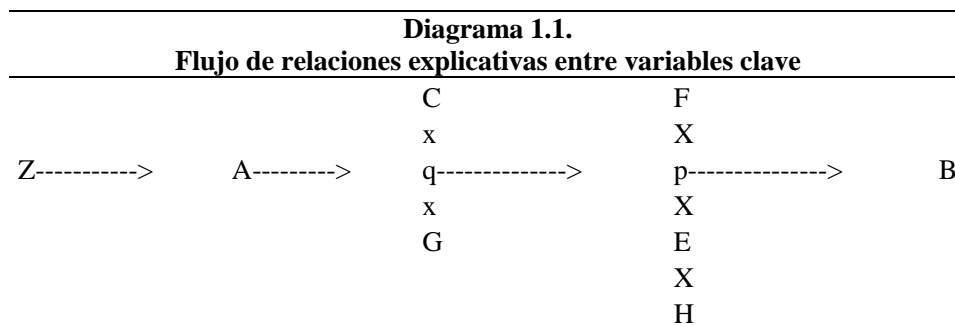
**Tabla 1.1.**  
**Variables explicativas de la emergencia del ESD**

Notación	Tipo de Variable	Resumen
A	Variable Independiente	VI: Coalición Partidaria Reformista (CPR)
B	Variable Dependiente	VD: Estado Social Desarrollista ESD
C	Variable Condicionante	VC: Crisis del sector salud
p	Variable Interviniente	IV: Proceso parlamentario de reforma del financiamiento y Gobernanza en el sector salud
E	Variable Condicionante	VC: expansión del mercado de trabajo formal, que es precedida por un período de fuerte retracción
q	Variable Interviniente	IV: Subcoalición sectorial pro reforma ESD
F	Variable Condicionante	VC: Instituciones estatales fuertes, centralizadas, pero con bajo grado de coordinación
G	Variable Condicionante	VC: Estructuración corporativa liberal del sector salud, con instancias estatales de coordinación
H	Variable Condicionante	VC: El PATH Dependence SECTORIAL, presencia de instituciones estatales fuertes
Z	Variable Explicativa	La democratización de la estructura de los Estados en los países de la América Latina, con la incorporación de los actores que fueron excluidos violentamente del proceso político durante los años 60-70s
x	Relación entre variables	Modela el efecto causal de una variable, aumentando o disminuyendo su poder causal

Fuente: elaboración propia, según notación de Van Evera (1997)

En el diagrama siguiente tratamos de sintetizar nuestra explicación sobre cómo y por qué emerge un Estado de nuevo tipo en el sector salud (VD B). La hipótesis básica refiere al papel de la coalición partidaria que asume el poder en el Uruguay en el año 2005 (VI A), su plan de acción, la coalición de intereses sociales que representa, y su papel en la construcción de un nuevo tipo de relación entre Estado, Mercado y Sociedad Civil en el sector salud. Además del poder, importa considerar el papel de las instituciones políticas generales en el proceso político, y las instituciones sectoriales, muy especialmente, para comprender la fisonomía del Estado que emerge con la reforma.

La llegada al poder de esta coalición de izquierda (VI A), resume un proceso de democratización y de reformulación ideológica de la política que hunde sus raíces en procesos iniciados en la década de los 60s y 70s en América Latina. Esos procesos fueran interrumpidos de forma abrupta por fenómenos Autoritarios, y reiniciados con la primavera democrática de los 80s y 90s. Esta variable histórica (Z), no es parte de nuestra investigación, pero es un elemento explicativo fundamental, a la hora de comprender la emergencia de una coalición reformista de claro sesgo ideológico.



Fuente: elaboración propia

La existencia de esta coalición político-partidaria, de sectores de izquierda, con amplia convocatoria ciudadana y fuertes vínculos con el movimiento sindical y gremial (VI A), es lo que permite la conformación de una coalición sectorial pro-reforma de salud (IV q). *No es cualquier tipo de coalición sectorial de reforma, sino una que se nutre principalmente de los actores clave del sector privado de la salud: médicos, trabajadores no médicos y, de manera más discreta, administradores de empresas de salud.* Esta coalición tiene una postura decidida en favor de la expansión de los mecanismos colectivos de financiamiento de las políticas de salud, y también, aunque un tanto más ambigua dentro de esta coalición social, en términos de expansión de la capacidad regulatoria del Estado.

En la conformación de esta coalición sectorial juega un papel central la crisis previa del sector salud, que generó movimientos de respuesta colectiva frente a la crisis (VC C). También desempeña un papel central la existencia de espacios de negociación neo-corporativos bien estructurados en el sector privado de la salud (VC G), que brindan el marco para la enorme vitalidad política y propositiva de este sector. Estas dos variables condicionan de manera positiva la capacidad de la elite político partidaria para el armado de la coalición reformista sectorial. Además, son determinantes en la integración de la coalición, el grado de cohesión y compromiso con el proyecto de reforma.

La estructuración de esta subcoalición sectorial se retroalimenta con la coalición partidaria en el poder, y es lo que permite procesar una reforma legislativa profunda en el Financiamiento y la Gobernanza del sector salud (IV p). En este doble movimiento, en el que se centraliza buena parte del financiamiento sectorial y las capacidades de asignación y direccionamiento del gasto en salud, se constituye un nuevo actor estatal y un nuevo tipo de relación del Estado con la sociedad y el mercado. Es una profunda reforma del Estado, en cuanto a su estructura, dimensiones, formas de orientación y de relacionamiento con la sociedad y el mercado (VD B).

Los rasgos universalistas y racionalizadores de este proyecto se explican por la presencia de tres variables que condicionan la relación causal. En primer lugar, la existencia de instituciones estatales lo suficientemente fuertes y centralizadas (VC F), como para poder procesar un cambio de esta magnitud en un período de tiempo tan acotado, del cual emerge una institucionalidad que es novedosa, pero que está fuertemente enraizada en las estructuras históricas del sector. Aquí nos referimos fundamentalmente a los organismos clave que conforman la estructura de Gobernanza

en el sector salud, como el MSP y ASSE, el Banco de Previsión Social o la Universidad de la República, por mencionar algunos de los más importantes.

En segundo término, este proceso de reforma se inserta en un momento de fuerte expansión del mercado de trabajo formal, con mejora del empleo, remuneraciones y protección social asociada al mismo (VC E). Esta expansión económica, que es posterior a un proceso de aguda depresión, le permite al Estado asumir un rol activo, a través de la negociación en los Consejos de Salarios, conduciendo el proceso de expansión de la demanda de empleo y de crecimiento salarial.

La tercera variable condicionante, tiene que ver con los procesos globales de ajuste del estado de bienestar (VC H). Esos procesos se relacionan con la transformación de las estructuras de necesidades sociales, el cambio demográfico y epidemiológico de las sociedades contemporáneas. También operan cambios profundos en los modelos productivos predominantes, con transformaciones del mercado de trabajo, de las relaciones laborales y de los dispositivos asociados de protección social. En estos procesos de ajuste globales, las Instituciones de Financiamiento Internacional tienen un rol relevante, sino en el financiamiento de reformas, en la producción de ideas y de soluciones frente a los problemas de política.

Finalmente, retomando nuestra proposición básica, resulta evidente que este nuevo tipo de Estado (VD B) emerge con la reforma del financiamiento y de la Gobernanza del sector salud, y sólo puede ser explicado por el triunfo de este partido de izquierda que es el Frente Amplio. Su rol es clave en la canalización de demandas sociales, en la articulación de un proyecto político de reforma para el sector salud, en la graduación de las demandas y respuestas: es la causa eficiente para la reforma.

Pero esta cadena causal básica está modelada por las variables condicionantes e intervinientes especificadas. Es cierto que los partidos de izquierda, con apoyos sociales amplios, están en la base de los procesos de expansión de los Estados de Bienestar con vocación universalista. También es cierto que las presiones globales impulsan, cada vez más, a tener miradas austeras sobre las políticas sociales. Pero el punto esencial, en el análisis de la reforma de la salud en el Uruguay, es la emergencia de un nuevo tipo de Estado, un producto original de la política, resultado de cómo los actores políticos maniobran dentro del marco de incentivos y restricciones que ofrecen las institucionales políticas y sectoriales.

### **1.5. Aspectos básicos del diseño metodológico**

De acuerdo a King et al (2000), un diseño de investigación científica refiere a los métodos aplicados para recopilar la información necesaria para contrastar nuestras hipótesis. Esto incluye los procedimientos de formulación de preguntas y de respuestas tentativas, de selección de casos y de análisis de la información sobre los casos. La finalidad de este proceso, como señala persuasivamente King et al, (2000: 18-19), es de generar inferencias descriptivas y causales válidas sobre la vida política y social. Esto es, tratamos de decir cosas sobre el funcionamiento del mundo social más amplio, sobre cosas que no han sido observadas antes, a partir de nuestro análisis de informaciones particulares.

En este proyecto de investigación nos planteamos preguntas relevantes para la vida de las personas y para la reflexión académica. La estructura del Estado determina las posibilidades de las personas de acceder a la atención en salud, organizando los recursos sociales disponibles y previendo la respuesta colectiva a las necesidades sociales. Este proyecto contribuye entonces a la acumulación de conocimiento científico en el campo de la transformación del Estado y de los sistemas de salud. Procura identificar los factores explicativos en la instauración de un Estado desarrollista en el sector salud y las condiciones para su institucionalización.

Nuestro diseño de investigación se basa en un Estudio de Caso (EdC) de tipo analítico explicativo, cuyo objetivo consiste en posicionar la transformación del rol del Estado en el sector salud, en el marco de las reformas de salud que se viven en el mundo. Nuestra unidad de análisis es el Estado dentro del sector salud, tal cual se dio con la reforma del sistema de salud procesada durante 2005-2012.

Los Estudios de Caso están asociados generalmente a estudios detallados sobre un fenómeno concreto, de carácter exploratorios, descriptivos, cuyos resultados son difícilmente generalizables hacia fenómenos más amplios. Se le reconoce a este método cierto poder para facilitar la formulación de problemas e hipótesis tentativas, que luego deben ser contrastados en estudios de muchos casos, con aplicación de los necesarios controles estadísticos. (Flyvbjerg, B. 2011)

En verdad, esto supone una paradoja fenomenal, ya que el grueso de la producción académica, en diversos campos disciplinares, está referido a EdC. Además, buena parte de la producción teórica más notable de las ciencias sociales se ha basado en estudios históricos de caso, o comparaciones realizadas sobre un pequeño número de casos. Por mencionar algunos ejemplos muy notables, los estudios sobre desarrollo político de Barrington More o de Peter Evans, que han tenido un enorme impacto en la comprensión del papel de las coaliciones en la transición a la democracia, o el papel del estado en la promoción del desarrollo industrial y el crecimiento económico<sup>2</sup>.

Hay una visión común del estudio de caso, como útil generador de hipótesis, pero que no aporta conocimiento sobre fenómenos más generales. Esto es una visión controvertida, que desprecia el valor del estudio de caso. Se ve estos estudios como carentes de una metodología propia, como estudios subordinados a otros referidos a muestras más grandes, como un paso intermedio. Es erróneo suponer que el estudio de caso no aporta conocimiento sobre fenómenos más generales, sobre clases más amplias a las cuales se relacionan. Es cierto que los estudios de casos generan explicaciones e hipótesis interesantes, pero no es válido tomarlos como un caso “intermedio o preparatorio”, previo a un estudio con muestras más amplias.

Existen cinco malentendidos referidos a este método de estudio de caso, que son los que minan la credibilidad del método y sus resultados: i) que el conocimiento teórico, general, es más valioso que el conocimiento concreto y aplicado sobre caso; ii) no se

---

<sup>2</sup> Las referencias podrían ampliarse notablemente, por ejemplo toda la literatura teórica generada a partir de la experiencia histórica de Inglaterra, sobre el desarrollo del estado y la democracia, régimen de gobierno, sistema de partidos, ampliación de derechos y políticas sociales, sistema de salud. En cierto sentido, el Reino Unido ha servido como un caso de referencia, contra el cual se comparan otros desarrollos nacionales.

puede generalizar a partir del conocimiento de un caso; iii) el estudio de caso es útil para generar hipótesis, pero no así para el testeo de hipótesis y la construcción teórica; iv) el estudio de caso tienen una tendencia, un sesgo, hacia la verificación o confirmación de las creencias del investigador; v) es difícil establecer una síntesis generalizable, a partir de un estudio de caso. Como podemos ver, los cinco puntos cuestionan la validez científica del método.

En esta tesis abordamos un enfoque diferente al anterior. El EdC puede ser englobado dentro de los enfoques de N pequeño, los cuales deben enfrentar problemas de validez interna y externa a la hora de afirmar sus inferencias (King, et al, 2000). Concuera con esto Gerring, J. (2007), para quien los EdC son una de las opciones dentro de los estudio de N pequeño. Según éste, las ciencias sociales parecen haber superado el enamoramiento con los estudios centrados en muchos casos y pocas variables, con tratamientos estadísticos intensivos, para adoptar un nuevo interés en los estudios de caso en profundidad. Esta preocupación se fundamenta en el interés de profundizar sobre el estudio de los mecanismos causales, de la determinación y explicación más fina de las relaciones que podemos observar en la vida social.

Para Gerring, J. (2007: 19-22), el estudio de caso puede ser entendido como el análisis intensivo de un solo caso, en el cual el propósito de ese estudio es, al menos en parte, el de arrojar luz sobre una variedad más amplia de casos, sobre una población. El estudio de caso puede comprender el análisis de varios casos, pero esto solamente hasta cierto punto en el que no se pueda cumplir el requisito del estudio intensivo de cada unidad. En algún momento, entonces, el estudio de caso se convierte en un estudio cross-case, lo cual es una cuestión de grado.

El número de unidades y la intensidad del estudio es lo que define la metodología del EdC. Un elemento adicional de la metodología es que los casos bajo estudio intensivo no son perfectamente representativos de una población más amplia. No puede darse por segura la homogeneidad de la unidad, la muestra y la población. Existe un elemento de duda, que es esencial respecto a esta metodología, sobre los posibles sesgos que puedan existir en la muestra bajo estudio, sea una o varias unidades.

Para el mismo autor, la distinción entre métodos cualitativos y cuantitativos no tienen nada que ver con la definición de la metodología del EdC. Para éste autor, "...What distinguishes the case study method from all other methods is its reliance on evidence drawn from a single case and its attempt, at the same time, to illuminate features of a broader set of cases. It follows from this that the number of observations (N) employed by a case study may be either small or large, and consequently may be evaluated in a qualitative or quantitative fashion". (Gerring, J., 2007: 29)

Para el mismo autor, el EdC posee fortalezas destacables. Por ejemplo, su orientación hacia la generación de hipótesis, de producción de explicaciones tentativas, de conjeturas. Fortaleza en cuanto a la validez interna, por que proporciona descripciones densas del fenómeno y de las variables en juego. Posibilita la comprensión de los mecanismos causales que anteceden a los efectos causales, permite determinar la relación causal que existe en una correlación cualquiera. El foco de la inferencia causal es profundo, referida al caso, pero también puede ser amplio si selecciona el caso de manera adecuada y se establecen los controles necesarios. La población bajo estudio generalmente es de gran heterogeneidad, en función de la multiplicidad de variables que

caracteriza a esta técnica. Si la variación del parámetro clave dentro de la población de estudio es rara, de baja ocurrencia, como una Revolución, entonces se justifica un estudio en profundidad del caso disponible. (Gerring, J. 2007: 37-63)

Se acepta sin mayor conflicto que los estudios de caso tienen una gran potencia para generar hipótesis respecto a *mecanismos causales*. Los estudios de N pequeño permiten al investigador introducirse en la dinámica de los procesos estudiados, para reconstruir las conexiones lógicas que existen entre diferentes variables. Los estudios de caso son especialmente útiles para la elaboración de hipótesis sobre mecanismos causales, aunque no pueden ser descartados como mecanismos de validación de hipótesis (Gerring, J. 2007:43-48).

Es verdad que los estudios de caso siempre tienen mayor validez *interna* que *externa*. Dicho de otro modo, son diseños de investigación desde los cuales es difícil generalizar nuestras hipótesis. Sus conclusiones tienen gran validez para el caso estudiado. Pero las hipótesis generadas o confirmadas analizando pocos casos también pueden hacer contribuciones significativas al desarrollo teórico. Según los manuales de metodología, testear la validez externa de las hipótesis generadas en estudios de caso requiere de un diseño de investigación distinto, que permita ampliar el número de observaciones disponibles.

De esta forma, los enfoques metodológicos recientes enfatizan la importancia de mixturar enfoques cualitativos y cuantitativos, como una forma de reunir mayores piezas de evidencia. Esto permite combinar las fortalezas de diferentes métodos, neutralizando sus debilidades, y aportando mayor robustez a las inferencias descriptivas y causales. Multiplicar las fuentes de evidencia y triangular sus conclusiones, permite afirmar la fortaleza de nuestras conjeturas (Ying, R. 2009).

Sin duda que su debilidad principal se encuentra en el campo de la validez externa. Para algunos autores, el problema de la validez externa puede ser enfocado desde el punto de la selección del caso, asegurando su representatividad respecto a una población más amplia. Esto es coherente con la idea de que el EdC no sólo se limita a decir cosas sobre el fenómeno concreto, sino que trata de decir cosas más generales, sobre conjuntos más amplios de fenómenos. Es con esta visión que Gerring (2007) propone una serie de mecanismos lógicos para la selección de los casos.

Para Ying, R. (2009) la cuestión de la debilidad generalizadora del EdC es un falso problema. Desde su perspectiva, los estudios de casos tienen una potencialidad enorme para afirmar “generalizaciones analíticas”. Los estudios de caso, al igual que los diseños experimentales, son generalizables en relación a las proposiciones teóricas a las cuales remiten, y no hacia poblaciones o universos. El objetivo del EdC es el de establecer generalizaciones analíticas, esto es, tratar de expandir y generalizar el alcance de nuestras teorías establecidas.

El valor de nuestro caso radica entonces, en su carácter representativo del fenómeno teórico más amplio que supone la ampliación histórica de los estados de bienestar en el mundo y las hipótesis explicativas de este fenómeno. Que se enriquece además con el contexto actual, en el cual los estados están dominados por políticas de austeridad, y que llevan a plantear estrategias de austeridad permanente. En el caso uruguayo,

tenemos un interesante caso que combina expansión con racionalización de su Estado Social.

### 1.7. Métodos, instrumentos y estructura de la presentación del trabajo

La tabla 1.3 siguiente muestra las principales variables a dar seguimiento en nuestro estudio. La dimensión primera refiere a la complejidad política del sector salud, y la fortaleza de los actores que integran la coalición reformista. La segunda al grado de centralidad y fortaleza de las instituciones sectoriales para liderar los procesos de cambio institucional. La tercera remite a un rasgo fundamental de los estados desarrollistas, que refiere a los espacios institucionales para el intercambio en materia de formulación de políticas. Por último, las variables que pueden dar cuenta del surgimiento de una Ventana de Oportunidad para la reforma de salud.

<b>Dimensión</b>	<b>Variables a considerar</b>
I. Estructuración y grado de movilización de actores sociales	Número de actores sociales y económicos relevantes Tipo de intereses que representan Fortaleza organizativa, control de procesos críticos  Capacidad de incidir en los procesos de decisión e implementación de políticas
II. Concentración del poder y autonomía del estado	Centralización del poder en el Poder Ejecutivo Capacidad de coordinar agencias públicas Mecanismos de selección de cuadros técnicos y características de la carrera funcional Grado de insularidad respecto a intereses organizados
III. Escenarios institucionales de interacción del poder	Participación de los actores en los procesos de evaluación y seguimiento de las políticas Existencia de espacios de consulta para la formulación de políticas públicas Grado de formalidad de espacios de consulta
IV. Ventana de Oportunidad-Coyuntura crítica	Problemas de acceso a servicios de salud Situación financiera de prestadores de salud, desempeño asistencial Insatisfacción de los usuarios con los servicios Situación económica del país, secuencia de crisis y expansión Acuerdos sociales en términos de diagnósticos y propuestas de intervención política Rotación de cuadros políticos en el Gobierno

Fuente: elaboración propia

En primer lugar, se realizará una revisión teórica amplia, que nos permita afinar conceptos relativos a nuestra variable dependiente (Tipo de Estado) y las variables que explican la emergencia de diferentes estructuras y formas de relacionamiento entre estado, sociedad y mercado. Nuestro principal interés teórico consiste en tratar de

“hacer visible” el rol de las instituciones estatales en el armado y funcionamiento de los sistemas de salud.

Posteriormente, se realizará un análisis de casos de sistemas de salud de países desarrollados. Se utilizarán fuentes secundarias, identificando las principales líneas de transformación de la estructura y el rol de las instituciones estatales en el sector salud. Esta revisión permite establecer una perspectiva comparativa en nuestro estudio de caso, aumentando el número de observaciones, de forma tal que podamos dimensionar mejor nuestras descripciones y explicaciones sobre el caso uruguayo. En el anexo se incorpora el instrumento aplicado para la sistematización del análisis de los sistemas de salud.

Luego, en el análisis del caso uruguayo, se realizará una revisión de la bibliografía y fuentes documentales relevantes. Caracterizaremos la estructura institucional del sistema político uruguayo y de su sistema de salud. Particularmente, nuestro esfuerzo consistirá en identificar los rasgos político institucionales que marcan la estabilidad de la estructura sectorial, que determinan un ritmo de cambio pautado por los cambios incrementales, con eventos de cambio puntuales, provocados por situaciones de gran presión política.

Posteriormente, se analizará el proceso de implementación de la reforma de salud y la instauración del sistema integrado de salud. Buena parte de la información se relevará a través de entrevistas en profundidad con informantes calificados, que nos aporten su visión sobre el proceso de reforma. Estos materiales se analizan utilizando como apoyo el sistema informático Atlas-Ti, el cual nos permite identificar codificar concepto y establecer cadenas causales, que explicitan la relación entre nuestras variables básicas, tomando como base el razonamiento causal de los propios actores.

En el anexo se presentan los diversos instrumentos utilizados para la recogida de datos: pautas de entrevistas; listados de entrevistados; fuentes documentales; pauta de análisis de casos.

## **1.8. Estructura del documento**

Esta tesis se estructura en doce capítulos. En este primer capítulo, hemos planteado nuestro problema de investigación, las hipótesis orientadoras, y la cadena causal básica que explicita la forma en que los eventos de la reforma conducen a la emergencia de un Estado Social Desarrollista.

En el capítulo segundo presentamos una reflexión sobre la política como objeto de estudio, marcando la centralidad que tiene en este campo el fenómeno de la comunidad y el poder. Trataremos de demostrar que el poder es un aspecto esencial de la política, y que la política es el elemento fundamental en la estructuración de sistemas de cooperación complejos, como son los sistemas de salud. También definirá algunos conceptos fundamentales para la comprensión de la reforma de esquemas de bienestar, tales como institución, institucionalización y cambio institucional.

El capítulo tercero analiza al Estado como un conjunto de instituciones políticas. Se repasa el enfoque de la economía política, en cuanto una tradición de análisis que toma como preocupación central la interfase entre Estado, la sociedad y el mercado. En



particular, el rol del Estado en la articulación de las diversas fracturas que la economía de mercado genera en las sociedades. Repasaremos además el rol del estado como actor para el desarrollo, y el concepto de la autonomía articulada en los procesos de cambio orientados por el Estado.

El capítulo cuarto profundiza sobre la interfase entre estado, sociedad y mercado. El régimen político, los partidos políticos y los grupos de interés, los sistemas institucionales de estructuración de intereses. Se trata de cambiar el ángulo de análisis sobre los estados de bienestar, para marcar sus características como sistemas productores de servicios, en los cuales los actores deben resolver diversos dilemas productivos. La mirada desde la perspectiva de sistemas productivos resulta esencial, para comprender la estructuración y el poder de los actores sectoriales en el proceso de *producción de servicios de bienestar*.

El capítulo quinto posiciona a la Salud como un problema de intervención pública, destacando el rol del poder político en la estructuración de la atención médica en las sociedades contemporáneas. Este capítulo introduce un marco para el análisis específico de la organización de producción de bienestar en el sector salud. Se caracteriza a los modelos históricos de organización de servicios de salud (SHI y NHS), las presiones para el cambio que sufren estos modelos, y sus formas de adaptación y ajuste a las presiones estructurales.

El sexto capítulo analiza casos seleccionados de sistemas de salud de países desarrollados. Estos sistemas de bienestar maduros “anticipan” muchos de los problemas que deberá experimentar el sistema de salud uruguayo. En particular, el desafío de combinar equidad, con eficiencia y sustentabilidad fiscal. Resulta de interés fundamental analizar las respuestas institucionales que estos países vienen ensayando, frente a las enormes presiones fiscales y la expansión y diversificación creciente de las demandas ciudadanas.

El capítulo séptimo nos introduce en el estudio sobre el caso uruguayo. En este capítulo trabajamos sobre la génesis del estado de bienestar y el sistema de salud, mostrando algunos de los rasgos básicos de esa evolución. El objetivo es mostrar la estructuración histórica del sistema de instituciones de provisión y de gobierno sectorial, la estratificación de beneficios del sistema, y la centralidad de mutuales, cooperativas y médicos, como el elemento dinamizador del sistema.

El capítulo octavo profundiza en la descripción de la estructura institucional del sistema de salud antes de la reforma que crea el SNIS. El capítulo también analiza y destaca el fuerte consenso diagnóstico sobre los problemas del sistema de salud, que se fuera generado en las décadas previas a la reforma. En la parte final del capítulo, analizamos el proceso de agudización de la crisis del sector salud en 1999-2005, y algunas de las reacciones políticas que genera este fenómeno.

En el capítulo noveno definimos los rasgos básicos del proceso político uruguayo desde la salida de la dictadura (1985). En particular, el impacto de la emergencia de un tercer actor dentro del sistema político uruguayo, el Frente Amplio, que termina por producir un cambio fundamental en la dinámica de funcionamiento político. El capítulo explora sobre algunos de los factores que explican esta transformación de un modelo de producción de políticas de tipo consensual, en un modelo de corte mayoritario.

En el décimo capítulo, analizamos en detalle el proceso de implementación de la reforma de salud del Frente Amplio. En particular, el proceso de negociación social y política, dirigida a implementar una agenda compleja de transformaciones. Mostramos a la reforma como el armado de un puzzle, en el cual las piezas básicas son el poder de los actores sectoriales. En muchos aspectos, este proceso de reforma se muestra como una manufactura del arte político, tal vez como nunca antes se haya visto en los procesos de reformas sectoriales en el Uruguay.

El capítulo once presenta el esquema de Gobernanza sectorial que emerge con la reforma, mostrando el nuevo rol que asume el Estado dentro del sistema de salud. Se presentan y discuten los alcances de los dispositivos institucionales básicos. El capítulo cierra con una valoración de algunos de los resultados que puede mostrar al día de hoy esta reforma.

Finalmente, el último capítulo está destinado a las conclusiones de esta tesis. Evalúa los principales hallazgos de esta tesis, el valor de la evidencia recogida respecto a nuestras hipótesis iniciales, y la validez respecto a nuestra tesis de la emergencia de un Estado Social Desarrollista. También se dejan planteados algunos de los temas que esta tesis y la propia reforma de salud dejan como una agenda de investigación futura.

## **Capítulo 2. La Política como necesidad y como objeto de reflexión académica**

Este capítulo trata de mostrar la importancia que tiene la Política para la organización de una vida civilizada. En particular, comprender las bases de funcionamiento de sistemas complejos, como es el de provisión de salud. La primera parte trata sobre el origen de la política y la importancia de la misma para desarrollar una vida en sociedad. En la sección posterior, se aborda el fenómeno institucional, marcando que la política no es solamente poder y confrontación. La política también es construcción de consensos estables, sedimentados, que operan como pautas estables, que ordenan el funcionamiento de la sociedad. Se observa a las instituciones como elementos que generan estabilidad y certidumbre en los procesos de cambio político, y se analiza la forma en que se procesa el cambio político institucional en sociedades complejas.

### **2.1. La Política como necesidad**

Según Wolin, S., (1960) una de las cualidades esenciales de la Política es su relación con lo público, con las cuestiones que preocupan al conjunto de una comunidad humana. De todas las instituciones que ejercen alguna forma de autoridad en una sociedad, el ordenamiento político es aquél que se refiere exclusivamente a los temas que son comunes para toda comunidad. De esta forma, podemos reconocer ciertos asuntos, tales como la defensa, seguridad, administración de justicia y regulación económica y social, haciendo parte de responsabilidad primordial de las instituciones políticas. Son actividades que indudablemente interesan y benefician a todos los miembros de una comunidad. Pero tampoco debemos olvidar que, históricamente, los asuntos más variados pueden ser parte del interés político<sup>3</sup>.

Esta primera definición encierra algunos problemas. En primer lugar porque el alcance de lo político ha tenido la amplitud que históricamente se han propuesto los hombres. El campo de la política es y ha sido un producto de la creación humana, que se expresa en los procedimientos y prácticas habituales para el tratamiento de asuntos de índole colectiva. Pero en verdad, tampoco podemos decir que la política sea un campo anárquico, en el que se suceden acciones y reacciones. Cualquier observador atento puede apreciar que las sociedades poseen cierto orden, cierto grado de ordenamiento, que marcan los límites históricos de los fenómenos políticos.

Estas prácticas y procedimientos ordenan el relacionamiento humano. Mediante las instituciones y las prácticas políticas habituales, se crea una naturaleza de lo político, un ámbito artificial, un artefacto construido por los hombres. Las instituciones dan coherencia previa a los fenómenos políticos, de forma tal que los observadores no enfrenten un torbellino de sucesos o actividades inconexas, sino una serie de fenómenos dotados de cierta coherencia y permanencia.

---

<sup>3</sup> Por ejemplo, temas que fueron considerados “privados”, como las relaciones laborales o de pareja, en los cuales la política y el estado han jugado un rol fundamental en la definición de sus alcances.

El sistema de instituciones políticas en una comunidad cualquiera, representa un ordenamiento de poder y autoridad. Esto es así porque estas instituciones están dotadas de autoridad para tomar decisiones que son aplicables a toda la comunidad. Cuando los individuos refieren sus acciones hacia esas instituciones políticas, su accionar pasa a estar dotado de sentido político, se integran dentro de esta naturaleza política. Así, por medio de decisiones que adoptan e implementan funcionarios públicos, se moldean y dan coherencia a estas demandas, con un criterio público.

En buena medida, los temas principales de la teoría política se han subsumido en cuestiones tales como la naturaleza de la Autoridad, la relación entre Gobernantes y Gobernados, las ideas sobre el Bien Público, la organización de la Comunidad política ideal. En ese marco es que el estudio de la Política, ha tenido una preocupación constante por las prácticas políticas, por los procesos y procedimientos establecidos para la resolución de asuntos públicos. En esencia, son las formas que los seres humanos nos hemos dado para la resolución o gestión de los problemas colectivos que implican la vida en comunidad.

Resulta evidente que la política es un fenómeno dinámico, con límites variables y cambiantes a lo largo de la historia. Para la ciencia política resulta un lugar común citar a los griegos como el origen del concepto de Política. Sin embargo, es importante anotar que el sentido de animal político (*Zoon Politikón*) para los antiguos griegos engloba la noción de individuos que viven en una comunidad política (la Polis). No existe una distinción clara entre lo que nosotros hoy llamamos la vida social y la política, porque están profundamente imbricados en la noción de asuntos públicos. Refieren a la noción de una vida en comunidad, de identidad y pertenencia, de proyectos compartidos. (Sartori, G. 2009)

La Política (*Politéia*) es una referencia constante a los asuntos comunes de los habitantes de la comunidad. Como diría Sartori, G., (2009: 46-47) esto implica una noción horizontal de la política, involucra una idea de bien común, de interés general, de cosa pública. Si bien podemos reconocer la presencia de magistrados, de gobernantes, que de alguna manera ejercen la jerarquía pública, esto se enmarca dentro de una comunidad preexistente, asentada en una densa red de relaciones cara a cara<sup>4</sup>.

Habría que esperar hasta Maquiavelo para que se afirme el sentido moderno de la Política, en cuanto sistema de dominación del hombre sobre el hombre. Esta segunda noción de política adquiere gran relevancia, pero no elimina la primera, la que refiere al sentido de pertenencia a una comunidad. Por ejemplo, un claro heredero de esta tradición inaugurada por Maquiavelo, es Weber, M., (1967), quién observa que en la vida cotidiana tendemos a identificar como Política a todo tipo de actividad directiva autónoma, como puede ser la dirección de un Banco o un Sindicato.

Pero Weber utiliza una versión más restringida de la política moderna: *“Por política entenderemos solamente la dirección de una asociación política, es decir, en nuestro tiempo, de un Estado”*. Un Estado es *“...aquella comunidad humana que, dentro de un determinado territorio (el territorio es elemento distintivo), reclama (con éxito) para sí*

---

<sup>4</sup> En tal sentido, la expansión de la polis hacia dimensiones que no permitan este tipo de relaciones es una amenaza a la vida política, en el sentido que le daban los griegos. La noción vertical de la política es un desarrollo posterior, asociado a la discusión de las formas de gobierno, a las relaciones entre gobernantes y gobernados.

*el monopolio de la violencia física legítima*". Entonces, la "...Política significará, pues, para nosotros, la aspiración a participar en el poder o a influir en la distribución del poder entre los distintos Estados o, dentro de un mismo Estado, entre los distintos grupos de hombres que lo componen". Además, iría un poco más lejos para afirmar que quién "...hace política aspira al poder; al poder como medio para la consecución de otros fines (idealistas o egoístas) o al poder por el poder, para gozar del sentimiento de prestigio que él confiere". (Weber, M. 1967: 3-5)

Una visión complementaria es la de Leftwich, A. (2004 y 2008), para quien, en toda comunidad humana, el fenómeno de la división del trabajo y la especialización productiva, son las bases para establecer una vida civilizada<sup>5</sup>. En tal contexto, la política puede ser conceptualizada como un proceso que involucra a todas aquellas actividades de cooperación, conflicto y negociación implícitas en las decisiones sobre el uso, producción y distribución de recursos. Esto marca a la política como una actividad necesaria, que ocurre en cualquier ámbito colectivo en el cual es preciso adoptar decisiones vinculantes sobre la distribución de recursos, sean estos ámbitos públicos o privados. En esta visión, la política como autoridad y poder, está imbricada profundamente con la reproducción de una sociedad, en cuanto proceso de asignación de recursos escasos.

En síntesis, la política trasunta una preocupación por lo público, por el sentido de lo que es colectivo o común en una sociedad humana. Pero además de esto, toda política implica el uso de la fuerza, que respalda los acuerdos obligatorios que se establecen entre los diversos actores que integran una comunidad. En términos contemporáneos, las formas colectivas de resolución de los problemas relativos a la distribución de cargas y beneficios, tienen una importancia central dentro de la cada vez más compleja vida civilizada.

## **2.2. El enfoque sobre las instituciones políticas**

Del análisis anterior podemos concluir con claridad que el foco del análisis político está en las instituciones. Si el Estado es la expresión institucionalizada del poder político, resulta fundamental dejar en claro a qué cosa nos referimos por instituciones políticas. Esta cuestión se torna más urgente si consideramos las variedades de enfoques que han proliferado en estos últimos tiempos de auge del nuevo institucionalismo. Esta renovación del enfoque, dominado largo tiempo por las perspectivas jurídicas, resulta bienvenido. Pero debemos ser precavidos con la diversidad de perspectivas que surgen, provenientes de campos disciplinares diferentes al de la política.

En un libro reciente sobre el tema, Peters, G., (2003) identifica al menos seis variantes del enfoque del nuevo institucionalismo. Resulta interesante observar como en este relevamiento, dentro de la variedad de enfoques disponibles, muy difícilmente logremos establecer una visión consensuada sobre qué cosa es una institución, como surge, como

---

<sup>5</sup> Esta es la conocida tesis del antropólogo Gordon Childe en sus estudios sobre la Revolución Agrícola y la Revolución Urbana. El fenómeno de la generación de un excedente agrícola, requiere y permite el surgimiento de ciudades, especialización productiva por división del trabajo, mayor complejidad social, estratificación social y la diferenciación de la política y el estado.

cambia y luego cuáles son los efectos esperados de las mismas<sup>6</sup>. En verdad, si bien puede reconocerse un tronco común entre estos diversos enfoques, es cierto que esta diversidad complejiza el proceso de refutación de las proposiciones teóricas que emanan del institucionalismo. (Peters, G. B. 2003: 207-220).

Coincide con esta visión sobre la diversidad de institucionalismos Rhodes, Binder y Rockman (2006). En su extenso compendio presentan cuatro perspectivas diferentes del nuevo institucionalismo. Pero también le agregan mayor complejidad a la cuestión, cuando indican que en términos del viejo institucionalismo, también deberíamos hablar de diferentes enfoques empiristas, legalistas, idealistas y socialistas. (Rhodes, 2006: 90-108). Entonces, tenemos una paleta de opciones de análisis realmente variada, plural, de viejos y nuevos institucionalismos.

Podríamos acordar que esta diversidad de enfoques tiene que ver con la ampliación del campo de los fenómenos políticos, que lleva a trascender el estudio de instituciones clásicas como el Gobierno, el Parlamento, la Burocracia o los Partidos. Sin dudas que el problema de la ubicuidad de la política moderna, como alguna vez fuera definida por Sartori, G. (2008), le agrega mayor complejidad al análisis de las instituciones políticas. Según la visión de Sartori, históricamente podemos ver cómo los más diversos temas han sido objeto de la intervención de la política. También, históricamente, podemos ver como los mismos asuntos ganan o pierden preeminencia dentro del ordenamiento de la agenda de asuntos públicos, experimentando el fenómeno de politización o despolitización.

En los últimos tiempos, las ramas del institucionalismo que se imbrican con perspectivas económicas han cobrado cierto predominio. Las instituciones son apreciadas en cuanto a su función de coordinación de intereses y posiciones diversas, facilitando el surgimiento de la acción colectiva. En verdad, el análisis político de la economía ha sido uno de los campos más prolíficos para la perspectiva institucional. Pero esta mirada tiene sus riesgos, que son los de subsumir la perspectiva política basada en el poder, en una mirada acotada a quienes controlan los medios de producción.

Más allá de la posibilidad de colaboraciones mutuas, la ciencia política no debe ser tratada como una subdisciplina de la economía. Como bien ha demostrado Bobbio, N. (1986) el Poder es una relación social que se fundamenta en el control de tres recursos básicos: control económico, capacidad de producción ideológica, la administración de la coerción. El poder político, por su carácter vinculante para toda una comunidad, se basa en el control del recurso coerción. Esto no quiere decir que el poder político no pueda hacer uso intensivo de los otros recursos, económicos e ideológicos, sino que su medio específico es la capacidad de imponer la coerción.

En realidad, como fuera señalado por Weber, M. (1964) la relación de Autoridad política está definida por un elemento objetivo, que es la capacidad de imponer la coacción. Pero esta relación se completa con un elemento subjetivo, que está definido por la aceptación de la Autoridad, por el reconocimiento de su Legitimidad. Entonces,

---

<sup>6</sup> En realidad, parece haber mayor grado de consenso respecto al “efecto” que tienen las instituciones sobre los procesos de cambio social. Se reconoce un efecto de amortiguación y de selectividad en cuanto a los caminos y opciones para procesar el cambio político, pero lo que no abunda es la descripción de la variable explicativa: la institución.

podemos reconocer elementos “contractuales” en la relación política, pero su esencia se encuentra en el poder.

Con esta perspectiva concuerda Von Beyme, K. (2006), quien señala que el desarrollo de nuevas teorías sobre las instituciones ha ido mucho más rápido que el desarrollo de nuevas instituciones<sup>7</sup>. La excepción, para Von Beyme, está en el campo del análisis político sobre el funcionamiento de la economía, el cual ha sido muy fértil a la hora de generar nuevas instituciones, de gran interés para el análisis político (por ejemplo, los Bancos Centrales, o las Agencias Reguladoras, entre otros). Este campo resulta de principal interés científico, porque nos permite estudiar la influencia de las instituciones públicas y las diferentes formas de intervención pública, sobre la vida económica y social.

Desde esta perspectiva, se reconoce que las instituciones conectan el pasado con el futuro, y establecen una cierta pauta de continuidad en la historia de las naciones. Como bien establece North, D. (1993: 13), las instituciones son “...*las reglas del juego en una sociedad o, más formalmente, son las limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana. Por consiguiente, estructuran incentivos en el intercambio humano, sea político, social o económico. El cambio institucional conforma el modo en que las sociedades evolucionan a lo largo del tiempo, por lo cual es la clave para entender el cambio histórico*”.

Estos enfoques muchas veces nos inducen a pensar que las instituciones surgen con todas sus propiedades instaladas, con la plenitud de sus capacidades en el modelado de las relaciones humanas. Pero el mismo North nos advierte que el cambio institucional procede de manera incremental. Entonces, la fortaleza de las organizaciones y procedimientos, que están por detrás de las reglas de juego, son una variable y no una constante. El grado de *institucionalización* de estos arreglos es una variable de estudio, jamás debe ser asumida como una constante.

Esta distinción entre reglas de juego y actores, característica de los enfoques basados en la elección racional (Rational Choice) resulta demasiado artificial y, peor aún, engañosa. Como alguna vez destacó William Riker, las reglas de juego son determinadas por los actores, y adquieren sentido por la acción política de los actores<sup>8</sup>. Las instituciones pueden ser entendidas como situaciones de “equilibrio puntuado”, en el que diferentes grupos de poder logran establecer un marco de relacionamiento aceptable para la generalidad de los actores. Pero estos acuerdos siempre pueden ser revisados, modificados, en la medida de que el equilibrio político que le dio origen se vea modificado.

Los enfoques institucionales que se limitan a los análisis de las reglas de juego, típicos de la economía, pueden caer en enfoques antipolíticos, carentes de una perspectiva empírica sobre el papel del poder en las relaciones humanas. De esta forma, se llega a

---

<sup>7</sup> Von Beyme es muy persuasivo, cuando explica que fueron muy pocas las nuevas instituciones políticas que surgieron luego de la Revolución de 1789, y las sucesivas olas democratizadoras. Para el autor, instituciones como la burocracia y los partidos pueden rastrearse en la antigua Roma, desde posiciones originalmente marginales, hasta la importancia indudable que tienen hoy día.

<sup>8</sup> La literatura de ciencia política denomina a esto la “Objeción de Riker”, la cual establece el carácter endógeno de las instituciones, como resultado y producto de acuerdos constitucionales entre los actores políticos relevantes. (Ver tratamiento de esto en: Shepsle, K. 2009)

afirmar que el Estado debe limitarse a establecer el marco adecuado para el funcionamiento del Mercado. También se indica algo parecido en el campo social, en el que la autoridad del Estado permite el funcionamiento libre y autónomo de las organizaciones sociales. En el marco de esta utopía, se olvida el papel activo del estado, que genera las condiciones políticas necesarias para que el hombre no se convierta en el lobo del hombre.

Llegado a este punto, preferimos recostarnos contra la autoridad de Blondel, J. (2006), quien nos dice que en la mirada institucionalista de la ciencia política, “...*the emphasis has been almost automatically placed on organizations rather than on procedures or rules when the question of the definition of institutions has arisen. Rules count: They are part of the institutional process; but rules and procedures become applicable, in politics, through organizations only, as they have to be applicable to large numbers who have not participated (because they do not have the right to do so, in most cases) in the process of decision-making. Thus only if rules and procedures are ‘legitimized,’ so to speak, by an organization whose ‘authority’ the individual is prepared to recognize can they be also recognized*”. (Blondel, J. 2006: 720)

De manera terminante, Blondel nos dice que: “*Only in politics is the recourse to authority continuous and universal; only in politics are organizations always on the front line: Rules and procedures, however important, have to be defended and supported by organizations. In the political context, institutions are therefore primarily organizations. This is so whether these organizations are ‘fully’ political, so to speak, as legislatures or parties, or ‘intermittently’ political, as groups. Behaviorists were right to introduce these social bodies in the political process, but being intermittently in politics, these share the characteristics of both political and social organizations. This is indeed also the case of such economic organizations as, for instance, large companies and in particular multinational corporations*”. (Blondel, 2006: 722-723).

En conclusión, atendiendo a esta diversidad conceptual, no podemos plantearnos la existencia de una definición de institución que pueda ser aplicada de forma uniforme para todos los campos disciplinares. Pero lo que no debemos perder de vista es que, “...*In the political science context, the search for a definition has to be around the concept of bodies able to take authoritative decisions, these bodies being in a position to develop practices—that is to say, procedures and rules—which those who recognize these bodies have to accept as being, so to speak, the ‘arms and legs’ of these organizations*”. (Blondel, J. 2006: 723)

### **2.3. Instituciones políticas, institucionalización y cambio institucional**

Una de las miradas más completas y complejas sobre las instituciones políticas sigue siendo la de Huntington, S. (1996), en cuanto a la importancia de las instituciones políticas para enfrentar el problema del cambio en las sociedades contemporáneas. Su obra nos pone a disposición algunas proposiciones clásicas de la Ciencia Política. Para él las instituciones son “...*organización o procedimiento políticos, son un dispositivo para mantener el orden, resolver discusiones, elegir líderes dotados de autoridad, para de este modo promover la comunidad entre dos o más fuerzas sociales. Una comunidad política simple (...) tiene muy escasa necesidad de instituciones políticas altamente*



*desarrolladas. (...) cuanto más compleja y heterogénea es la sociedad, el logro y mantenimiento de la comunidad política dependen en mayor medida del funcionamiento de las instituciones específicas*". (Huntington, S., 1996: 20).

Según Huntington, en sociedades de baja complejidad *"...un grupo –guerreros, sacerdotes, una familia determinada, un grupo étnico o racial- puede dominar a los otros e inducirlos eficazmente a aceptar su autoridad. Pero en una sociedad más heterogénea y compleja, ninguna fuerza social puede dominar, y menos aún crear una comunidad, si no crea instituciones políticas que posean cierta existencia independiente de las fuerzas sociales que las originaron"*. (Huntington, S. 1996: 20)

Este texto clásico nos permite ver con claridad la necesidad de la política, del desarrollo de las instituciones políticas, que nos permiten desarrollar una vida civilizada. Agrega Huntington que *"A medida que aumenta el número de miembros de las sociedades, la complejidad de su estructura y la diversidad de sus actividades, el logro o mantenimiento de una alto nivel de comunidad depende cada vez más de sus instituciones políticas. (...) En las sociedades simples la comunidad puede existir sin actividad política, o al menos sin instituciones muy diferenciadas. En una sociedad compleja, es producida por la acción política y mantenida por las instituciones de ésta"*. (Huntington, S. P., 1996: 21)

Entonces, desde una perspectiva histórica, debemos decir que las instituciones políticas surgen de la interacción y el desacuerdo entre las fuerzas sociales, y del gradual desarrollo de los procedimientos y dispositivos de organización para resolver estos desacuerdos. La diversificación de fuerzas sociales y la creciente interacción entre ellas, son condición para la aparición de organizaciones y procedimientos políticos, para la creación de instituciones políticas cada vez más sofisticadas. Entonces, debe quedar claro que las instituciones políticas tienen un rol clave en la regulación de las relaciones políticas, mediante la obligación colectiva, la legitimidad<sup>9</sup> y la coerción. Las instituciones conforman un ordenamiento de autoridad legítima sobre una población y un territorio.

Para la Ciencia Política, las instituciones políticas no adquieren valor y estabilidad de forma automática, en el mismo momento del tiempo en que se establecen. Es preciso un proceso temporal de maduración y de desarrollo, en el cual las organizaciones y procedimientos se sedimentan dentro del campo de las prácticas políticas. La institucionalización, comprende un proceso doble y simultáneo, en el cual la institución se diferencia de su medio ambiente, cobra cierta autonomía, pero al mismo tiempo desarrolla un canal de articulación con la misma. Esto es, las instituciones políticas deben su eficacia al grado reconocimiento que los miembros de la comunidad política le dispensen<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Sobre la condición de legitimidad, poco se puede agregar a la definición clásica de Max Weber, como el componente subjetivo existente en una relación de poder entre los hombres. Esto es, el reconocimiento y la aceptación de la situación de preeminencia de determinados individuos en este tipo de relaciones.

<sup>10</sup> Las Burocracias, por ejemplo, pueden desarrollar sofisticadas reglas de ingreso y de comportamiento de sus miembros. Esta es una dimensión importante de la institucionalización, pero el punto es grado de aceptación y reconocimiento que la ciudadanía le brinda a la organización burocrática en cuestión. Los bancos centrales pueden tener costosas burocracias, organizadas según estrictos criterios weberianos, pero su credibilidad como regulador de los flujos monetarios depende enteramente de su credibilidad en tanto institución política.

Para Blondel, las instituciones se deterioran y pueden llegar a desaparecer, cuando aquellos que están fuera de la institución, que por alguna razón dependen de ella, dejan de tener confianza en la institución y sus agentes. El hecho de que la institución esté estructurada, como indica Huntington, es un dato importante, pero totalmente insuficiente para comprender la fortaleza de una institución. El valor de las instituciones está dado por su presencia constante y estable, por su valor como regla de juego, tanto sea una organización o un procedimiento. La estabilidad y permanencia tienen su fundamento en la aceptación por parte de los actores políticos, en la forma en que “modelan” las expectativas mutuas de los actores. Pero también hay elementos de eficiencia, en cuanto a la capacidad de estas reglas para organizar la resolución de dilemas redistributivos.

Según Pierson, P. (1994: 43-45) y North, D (1990: 94-95), la instalación de un sistema de reglas implica una inversión de *altos costos iniciales*, que son fijos, pero que reportan *ganancias crecientes* si logra establecer un patrón de funcionamiento permanente. Además, las instituciones generan *efectos de aprendizaje*, en el cual un sistema de procedimientos ve reducido los costos de funcionamiento, ya que su utilización aumenta. También se aprecian *efectos de coordinación*, en el que los efectos positivos de una regla o procedimiento se aprecian plenamente en interacción con otras. Finalmente, las instituciones generan *expectativas adaptativas* en los actores, marcando a ciertas reglas y procedimientos como “la forma adecuada de actuar” en determinadas situaciones.

Es muy relevante el *efecto de retroalimentación* que generan las políticas públicas (policy feedback) sobre la estructura institucional. Las nuevas políticas públicas modelan a la política, generan una nueva y diferente arena de intereses. Esto resulta claro cuando analizamos el efecto de la expansión del bienestar, en sus diversos campos, y sus efectos en términos de conformar una nueva arena de intereses: gestores, proveedores de servicios, burocracias, usuarios de las políticas, entre otros. Entonces, el argumento del policy-feedback destaca el efecto estructurante, al crear recursos e incentivos que influyen la formación y la actividad de nuevos grupos sociales. También moldeando las expectativas de los principales actores políticos.

Para March y Olsen (1989), responsables de esta renovación del institucionalismo, las instituciones establecen orden en las relaciones sociales, reducen la variabilidad de las conductas, y restringen las posibilidades de comportamientos puramente egoístas. La lógica de la acción es basada en normas, prescripciones basadas en la pertinencia y el sentido de justicia y de obligación, derivado del sentido de pertenencia a una comunidad política, con sus prácticas y sus instituciones. Las reglas son respetadas, porque son vistas como situaciones normales, justas y legítimas. Los miembros de la institución obedecen y son los guardianes en el cumplimiento, de sus principios constitutivos y estándares. (March y Olsen 1989: 26).

En síntesis, las instituciones políticas son las reglas y procedimientos que estructuran la vida de una comunidad política. Las instituciones son el resultado del equilibrio de fuerzas políticas y sociales, y su presencia se observa en las organizaciones y procedimientos concretos para la resolución de los problemas públicos. La modalidad normal del cambio en las instituciones política es el incremental. Pero algunas veces se suscitan oportunidades para el cambio abrupto, coyunturas críticas, que habilitan la

transformación radical de las reglas de juego. En este proceso de generación de nuevas reglas y procedimientos resulta de particular interés el rol de los especialistas de políticas, que funcionan como policy-transfers y policy-entrepreneurs.

Debería quedar claro que, desde nuestra perspectiva, el punto clave en el análisis de las organizaciones estatales es el grado de institucionalización de las mismas. Esto es lo que marca el grado de fortaleza, de capacidad de estructurar e incidir en los funcionamientos sociales. Según Levitsky (2009: 316-319), el proceso de institucionalización comprende dos dimensiones: la infusión de valores, y la generación de pautas de conducta rutinarias. La institucionalización como infusión de valores ocurre cuando una organización está impregnada por ciertos valores que trascienden los requerimientos técnicos que exige la tarea o actividad en cuestión, o cuando los objetivos de los actores están supeditados al objetivo general de conservar, perpetuar la organización antes que nada. Los estudiosos de este tema evalúan la valoración que los miembros tienen de la organización, y como esas valoraciones inciden en el futuro de la organización<sup>11</sup>.

Desde esta perspectiva, Christensen et al (2007) señalan que una organización no institucionalizada sería vista por sus miembros como una herramienta, un mero instrumento destinado a cumplir con una tarea concreta. Los miembros valoran la organización en tanto ésta les pueda proporcionar los bienes o servicios específicos que ellos esperan. Ellos no tienen mayor interés que por los objetivos específicos, y en consecuencia no existe compromiso alguno con la supervivencia de la organización, una vez que logra los objetivos planteados. Por el contrario, superando esa visión instrumental, la institucionalización implica una preocupación por la autoconservación de la organización, por el valor que ésta tiene en sí misma. Los miembros de la organización institucionalizada se comprometen en su perpetuación, buscan su preservación aun cuando ésta haya completado sus objetivos<sup>12</sup>.

El segundo punto de vista, el de la institucionalización como rutina, analiza los patrones específicos de conducta dentro de la organización. Los analistas se fijan en las reglas de juego, que modelan las interacciones sociales. La I., implica rutinización o estabilización de las conductas. Cuando las reglas, procedimientos, roles u otros patrones de conducta son institucionalizados, ellos son repetidos de forma rutinaria, son constantes, y determinan un marco de expectativas sociales respecto a su funcionamiento. La institucionalización es por tanto “...un proceso en el cual las expectativas de los actores se estabilizan en torno a esas reglas y prácticas”. (Levitsky, S. 2009: 317)

Con este punto de vista coincide Panebianco, A., (1990) para quién, la institucionalización de las organizaciones políticas está determinada por su capacidad para convertirse en una regla de juego para los actores internos y externos. La

---

<sup>11</sup> Esta visión está muy influida por Phillip Szelnick. También por el trabajo de Ángelo Panebianco, sobre los procesos de institucionalización de las organizaciones partidarias.

<sup>12</sup> Para muchos autores, este proceso está dotado de cierta racionalidad. Según Berger y Lukman (1968), la institucionalización es un resultado de la habituación, que permite mecanizar ciertos procedimientos, con las ganancias que esto tiene en términos de economía de trabajo y de procesos de toma de decisión. Esta economía de los procesos de toma de decisión, permiten reservar energías para invertir en actividades que exigen mayor concentración y esfuerzo, como la resolución de problemas novedosos.

institucionalización “...implica el paso de la organización fungible, es decir puro instrumento para la realización de ciertos fines, a la institución. Si el proceso de institucionalización llega a buen puerto, la organización pierde poco a poco el carácter de instrumento valorado no por sí mismo sino sólo en función de los fines organizativos: adquiere un valor en sí misma, los fines se incorporan a la organización y se convierten en inseparables y a menudo indistinguibles de ella. Lo característico de un proceso de institucionalización logrado es que para la mayoría el “bien de la organización tiende a coincidir con sus fines...”. (Panebianco, A. 1990: 115).

Vale acotar aquí que, por su complejidad y densidad institucional, los sistemas de salud son uno de los sectores del Estado de Bienestar más resistente al cambio. Los poderosos intereses organizados, los actores sociales bien organizados, la lejanía de los ciudadanos respecto a este campo dominado por los “expertos”, marcan la complejidad de este sector de política. Por tanto, los sistemas de salud son realidades altamente institucionalizadas, con reglas de juego sumamente sofisticadas, tanto para el financiamiento, la asignación de recursos, la provisión de servicios, la formación de sus recursos humanos.

Como ya mencionamos, modificar los esquemas institucionales de reglas de juego tiene su costo, por que estos esquemas poseen mecanismos auto-reforzantes. En primer lugar, costos fijos altos que se amortizan en la medida que se generaliza el uso del esquema institucional. Además, generan ganancias de aprendizaje, en la medida que el esquema se sostiene en el tiempo. Mejora de eficiencia, por la coordinación y cooperación entre las diferentes instituciones. Por último, expectativas adaptativas, en donde la permanencia de las reglas refuerza su estabilidad.

La estabilidad es una de las condiciones de la fortaleza de las instituciones, de allí que el cambio institucional sea incremental. Pero, en ciertas ocasiones de la vida social, se suscitan choques o transformaciones que modifican radicalmente los equilibrios de fuerzas, y generan oportunidades para la transformación radical de reglas y procedimientos políticos. Esos momentos de cambio y desacomodo de actores, coyunturas críticas, pueden generar legados institucionales innovadores. Según Mahoney, J., (2001) las coyunturas críticas son momentos de relativo indeterminismo estructural, en el que actores reformistas pueden modelar los resultados de una manera más libre de lo que sería esperable en una situación normal.

Para Collier y Collier (1991), una vez superada la coyuntura crítica, una vez que un conjunto de nuevas estructuras institucionales son puestas en funcionamiento, éstas representan un capital invertido que no puede ser dirigido hacia otros fines. Esta inversión institucional toma la forma de confianza, información y expectativas compartidas, cuya familiaridad y disposición refuerza los intereses establecidos en torno a ellas. En efecto, estos mecanismos de reproducción se transforman en una causa constante, que es resultado distintivo de los legados de la coyuntura crítica. Tenemos entonces un conjunto de causas que establecen un determinado impacto o legado en un punto del tiempo, estableciendo un patrón subsecuente de funcionamiento, que se reproduce a sí mismo, aún después del cese de la causa que le dio origen.

Lo anterior genera efectos de cierre o bloqueo (lock-in), en el sentido de que una vez que se adopta un procedimiento, es difícil que los actores se salgan de él. Además, la existencia de causación histórica (path-dependence), en la que un pequeño evento

genera una secuencia de acciones que se sostiene en el tiempo, aunque haya desaparecido la que le dio origen. Entonces, la institucionalización juega a favor de la continuidad y estabilidad, y la secuencia de cambio es necesariamente incremental.

La cuestión reside en identificar cuándo estamos frente a una verdadera coyuntura crítica. Según Kingdon, J., (2003), las oportunidades para la aparición de políticas públicas novedosas, se genera a partir a partir de la confluencia o alineación canales de política que habitualmente funcionan de manera autónoma. Tenemos por un lado el canal de los Problemas de Política, que posicionan en la agenda pública un determinado asunto como una preocupación colectiva acuciante, que requiere solución urgente. Por otro lado, tenemos el canal de las Opciones de Políticas, que marcan la existencia y disponibilidad de determinadas modalidades de intervención pública, que resultan aptas para la resolución de problemas que preocupan a la sociedad. Por último, tenemos el canal de la Política Competitiva, de los actores políticos que pugnan por tener preeminencia en el campo de la acción política<sup>13</sup>.

De particular interés nos resulta el canal dos, el las opciones de política. De acuerdo al modelo de Kingdon, en este canal de opciones de política resulta fundamental el rol de los Emprendedores de Políticas (Policy Entrepreneurs). Éstos son quienes “promueven” la adopción de soluciones novedosas de política. Los Emprendedores de Políticas no son necesariamente innovadores, no son creadores de nuevas tecnologías de intervención. En realidad, son más bien actores con la capacidad político-técnica para el armado de una coalición promotora de determinadas tecnologías de intervención, dispositivos sociales específicos, dirigidos a la resolución o gestión de determinados problemas sociales o sanitarios.

En nuestro caso, resulta de particular interés el papel de las comunidades de ideas en los procesos de cambio institucional. Estas comunidades de ideas son las responsables de la difusión de innovaciones en materia de tecnologías sociales de intervención. Su rol es clave en la difusión (policy-transfer) de soluciones nuevas a problemas concretos de política. También juegan un rol relevante en el armado de coaliciones reformistas, al articular su conocimiento de tecnologías para el cambio con los actores políticos. Pueden jugar un papel relevante como promotores de soluciones específicas frente a determinados problemas (policy-entrepreneurs).

Por ejemplo, en términos de generación de nuevas políticas, Weyland, K. (2005) muestra el rol de las Instituciones de Financiamiento Internacional para el desarrollo (IFI). Los IFI, además de financiamiento condicionado, brindan asesoramiento y un cierto manto de “modernidad tecnocrática” a las políticas que impulsan los gobiernos. De esta manera, estos organismos se transforman en importantes dinamizadores de los procesos de transferencia y difusión de nuevas políticas públicas (policy-transfer y policy-difussion). En particular, su rol ha sido muy relevante a la hora de afirmar la posición de los actores gubernamentales y sociales que promueven reformas en los países en que estos organismos intervienen<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> En realidad, Kingdon describe el proceso de apertura de “Ventanas de Oportunidad”, ocasiones propicias para la introducción de políticas novedosas, que rompen con los patrones incrementales de política pública. Desde nuestra perspectiva, los canales 1 y 3 de este enfoque resultan muy adecuados para caracterizar la idea corriente de coyuntura crítica.

<sup>14</sup> Weyland trata de explicar el proceso de privatizaciones de los sistemas de pensiones, que se experimento durante los años 90s en los países de América del Sur. El autor hace notar, además del

El enfoque de Kingdon, pero también el de Weyland, puede asociarse con provecho al Esquema de Coaliciones de Abogacía (Advocacy Coalition Framework, ACF) desarrollado por Sabatier, P. (2007). El ACF parte del análisis de los grupos político-técnicos que integran un determinado subsistema de políticas públicas, que comparten determinados intereses e ideas<sup>15</sup>. Estas elites sectoriales tienen formas particulares de comprender el funcionamiento y los problemas de un área de política. Los sistemas de creencias compartidos son el cemento que une a estas coaliciones. Esos sistemas tienen además una estabilidad temporal alta, para los autores de más de una década, de lo cual se desprende su poder explicativo.

Dentro del ACF el cambio en las políticas se genera a partir de la competencia existente entre las coaliciones de abogacía que integran el sector de política. Estas coaliciones juegan un rol fundamental en la difusión de nuevas ideas de políticas, que expresan relaciones causales significativas entre las políticas y los resultados deseados<sup>16</sup>. Los choques externos al subsistema, generados desde el ambiente o desde el sistema global de políticas, pueden impactar en los sistemas de creencias básicas de las elites de abogacía que dominan el sector. Estos mecanismos de cambio pueden generar oportunidades de éxito para coaliciones alternativas, que presenten programas de intervención política diferentes. (Martín Quintero, 2007. Rubio y Rosero, 2010.)

Para Fischer, F. (2003: 94-114), los discursos compartidos son el cemento que mantiene la cohesión de las coaliciones de políticas en el esquema ACF. Podemos reconocer a ciertos actores, expertos en el arte de producir pequeños libretos, narraciones, que interpretan a los eventos y sus cursos de acción, en el marco de contextos específicos. Los miembros no son todos, necesariamente, expertos de políticas de públicas. El punto relevante es que estas narraciones simplificadas le dan sentido y racionalidad a una diversidad de intereses dispersos, inconexos. Desde el punto de vista de Fischer, resulta fundamental el rol de la credibilidad, aceptabilidad y confianza que se deposita en los actores que promueven las ideas de cambio. Dentro de ese esquema, la evidencia científica es un valor relevante, pero no el único ni el determinante.

## **2.4. El impacto del cambio institucional incremental**

Las instituciones políticas proporcionan estabilidad y certidumbre a los procesos políticos, estructurando las características del juego político. Según la literatura especializada, la modalidad del cambio institucional varía entre el ajuste incremental, que refuerzan el camino del desarrollo institucional, y los cambios radicales que surgen frente a coyunturas críticas. Parecería ser que solamente el cambio radical, frente a una

---

financiamiento condicionado, la importancia del saber tecnocrático que irradian estos centros de poder mundial, que operan aliados a los gobiernos nacionales y a los think-tanks locales.

<sup>15</sup> Además de funcionarios, parlamentarios y miembros de los grupos de interés, también considera a periodistas, investigadores y analistas de políticas que juegan papeles importantes en la generación, difusión y evaluación de las ideas de las políticas públicas.

<sup>16</sup> Los fenómenos de aprendizaje político (policy-learning) y de socialización de hacedores políticas, es fundamental para comprender la estabilidad relativa de diversos enfoques para la resolución de problemas de política. En este marco, los trabajos de Hugh Hecho y Peter Hall aportan a la comprensión de la incidencia del análisis y el conocimiento sobre los procesos de elaboración de políticas públicas.

coyuntura crítica, es el único que puede romper con los patrones históricos de funcionamiento institucional (path-dependence).

Sin embargo, esta visión que diferencia entre cambio institucional radical transformador, y el cambio incremental conservador-adaptativo, está profundamente equivocado. Cada vez más, la literatura comparativa reconoce que los procesos de cambio institucional gradual, de tipo incremental, también pueden tener un impacto relevante, profundo, sobre la lógica del sistema y el comportamiento de los actores. (Pierson, P. 2004; Streeck y Thelen, 2005; Mahoney y Thelen, 2010; entre otros)

Para Pierson, P. (2004) además de los cambios radicales que surgen frente a situaciones de coyuntura crítica, existen otros procesos de cambio gradual, incremental, que se dilatan en el tiempo y tienen también un impacto relevante sobre la estructura institucional. Por ejemplo, transformaciones incrementales, que terminan teniendo un efecto de transformación *por acumulación*, por *superación de umbral crítico* o por concreción de *cadena causal*. En estos tres casos, el horizonte temporal sobre el cual tenemos que posar nuestra mirada, es más dilatado. La situación resultado sólo puede ser apreciada a partir de la acumulación de efectos, la superación de un determinado umbral o la concreción de una cadena de acciones determinada.

La recomendación de Pierson, P. (2004) es que frente a estas experiencias resulta imprescindible ampliar nuestro horizonte temporal, para tener una comprensión cabal de lo que está sucediendo. Pequeños cambios sucesivos, de naturaleza tal vez marginal, pueden terminar desembocando en un cambio mayor del sistema de reglas. Entonces, el cambio institucional no procede únicamente a través de saltos espasmódicos, de “equilibrios puntuados”, sino que los ajustes marginales pueden tener un impacto institucional profundo, una vez que somos capaces de analizarlos dentro de una adecuada perspectiva histórica.

En realidad, para las miradas desde el institucionalismo histórico, las instituciones son legados que resultan de la resolución de conflictos distributivos. Estas visiones se recuestan contra el análisis del poder, destacando los efectos distributivos, explicando la estabilidad y persistencia de las instituciones en términos de su capacidad de generar retornos crecientes a los actores más poderosos. Su función es la de reproducir la situación que surgió de la resolución de un conflicto político histórico concreto. De allí que el cambio institucional profundo pueda emerger como resultado de una coyuntura crítica, que genere oportunidades para cambiar la trayectoria histórica de desarrollo institucional.

Pero no hay que perder de vista que las instituciones tienen siempre consecuencias distributivas, de allí que en su génesis y continuidad existan siempre coaliciones concretas de actores políticos. Los arreglos instituciones reconocen la realidad del poder de la cual surgen y que tratan de reproducir. Pero muchas veces las instituciones pueden surgir de situaciones de equilibrio entre actores, de los cuales surgen *normas cargadas de ambigüedad, que no permite una clara interpretación de su sentido*. Cuando las instituciones surgen de estos acuerdos políticos inestables, tienen una cierta propensión endógena al cambio. Quienes se benefician del statu quo deben realizar un ejercicio político constante para mantener su situación. La estabilidad en cuanto a la interpretación de la regla institucional dependerá del cambiante balance de poder.

Las luchas sobre el sentido, aplicación y cumplimiento de las reglas institucionales se imbrican profundamente con los procesos de distribución de recursos que ellas mismas provocan. El cambio está dinamizado por los aspectos distributivos de las instituciones, y su impacto directo sobre los recursos de los actores. Por ello es que para Streeck y Thelen (2005), las instituciones deben ser analizadas como regímenes, reglas que estipulan comportamientos tolerados y no tolerados. Además, con mecanismos definidos para verificar su cumplimiento, y un marco social de aceptabilidad para esas reglas (legitimidad). La distancia entre la producción de normas, su aplicación y su grado de cumplimiento, es lo que genera un amplio espacio para el cambio institucional endógeno. El grado de cumplimiento, de aceptación de la regla, determina todo un campo de análisis sobre el cambio incremental de las instituciones.

En esto concuerdan también Mahoney y Thelen (2010), quienes indican que las instituciones pueden cambiar de manera incremental, pero además estos cambios pueden tener un impacto muy relevante en cuanto a su función de reglas de juego. El cambio incremental puede conducir a transformaciones relevantes del sistema institucional, cambiando la lógica del régimen. El ritmo del cambio puede ser incremental, pero los resultados del cambio pueden implicar una discontinuidad notoria respecto al funcionamiento<sup>17</sup>. La tabla siguiente muestra cuatro formas posibles de cambio incremental que pueden generar una discontinuidad en el path-dependence sectorial<sup>18</sup>.

<b>Tabla 2.1.</b>				
<b>Mecanismos de cambio institucional incremental</b>				
	<b>Desplazamiento</b>	<b>Desajuste (Drift)</b>	<b>Adición estratificada</b>	<b>Conversión</b>
<b>Definición</b>	Incremento del rol de instituciones subordinadas, suplantando a las que eran hegemónicas	Falta de ajuste de las normas al cambio ambiental, lo cual reduce su influencia	Nuevos elementos se adicionan al esquema institucional y van modificando su estructura y funcionamiento	Las viejas estructuras se ajustan a nuevos propósitos
<b>Mecanismo</b>	Defección de las normas hegemónicas frente al impulso de las nuevas	Desatención deliberada del cambio ambiental	Desarrollo diferenciado de la nueva regla respecto a la vieja	Reinterpretación de los contenidos de las normas, genera nuevo direccionamiento
	Promoción política por parte de “emprendedores”	Promoción política por parte de “emprendedores”	Promoción política por parte de “emprendedores”	Promoción política por parte de “emprendedores”

Fuente: elaborado en base a Streeck y Thelen (2005) y Mahoney y Thelen (2010)

<sup>17</sup> Por ejemplo, el paso desde sistemas de economía planificada hacia una de coordinación por vía de mercados. En esencia, lo que se aprecia es un cambio significativo en la lógica de acción de un numero importante de actores, que puede terminar imponiéndose y generalizándose hacia toda la sociedad. (Streeck y Thelen, 2005: 18).

<sup>18</sup> En realidad, Streeck y Thelen (2005) proponen una quinta forma de cambio incremental con impacto transformador en el funcionamiento institucional. Refiere al agotamiento y quiebre del régimen institucional, producto del deterioro progresivo de sus bases de funcionamiento (Exhaustion).



El *Desplazamiento* (Displacement) de las reglas ocurre mediante la imposición de nuevas reglas institucionales, que remueven y sustituyen a las viejas normas. Aquí es importante considerar que todos los regímenes sociales conviven con diferentes sistemas de reglas de relacionamiento, dentro de las cuales algunas son determinantes en cuanto al funcionamiento general. Se observan procesos graduales de desplazamiento de las viejas reglas, mediante la activación de algunas reglas marginales o la introducción de nuevas reglas por parte de nuevas coaliciones, y que pueden terminar imponiéndose de manera general<sup>19</sup>.

Por *Adición Estratificada* (Layering), mediante introducción de nuevas reglas que se superponen a las viejas reglas, adicionando nuevos sentidos, y pudiendo llegar a cambiar totalmente el sentido de las viejas normas. No hay un remplazo de reglas, sino enmiendas, adiciones, correcciones sobre las históricas. Estas adiciones pueden tener un impacto profundo, porque las novedades incorporadas pueden modificar, de manera acumulativa, el corazón de las viejas reglas institucionales. Por ejemplo, la incorporación progresiva de seguros privados individuales complementarios, dentro de un Servicio Nacional de Salud, puede conducir a una desarticulación completa de los principios de funcionamiento del sistema<sup>20</sup>.

Por *Conversión* (Conversion) de las normas, lo que se aprecia o produce es un proceso de “resignificación”, de nueva interpretación o diferente implementación de viejas reglas. Hay un re-despliegue estratégico de las normas históricas, en la que los actores relevantes se aprovechan sistemáticamente de las ambigüedades de las normas, redireccionando su aplicación hacia el cumplimiento de nuevos fines. Esto se aprecia con claridad cuando existen procesos de renovación dentro de las coaliciones políticas que sustentan el funcionamiento de las instituciones, incorporando a nuevos actores que buscan explotar estas ambigüedades de las reglas.

Finalmente, para Mahoney y Thelen (2010) también se aprecia un proceso de *Desajuste* (Drift) entre las normas, que mantienen incambiada su estructura, y las condiciones ambientales que le rodean. Más allá de posibles equívocos respecto al concepto de “estabilidad”, las instituciones constantemente están negociando y ajustando sus límites y posibilidades, de acuerdo a sus condiciones ambientales. Las instituciones pueden no reflejar el impacto de las nuevas condicionantes externas, manteniendo su estructura inalterable, y no reflejando las condiciones cambiantes. Por ejemplo, el desajuste entre las viejas políticas de bienestar y la nueva estructura de riesgos socio-sanitarios, nos muestra como una estructura de alto gasto en bienestar puede no estar brindando una adecuada cobertura de los riesgos sociales<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> Aquí Streeck y Thelen (2005: 20-21) diferencian entre la reaparición de una vieja norma o funcionamiento marginal, que pasa a imponerse en la sociedad, de lo que podría ser el hecho de importar instituciones y prácticas extranjeras o propias de otros sectores. En cualquiera de los dos casos de desplazamiento de las normas predominantes, lo que se observa es una activa participación de nuevos actores políticos en la promoción del cambio.

<sup>20</sup> Podría hacerlo, o no. El punto relevante es el análisis de las coaliciones sociopolíticas que impulsan estas transformaciones, y hasta que punto tienen capacidad para imponer un funcionamiento diferente en el régimen institucional conocido.

<sup>21</sup> Lo importante aquí es que existen decisiones políticas deliberadas, no decisiones, relativas a no responder a los nuevos desafíos que enfrentan las instituciones. El ejemplo clásico es el envejecimiento y su impacto sobre los sistemas de pensiones y de salud. No tomar decisiones sobre este problema, manteniendo las viejas reglas de funcionamiento, supone la conservación en el corto plazo de statu quo, pero con un claro pronóstico de deterioro relativo.

En realidad, estas cuatro formas de cambio institucional incremental están fuertemente interrelacionadas. Como muestran Streeck, W., Thelen, K., (2005) y Mahoney y Thelen (2010), estos cuatro diferentes tipos de proceso de cambio están en función directa de las características del contexto político y de las reglas institucionales. El punto fundamental está en la identificación del tipo de coaliciones políticas predominantes, pero también el tipo de reglas institucionales y su capacidad para bloquear el cambio político. El rol de los promotores del cambio resulta clave en la adopción de estos diferentes caminos de cambio institucional incremental. En cualquiera de estas cuatro modalidades de cambio incremental y transformador de regímenes institucionales, la capacidad de agencia, de iniciativa política para estructurar coaliciones reformistas, es la variable explicativa fundamental. Además, evaluar estas transformaciones en cuanto a su sentido transformador o conservador del path-dependence sectorial, requiere de una adecuada valoración del tiempo en la vida de las instituciones.

## **2.5. Conclusión**

El estudio de la Política condensa la preocupación por lo público, por el sentido de lo que es colectivo o común en una sociedad humana. Pero además de los vínculos de sociabilidad sobre los cuales se funda una comunidad, la política implica el uso de la fuerza, como elemento de respaldo a los acuerdos obligatorios que se establecen entre los diversos actores que integran una comunidad. Las formas de resolución de los conflictos relativos a la distribución de cargas y beneficios en una sociedad, tienen una importancia central dentro de la cada vez más compleja vida civilizada.

Las instituciones son conjuntos de reglas y organizaciones que dan estabilidad y certidumbre a los procesos de resolución de conflictos políticos. Normalmente, tienen un proceso de cambio incremental, pero éste puede verse alterado ante la presencia de shocks externos, coyunturas críticas. Las coyunturas críticas son oportunidades para la generación de cambios radicales en el cristalizado sistema institucional. En estas coyunturas críticas juega un papel fundamental las coaliciones sectoriales de políticas. Además del interés y el poder, el conocimiento compartido, los marcos cognitivos comunes, tiene un papel fundamental en la transformación de los esquemas institucionales de políticas públicas.

Entonces, desde una perspectiva histórica, debemos decir que las instituciones políticas surgen de la interacción y el desacuerdo entre las fuerzas sociales, y del gradual desarrollo de los procedimientos y dispositivos de organización para resolver estos desacuerdos. La diversificación de fuerzas sociales y su creciente interacción, fomentan la creación de instituciones políticas cada vez más sofisticadas. Entonces, debe quedar claro que las instituciones políticas tienen un rol clave en la regulación de las relaciones políticas, mediante la obligación colectiva, la legitimidad y la coerción.

Pero no solo los choques externos, las coyunturas críticas, pueden dar origen al cambio institucional. Las propias instituciones, en cuanto acuerdos, más o menos laxos y ambiguos, pueden ser fuente del cambio institucional. Los procesos de cambio incremental pueden generar cambios profundos en los regímenes institucionales que modelan la convivencia humana. Analizar los mecanismos de cambio incremental, tales como la adición estratificada, el desplazamiento o la conversión, nos proporciona útiles

pistas para la comprensión del cambio institucional que logra romper con el *path-dependence* sectorial. En esa visión, el poder de los actores y una adecuada perspectiva histórica, que valore el tiempo de las instituciones, resulta fundamental para comprender el alcance del cambio.

Lo que no debemos perder de vista es que en el campo de la ciencia política, la definición de las instituciones políticas se relaciona con aquellos cuerpos con capacidad de tomar decisiones colectivas legítimas, que son quienes dan vida efectiva al funcionamiento de las instituciones. Estos cuerpos no son inmunes a las condiciones ambientales, a las coaliciones sociopolíticas que les rodean. Precisamente, son un actor más en el complejo proceso del cambio institucional.

### **Capítulo 3. Instituciones políticas y Economía Política**

Esta investigación pretende desentrañar la particular mixtura político institucional que gobierna y estructura al sector salud. El sector salud, además de un área de políticas sociales, puede y debe ser considerado un sector productivo en su propia dimensión. Por la magnitud de los recursos económicos, la variedad de los esquemas de trabajo y los dispositivos tecnológicos, todo eso define la gran complejidad productiva del sector. Por esta razón, nuestro enfoque analítico trata de recostarse contra las visiones de la Economía Política.

Para algunos analistas, la perspectiva de la Economía Política consiste en un enfoque metodológico, antes que teórico, basado en la elección pública (Public Choice). Para nosotros, por el contrario, la Economía Política consiste en el análisis de la peculiar interrelación entre lo público y lo privado, entre el estado y el mercado. Desde esta perspectiva, el mercado no puede ser percibido como un actor soberano o como un fenómeno natural. Antes que eso, el mercado es visto como una construcción, suspendida entre la fuerza colectiva y las instituciones.

Esta perspectiva teórica se alimenta de lo que históricamente se conoce como vertientes del pensamiento institucional continental. En esa visión, importa el análisis del poder, la desigualdad y el conflicto, aunque no presupone que la lucha de clases sea el único motor del cambio, ni que las instituciones sean represivas por definición. Su valor analítico estriba en su sensibilidad para el análisis de las transformaciones históricas y para comprender la diversidad de experiencias nacionales. (Esping-Andersen, p. 21-22)

Este enfoque de economía política tiene antecedentes ilustres, desde Max Weber a Karl Polanyi, hasta clásicos más recientes, como el de Andrew Shonfield. La obra pionera de éste último nos muestra como las sociedades capitalistas de posguerra generaron un auténtico milagro económico, marcado por el compromiso político entre el capital y el trabajo (Shonfield, A. 1967). Esas sociedades, lograron combinar crecimiento económico, ocupación plena y alta competitividad internacional, bajo la orientación de las instituciones del sector público. Estas instituciones públicas definen para Shonfield diferentes “estilos nacionales de políticas públicas”, que son descritos al detalle en su monumental obra.

En esta mirada coincide Hall, P. (2003), para quien lo que distingue el rol del análisis de economía política, es que las cuestiones del desarrollo y las variedades de políticas públicas, sólo pueden ser explicados desde una perspectiva política amplia. Esto es, mediante la inclusión de variables tales como las instituciones políticas, sociales y económicas; las coaliciones sociopolíticas; y en algunos casos, las variedades nacionales culturales. (Hall, P., 2003: 135-136).

Desde nuestra perspectiva, la producción y la redistribución van necesariamente de la mano. Entonces, no podemos comprender totalmente el funcionamiento de los regímenes productivos, sin considerar los vínculos de éste con el régimen de bienestar, y viceversa. Por ejemplo, el rol que tienen las políticas de bienestar en la formación intensiva de capital humano (Kitschelt, et al, 2003: 6-7). Si bien las instituciones del mercado de trabajo resultan fundamentales, es preciso tener una mirada más amplia de

las instituciones que conforman la economía política, para comprender a cabalidad el desempeño de un sector productivo.

En esta parte analizaremos el papel de las instituciones estatales en la promoción del desarrollo, económico y social, de las sociedades. Para ello es necesario analizar el tipo de estructura que el estado puede adoptar, además de las modalidades en que se organiza su relación con la sociedad y el mercado. Para ello revisaremos las formas de articulación entre Estado y sociedad. Este es un punto crítico, porque además de una estructura, el Estado es una relación de poder. Comprender las formas de estructuración de esta relación, es un factor crítico a la hora de comprender el funcionamiento armonioso de los diversos sectores de una sociedad.

### **3.1. El Estado como un actor en el proceso de desarrollo**

Según Tilly, C. (1990), si miramos la historia de la humanidad, los Estados han sido, durante más de cinco mil años, las organizaciones más grandes y poderosas existentes sobre la faz de la tierra. Desde su origen, los estados han sido organizaciones especializadas en la administración de la coerción, que ejercen una clara supremacía sobre otras organizaciones que ocupan el mismo territorio. Las ciudades estado y los imperios califican dentro de las formas estatales. Los Estados Nacionales son la forma contemporánea para la organización de la coerción.

Esta primera aproximación ya nos deja entrever el punto en común que tienen los Estados y la Política, que es su referencia al fenómeno del poder. De acuerdo con Bobbio, N. (1986), el poder político se vale de la fuerza como su medio principal (aunque no sea su único recurso). Por tanto, resulta claro que el surgimiento y expansión del Estado está asociado al conflicto y a los fenómenos bélicos, a su organización y financiamiento. En términos históricos, aquellas organizaciones estatales que fueron más eficientes en la organización de la guerra, en la preparación de las comunidades para la defensa de su espacio, fueron las llamadas a permanecer y desarrollarse.

Los Estados, además, tienden a conformar sistemas, en la medida en que deben interactuar con otros, y en esa interacción se modela la conducta de los otros estados. Desde el momento en que los Estados compiten por el control de territorios y poblaciones, tienden a conformar sistemas. Esto es así por que los señores territoriales estarán dispuestos a apoyar las decisiones de otros señores territoriales desafiados, no solo por temor a las posibles represalias, sino por su deseo de mantener un ambiente estable. (Tilly, Ch. 1985)

Para algunos puede resultar un exceso fijar el origen del Estado tan atrás en el tiempo<sup>22</sup>. En verdad, la palabra Estado se impone recién con Nicolás Maquiavelo: *“Todos los Estados, todas las dominaciones que tuvieron y tienen autoridad sobre los hombres, fueron y son o repúblicas o principados”*. (Maquiavelo, N. 1986: 5) Maquiavelo es un

---

<sup>22</sup> Bobbio, N. (1986) expone los argumentos a favor y en contra respecto a las tesis de la continuidad del fenómeno estatal. Más allá de lo modernidad de la palabra “Estado”, también se aprecia una notable continuidad en cuanto a la noción de concentración y centralización del poder político dentro de una comunidad humana determinada.

analista político moderno, y por eso puede reconocer que *“Los cimientos de todos los Estados, recientes, antiguos o mixtos, son las leyes justas y las armas fuertes. Como no puede haber leyes buenas donde no son buenas las armas, y donde hay buenas armas conviene que las leyes sean buenas, prescindiré de éstas y hablaré de aquellas”*. (Maquiavelo, N. 1986: 63)

Esta lucidez de Maquiavelo no debería sorprender. En verdad, en la experiencia italiana del siglo XIV, en esa multitud de ciudades que pueblan la península *“...surge algo nuevo y vivo en la historia: el Estado como creación calculada y consciente, como obra de arte. Tanto en las repúblicas urbanas como en las tiranías, vemos expresada por modo múltiple esta modalidad, que condiciona igualmente su forma interna y su política exterior”*. (Burckhardt, J. 1946: 8-9) Es en la experiencia de estas tiranías, muy especialmente, en que se puede apreciar la presencia del mismo el germen que dará origen a los primeros estados modernos<sup>23</sup>.

En el marco de la lucha por el control de la violencia organizada, los nuevos Estados se encargarían progresivamente y de forma cada vez más exclusiva, de las siguientes tareas: i) hacer la Guerra, eliminando o neutralizando a sus rivales de los territorios vecinos, delimitando los territorios sobre los que tienen una clara prioridad; ii) construyen el aparato del Estado, eliminando o neutralizando a los enemigos dentro del territorio que controlan; iii) brindan protección, eliminando a los enemigos de sus clientelas, de la gente que está bajo su protección; iv) organizan la extracción de los recursos necesarios para solventar las tres primeras tareas. (Tilly, Ch. 1985: 181)

Si observamos la formación del Estado nacional europeo, podemos extraer de esta experiencia alguna moraleja, que refieren a la secuencia de construcción estatal. Pensemos en algún señor territorial que resulta ser sumamente eficaz en la tarea guerrera, y logra controlar de manera incontrastable un territorio. La tarea guerrera lo lleva a incrementar la extracción de recursos sobre la población que controla: hombres, armas, comida, medios de transporte, dinero, etc. Necesariamente, la construcción de capacidad guerrera se acompaña del proceso de fortalecimiento de capacidad de extracción de recursos. Esto se hace mediante el establecimiento de algunas instituciones clave: agencias recaudadoras de impuestos, policía, juzgados, tesorerías, sistemas contables.

Pero además, en el proceso de hacer la guerra, extraer recursos y construir un aparato estatal, quienes controlan el Estado establecen alianzas con clases sociales específicas. Los miembros de esas clases facilitan los recursos, proveen servicios técnicos o contribuyen a la aceptación de la dominación por parte del resto de la población. Algunos sectores se consolidan como la elite privilegiada que rodea al señor territorial, desde donde se comienza a establecer el aparato estatal. Entonces, se afirman de manera simultánea los elementos objetivos y subjetivos que hacen a la conformación de la Autoridad Política (Coacción y Legitimidad).

---

<sup>23</sup> La preciosa obra de Burckhardt, J (1946) describe el desarrollo del imperio normando en la baja Italia y Sicilia durante el siglo XIII, y el reinado de Federico II en el que se desarrollan todos los rasgos básicos del Estado Absolutista. Este tipo de dominación, sería el modelo que comenzarían a repetir los diversos hombres fuertes en el continente europeo. Para abundar en este análisis, mas cercano en el tiempo, ver la magnifica obra de Anderson, P. (1974) sobre la emergencia del Estado Absolutista.

Este modelo posee una cierta racionalidad económica. La producción y control de la coerción favorece la aparición de monopolios, las economías de escala en la administración de la violencia son muy importantes. Por ejemplo, un Señor territorial puede crear una armada que le permita controlar un territorio, a un costo de 50 unidades. Supongamos que este Señor puede recaudar impuestos por unas 75 unidades, lo cual le genera una ganancia neta. Suponga además que este Señor puede garantizar a sus súbditos mercaderes el acceso a los mercados regionales, mediante el cobro de un impuesto adicional de 10 unidades, lo cual es más económico de lo que cobran otros señores territoriales (unas 15 unidades). En tal caso, los mercaderes estarían en una situación de clara ventaja, con los competidores que soportan a protectores menos eficientes<sup>24</sup>.

De acuerdo a este modelo, el tributo es la renta apropiada por el soberano, que surge de la diferencia entre el costo de producir protección (equipar una armada y ponerla en funcionamiento), y los pagos que realiza la sociedad al soberano (impuestos). La renta de protección que menciona Lane, es el beneficio obtenido por la sociedad, debido a una eficiente producción de protección. En este modelo, es la renta que obtienen los Mercaderes locales, al tener una mejor protección que los Mercaderes rivales (que pagan más caro su protección).

Pero además de la capacidad de imponerse sobre la población, estos señores territoriales deben ser vistos como sus legítimos gobernantes. Cuando la gente se resiste activamente al proceso guerrero de construcción estatal, las autoridades deben hacer concesiones: se garantizan Derechos, aparecen Instituciones Representativas, surgen las Cortes de Apelaciones. Estas concesiones, posteriormente, tendrían su impacto en los procesos de desarrollo del aparato estatal y de la propia sociedad.

Una mirada sintética es la de Poggi, G. (1997: 21), para quien el estado moderno se constituye como un conjunto complejo de dispositivos institucionales para gobernar, que opera a través de las actividades continuas y reguladas de individuos que actúan como ocupantes de cargos. El Estado, como la suma total de dichos cargos, se reserva para sí mismo la tarea de gobernar una sociedad territorialmente delimitada. Para ello, monopoliza de derecho y de hecho todas las facultades e instrumentos necesarios para esa tarea, y dentro de ellos la coacción es el instrumento específico. En su proceso de construcción histórica, el estado establece diferentes formas de relacionarse con la sociedad que lo rodea<sup>25</sup>.

De acuerdo al enfoque de Stein Rokkan, el Estado europeo se produce por la conjunción de cuatro procesos: i) La construcción del aparato del Estado, a través del diseño e instalación de instituciones responsables de la extracción de recursos para la defensa común, para el mantenimiento del orden interno y la resolución de disputas; ii) Construcción de la Nación, a través de institutos como el servicio militar, escuela obligatoria, medios masivos de comunicación, y canales para el contacto directo entre la elite central y las poblaciones de las periferias territoriales; iii) Derechos de Participación, Ciudadanía Política: prerrogativas y derechos para ejercer la oposición al gobierno, ampliación del electorado para la conformación de organismos

---

<sup>24</sup> Tilly, Ch.(1985) denomina a esto el Modelo de Lane, en referencia a Frederic Lane, el historiador económico que lo propuso.

<sup>25</sup> La definición de Poggi, G. (1997) sintetiza muy bien el enfoque de Norberto Bobbio sobre el Estado moderno.

representativos, formación de partidos organizados, activación de la participación popular; iv) Redistribución de recursos y beneficios, como forma de lograr la Ciudadanía Social: crecimiento de los servicios de bienestar, desarrollo de políticas nacionales para la igualación de condiciones económicas a través de transferencias e impuestos progresivos. (Flora, P. et al, 1999: 82-83)

Para Stein Rokkan, resulta fundamental el concepto de construcción de límites externos e internos (Boundary Building) en cada sociedad nacional. Mientras que los dos procesos iniciales marcan una diferenciación respecto al “afuera”<sup>26</sup>, los dos procesos siguientes marcan un proceso de reestructuración de las diferencias “adentro”, entre los integrantes de la sociedad. Para la teoría de la modernización, a la cual se adscribía Rokkan, estos cuatro procesos se daban de manera secuencial, al menos para la experiencia europea de construcción de estados nacionales. Sin embargo, estos cuatro procesos pueden ser analizados desde la perspectiva de diversas combinaciones de secuencias, con diferentes resultados en cuanto a su resultado.

En término de secuencias históricas, Bobbio, N. (1986) identifica diversos arreglos que se sucedieron a la primera forma original del Estado Absolutista. En primer término, el Estado Liberal, que se impone con el ascenso de la burguesía comercial e industrial. Posteriormente, el Estado Liberal democrático, en el proceso de incorporación de los sectores subordinados, en particular la clase obrera organizada. Estas transiciones están marcadas por el ascenso de nuevos grupos de poder en las sociedades nacionales. Dichos grupos alteran la configuración inicial de poder, generando la necesidad de nuevos marcos de relacionamiento. La democratización del Estado Liberal clásico, implicó la ampliación de la ciudadanía política a nuevos sectores de la sociedad. En términos generales, los trabajadores organizados dinamizan esta transformación, con su capacidad de incidencia sobre los procesos políticos y productivos de las sociedades en proceso de industrialización.

Existen una variedad de enfoques analíticos relativos al origen, expansión y variedades de Estados Capitalistas de Bienestar<sup>27</sup>. Dentro de esa variedad de enfoques, se destacan dos perspectivas teóricas que coinciden en señalar la naturaleza política del fenómeno. Nos referimos, en primer lugar, a las teorías que enfatizan la perspectiva del poder, de los recursos de poder de los movimientos de trabajadores, y en segundo término las teorías que se enfocan en el rol de las instituciones.

La teoría de los recursos de poder enfatiza el peso que han tenido los movimientos de trabajadores, asociados a partidos de izquierda, en el proceso de construcción y expansión de los Estados de Bienestar. La lucha democrática de clases sociales es un factor muy relevante para comprender la expansión de los Derechos Sociales y los Estados de Bienestar<sup>28</sup>. Como bien ha mostrado Korpi, W. (2001), las alianzas que se

---

<sup>26</sup> Como bien ha mostrado Tilly, C. (1994), los Estados tienden a conformar sistemas interestatales. La autoridad de un Estado dentro de sus fronteras debe ser reconocida por los otros estados, en un proceso que resulta en un refuerzo mutuo de las fronteras y las autoridades.

<sup>27</sup> Las primeras teorías explicativas sobre el fenómeno del surgimiento y expansión del Estado de Bienestar enfatizaban el papel de la industrialización, el crecimiento económico y el cambio sociodemográfico, y la ampliación de la burocracia estatal. En Myles y Quadagno (2002) hay un excelente resumen de estas teorías explicativas, también en Esping-Andersen, G. (1993: 25-37).

<sup>28</sup> Como bien muestra Marshall, T.S. (1991) la expansión de derechos sociales se acompaña de instituciones responsables de su provisión y regulación, tales como los servicios educativos y los de salud, que permite el acceso generalizado al patrimonio social y cultural general.



tejen durante este proceso simultáneo de ampliación de bienestar y conflicto político, explican la variedad de arreglos institucionales existentes.

La cuestión estriba en identificar porque países con similares constelaciones sociales, sometidas a presiones por el cambio comparables, estructuran de maneras diversas sus regímenes de bienestar. El asunto es que los recursos de poder están constreñidos por diferentes instituciones políticas, que son legados institucionales de larga data. Estas instituciones estructuran los comportamientos políticos, al establecer las reglas de la competencia política. Las instituciones también contribuyen a modelar las identidades de los grupos y sus opciones de alianzas, reforzando el poder relativo de determinados grupos sobre otros. También inciden en las capacidades administrativas y financieras de los Estados, y determinan marcos para la acción más o menos autónoma de las élites estatales.

En esta perspectiva, el grado de descentralización de la autoridad política ofrece mayores oportunidades para que minorías bien organizadas puedan bloquear el cambio político. Por ejemplo, el grado de concentración del poder en el Ejecutivo, la descentralización territorial (Federalismo), el rol de las Asambleas representativas (número de cámaras), la presencia de organizaciones representativas de intereses, el multipartidismo, las burocracias fuertes y estables, etc. Todos estos factores inciden fuertemente en la posibilidad de que mayorías democráticas logren convertir sus aspiraciones en mandatos y éstos en nuevas políticas públicas.

Más reciente en el tiempo, Tsebelis, G. (2002) argumenta en el mismo sentido, mostrando la importancia de reconocer los puntos de veto en los sistemas institucionales que procesan las decisiones colectivas. Un formato parecido ofrece Lijphart, A. (2000) al contrastar diferentes modelos de Democracia, según su propensión a concentrar o dispersar en las instituciones el poder político. De manera típica, los esquemas federales, con múltiples órganos políticos (Ejecutivos, Cámaras) y con elecciones desvinculadas en el tiempo, que pueden favorecer la convivencia de diferentes corrientes de opinión, tienen un poderoso efecto favorecedor del statu quo<sup>29</sup>.

Esping-Andersen, G. (1993 y 2000) reconoce tres regímenes de bienestar capitalista, bien diferentes en cuanto a sus niveles de gasto y de amplitud en la protección social. Marca con claridad las diferencias en sus lógicas institucionales, y en cómo distribuyen las funciones de producción de bienestar entre el mercado, las familias y el Estado. De esta distinción surgen tres tipos de estado: Liberales, Socialcristianos y Socialdemócratas. Todos ellos distribuyen de diferentes maneras las cargas entre mercado, familia y estado, con efectos diversos en términos de desmercantilización y desfamiliarización.

Para Esping-Andersen, G. (1993) los regímenes de bienestar capitalistas se asocian al peso de los movimientos de trabajadores, y al tipo de coaliciones sociales que se establezcan en ese proceso. Por ejemplo, en el origen de los regímenes de bienestar

---

<sup>29</sup> Por ejemplo, lograr establecer coaliciones reformistas es mucho más difícil en sistemas bicamerales respecto a unicamerales. Esto se agudiza si la integración de estas asambleas está desvinculada.

socialdemócratas, la alianza entre los trabajadores industriales y sectores de productores rurales, resulta clave para comprender el desarrollo en los países nórdicos<sup>30</sup>.

En los estados de bienestar Liberales, los ciudadanos se constituyen primordialmente como actores individuales en el mercado. Existe una gran resistencia a suplantar las relaciones de mercado por derechos sociales. Los ciudadanos son alentados a buscar sus soluciones en el mercado, por ejemplo a través de la concesión de subsidios para acceder a beneficios sociales. Los esquemas básicos de seguridad tienden a diseñarse con mecanismos de control de capacidad económica (means-tested), y los beneficios otorgados por la seguridad social son generalmente modestos.

El segundo tipo de régimen tiene diversas etiquetas, dependiendo del énfasis que se quiera marcar: Conservador, Corporativista o Demócrata-Cristiano. Es conservador en el sentido clásico europeo, en cuanto tienen su origen en los desarrollos impulsados por las elites dinásticas continentales. En su origen son decididamente antiliberales, con una marcada preocupación por la conservación de los rasgos orgánico-jerárquicos heredados del pasado, antes que por el logro de la eficiencia mercantil. Los derechos sociales son extendidos, y el espacio para la provisión mercantil es limitado. Es corporativo en el sentido de que en su origen los beneficios estaban estratificados en función de grupos ocupacionales y de status, y la redistribución es marginal.

Son herederos de la tradición cristiana (Católica, principalmente), con doctrinas que rechazan la primacía del mercado, enfatizan la subsidiariedad del Estado y la centralidad de la Familia como eje de la producción del bienestar. El gasto social es más alto que en los estados liberales, pero su énfasis está en transferencias de ingresos hacia el varón jefe de familia (bread-winner). Los servicios sociales que facilitan la inserción de las mujeres en el mercado de trabajo son muy limitados.

Finalmente, los estados Socialdemócratas representan un modelo de organización caracterizado por la presencia de derechos sociales extendidos y un rol marginal para la provisión privada, vía mercado, de servicios de bienestar. Los derechos son universalistas, haciendo énfasis la ciudadanía igualitaria y rompiendo con los enfoques corporativistas de diferencia de estatus. Por tanto, a diferencia del modelo conservador, hay un énfasis importante en la redistribución, brindando a todos los ciudadanos altos niveles de seguridad económica. Las transferencias y los servicios estatales facilitan la inserción de las mujeres en el mercado de trabajo. Son estados con altos niveles de gasto social, al igual que los Conservadores, pero su orientación es totalmente diferente.

Por último, los estados de bienestar no solo operan de distintas formas frente a las desigualdades que produce el Mercado. También regulan las formas de distribución primaria del ingreso (salarios) y la seguridad del trabajador en el empleo. Los estados Nórdicos y Continentales han creado estructuras de negociación que limitan la dispersión salarial, además de regulaciones que limitan los derechos de los empleadores para contratar o despedir empleados a voluntad.

---

<sup>30</sup> La denomina la alianza rojo-verde, y establece que en el período de desarrollo de estos estados, la coalición entre trabajadores industriales y trabajadores rurales resultó clave para desarrollar un esquema universalista, en el que el Estado participa en su financiamiento, a través de impuestos. También destaca la importancia de la recreación de esa alianza entre los sectores obreros y los trabajadores no manuales, para sostener el Estado de Bienestar. (Esping-Andersen, 1993: 36-37)

De manera más reciente, los Estados de Bienestar vienen experimentando enormes presiones para el cambio, para su ajuste a la baja, frente a fenómenos como la liberalización económica y comercial. Según Pierson, P. (1994), los Estados de Bienestar muestran una gran resistencia frente a esos fenómenos. Estos factores de resistencia al ajuste de los Estados de Bienestar se encuentran fuertemente blindados por el efecto de policy-feedback de las políticas de bienestar. Las redes de apoyo al Estado de bienestar son poderosas, y están compuestas por: i) los intereses ciudadanos, beneficiarios de las políticas redistributivas; ii) las organizaciones representativas de los intereses ciudadanos vinculados a las políticas de bienestar; iii) los proveedores de servicios y profesionales del bienestar.

En cualquier caso, estos diferentes tipos de estados, procesan de forma diferente el ajuste de las economías nacionales frente a los retos de la competitividad industrial y comercial a escala global. Como ha señalado más recientemente Pierson, P. (2001), frente a procesos que impulsan hacia políticas de austeridad permanente, podemos reconocer diferentes estrategias nacionales. Diferentes tipos de Estados recurren a diferentes combinaciones de estrategias de Mercantilización, Contención de Costos y Recalibración. Entonces, si bien todos los estados muestran una preocupación creciente frente a los problemas de restricción fiscal, y la dificultad para financiar sus políticas sociales, no todos los Estados responden a la crisis de la misma manera<sup>31</sup>.

### **3.2. Visiones sobre la relación entre Estado y Desarrollo**

La sección anterior trató de mostrar el proceso histórico de estructuración política del Estado. En esta sección apuntamos a mostrar el papel del Estado en la promoción del desarrollo de las sociedades. La relación entre el Estado y el Desarrollo ha sido uno de los tópicos de mayor interés para las ciencias sociales. Dentro de la literatura podemos encontrar tres grandes grupos de argumentos, relacionados con el rol del estado en la promoción del desarrollo económico capitalista. Un cuarto argumento trata de desarrollar la relación entre el Estado y una definición más amplia de desarrollo, que trascienda la limitada mirada economicista.

El primer grupo de argumentos se deriva de los postulados de los primeros economistas liberales, de la ilustración escocesa, quienes establecen que el estado debe proporcionar las instituciones que faciliten a individuos y empresas su compromiso con actividades productivas. La infraestructura institucional establece un marco de garantías, de seguridades, que garantizan los derechos de propiedad y los contratos, por ejemplo, permiten el intercambio comercial de bienes y servicios, el ahorro, el crédito y las inversiones de capital. Estos argumentos están por detrás de los razonamientos de Max Weber sobre la importancia del derecho en el desarrollo del capitalismo, o del historiador económico Douglass North y su planteo sobre la importancia de las reglas de juego para el crecimiento económico.

---

<sup>31</sup> Más adelante, en la sección 4.4, mostramos además otros factores que operan en la resistencia al ajuste de los estados de bienestar, relacionados con la estructuración de los regímenes productivos. La relación existente entre regímenes productivos y políticas de bienestar es uno de los campos más complejos, aunque más promisorios, para la comprensión del futuro de los estados de bienestar.

Un segundo grupo de argumentos señala que si bien la búsqueda de beneficios económicos en los mercados de bienes, capitales y trabajo es clave para promover el crecimiento económico, tienen también un efecto de dislocación sobre las relaciones sociales establecidas. Esta dislocación genera resistencias al avance del mercado por parte de ciertos intereses, que buscan mantener su preeminencia en el marco de una economía estancada<sup>32</sup>. En consecuencia, los Estados son de gran importancia para el desarrollo socioeconómico: ellos pueden quebrar las resistencias al Mercado, imponiendo las innovaciones que tornan a una sociedad más productiva, pero también pueden moderar la resistencia al mercado, a través de regulaciones y políticas sociales, que tornen sustentable la economía de mercado.

Entonces, el capitalismo tiene un efecto destructor sobre las viejas comunidades. Pero también promueve el desarrollo económico, la industria, la modernidad. Este rol dual del Estado, en la promoción del avance del capitalismo y en la limitación de sus efectos más destructivos, es el tema central de Polanyi, K., (1989). La economía del Laissez Faire exigió de la acción deliberada de los estados, mediante una acción poderosa, continua y controlada de intervencionismo estatal. Pero, al mismo tiempo, resultaba claro que el mercado librado a sus propias fuerzas era una fuerza creativa y destructora, que en ese proceso podía poner en riesgo la propia supervivencia humana. La protección de la vida civilizada, del ambiente social, es una exigencia que deben cumplir todos los estados<sup>33</sup>.

Un tercer grupo de argumentos está referido a los diferentes papeles que el Estado puede asumir en el impulso a los procesos de desarrollo económico capitalistas. Es una literatura que tiene sus antecedentes en la preocupación por analizar y comprender el rol de los Estados a partir de la segunda posguerra. Para autores como Shonfield, A. (1968), no se puede comprender el éxito del desarrollo capitalista de la posguerra, sin considerar el papel que tienen las instituciones estatales en la promoción del crecimiento económico.

Las miradas más recientes sobre este enfoque lo han sistematizado bajo la etiqueta de Regímenes de Producción Nacional o Variedades de Capitalismo, que permite agrupar los regímenes productivos nacionales entre Economías Liberales de Mercado y Economías Coordinadas de Mercado. Estos dos formatos brindan estructuras y apoyos diferenciados, para estrategias de desarrollo productivo nacional variadas.

Como una variante dentro de este tercer enfoque, tenemos toda la producción reciente sobre el rol del Estado en Países de Industrialización Reciente (NIC). En particular, las instituciones diseñadas para sustentar procesos exitosos de crecimiento económico y diversificación productiva. Para estas visiones, el estudio de los países de desarrollo capitalista tardío demuestra como los Estados intervienen de una manera muy directa en la promoción del desarrollo económico. Por ejemplo, los casos de Alemania y Rusia, y luego los de Japón y Corea del Sur, muestran el rol del estado en la generación de condiciones para el desarrollo económico.

---

<sup>32</sup> En el proceso de industrialización, es el caso de los intereses nobiliarios y de grandes terratenientes, que pugnan por mantener su posición social y política de privilegio, en el marco de una economía estancada. También es importante notar los importantes intereses subalternos, siervos y campesino, que ven su suerte atada a la de estas jerarquías sociales.

<sup>33</sup> La literatura sobre regímenes de bienestar, que citamos anteriormente, se encuentra dentro de este segundo grupo de enfoques.

Bajo estas miradas, el Estado surge para resolver problemas de acción colectiva, para fomentar la cooperación entre las partes, que es necesaria para alcanzar objetivos colectivos, que benefician a todas las partes. Es la lógica de la acción colectiva en los términos descritos por Olson, M., (1971). Se trata de generar la acción colectiva a través de la administración de incentivos y sanciones selectivas, como formar de romper el dilema del Free-Rider. ¿Qué tipo de Estado es el que resuelve los problemas de Acción Colectiva? Depende de la calidad interna del Estado y del tipo de relaciones que éste establezca con la sociedad.

Antes que nada, el personal del estado debe funcionar como una corporación, coordinando permanentemente sus acciones, estableciendo una orientación única. La organización interna y las normas que regulan el accionar de los funcionarios, determinan la capacidad del Estado para ser un instrumento efectivo en la regulación y la administración. Para ser exitoso en la implementación de las orientaciones, el estado depende de su relación con múltiples redes de actores, que brindan los flujos de información y recursos imprescindibles. Entonces, el Estado debe ser capaz de guiar y comprometerse con los actores sociales, pero también de oponerse y negociar cuando sea necesario. Los Estados requieren de cierta autonomía, en particular respecto a actores cuyos intereses pueden ser contradictorios con la visión generalista del Estado. (Lange and Rueschemeyer, 2005)

Entonces, los estados pueden promover el desarrollo económico y social de sus comunidades. Eso es lo esperado, y para ellos desarrollan diferentes estrategias políticas de intervención. Pero el negocio específico de los estados sigue siendo el de brindar protección a través del proceso de monopolización de los medios para la violencia. El punto es que este monopolio de la violencia le ofrece también grandes oportunidades para “aprovecharse” de su población protegida. Y si esto último es así, ¿por qué habrían de embarcarse en la promoción del desarrollo?

Parte de la explicación de esta paradoja se encuentra en la propia definición de desarrollo, y su limitación al puro fenómeno económico. Las discusiones sobre el desarrollo encierran un profundo debate normativo respecto a la idea de cómo se estructura una “sociedad buena”. Tendemos a aceptar, como bien ha señalado Huntington, S. (1987), que una sociedad desarrollada es rica, justa, democrática, ordenada y con pleno control de sus asuntos domésticos. Estos son los valores que estructuran a las sociedades occidentales *desarrolladas*. Las sociedades que adolecen de estos rasgos son, precisamente, sociedades subdesarrolladas.

En sentido estricto, la promoción de estos objetivos de crecimiento, equidad, democracia, estabilidad y autonomía, forman parte de los proyectos políticos de construcción de los estados nacionales. El punto crítico de estos proyectos políticos radica en el grado de compatibilidad de estos objetivos, si el crecimiento económico y la equidad pueden ir de la mano, o si la expansión democrática es compatible con una sociedad ordenada, por ejemplo. Como hemos señalado anteriormente, los ejemplos históricos nos muestran diferentes secuencias históricas de construcción nacional y de articulación de estos objetivos, en donde las sociedades ordenan estas prioridades de

manera diferente<sup>34</sup>. Establecer instituciones políticas que permitan dar sustento a estrategias de promoción del desarrollo, en el sentido del logro de estos objetivos mencionados, es un imperativo para todos los estados. (Huntington, S. 1987: 475-77)

Buena parte de la explicación del desarrollo del proyecto político de construcción del estado nacional se encuentra en la propia constitución sociopolítica originaria del Estado, el tipo de coaliciones sociopolíticas que sustentan el pacto de dominación política<sup>35</sup>. De esta forma es que podemos comprender la evolución histórica del aparato estatal, por ejemplo en la transición estatal desde el Absolutismo hacia el Liberalismo. Los equilibrios de fuerzas internos, entre diversos actores, son relevantes. En ese juego, el Estado es el actor desde cuya centralidad se puede construir el equilibrio necesario para la convivencia política.

Además, si aplicáramos el esquema de Hirschmann, A. (1971), podemos ver que las probabilidades de Salida, de emigración de la población son mayores, cuando los soberanos abusan de su poder de manera sistemática. Esto es particularmente crítico en las zonas de frontera, de límite con otras potencias, en donde las posibilidades de Salida son mayores. Este puede generar un proceso, que a mediano plazo comprometa la integridad territorial y la autonomía estatal. De allí que estos fenómenos refuerzan la necesidad de contar con mecanismos que faciliten la Voz y dispositivos que contribuyan al desarrollo de la Lealtad. De esta forma, queremos resaltar la idea de que el desarrollo es un proyecto político de mucha mayor amplitud y complejidad que la simple promoción del crecimiento económico, que hace al proceso de construcción y conservación de una comunidad política<sup>36</sup>.

### **3.3. El Estado como actor en el proceso de Desarrollo**

La literatura más reciente sobre el papel de los estados en la promoción del desarrollo económico y social se ha focalizado en la experiencia de países recientemente industrializados (Newly Industrializados Countries, NIC). La experiencia histórica indica que el Estado, en sociedades atrasadas, puede jugar un papel fundamental en la promoción del desarrollo industrial, la diversificación productiva, la competitividad y el crecimiento económico. Estas estrategias de desarrollo productivo son acompañadas, según el modelo de desarrollo seleccionado, por formas concretas de desarrollo social.

---

<sup>34</sup> Según Huntington, S (1987: 477) sociedades como Korea y Taiwán lograron progresar de manera simultánea hacia el crecimiento, la equidad y la estabilidad. En el caso de Japón, además de esos tres objetivos, también logró progresar de manera simultánea en cuanto a democracia y autonomía.

<sup>35</sup> Es uno de los ejes analíticos de Tilly, Ch (1990), en el cual marca diferentes procesos de construcción estatal, partir de la relación del Estado con los grandes terratenientes y con quienes controlan el capital y el crédito. Antes que Tilly, por supuesto, el enfoque de Barrington Moore (1973), sobre las coaliciones socio-políticas que dan lugar a diferentes rutas de transición a la sociedad moderna. También Esping-Andersen, G. (1993 y 2000), que explica el rol de las coaliciones políticas en la construcción de diferentes esquemas de bienestar.

<sup>36</sup> Aplicando el esquema de Marshall, T.H. (1991), el establecimiento de los Derechos Políticos y Sociales son claves en el proceso de construcción de una comunidad nacional. Institutos como el voto universal, los servicios sociales y la escuela pública, son dispositivos claves en la construcción de la comunidad política y del sentimiento de comunidad cívica, de pertenencia a una Nación.

Uno de los primeros autores en llamar la atención sobre la experiencia de los NICs fue Chalmers Johnson, en su análisis sobre la experiencia de Japón<sup>37</sup>. Según Johnson, C. (1983), el Japón muestra una configuración de instituciones políticas sobre la cual edificó su proceso de desarrollo económico posterior a la segunda guerra. Esta forma institucional puede observarse, con diferentes variantes, en los NIC del sudeste asiático. De acuerdo con Wade, R. (1990: 25-26), el enfoque de Chalmers Johnson nos permite reconocer algunas rasgos político instituciones bastante precisos de estos modelos de desarrollo.

En primer lugar, el objetivo prioritario de la acción estatal, mantenido de forma sostenida y consistente, es el desarrollo económico, lo cual se define en términos de objetivos de crecimiento, productividad y competitividad, antes que en términos de bienestar. Los objetivos de crecimiento y competitividad se establecen mediante comparaciones con otras economías, que proveen a los gerentes estatales de modelos para su emulación. En segundo término, el Estado está comprometido de forma explícita con la propiedad privada y el mercado, y limita sus intervenciones de forma de respetar este compromiso. El Estado guía al Mercado con instrumentos formulados por una elite burocrática económica, en la cual se reconocen espacios que ejercen el liderazgo y la responsabilización.

Por último, destaca que el estado participa de numerosas instituciones de consulta y coordinación con el sector privado. Esas consultas con parte esencial del proceso de formulación e implementación de políticas. Los Políticos son responsables de crear un espacio amplio para el accionar técnico de la Burocracia, son los garantes de su insularidad, pero también son la válvula de control de la presión política. Los Políticos no son responsables de diseñar las políticas, sino de construir la estabilidad política necesaria para implementar las políticas de desarrollo<sup>38</sup>.

Según Wade, R. (1990), en términos generales, los NICs resuelven la asignación de recursos a través de mercados competitivos. Son economías capitalistas, pero con rasgos de funcionamiento diferentes a los mercados puramente competitivos. Estos países “...have in common an intense and almost unequivocal commitment on the part of government to build up the international competitiveness of domestic industry- and thereby eventually to raise living standards”. Para lograr estos objetivos, estos países han generado “...similar policies and organizations for governing the market. Their outstanding economic success makes it plausible to suggest that they have created a more competitive form of capitalism, from which other countries would be wise to learn”. Wade, R. (1990: 7)

Este autor nos propone una etiqueta para describir el funcionamiento de estas sociedades: **Mercado Gobernado**. Lo contrapone a las características esperadas de funcionamiento de mercados puros o privados y los mercados simulados. En estos funcionamientos de Mercado Gobernado, el Estado cuenta con diversos instrumentos

---

<sup>37</sup> El estudio de Chalmers Johnson se basó en el análisis de la experiencia del Ministerio de Industria y Comercio Internacional de Japón (MITI), el sistema de Ahorro Postal y la Banca de Desarrollo nacional. El MITI es el cerebro desarrollista de este sistema, mientras que el sistema de ahorro y crédito son las eficaces palancas.

<sup>38</sup> Esto es compatible con un régimen de “autoritarismo suave”, que es capaz de imponer el objetivo del desarrollo económico por encima de cualquier otra demanda, por períodos de tiempo relativamente largos.

para incidir en las decisiones de inversión productiva. *“The instruments might include trade controls, foreign exchange controls, export incentives, selective credit allocation, tax incentives, public enterprises, as well as other means of punishing firms that do not comply. Such instruments are needed for getting prices “wrong” and in other ways altering market behavior. Of course it is not enough to establish that the instruments exist; they may exist on paper only, or they may dedicate only a trivial amount of resources, or they may entail too little change in costs and prices to have a resource-pulling effect”*. (Wade, 1992: 32).

Para Wade, resulta clave identificar los ámbitos desde los cuales se promueve la acción de gobernar el mercado. Si observamos con atención, podremos reconocer que *“...the institutional locus of the instruments, one or more central agencies vested with the powers to plan and coordinate within parts of the economy and with some responsibility for industrial success. Likewise we should find evidence of national goal-setting (...) with goals relating substantively to industrial structure and international competitiveness as well as to macroeconomic balance, adequate market infrastructure, and “fair” competition”*. El funcionamiento de estas agencias debe estar respaldado por un marco político adecuado, por que *“...the configuration of agencies, national goals, and industrial policy instruments is likely to be more effective where political power is relatively unified, and unified around groups of people who are committed to industrialization”*. (Wade, R. 1992: 33)

Desde la perspectiva de esta teoría, el estado desarrollista no es compatible con una situación en que el poder político está distribuido de una forma excesivamente fragmentada, con diferentes constelaciones de intereses locales o extranjeros ejerciendo presión sobre diversos puntos del proceso de elaboración de políticas. Tampoco es compatible con una situación en la cual el poder político se sustenta en una coalición de intereses hostiles a los procesos de industrialización, con prácticas rentistas y/o predatorias del estado. Como podemos ver, las condiciones para la emergencia de este formato son bastante específicas.

En síntesis, según esta perspectiva, una teoría coherente del estado desarrollista debe encontrar un alineamiento consistente entre las necesidades de supervivencia de las elites políticas, con las necesidades de la inversión productiva. En algunos casos el estado puede iniciar y liderar el proceso de desarrollo sectorial, en otros casos puede tener un rol de seguimiento y de apoyo, y en otras situaciones puede promover francamente el *laissez-faire*. En todos los casos, el hilo conductor es una ideología que convierte en sinónimos al desarrollo productivo con el interés nacional.

En la misma dirección apunta Amsden, A., (2001), quien indica que uno de los rasgos fundamentales de la política de promoción del desarrollo productivo acelerado de los NICs, consiste en instituciones que establecen **Mecanismos de Control Recíproco** sobre la inversión productiva. El mecanismo es recíproco, porque además de promover la eficiencia en el sector productivo, estas instituciones protegen el accionar estatal. Estos mecanismos previenen que la intervención estatal degenera en un sistema de corruptelas, merced a su transparencia y a la existencia de sistemas de controles cruzados internos<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> En su trabajo, Amsden (2001-19-20) identifica una serie de países que comenzaron a construir instituciones de promoción de desarrollo durante el período 1950-60: Tailandia, Malasia, Indonesia, Corea, Taiwán, India, Turquía, Brasil, México, Chile. La proximidad temporal y geográfica de estos



La forma de operar de los mecanismos de control recíproco, puede verse en el funcionamiento de una institución clave, como son los bancos nacionales de crédito para el desarrollo. Estas instituciones establecen contratos, con metas de producción y estándares técnicos de funcionamiento. Establecen también un mecanismo de monitoreo, a través del cual promueven una cultura gerencial en las empresas que contratan con el banco de desarrollo. Estas agencias cuentan con equipos técnicos muy calificados, una burocracia con inspiración empresaria<sup>40</sup>. Los estándares de política son fijados por el nivel político nacional, y los Bancos se limitan al acompañamiento y seguimiento del cumplimiento. Los objetivos se refieren generalmente a: Exportaciones, Contenidos de partes locales, control-estabilidad de Precios.

Establecer un sistema de control recíproco eficiente para la asignación de incentivos es clave, para poder pasar luego a una estrategia de selectividad, seleccionando sectores ganadores. El paso posterior consiste en promover en los actores económicos el desarrollo de habilidades gerenciales, con profesionalización de la gestión, definición de estructuras organizativas con claros canales de mando y responsabilización, establecimiento de escalas productivas básicas, inversión en investigación y desarrollo. Este proceso genera entonces capacidades institucionales, en el Estado y en el sector productivo, que permite sustentar los procesos de industrialización de los NICs, y que los posiciona ventajosamente para las siguientes fases de desarrollo productivo<sup>41</sup>.

El problema de la aparición de conductas de “búsqueda de rentas” (Reent-Seeking), tal cual son indicados en la literatura especializada, es un riesgo importante. El desarrollo de precios administrados políticamente puede distraer a los actores económicos de las actividades propiamente productivas (Mazucca, S. 2007: 822-23). Pero los mecanismos de control recíproco permiten mantener este problema dentro de márgenes razonables. En este punto, la existencia de instituciones fuertes, con procedimientos claros y confiables, es lo que marca la diferencia entre países<sup>42</sup>.

Dentro de esta línea de análisis referida al rol de los estados en los NICs, Peter Evans ha sido uno de los autores más interesantes y más citados dentro del área latinoamericana de estudios desarrollistas. Este autor marca una cuestión muy importante en el análisis de estos casos: no solo hay que tener organizaciones y procedimientos correctos, sino que estos deben ser instituciones fuertes. La fortaleza viene dada por la institucionalización de estas organizaciones y arreglos, por el grado en que dicho

---

países estaría indicando la presencia de un fuerte proceso de policy-difussion, a partir de algunos centros pioneros en la promoción industrial.

<sup>40</sup> Amsden observa la emergencia de un tipo de Burócrata con orientación empresarial, con visión de futuro y capacidad para tomar ciertos riesgos en el proceso de conducir el desarrollo. La autora se apoya aquí en la descripción de la interesante experiencia del BOI de Tailandia.

<sup>41</sup> Para Alice Amsden, se trata de preparar a los países para su inmersión en una economía basada en el conocimiento, en el que la investigación y el desarrollo tienen un papel fundamental para la diversificación productiva y para la capacidad de respuesta en un mundo cada vez más competitivo.

<sup>42</sup> Para Amsden, la crisis que viven los NICs del sudeste asiático sobre fines de los 90s, no se debe a la imposición de un capitalismo de amigos, sino a la inserción de sus industrias en la economía global y su alta exposición a fuentes de crédito externo, que condujeron al sobredimensionamiento de sus industrias. Según esta visión, los países del sudeste asiático logran superar la crisis de una manera creativa, con sectores industriales robustecidos, con mayores capacidades para la respuesta diversificada y flexible frente a las demandas de la economía global.

esquema se convierte en un ambiente de funcionamiento naturalizado, en el que los actores saben cuáles son las conductas toleradas.

Para Evans, P. (1995), la supervivencia política y la seguridad interna de los Estados está cada vez más relacionada con los desempeños económicos. Por esta razón, los estados deben tener un rol activo en las actividades de transformación económica. En verdad, siempre ha existido una conexión “...*between economic success and the ability to make war; economic failure meant eventual geopolitical decline. Now the state's economic role goes beyond being a means to military ends. It is a source of legitimacy in itself as well as a means to accomplishing the classic goals of military survival and internal order*”. (Evans, P. 1995: 5)

Entonces, para Peter Evans, la discusión respecto a si los estados deben o no participar en los procesos productivos resulta totalmente vacua. En realidad, todos los países participan, de maneras diversas, en la orientación de los procesos productivos nacionales<sup>43</sup>. Esto depende del contexto de la economía global, de las características sectoriales, y de las capacidades estatales disponibles. Los Estados no son actores genéricos, homogéneos internamente. Todos los estados muestran diversas formas de estructuración, diversas maneras de relacionarse con la sociedad y el mercado, que a su turno determinan las capacidades estatales para conducir procesos de desarrollo sectorial.

### **3.3.1. El Estado como relación política**

En su esfuerzo por tratar de demostrar como el Estado interviene tratando de estructurar y promover procesos de desarrollo, Peter Evans contrasta dos modelos fuertes de intervención estatal, el Estado Predatorio con el Estado Desarrollista. Los dos son modelos estatales fuertes, en los que el Estado goza de la capacidad suficiente para imponerse sobre la sociedad. La diferencia entre uno y otro modelo son los fines, los mecanismos y los resultados que logran de esa relación. En un caso, el estado desarrolla una relación parasitaria y opresiva de la sociedad, minando toda posibilidad de desarrollo. En el otro caso, el estado promueve el crecimiento mutuo, el desarrollo de la sociedad.

Las instituciones del Estado Predatorio carecen de las rutinas y procedimientos establecidos, propios de las burocracias modernas. Están ausentes las capacidades necesarias para prevenir la posibilidad de que ocurran conductas oportunistas o rapaces por parte de quienes ocupan posiciones de poder dentro del estado. En ese esquema de debilidad institucional, los lazos personales son la principal fuente de cohesión y lealtad, la conducta maximizadora individualista se impone, por encima de las conductas que buscan promover fines colectivos. No existen los rasgos básicos, esenciales, para el funcionamiento de una burocracia racional, en el sentido weberiano, y por tanto no existen las condiciones mínimas de calculabilidad, de previsión racional, necesarios para el funcionamiento capitalista.

---

<sup>43</sup> El papel de la coacción bélica, a la hora de procesar la apertura de mercados por parte de las potencias liberales del siglo XIX, es muy claro. Por ejemplo, en el Río de la Plata podríamos enumerar las numerosas ocasiones en que las armadas inglesas y francesas buscan imponer el libre comercio a cañonazos, literalmente dicho.

El caso histórico de Zaire, bajo el gobierno de Mobutu, es el ejemplo que aplica Evans, P. (1995: 45-48) para explicar su argumento. En ese régimen el estado asume una conducta rapaz, en la que los funcionarios utilizan los recursos del estado para aprovecharse de la sociedad. El estado predador de Mobutu carece de una burocracia, sus funcionarios tienen una actitud destructiva contra cualquier grupo portador de un proyecto de cambio, de transformación, que puede hacerles alguna sombra. Este caso “...confirms our initial suspicion that it is not bureaucracy but its absence that makes the state rapacious. At the same time, Zaire suggests that it is not so much “weakness” in relation to civil society that prevents the state from fostering transformation. Instead the state’s energies are directed toward preventing the emergence of social groups that might have an interest in transformation”. (Evans, 1995: 47).

Por otra parte, el Estado Desarrollista cuenta con funcionamientos más próximos al modelo ideal de Burocracia weberiana. Existen mecanismos de reclutamiento basados en el mérito, y un sistema de recompensas basado en la carrera funcional, que fortalecen el accionar comprometido y coherente con los objetivos colectivos, con un fuerte sentido de cuerpo. El sentido de cuerpo le da a este aparato cierto grado de autonomía. Pero no es un cuerpo autónomo, insularizado, en el sentido del deber ser Weberiano. La autonomía de este cuerpo está imbricada en una red de lazos con la sociedad, que articulan una y otra por medio de canales permanentes, institucionalizados, a través de los cuales existe una negociación de objetivos y políticas.

Este matiz que marca Evans es muy importante. Un Estado que fuera solamente autónomo “...would lack both sources of intelligence and the ability to rely on decentralized private implementation. Dense connecting networks without a robust internal structure would leave the state incapable of resolving collective action problems, of transcending the individual interests of its private counterparts”. (Evans, 1995: 17) Solo cuando la autonomía viene de la mano de articulación (embeddedness), podemos hablar de que estamos en la presencia de un Estado Desarrollista. Esta combinación entre coherencia de cuerpo y conexión social, es lo que Evans denomina “autonomía articulada” (Embedded Autonomy). El concepto de autonomía articulada es clave para comprender las bases estructurales de los Estados de los NIC y sus capacidades para la promoción de la transformación industrial.

La autonomía articulada se puede lograr por la combinación de dos mecanismos, que le dan la coherencia interna y externa a este tipo de burocracias. En primer lugar, los canales de reclutamiento y selección de altos funcionarios, que aseguran un nivel de competencia técnica muy alto, pero también una cierta comunidad de ideas y camaradería intelectual, dado por la captación en los mismos institutos de formación superior. Esto refuerza el sentido de cuerpo y coherencia de accionar de la burocracia, reforzando el efecto del ingreso meritocrático. En segundo término, las redes que conectan al Estado y la Sociedad, mediante la existencia de múltiples ámbitos de consulta e intercambio de información. Buena parte de la jornada laboral de los gerentes estatales está referida a la gestión de estos ámbitos, mediante consulta e intercambio con los niveles directivos de las empresas.

La autonomía articulada se materializa de diferentes formas en los Estados Desarrollistas (Japón, Corea, Taiwán). La clave de este tipo de embeddedness está en los supuestos no burocráticos para un accionar insularizado. Su espíritu de cuerpo, la

cohesión en el accionar, la alta competencia técnica, la extracción común de los cuadros, la selectividad en el ingreso, las redes sociales de cooperación informal y de lealtad interpersonal (vinculación de cuadros en asociaciones profesionales universitarias), una cierta ideología desarrollista-nacionalista.

Se verifica la presencia de agencias centralizadas, que “concentran” la experticia, y que se manifiestan como el centro del poder técnico, que se irradia hacia fuera. Por el lado de la sociedad civil, hay actores colectivos con capacidad de establecer el diálogo y sostener el compromiso. El contacto con la sociedad garantiza el acceso a información valiosa, y también el proceso de modelar los problemas y de consensuar la información. Un punto interesante de la literatura es la constatación empírica de que las capacidades estatales, la autonomía articulada, no se distribuyen de manera homogénea en todo el Estado. Dentro de un mismo estado, pueden identificarse sectores de altísima competencia, que conviven con otras zonas de ineficiencia. Esto, obviamente, depende de la prioridad política asignada a las áreas mencionadas<sup>44</sup>.

Son regímenes autoritarios, con estructuras partidarias muy fuertes, que dan gran cobertura política al funcionamiento de los cuadros técnicos. Las retribuciones en el aparato estatal son muy competitivas, cuando no superiores respecto al sector privado. El espíritu de cuerpo de la burocracia es lo que evita que esta termine por mercantilizarse, por corromperse absolutamente. También marca su grado de Cohesión, Consistencia y capacidad de Coordinación.

El Estado puede asumir diversos roles en la promoción del desarrollo productivo sectorial. Estas formas de intervención dependen de las características específicas del sector productivo, pero también varían históricamente, de acuerdo al grado de desarrollo y competitividad del sector en cuestión. Evans (1995: 77-81) nos propone una serie de etiquetas, que resumen la inspiración y modalidad que puede adoptar la intervención estatal. Las primeras dos caras del Estado resumen funciones del Estado como actor autónomo: Custodio y Demiurgo. Las siguientes dos caras, definen el rol del Estado en la construcción de alianzas público-privadas, de cooperación entre el estado y el capital privado: Partero y Pastor (*Midwifery and Husbandry*)

La imagen del estado como Custodio o Guardián, resume su función más básica y general, relativa a establecer regulaciones y ejercer el control estricto de su cumplimiento. Esta faceta de custodio se refiere fundamentalmente al rol del estado en el establecimiento de límites y restricciones al accionar empresarial<sup>45</sup>. Por otra parte, el estado como Demiurgo se relaciona más fuertemente con el rol creador, de inicio de nuevas actividades que no son emprendidas por el sector privado. No se limita a

---

<sup>44</sup> Evans constata esta realidad tanto en Japón como en Brasil. En el primero, muestra que en un contexto general de gran competencia estatal, el área de la política agrícola está definido como un bolsón de ineficiencia y clientelismo. Por el contrario, en el caso brasileño, en el marco general de una burocracia débil, Evans identifica bolsones de eficiencia, concentrada en áreas de promoción al desarrollo industrial, como es el caso del Banco de Desarrollo Económico brasileño.

<sup>45</sup> Evans se detiene en este punto, marcando el hecho de que las regulaciones pueden tener un rol de promotoras de determinadas conductas, de incentivo ciertos comportamientos. Desde su perspectiva, el rol de Custodio hace énfasis en las limitaciones, los constreñimientos, antes que el rol promotor que puede llegar a tener alguna regulación.

producir bienes y servicios que complementen al capital privado, sino que muchas veces compite productivamente con ellos<sup>46</sup>.

Por otra parte, el estado como Partero (Midwifery) refiere al ejercicio de atracción de actores empresariales dentro de un sector productivo nuevo, que resulta de interés para el desarrollo de la estrategia productiva nacional. El estado atrae a nuevos actores privados, les reduce las barreras de entrada y los riesgos económicos, asegurando ciertos márgenes iniciales de retorno económico. El objetivo es crear un sector empresarial productivo, en un área en donde antes no existía capacidad local instalada. El estado promueve la creación de un sector productivo con el concurso de actores privados, generando un ambiente inicial similar al que podría brindar un “invernadero”.

Superada la fase de establecimiento y desarrollo inicial de la nueva industria, deben demostrar sus capacidades empresariales para un funcionamiento autónomo, competitivo. Esta última función es clave, y el Estado opera como un Pastor (Husbandry), propendiendo al establecimiento de un marco adecuado para el desarrollo de los actores existentes en un sector productivo. El Estado puede marcar las áreas que serán priorizados para el desarrollo productivo, estableciendo políticas de crédito, de asesoramiento o de investigación y desarrollo. El estado como productor (Demiurgo) también puede tener un papel clave, complementando las actividades que desarrolla el sector privado.

Para Evans, son los dos últimos roles son los que definen con más claridad al Estado Desarrollista, por que marcan su presencia activa. Pero en verdad, las primeras dos versiones también pueden tener una fuerte orientación, un componente de promoción del desarrollo. La regulación no se agota en la faceta de restricción o control, ya que también puede estar enfocada en la promoción de determinadas conductas<sup>47</sup>. Aquí lo que interesa observar es la orientación de la intervención, además del mix que puede establecer el estado en un sector productivo específico, en un período histórico determinado. Las características sectoriales son clave, a la hora de analizar la estrategia concreta de intervención estatal.

En este punto es importante recordar que el concepto de autonomía articulada fue planteado originalmente por Evans para describir las relaciones del Estado con el capital industrial. Sin embargo, el mismo Evans suma a su estudio dos casos de países en los que el desarrollo productivo y social puede ser explicado por la perspectiva de la autonomía articulada. Son los casos del estado indio de Kerala, con altos indicadores de desarrollo social en relación a su desarrollo económico, o el de Austria y su estrategia de desarrollo industrial basado en la alta calificación de su mano de obra<sup>48</sup>. Son dos versiones diferentes de Estado Desarrollista, a los cuales habitualmente no se les ha prestado demasiada atención.

---

<sup>46</sup> El Estado asume que la burguesía carece de la iniciativa suficiente como para tener un rol empresarial transformador, promotor de nuevas actividades productivas. Tanto el rol de Custodio como el de Demiurgo asume una mirada negativa respecto al potencial transformador del capital privado.

<sup>47</sup> Aquí vale recordar el análisis clásico de Theodore Lowi, quien indica como todas las políticas tienen, finalmente, un rol regulador, en el sentido de establecer derechos y obligaciones, de orientar y establecer los caminos adecuados para lograr determinados fines.

<sup>48</sup> El caso de Austria, una sociedad desarrollada y poliárquica, resulta de gran interés. En esencia, sus arreglos Corporativos están en la explicación del modelo de promoción industrial austríaco.

En su descripción del caso austríaco encontramos elementos articulación más amplias que en el Estado Desarrollista del sudeste asiático. Parece bastante claro que el modelo Neocorporativo austríaco ofrece pistas interesantes sobre como puede generarse marcos de autonomía articulada en sociedades poliárquicas. De acuerdo a la descripción que brinda Katsztein, P. (1985), el modelo austríaco se caracteriza por la presencia de una fuerte tradición burocrática, con visos tecnocráticos, con eficaces canales de comunicación con el sector industrial, en el que participan empresarios y trabajadores organizados<sup>49</sup>.

En Leftwich, A. (2008) encontramos un interesante enfoque complementario. Este autor nos recuerda la importancia de posicionar el problema más básico de la política: establecer objetivos colectivos, en el marco de una red de intereses diversos y contrapuestos, con diversas visiones legítimas sobre el bien colectivo. La construcción del Estado desarrollista no se agota solamente en la cuestión de la construcción estatal, en la generación capacidades técnicas y de enraizamiento. Estos son aspectos necesarios, aunque no suficientes. El punto crucial es “...*how to identify, support and encourage the political forces and coalitions which alone will create and sustain the institutional arrangements of effective states (at least, and preferably developmental states) dedicated to both growth and poverty reduction, whether democratic or not*”. (Leftwich, 2008: 3)

En sus escritos más recientes sobre el tema, Peter Evans indica que para construir capacidad estatal de manera sustentable, evitando el riesgo de caer en conductas predatorias por parte del Estado, es necesario recurrir a estrategias de hibridación institucional. La estrategia de hibridación institucional consiste en establecer un adecuado equilibrio entre la neutralidad técnica del aparato burocrático, los incentivos del mercado y la responsabilización democrática. Sólo de esta forma pueda establecerse un marco institucional adecuado para la promoción de un desarrollo inclusivo y sustentable. (Evans, 2005)

Entonces, en los procesos de desarrollo, resulta fundamental el papel de las burocracias técnicas del aparato estatal. Pero no podemos quedarnos solamente en el análisis de su rol de expertos, de generadores de soluciones técnicas para problemas colectivos. El desarrollo es un problema político, que requiere de soluciones técnicas y políticas. Antes que eso, resulta fundamental comprender cómo funciona la política, esto es, como se generan las coaliciones políticas sobre las cuales se impulsa el accionar del actor más poderoso en una sociedad: el Estado.

La autonomía política no surge de la capacidad e insularidad técnicas, sino del equilibrio de fuerzas de una sociedad compleja, en la que el Estado se posiciona como fiel de balanza. Esto es el “mecanismo real”, señalado por Elías, N. (1993) en su descripción de la emergencia del primer estado moderno (el Absolutista)<sup>50</sup>. Leftwich, A.

---

<sup>49</sup> En el estudio de Katsztein, la lógica puede ser generalizada a esquemas productivos nacionales, en el marco de pequeños países insertos en la dinámica del comercio global. La especialización productiva es la estrategia nacional de desarrollo, mediante la cual las pequeñas economías se insertan exitosamente en el comercio industrial mundial.

<sup>50</sup> La hermosa obra de Norbert Elías describe la emergencia del primer Estado moderno, el Estado Absolutista y la construcción del “mecanismo real”, en el marco de su teoría del proceso civilizatorio (Elías, N. 1993). Este mecanismo real consiste en la centralidad del Estado en un marco de intereses diversos y entrecruzados, que le permite a la vez ser el fiel de la balanza, elemento de cohesión y de respuesta unificada frente a los problemas colectivos.

(2008) diría que es la capacidad de lograr las coaliciones políticas adecuadas, sobre las cuales se sustenten luego los dispositivos desarrollistas. La forma de lograr estos equilibrios, la del mecanismo real, es variable en regímenes Autoritarios o Poliárquicos. Sin dudas que en esto pesan aspectos estructurales, pero también estratégicos, contingentes, definidos por la capacidad de las elites políticas para construir la acción colectiva.

### **3.4. Síntesis de la argumentación teórica**

Los Estados tienen un rol fundamental en la promoción del desarrollo capitalista de un país. Sus funciones no se limitan a “establecer y hacer cumplir las reglas de juego”, hay mucho más que eso en la actividad estatal. Esto lo podemos apreciar con mayor claridad en los países de industrialización acelerada (NICs), en los cuales los estados asumen un rol activo en la estructuración de los sectores productivos de sus economías nacionales. En estos países, el desarrollo es una causa nacional, y los Estados asumen el reto, impulsando asociaciones con los actores productivos.

Este rol se sustenta en una visión compartida de que el desarrollo es una causa nacional, sobre el cual se juega la autonomía y futuro de la comunidad nacional. La interpretación que hacen las elites locales sobre la situación nacional y las amenazas regionales o globales, impulsan esta vocación desarrollista. Para jugar el rol de la promoción del desarrollo industrial, deben darse una serie de condiciones estructurales, tales como un comando político unificado, y la capacidad para “armar el consenso” social. En segundo término, la existencia de una burocracia de rasgos Weberianos, en cuanto a los criterios de selección y carrera meritocráticos. Cuando a estos criterios Weberianos se agregan elementos de homogeneidad y conectividad interna de la elite burocrática, con un sentido de cuerpo diferenciado, hablamos de un “weberianismo reforzado”<sup>51</sup>.

El grado de insularidad de la elite estatal es condición necesaria para el desarrollo de un punto de vista autónomo, compatible con una visión política del desarrollo colectivo. Pero la insularidad desconectada de los intereses de los actores sociales y económicos que deben ser promovidos, se convierte en una autonomía estéril, inoperante. La “autonomía enraizada” es el concepto clave, sobre el cual se han apoyado los proyectos exitosos de los NIC. La autonomía enraizada puede generarse de formas diversas, dependiendo de la historia nacional, de las instituciones estatales, las características del sector productivo en cuestión y de los actores que movilice los objetivos de política. La condición sine qua non es la existencia de un cuerpo burocrático, con alta capacidad técnica, con una mentalidad orientada al desarrollo. La literatura sobre Regímenes Políticos y Neocorporativismo ofrecen un abanico más amplio de opciones posibles, respecto a cómo puede ser procesada la interfase productiva entre el Estado, el Mercado y la Sociedad.

El desarrollo es un proceso mucho más amplio y complejo que la mera promoción del crecimiento económico a través de políticas industriales sectoriales. Pero estas políticas

---

<sup>51</sup> Este rasgo de las burocracias es fundamental, y puede apreciarse en los diversos análisis sobre el estado desarrollista. La identidad compartida de la burocracia, el sentido de “cuerpos del estado”, es lo que permite la coordinación interna y el accionar externo unificado del complejo y sofisticado aparato estatal desarrollista.

de los Estados Desarrollistas se sustentan y tienen por objetivo la promoción del proyecto político de construcción del estado nacional. En todos los casos, estos estados promueven y persiguen su visión particular de la “sociedad buena”, con políticas concretas respecto al crecimiento, equidad, democracia, estabilidad y autonomía nacionales. Esta sección muestra que el desarrollo es un proceso político, en el que las instituciones estatales desempeñan un rol fundamental, en cuanto Estados Desarrollistas o Estados de Bienestar. En la sección siguiente profundizamos en la interfase entre la sociedad y el Estado, y como incide ésta en el armado de los proyectos de desarrollo.



## **Capítulo 4. Acción colectiva e interfase sociopolítica en sociedades plurales**

Este capítulo trata sobre los modelos de producción de las decisiones colectivas obligatorias en las sociedades democráticas. La primera sección caracteriza a los modelos de Democracia Mayoritarios y de Consenso. Luego, profundiza en dos dimensiones centrales de estos modelos, que hacen a como se procesa la interfase entre estado y sociedad. En tal sentido, analiza rol de los sistemas de partidos y los sistemas de representación de intereses, como los mecanismos principales de articulación entre Estado y Sociedad, sobre los cuales se construyen las coaliciones sociopolíticas que sustentan a los procesos de desarrollo.

En la sección final, profundizamos en la descripción y el análisis de los regímenes de producción propios del capitalismo, en cuanto esquemas institucionales que estructuran diferentes modelos de relación entre capital y trabajo. Sobre estos regímenes institucionales de producción se estructuran diferentes intereses económicos y sociales, y son determinantes en la estructuración de los sistemas de representación de intereses. La sección final aplica de manera sintética el esquema de régimen productivo a las características del sector de servicios de salud.

### **4.1. Modelos de producción de políticas**

Como pudimos ver en la sección anterior, los Estados Desarrollistas cuentan con regímenes políticos que estructuran fuertemente los canales de comunicación entre el estado, el mercado y la sociedad. Para autores como Evans, Shonfield y Schmitter, nos muestran que estas formas de articulación público-privado están presentes, de diferentes formas, en todos los regímenes políticos. Claramente, los sistemas plurales son los que ofrecen mayor grado de complejidad para estructurar esta relación.

Las sociedades plurales muestran diversas formas de estructurar la relación entre grupos e individuos, con los procesos de adopción de decisiones políticas. En el caso de regímenes de tipo Poliárquico<sup>52</sup>, podemos reconocer diferentes modelos de estructuración político institucional de esta relación entre intereses particulares y decisiones políticas. Según Lijphart, A. (2000) podemos diferenciar entre Democracias Consensuales y Democracias Mayoritarias. La tabla 4.1 siguiente resume los principales rasgos de cada uno de estos dos modelos típico ideales.

Para la moderna democracia representativa, la Poliarquía, la cuestión crucial radica en que quienes gobiernan respondan a las directivas y expectativas del Demos. Según Lijphart, A. (2000), hay diferentes maneras de responder a este problema y los regímenes democráticos pueden ser diferenciados entre aquellos que se rigen por instituciones mayoritarias y aquellos otros que se rigen por instituciones que promueven el consenso. La tabla 4.1 siguiente muestra diez dimensiones institucionales, que caracterizan a los dos diferentes modelos de régimen político.

---

<sup>52</sup> Utilizaremos las palabras Poliarquía y Democracia como sinónimos, aunque debemos recordar que el primer concepto está basada en la visión procedimental de democracia, elaborada por Dahl, R. (1971) a los efectos de la medición empírica del concepto más amplio de Democracia.

**Tabla 4.1.**  
**El modelo de Poliarquía de Arend Lijphart**

<b>Dimensiones</b>	<b>Democracia Mayoritaria</b>	<b>Democracia Consenso</b>
1. Composición del Poder Ejecutivo	Concentración del poder en el Gabinete, gobierno mayoritario de partido	División del PE en amplias coaliciones multipartidarias
2. Relaciones entre el PE y el Poder Legislativo	El Ejecutivo domina, se impone al Poder Legislativo	Equilibrio entre PE y PL
3. Sistema de Partidos	Bipartidismo	Sistemas Multipartidistas
4. Sistemas Electorales	Sistemas mayoritarios, gran desproporcionalidad	Sistemas proporcionales
5. Sistema de Grupos de Interés	Sistema de grupos de interés pluralista, competitivo y no coordinado, con grupos autónomos	Coordinados y “corporatistas” orientados al compromiso y a la concertación
6. Estructura territorial del Gobierno	Gobierno unitario y centralizado	Gobierno federal y descentralizado
7. Cámaras Representativas	Unicameral	División en cámaras fuertes, con principios de selección diferente
8. Reglas Constitucionales	Flexibles, que aceptan enmiendas mediante mayorías simples	Rígidas, pueden cambiarse por mayorías especiales
9. Interpretación Constitucional	Revisión sujeta a la legislatura	Revisión sujeta a Tribunales supremos o constitucionales
10. Bancos Centrales	Dependen del Ejecutivo	Independientes

Fuente: elaboración propia en base a Lijphart, A. (2000)

Estos dos modelos de régimen democrático de gobierno resumen en buena medida el dilema de Madison, que está presente a la hora de crear un gobierno popular: la necesidad de crear capacidades para un gobierno fuerte, y al mismo tiempo los controles adecuados para que el mismo no se convierta en despótico. La cuestión radica en crear un Gobierno fuerte, pero que este sujeto a la voluntad popular. Mientras que el primer modelo está más preocupado por la cuestión de crear un gobierno, el segundo tiene una preocupación mayor por el control del gobierno. Esto se asocia a las trayectorias específicas de construcción de los estados nacionales, y al grado de conflicto subyacente en las sociedades en cuestión. Por ejemplo, la existencia de enclaves sociales, geográficos, económicos, son fuentes potenciales de conflicto político, determinan diferentes opciones en materia de diseño de instituciones políticas.

En ese contexto, de conflicto subyacente, el modelo de democracia de consenso se asocia a la idea de compartir el poder, de establecer mecanismos de controles mutuos en la gestión de gobierno. Esto se refleja en procesos de toma de decisión complejos, más trabajados, con mayor número de actores participantes. Estos esquemas ofrecen mayores oportunidades para bloquear políticas innovadoras, que alteran el statu quo en una sociedad dividida. Parece razonable decir que los procesos de cambio político en los sistemas consensuales requieren de trabajosas negociaciones y acuerdos, de forma tal de poder incorporar a los diversos intereses que tienen voz en el proceso político.

Los formatos político institucionales fragmentados no favorecen la rápida adopción de políticas innovadoras. Esto es fácil de comprender, como ha sido señalado por Tsebelis, G. (2002) los formatos fragmentados multiplican los puntos de veto y las oportunidades para frenar la innovación. Los sistemas fragmentados favorecen la preservación del statu quo. Sin embargo, según Lijphart (2000: 279-285) la Democracia de Consenso muestra resultados similares, e incluso superiores, a la Mayoritaria. La Democracia de Consenso demuestra alta capacidad de gestión macroeconómica, control de inflación, gestión del conflicto y la violencia, representación democrática, entre otras dimensiones. El mensaje de Lijphart es que no existe contradicción entre la Eficacia Gubernamental y Democracia de alta calidad.

En términos políticos, la variable clave está en el sistema de representación de intereses nacional. El funcionamiento del sistema partidario y el de representación de intereses, están en la base del funcionamiento de estos dos formatos. Según Kitschelt, H. (1999) en los procesos de participación política e intermediación de intereses se debe considerar el rol de los Partidos, los Grupos de Interés y también, cada vez más, de los Movimientos Sociales. El funcionamiento sostenido de estos dos modelos de Democracia radica en la capacidad de estos agentes para orquestar el consenso, procesar el conflicto y lograr decisiones vinculantes.

En la sección siguiente veremos el rol de los sistemas de partidos políticos y de la arena de intereses sociales, en el proceso de las políticas públicas. De particular interés para esta tesis resulta el análisis de la estructuración de las arenas productivas sectoriales. Sectores con alta complejidad productiva, como es el sector de la salud, presentan sin dudas una alta sofisticación en términos de la estructuración institucional de sus intereses y en sus formas de canalizar demandas hacia el sistema político.

## **4.2. Partidos y Sistemas de Partidos**

Para Giovanni Sartori, los partidos políticos son aquellos grupos políticos, identificados con una etiqueta oficial “...que se presenta a elecciones y que puede colocar mediante elecciones a sus candidatos en cargos públicos”. (Sartori, G. 1992: 90). El rol fundamental del Partido consiste en ser intermediario entre la sociedad y el Estado, y es por tanto una pieza fundamental para el funcionamiento de sistemas políticos complejos, muy en particular los regímenes democráticos. Por tanto, los partidos son piezas claves en la construcción de cualquier proyecto de desarrollo nacional.

Dentro de las principales funciones de los partidos, de destaca su papel estructurador del voto, de alinear a los votantes detrás de determinados ejes de intervención y de separarlos en función de fracturas determinadas. Para ello, los partidos cuentan con máquinas que permiten movilizar al electorado, integrando a los electores dentro de la estructura partidaria. Para lograr esto, los partidos deben agregar intereses y demandas sociales diversas, integrándolas dentro de una plataforma única, que funciona como un plan de acción. Pero además de la competencia política, otro rol clave de los partidos refiere al reclutamiento de personal político, en particular el que se desempeña en los puestos del gobierno. Este rol es el que define la capacidad del partido de incidir en la formación de políticas públicas.

En términos organizacionales, pueden reconocerse diferentes modelos de organización partidaria, como pueden ser los partidos de notables o los de masas. Según Panebianco, A. (1993), en términos básicos, podemos considerar a los partidos como un conjunto de grupos políticos, estratos y organismos en interacción interna, de naturaleza competitiva y conflictiva. Más allá de los diversos órganos que pueden conformar el partido, lo relevante es analizar el circuito del poder. Lo que podemos encontrar, cuando mirados la estructura partidaria por dentro, es la existencia de una coalición que detenta el poder político, que orienta a la estructura partidaria en su tarea de relacionamiento con la sociedad y el sistema político.

En términos generales, tendemos a asociar a la organización partidaria con la imagen clásica del Partido de Masas, estructurado burocráticamente y con una identidad ideológica y clasista muy nítida. Sin embargo, este modelo se encuentra totalmente cuestionado. Los militantes partidarios, la burocracia partidaria, los afiliados y el núcleo ideológico electoral, todo esto comienza a ser parte del pasado. El éxito del estado de bienestar, la transformación del mercado de trabajo, la irrupción de los medios masivos de comunicación, todos ellos han tenido un poderoso impacto sobre las identidades partidarias. Las lealtades de clase se borronan, los cuadros partidarios cambian en cuanto a su composición, aparecen nuevas prácticas de comunicación política. Comienzan a derrumbarse las viejas redes partido-céntricas, que aglutinaban a diversos intereses sociales y económicos, conectándolos con los procesos de elaboración de política pública.

Emerge una realidad nueva, en términos de organización partidaria, que fuera caracterizada por Otto Kirchheimer como el Partido Electoral Profesional o “partido atrapado” (Catch-All Party). La convocatoria partidaria se dirige a la sociedad en general, por encima de los electorados clásicos y las divisiones de clase. Los electores son los dueños del partido, aunque son convocados ocasionalmente, para los eventos electorales. Los profesionales de la política ganan peso en esta estructura, en donde el representante político, el candidato, se impone frente a la dirección partidaria. El partido se enfoca cada vez más hacia los problemas concretos (issues), y menos hacia la construcción de las grandes visiones totalizadoras.

Esto no debería sorprender, ya que en realidad el Partido Burocrático de Masas en su momento reemplazó a la forma primigenia del Partido de Notables o de representación individual. En términos estrictos, podemos ver cierta coincidencia temporal de estas diferentes formas partidarias. Lo cierto es que las nuevas formas partidarias, de tipo burocrático de masas o profesional electoral, demuestran ser formas más “eficientes” para la cambiante competencia político electoral. Los canales de comunicación entre partidos, grupos de interés y movimientos sociales con cada vez más flexibles. Los partidos focalizan la competencia político-partidaria en temas relacionados con las políticas distributivas (Izquierda-Derecha) y los temas de gobernanza sociocultural (autoritario-liberal).

Esta idea de formatos partidarios más eficaces para ejercer la representación en sociedades más complejas es de Kitschelt, H. (2004), elaborada a partir de su crítica al modelo del “Cartel Party” de Katz y Meir (2004). Para Herbert Kitschelt las sociedades contemporáneas no están experimentando un proceso de autonomización de los partidos respecto a los intereses sociales, de limitación de la competencia política, como se propone en el modelo del “cartel party”. En realidad lo que se observaría sería una

mayor complejidad y diversidad de los canales de comunicación. Los partidos se concentran en sus funciones básicas, reclutar cuadros y gobernar, compartiendo el trabajo de representación y movilización ciudadana con los grupos de interés y los movimientos sociales.

Pero, en realidad, el análisis de las estructuras organizativas partidarias no pueden agotar la explicación de las dinámicas de gobierno. En realidad, para la ciencia política, el punto relevante se encuentra en el funcionamiento del sistema de partidos, en la forma en que estas unidades partidarias interactúan entre sí para conformar la acción política. Para Sartori, G. (1992) esta dinámica de los sistemas de partidos viene determinado por el número de unidades partidarias<sup>53</sup> y por el tipo de competencia ideológica que se plasma en ella (centrista o centrífuga). En base a estas dos variables, Sartori elabora una compleja tipología de sistemas de partidos.

El punto relevante del análisis del funcionamiento del sistema de partidos es el tipo de competencia política. Si la competencia es ideológica, y si la misma es centrípeta o centrífuga, además del número de unidades partidarias significativas en competencia (bipolar o multipolar). La competencia político partidaria puede ser en sí misma un factor que incida fuertemente en la cohesión o fraccionalización interna de los partidos. En realidad, en el análisis del modelo de partido de tipo Catch-All, podemos ver la conjugación de elementos de estructuración organizativa, relacionados con formatos concretos de competencia partidaria (centristas, de baja intensidad ideológica).

En síntesis, el tipo de unidades partidarias, y la forma de estructuración del sistema partidario, tiene una fuerte incidencia en el ciclo de cooperación-competencia político partidaria. El tiempo electoral, el formato de las relaciones de gobierno entre Ejecutivo y Legislativo, determina en buena medida el ciclo de producción de políticas públicas. Sin embargo, resulta claro que los partidos no agotan la función de intermediación entre la sociedad y el Estado, y por ello es necesario analizar el rol de otras organizaciones políticas. Especialmente, si nuestra mirada refiere a un sector de políticas públicas, como el de la Salud, en el que los actores y sus relaciones están altamente estructuradas.

### **4.3. La estructuración de la arena de intereses**

La política moderna está caracterizada por la creciente presencia de unidades asociativas formales de representación de intereses diversos. La persistencia y expansión de intereses funcionalmente diferenciados, que son potencialmente conflictivos, se ve reforzado por la conformación de cuerpos de representación funcional permanentes, que gestionan importantes cuotas de poder. A esto se agrega la tendencia secular hacia la expansión en el ámbito de las políticas públicas, y la creciente interpenetración de las arenas de decisión públicas y privadas.

Según uno de los analistas más importantes de este fenómeno, esto ocurre así porque el Estado es cada vez más “...*el garante indiscutido y autorizado del capitalismo,*

---

<sup>53</sup> El autor establece sus propias reglas para el conteo de las unidades partidarias, afirmando que se debe tener en cuenta a toda aquella unidad partidaria que tenga capacidad de incidir en la competencia. Un partido muy pequeño, con muy pocas bancas, puede ser un partido más relevante que un partido de mayor magnitud, en función de que sus votos y su posicionamiento ideológico le permite incidir en la conformación de mayorías.

*mediante la ampliación de sus tareas reguladoras e integradoras...”. En ese proceso, el estado descubre que “...necesita la experiencia profesional, la información especializada, la agregación previa de opiniones, la capacidad contractual y la legitimación participante diferida, que solo pueden proporcionar los monopolios representativos singulares, jerárquicamente ordenados y consensualmente dirigidos”. (Schmitter, P., 1992: 42-43)*

Frente a estos fenómenos, las formas clásicas de representación política, basadas en criterios territoriales y partidistas, se encuentra muchas veces a la defensiva. Para la teoría democrática, la libertad de asociación es una garantía institucional básica. Las organizaciones independientes contribuyen a impedir la dominación, estableciendo sistemas de controles mutuos y frenando la emergencia de actores dominantes. Sin embargo, esta garantía básica, que se expresa en la autonomía de las asociaciones, puede ser un riesgo para los intereses colectivos de una comunidad política. Como ha señalado Dahl, R. (1992: 47-60), el pluralismo democrático puede ayudar a estabilizar las desigualdades políticas, contribuir a deformar la conciencia cívica, distorsionar la agenda pública y enajenar el control final sobre la agenda<sup>54</sup>.

El problema es que lograr esa participación, ese involucramiento activo de la sociedad en los procesos de formación de las decisiones colectivas, es un requisito básico para dar legitimidad y sostenibilidad a diversas políticas públicas, que regulan y moderan la relación entre capital y trabajo. En ese proceso, el Estado supera los márgenes de intervención del Estado Liberal, para lograr coordinar las fuerzas de los actores productivos, resolviendo dilemas de acción colectiva<sup>55</sup>. Según Schmitter, P. (1992) en las sociedades contemporáneas podemos identificar diversos sistemas de representación de intereses. Estos sistemas varían de acuerdo al grado de intervención del estado y de estructuración de los intereses: Pluralistas, Corporativistas, Monistas y Sindicalistas. Por su interés para nuestro caso de estudio, nos detendremos en los dos primeros casos.

Para este autor, el sistema de representación corporativo puede ser definido como “...un sistema de representación de intereses en que las unidades constitutivas están organizadas en un número limitado de categorías singulares, obligatorias, no competitivas, jerárquicamente ordenadas y funcionalmente diferenciadas, reconocidas y autorizadas (si no creadas) por el Estado, y a las que se ha concedido un deliberado monopolio representativo dentro de sus respectivas categoría a cambio de observar ciertos controles sobre la selección de sus dirigentes y la articulación de sus demandas y apoyos”. (Schmitter, P., 1992: 24).

Por otra parte, el sistema Pluralista de representación de intereses, constituye un sistema “...en el que las unidades constitutivas están organizadas en un número no especificado de categorías múltiples y voluntarias, competitivas, no jerárquicamente ordenadas y auto-determinadas (en cuanto a su tipo o gama de intereses), que no están especialmente autorizadas, reconocidas, subsidiadas, creadas o de algún modo controladas por el Estado en la selección de sus dirigentes o la articulación de sus

---

<sup>54</sup> Esto es lo que Dahl, R. (1982) llamaba el dilema de la democracia pluralista. Las asociaciones, si expanden demasiado su poder, pueden enseñorearse del proceso político democrático, como es el caso de las grandes corporaciones financieras.

<sup>55</sup> Este es el mismo enfoque aplicado para el análisis del Estado Desarrollista, tal cual vimos anteriormente en las secciones 3.3 y 3.4.

*intereses y que no ejercen un monopolio de la actividad de representación dentro de sus respectivas categorías”*. (Schmitter, P., 1992: 27).

Los enfoques Pluralistas defienden una interacción competitiva, en donde la diversidad de intereses, en su control, equilibrio mutuo, horizontalidad, puede representar mejor el interés general. El hecho de que las personas tengan múltiples adscripciones organizativas e identitarias, permitiría que surja un equilibrio de intereses, que represente una razonable versión del interés colectivo. Por el contrario, para el corporativismo, es necesario limitar el surgimiento de grupos que representan intereses, apostar a la estratificación vertical y a la interdependencia complementaria, de forma tal que se pueda lograr un ajuste funcional en un todo orgánico interdependiente.

El enfoque sobre el corporativismo es muy rico en términos descriptivos, ya que permite apreciar la diversidad de actores relevantes en una arena política. Sin embargo, en términos generales, carece de un andamiaje teórico que permita avanzar un paso más, superando la mera descripción del número y la complejidad de actores. En realidad, para autores como Van Waarden, F.(1992), el concepto del Corporativismo debería ser inscripto dentro del concepto más amplio de Redes de Política, el cual resulta más eficiente para describir la variedad de formas de articulación entre estado y sociedad. Este autor ofrece una excelente recopilación de diferentes tipos posibles de Redes de Políticas Públicas (Policy Networks) y los criterios para su clasificación.

Según Van Waarden, F. (1992), podemos reconocer situaciones en que el Estado no admite la participación de intereses en la formulación de política, como es el caso de enfoques estatistas o liberales. Pero lo razonable es encontrar, en las sociedades contemporáneas, diversas formas de involucramiento de la sociedad en los procesos de formulación de política. Este autor identifica nueve variantes de mediación: Captura Estatal; Clientelismo; Pluralismo; Relaciones de Parentela; Triángulos de Hierro; Redes de Asuntos, Corporativismo Sectorial; Corporativismo de Concertación intersectorial; Corporativismo Estatal; Pluralismo Auspiciado.

Enfoques como estos, que llaman la atención sobre la variedad de formas de intermediación entre estado y sociedad son muy útiles. Pero el asunto a tener en cuenta es que el corporativismo es bastante más que un simple “...*patrón peculiar de articulación de intereses. Antes bien, es un patrón institucionalizado de formación de políticas, en que grandes organizaciones de intereses cooperan entre sí y con autoridades públicas, no solo en la articulación de intereses, sino en la “asignación autoritaria de valores” y en la implementación de tales políticas. (...) Antes bien, nos enfrentamos a un sistema integrado de “guía social”...*” (Lehmbruch, G. 1994: 177).

Es cierto que el modelo Corporativista liberal o social, tal cual lo percibió Phillippe Schmitter, está fuertemente imbricado con la experiencia histórica de la reconstrucción europea en la post-guerra. La articulación y el compromiso de clases resulta deseable y posible en el marco de un Estado Nacional relativamente autónomo, con un patrón de políticas de corte keynesianas, regulación de precios y salarios, bajo el comando de partidos de inspiración socialdemócrata. Ese rol estatal, de intervención y regulación sobre la economía, resulta fundamental para comprender la fortaleza de estas estructuras corporativas.

El anterior argumento es muy fuerte, aunque está condicionado por el tipo de estructura productiva, grado de exposición al comercio mundial, y a los flujos de capital que tenga el sector productivo en cuestión. Sin embargo, cuando analizamos sectores no transables de la economía, con una estructura productiva basada en servicios, poco expuestos al comercio internacional como es el de la Salud, entonces el supuesto de “autarquía” se mantiene relativamente firme. Esto tiene consecuencias sobre nuestra argumentación, y lo trataremos con más detalle en la sección siguiente, sobre regímenes productivos.

A pesar de las críticas, y de las predicciones funestas, el Corporativismo no ha desaparecido totalmente, ya sea para la negociación salarial o para la definición de grandes opciones de políticas. Es cierto que estas estructuras se modifican, se transforman, y se mantienen. Los países Nórdicos y Austria han mantenido estos rasgos de política de consenso, incorporando mayor flexibilidad en sus procesos de negociación salarial. También emergen acuerdos de este tipo en países que carecían de esta tradición.

Según Rhodes, M. (2001: 177) hay una especie de reverdecimiento de los grandes acuerdos nacionales, dirigidos a solventar procesos de reestructuración productiva de las economías europeas. Pero, esto se presenta de una manera innovadora, “...*the logic of social pacts is rather different from traditional forms of social Corporatism. First, they are less routinized (...) Second, the partners will be institutionally weaker and exit costs lower...*”. Por último, “...*in the new pacts the presence of the state is much more strongly felt, either as a coercive force or provider of incentives*”.

Estos países logran acuerdos y los sostienen, a pesar de tener actores débilmente organizados, demostrando que la construcción del consenso es posible, aún frente a la ausencia de grandes organizaciones representativas. Esto se puede hacer por que las negociaciones ocurren bajo “*la sombra de la jerarquía*”, esto quiere decir que el estado tiene un rol vigilante frente a las conductas oportunistas, administrando incentivos positivos y negativos.

#### **4.4. Los regímenes de producción y la estructuración de intereses**

De manera reciente han resurgido nuevos enfoques para el análisis de arenas productivas, sus actores y sus lógicas de relacionamiento. Estos enfoques son complementarios a las miradas clásicas neocorporativistas y de regímenes de bienestar. Según estas perspectivas teóricas, los intereses económicos y sociales tienden a organizarse según las características institucionales de los regímenes productivos sectoriales. Cada sector productivo tendría una serie de rasgos institucionales característicos, en los cuales predomina la complementariedad y por tanto se verifican patrones de relacionamiento muy estables y resistentes en el tiempo.

Estos enfoques estudian los regímenes nacionales de producción, como la forma en que ciertas instituciones organizan la producción sectorial. En particular, observa las formas en que los agentes de un sistema capitalista organizan y estructuran sus interrelaciones, dentro de un marco de incentivos y constreñimientos, de reglas de juego, establecidas por instituciones relacionadas con el funcionamiento de mercado. Se entiende que las



empresas, consumidores, empleados y propietarios de capital, son los actores principales dentro de ese marco institucional.

Este marco de incentivos y constreñimientos, este marco institucional, establece las reglas de funcionamiento en el proceso de producción de la economía. Las instituciones más importantes dentro de este marco son: el sistema financiero, el sistema de relaciones industriales, el sistema de educación y entrenamiento y el sistema de relacionamiento entre empresas. Los regímenes de producción nos explican las diferencias en las conductas de los actores respecto a: adquisición de habilidades específicas en los trabajadores, relación entre propietarios, gerentes de empresas y proveedores, estrategias de innovación y desarrollo de las empresas para fortalecer su competitividad individual y sistémica.

Esta teoría establece una perspectiva de la “ventaja comparativa institucional”, la cual establece que determinados regímenes productivos son más eficientes en términos de determinadas especializaciones productivas. Este aspecto, el de la especialización productiva y los procesos de trabajo relacionados, resulta de particular interés para comprender ciertas lógicas de funcionamiento institucional en sectores intensivos en mano de obra (como es el de salud, por ejemplo). Según Hall, P., y Soskice, D. (2001), los regímenes productivos pueden diferenciarse entre dos grandes grupos o familias: Economías Liberales de Mercado (LME) y Economías Coordinadas de Mercado (CME). Estos dos modelos constan de instituciones, pautas de funcionamiento, densidad organizativa, bien diferenciadas. Estos modelos son estables y muestran una relativa resistencia al cambio, porque sobre ellos se asienta la ventaja comparativa productiva de sus países<sup>56</sup>.

Un tercer modelo de análisis podría ser el de las economías planificadas centralmente. En el caso de miradas sectoriales, resulta evidente que muchos sistemas de salud tienen un alto componente estatista (los Servicios Nacionales de Salud, NHS)<sup>57</sup>. Sin embargo, no podemos perder de vista que estos sistemas operan dentro de economías de tipo capitalista, que la mayor parte de los insumos claves sobre los cuales sustenta su funcionamiento son producidos por actores que operan bajo lógicas mercantiles. Además, estos islotes estatales que son los NHS cada vez más experimentan la introducción de incentivos de tipo mercantiles.

En realidad, el esquema de Soskice, D. (2003: 122-30) considera un tercer modelo de relaciones industriales, al cual denomina Economía Coordinada Igualitaria (ECI). Estos esquemas tienen una bajísima capacidad de brindar respuestas productivas diferenciadas, en el marco de economías post Fordistas. Desde su punto de vista, su incapacidad para desarrollar estrategias productivas innovadoras, de alta calidad, diferenciados según segmentos específicos de mercado, convierte a las ECI en una

---

<sup>56</sup> Para Paramio, L. (2009) esta distinción remite a la visión establecida por Michel Albert, quien distingue dos visiones de capitalismo, el Renano y el Anglosajón, correspondiente por un lado a la Europa continental y a los Estados Unidos y el Reino Unido por otro. Mientras que el primero tiene una orientación hacia el crecimiento en el medio y largo plazo, el segundo está orientado por la rentabilidad inmediata.

<sup>57</sup> Para Terris, M. (1980) los Servicios Nacionales de Salud (NHS) eran los existentes en los países del socialismo real, con financiamiento pública y provisión enteramente estatal. En el caso clásico del NHS de Reino Unido, Milton Terris lo caracteriza como una forma “intermedia”, ya que la práctica privada tiene una alta presencia y por que los Médicos Generales (GP) no son empleados públicos, sino que contratan con el mismo de manera individual o asociada.

“tercera opción”, frente a las estrategias de tipo ECM y ELM. De esta manera, como mostraremos más adelante, los sistemas productivos y de relaciones industriales de los países se recuestan cada vez más contra estrategias de coordinadas y liberales de mercado.

Dentro de las Economías Coordinadas de Mercado (ECM) se incluye a los países europeos nórdicos (Alemania, Suiza, Suecia), y a Japón y Corea del sur<sup>58</sup>. En estas economías existe una importante coordinación no mercantil sobre las empresas, con el estado jugando un rol importante en la determinación de las reglas. En todas estas economías, de una forma u otra, el factor trabajo está incorporado plenamente en los procesos productivos. Las organizaciones empresarias y de trabajadores tienen un rol muy importante en su dinámica de funcionamiento. El esquema institucional del CME alienta el desarrollo de relaciones cooperativas, a largo plazo, entre diferentes empresas, entre empresas y empleados, entre propietarios y gestores de empresas. El esquema institucional se integra por cuatro componentes, que interactúan de manera complementaria.

En primero lugar, las ECM cuentan con sistemas financieros que permiten el financiamiento de largo plazo en las compañías. Las empresas cotizan de forma pública, pero tienen gran estabilidad en cuanto a la composición en sus paquetes accionarios. La banca establece un sistema de monitoreo basado en la reputación, en el cual las redes de proveedores, clientes, institutos de investigación, asociaciones profesionales, tienen un rol muy importante en determinar la credibilidad de quienes solicitan crédito. En este sistema de crédito basado en el monitoreo en base a reputación y redes, la banca no tiene una gran propensión a financiar innovaciones tecnológicas radicales.

En segundo lugar, existe un sistema de relaciones industriales en los cuales los sindicatos juegan un rol relevante, sobre los cuales se establecen relaciones industriales cooperativas dentro de la compañía y la coordinación de la negociación salarial entre las empresas. La negociación salarial tiene ámbitos de negociación definidos formal o informalmente, en los cuales participan las asociaciones de empresarios y trabajadores organizados. Las organizaciones de trabajadores tienen incidencia en los procesos de toma de decisiones de las empresas, a través de ámbitos de consulta definidos.

Además, las ECM requieren de sistemas de educación y entrenamiento que fomenta la formación para el trabajo de manera temprana, en los cuales las organizaciones de empresas y sindicatos participan y se involucran de manera activa. Las asociaciones profesionales se involucran activamente. La formación superior, en ciencias básicas e ingenierías, está vinculada estrechamente con las grandes compañías.

Por último, los sistemas de relacionamiento entre empresas favorecen la cooperación para la determinación de estándares y la transferencia tecnológica. Los departamentos universitarios, institutos de investigación se relacionan estrechamente con las empresas instaladas y sus asociaciones. Los estándares se fijan en base a consenso entre empresas,

---

<sup>58</sup> Según Soskice, podemos reconocer dos variedades dentro de las ECM. En primer lugar las europeas, en las que hay una coordinación dentro del sector industrial, con sindicatos por rama industrial, transferencia y difusión tecnológica dentro de la industria, así como entrenamiento de personal calificado y obreros dentro del esquema sectorial. Japón y Corea son otra variante, basada en grupos empresariales gigantes, que realizan las actividades de coordinación a su interior. El análisis de Soskice (2003) y de Hall y Soskice (2001) se limita a la variante europea.

para lo cual es muy relevante el papel de las asociaciones empresariales. Gran competitividad en los mercados externos, pero más limitado en el mercado interno. Las asociaciones empresarias juegan un rol importante en la resolución de disputas contractuales y en la determinación de reglas generales de funcionamiento. (Soskice, D. 2003: 106-109).

Este enfoque de análisis es predominantemente sectorial, pero que en verdad está profundamente imbricada con una visión de un esquema nacional de desarrollo. En estos países, el gobierno tiene un rol fundamental para fijar el marco legal de funcionamiento. Además, el sector industrial se articula con los otros sectores de funcionamiento de la economía y la sociedad. La tradición neocorporativista de esas economías ha dejado su huella. Se aprecian ciertos monopolios, que pueden ser informales, para la representación de intereses, dentro de un esquema nacional que favorece su participación activa en los procesos de elaboración de políticas.

Pero lo más importante de este esquema es que *existen fuertes complementariedades, que se refuerzan mutuamente, entre las diferentes partes de este esquema institucional. Cada subsistema depende de los otros para funcionar efectivamente.* Establece un sistema de educación y entrenamiento para el trabajo, para la adquisición de habilidades tecnológicas relevantes, en un marco en el que las empresas invierten a largo plazo. Esto requiere financiamiento a largo plazo ya que el retorno es a largo plazo; coordinar los salarios para evitar el robo o fuga de cerebros; sistema de relaciones industriales que permitan contar con el compromiso de los trabajadores de alta calificación, y cooperación entre las empresas para establecer estándares e incorporación tecnológica. La banca necesita de contrapartes empresariales que den cuenta de la credibilidad de las demandas de financiamiento a largo plazo, para poder evaluar su riesgo. Las relaciones cooperativas dentro de las empresas requieren de compromisos creíbles en cuanto a la relación a largo plazo con los trabajadores, porque son trabajadores muy calificados, que las empresas no están dispuestas a perder<sup>59</sup>. (Soskice, D. 2003: 109-110).

El segundo modelo, el de Economías Liberales de Mercado (LME), se integra básicamente por economías anglosajonas. Existe poca coordinación no mercantil sobre las empresas, el trabajo no cuenta con instancias de negociación colectiva centralizadas, y el Estado juega un rol de control a distancia, de diferente naturaleza al que se aplican en el ECM. Las empresas tienen poca capacidad para coordinar colectivamente sus actividades, esa falta de capacidad determina que ellas no puedan negociar con el Estado para determinar soluciones nuevas en el Esquema Institucional general. El estado, con su diversidad de agencias y estructuras públicas o semipúblicas, es incapaz de cambiar el marco en que funcionan las empresas. El papel del sistema judicial es fundamental para la resolución de controversias. Las LME promueven la desregulación del mercado, las relaciones competitivas y de corto plazo. Estos modelos LME también pueden ser apreciados desde el funcionamiento de cuatro componentes, que interactúan de manera complementaria.

En primer lugar, los sistemas de financiamiento imponen a las empresas horizontes temporales cortos, pero que también favorecen tomar decisiones con grandes riesgos. En segundo término, los sistemas de relaciones industriales en mercados de trabajo

---

<sup>59</sup> Por estos diversos aspectos relacionados con la formación del trabajador, su incorporación al establecimiento productivo, su progresión dentro del mundo laboral, todo esto guarda cierta semejanza con el taller medieval y la estructuración de las corporaciones profesionales.

desregulados desalientan la formación de organizaciones representativas de trabajadores, con sindicatos débiles y mayor poder de los gestores para tomar decisiones unilaterales. La negociación salarial se realiza en la empresa, y no se coordina dentro de la rama o sector. No existencia de regulaciones legales que favorezcan o promuevan la organización sindical en el sector privado.

Tercero, los sistemas de educación y entrenamiento que promueven la formación generalista, que desalienta la formación para el trabajo especializado, pero estimula la adquisición progresiva de habilidades parciales, especialmente en aquellos que cuentan con un nivel alto de formación general. La educación para el trabajo es de bajo nivel y reconocimiento, con limitada participación de las empresas.

Finalmente, los sistemas de relacionamiento entre empresas que impone fuerte competencia, y que por lo tanto limita la posible cooperación entre compañías. Las políticas de control sobre las prácticas no competitivas es muy fuerte. El marco institucional para la resolución de problemas contractuales es débil; también es débil o ausente en términos de promoción de la difusión tecnológica. Los estándares se fijan por la vía del mercado.

El esquema ELM también tiene fuertes complementariedades, que se refuerzan mutuamente en sus componentes. El financiamiento de corto plazo requiere de empresas que se puedan mover rápidamente desde viejas hacia nuevas actividades. Para ello se requiere bajos costos para contratar y despedir trabajadores, y también la capacidad para atraer a las personas con las capacidades adecuadas, sin un marco de restricciones salariales. Esta necesidad de la movilidad rápida y frecuente conduce a que los jóvenes no se enrolen en programas de formación para el trabajo en habilidades específicas, que prefieran la educación general y la adquisición posterior de habilidades específicas, cuando sea preciso. La necesidad de adoptar decisiones rápidas y ejecutivas tampoco facilita la incorporación de las organizaciones de trabajadores en los procesos de toma de decisión de las empresas. Este esquema tampoco favorece las relaciones cooperativas entre compañías para establecer estándares o difundir tecnologías. (Soskice, D. 2003: 110-112).

Estos Modelos de Sistemas Productivos tienen efectos claros en la organización de las empresas y en sus estrategias empresariales. Pueden observarse diferentes patrones de innovación de productos y servicios mercantiles, con dos estrategias basadas en las ventajas comparativas institucionales que ofrece cada esquema. En el ECM su ventaja está en la producción de productos diversificados de alta calidad. En las ELM, la ventaja se encuentra en la innovación radical, en la capacidad para generar productos y procesos innovadores.

Las ECM apuestan a la elaboración de productos complejos, que implican procesos productivos complejos, y servicios post-venta importantes, en industrias bien establecidas, con estrechos vínculos con los clientes. Son Productos de Calidad Diversificada, que dependen de una mano de obra muy calificada. Son modelos productivos potentes en cuanto a la investigación y desarrollo aplicado de las tecnologías, en la mejora de las aplicaciones en industrias establecidas. Son sistemas relativamente débiles en cuanto a la innovación y creación masiva de nuevos y diversos productos y servicios.

Los requerimientos institucionales para el desarrollo de productos de alta calidad diversificada son variados. En primer lugar, las empresas deben poder establecer relaciones cooperativas de largo plazo con trabajadores calificados, técnicos, ingenieros, y proveedores. Se requiere de trabajadores calificados en tecnologías de punta del sector industrial y en las tecnologías específicas de la empresa. Esto requiere de un tipo de trabajo con gran iniciativa y autonomía, y por tanto es difícil establecer contratos que puedan ser monitoreados fácilmente por los gerentes. Dado que los trabajadores poseen el conocimiento para resolver problemas productivos, no resulta práctico que los gerentes controlen los procesos de toma de decisión de manera unilateral. La eficiencia productiva requiere de procesos de toma de decisión participativos y basados en el consenso. Estos requerimientos fortalecen el poder de los trabajadores en cualquier negociación. Entonces, los contratos por rendimiento o producto, no son eficientes, por los altos costos de monitoreo y por los estilos de toma de decisión consensuados. Las empresas no pueden amenazar con echar a sus trabajadores, porque no resultan creíbles estas amenazas, ya que el costo de entrenar nuevos trabajadores en las tecnologías de la empresa es muy alto, y porque además, los trabajadores con conocimientos tecnológicos de la industria, encuentran empleo en cualquier lugar con suma facilidad.

En segundo término, además de los problemas de organización del trabajo, hay que resolver los problemas de formación de habilidades específicas. La adquisición de habilidades muy específicas, basadas en un sector productivo y una empresa particular, le genera al trabajador un compromiso particular con su ocupación y su empresa. Antes de ingresar en el circuito de incorporación de habilidades específicas, el trabajador debe contar con cierta perspectiva respecto a la determinación de su retribución, la seguridad de su empleo y la certificación de las habilidades adquiridas. En particular esto último, ya que el trabajador debe tener cierta garantía que las habilidades adquiridas pueden ser aceptadas por otras empresas del sector productivo. Se debe tener un razonable balance entre la formación tecnológica para el sector productivo en general, y la adquisición de habilidades específicas para las tecnologías que aplica la empresa. Se requieren de instituciones de gobernanza de este proceso, que permitan articular estos principios, en un marco de confianza. También es necesario que los trabajadores que son calificados no sean “robados” por otras empresas. Por tanto, este esquema se refuerza con la presencia de organizaciones fuertes, tanto de trabajadores como de empleadores, que establecen un marco de gobernanza global, que le da credibilidad a estos acuerdos a largo plazo.

Tercero, las empresas deben ser capaces de trabajar cooperativamente, para promover desarrollos conjuntos, modificaciones y adaptaciones de procedimientos y tecnologías. Esto requiere de instituciones que controlen que unos no se aprovechen de otros, y que los flujos de información requeridos se manejen con la discreción necesaria. Estos mecanismos se montan sobre las asociaciones empresarias, la banca de desarrollo, y las asociaciones profesionales relevantes. Estas asociaciones empresarias son las que pueden arbitrar en casos de problemas.

Finalmente, estos esquemas han mantenido una gran estabilidad en el tiempo. La globalización ha impulsado la necesidad de una mayor flexibilidad en los sectores expuestos al comercio internacional, para dar mayor capacidad de respuesta por parte de las empresas. Pero esa mayor apertura y competencia se asienta en los marcos institucionales históricos. Se aprecia una mayor mixtura, tratando de generar mayor flexibilidad en los modelos ECM, pero no se aprecia una liberalización del esquema

productiva. Esto es así por que la construcción de capacidades de coordinación productiva requiere de mucho esfuerzo y tiempo. En particular, las funciones de coordinación entre empresas, son el recurso más raro, más difícil de generar, dado las incertidumbres e incentivos contrapuestos que experimentan los gestores de empresas. Además, estas habilidades, cuando se han logrado construir históricamente, pueden ser destruidas con suma facilidad.

#### **4.5. Conclusión: estructuración de intereses en el sector Salud**

Este capítulo trató sobre las formas de estructuración de la interfase Estado, Sociedad y Mercado en sociedades democráticas capitalistas. Para ello aplicamos el esquema de Arend Lijhart, que identifica diez rasgos característicos de estos modelos, dentro de los cuales se destaca la importancia de los diferentes sistemas partidarios y de representación de intereses. El capítulo se completa con una mirada sobre los regímenes productivos y sus sistemas de relaciones industriales, en cuanto estructuras con dinámicas de relacionamiento de intereses altamente institucionalizados . El sector salud, en cuanto estructura productiva, debe ser analizado desde esta perspectiva.

Resulta evidente que el sector de servicios de salud, en cuanto sistema de producción, tiene rasgos de similitud con los denominados sistemas productivos de Economía Coordinada de Mercado (ECM). Más allá de que puedan ser servicios públicos, con alto involucramiento del Estado en el financiamiento y la provisión, el ámbito de funcionamiento que los rodea es netamente mercantil, como es por ejemplo el de producción de insumos y tecnologías médicas. El tipo de servicio ofrecido en el sector salud, donde los aspectos relacionales inciden fuertemente en la percepción de calidad, y en la propia efectividad del servicio, determina la importancia del factor trabajo, en particular con el peso de la autoridad profesional dentro del sector. La autonomía profesional de los médicos, pero también de otros colectivos, es un punto sumamente relevante para comprender las relaciones de poder dentro del sector.

El segundo factor tiene que ver con aspectos relacionados a la organización productiva de un sector basado en servicios, pero con un componente tecnológico altísimo, que resalta el papel de los especialistas y de los trabajadores con alta capacitación específica en la aplicación de tecnologías. Es de notar, además, que el sector salud está prácticamente cerrado a la competencia externa. Además, el sector está sometido a lo que es la fuerte demanda de mano de obra desde el mercado mundial. Estos dos aspectos fortalecen de sobremanera el papel del factor trabajo. El hecho de estar cerrado a la competencia externa, se expresa en la fuerte regulación estatal, que reduce la entrada-salida del recurso humano calificado.

Los sistemas de salud universalistas, que aspiran a brindar servicios de salud de calidad homogénea para toda la ciudadanía, tienen rasgos que lo aproximan mucho a esa mirada. El desafío de la incorporación tecnológica en el sector, los problemas de formación y retención de la mano de obra, la determinación de las condiciones de trabajo, la importancia de la organización obrero-patronal de cara al problema de la reestructuración de la industria de servicios. Todos estos rasgos nos hacen ver un sector con fuertes complementariedades institucionales.

En conclusión, la comprensión de la estructuración de intereses sectoriales debe procesarse combinando las miradas del análisis pluralista y neocorporativo, con la comprensión de las instituciones que conforman los regímenes productivos nacionales. Las características sectoriales, estrategias productivas, historia sectorial, fortaleza de los actores colectivos, determinan un modelo particular de regulación sectorial. Además de esto, lo que muestra la literatura comparativa es que estas estructuras institucionales son determinantes, en cuanto a la capacidad de los actores sectoriales para comprometerse en la elaboración de políticas nacionales de reestructuración productiva.

La existencia de complementariedades institucionales, en la que determinados componentes del sistema productivo “interactúan positivamente” con otros, es un rasgo determinante en la fortaleza y mantenimiento de determinadas arenas de intereses políticos. Prestar atención a como se estructuran institucionalmente estos modelos de gobernanza sectorial, en las economías coordinadas, resulta de gran provecho para comprender las alternativas implícitas en la política de transformación sectorial. Comprender el futuro de la reforma de salud, implica comprender la estructuración productiva de la salud y el funcionamiento de la arena de intereses sectoriales.

## Capítulo 5. Salud y Sistemas de Salud

En este capítulo analizamos el proceso de construcción de la salud como un asunto de política pública. En particular, la forma de estructuración de los recursos sociales para brindar atención a las demandas de atención médica. Presentamos la evolución histórica de los principios modelos de organización de sistemas de salud, los modelos emergentes y las presiones para el cambio que experimentan hoy los diferentes sistemas de salud.

### 5.1. La Salud y los Sistemas de Salud como problema

En el año 1946 la OMS define a la Salud como “...*el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad*”. Esta definición recibió en su momento críticas muy agudas, por su exceso abarcador, totalizador y poco operativo. Pero es evidente que supuso un gran avance para su época, al definir a la salud de una manera positiva, y no solamente en términos de “ausencia de enfermedad”. A las visiones más tradicionales, recostadas contra los fenómenos orgánicos, físicos<sup>60</sup>, agregó dos ejes adicionales, como ser el bienestar mental y social.

Esta mirada amplia es compatible con otros desarrollos, que enfocan la cuestión de la causación social de la enfermedad. Según Siegrist, J. (2000) la sociedad determina la salud de las personas, por que las expone a determinados riesgos ambientales que impactan en sus niveles de salud. Además, la sociedad determina las posibilidades de acceso a los recursos necesarios para gestionar esos riesgos. La pobreza incrementa la chance de estar expuesto a diversos riesgos: mala calidad de vivienda, contaminación ambiental, lugares de trabajo inseguros, etc. Pero además, el nivel de ingreso también determina las posibilidades de contar con los recursos necesarios para enfrentar esos riesgos. Por ejemplo, limita el acceso a una alimentación saludable o a servicios de salud adecuados.

Esta visión sobre la determinación social de la salud tiene una larga tradición dentro de la medicina occidental. Los trabajos realizados en la segunda mitad del siglo XIX, por parte de los médicos John Snow, respecto a las epidemias de cólera en Inglaterra, y de Rudolph Virchow referida a la fiebre tifoidea, identifican con total claridad como inciden las condiciones de vida sobre la salud. El acceso a agua potable, el control de excretas, la vivienda adecuada y la alimentación saludables, son factores explicativos de la salud de las personas. Se identifica por primera vez que la propia organización de la sociedad (industrial) es un determinante fundamental de las posibilidades vitales de las personas. Según Virchow, la medicina, como ciencia social, debe incorporar dentro de sus objetivos la promoción de las reformas sociales radicales, la democracia, la educación, la libertad y la prosperidad.

En realidad, estos desarrollos ya se venían procesando desde el siglo XVIII, con la consolidación de los Estados Nacionales europeos y el accionar del despotismo

---

<sup>60</sup> Esta visión restringida se ha mantenido vigente en el tiempo. Por ejemplo, según el diccionario de la Real Academia Española, la salud es definida como “el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” (RAE, 1992: 1836).



ilustrado. La Higiene Pública emerge como una disciplina científica, y como práctica de intervención del Estado para mejorar el bienestar de la población. En el nacimiento de esta nueva disciplina resulta determinante la obra científica de Johann Peter Frank (1779) en Alemania, quien establece la relación que existe entre pobreza y enfermedad, y sienta las bases de una ciencia dirigida a erradicar las bases de la enfermedad. (Marset Campos, P. y Sáez Gómez, J., 1997)

Pero, con el impacto de los descubrimientos en el campo de la Microbiología, a partir de los descubrimientos de Luis Pasteur (1860-64) y Robert Koch (1884), la atención en salud comienza a generar un giro profundo hacia un modelo biomédico. La salud y enfermedad son vistos cada vez más como problemas individuales en una maquinaria biológica que puede ser reparada de manera fragmentaria, transfiriendo todo el protagonismo a las elites profesionales y la tecnología médica. La ciencia médica adquiere progresivamente más y mejores instrumentos para el tratamiento de la enfermedad, y de alguna forma los enfoques sobre la causación social de la enfermedad comienzan a pasar a un segundo plano. El milagro de la recuperación de la salud comienza a concentrarse en esa maravillosa concentración del conocimiento tecnológico médico que es el moderno Hospital.

Habría que esperar a la publicación del célebre Reporte Lalonde de 1974, que reconoce que el “campo de la salud” está determinado por una serie de factores<sup>61</sup>. En primer lugar, los factores Sociales y Medioambientales, tales como la desigualdad socio-económica, hábitat, educación, etc. En segundo término, los Estilos de Vida, tales como el sedentarismo, alimentación, conductas de riesgo, entre otros. Luego, los Factores Biológicos de cada individuo, la carga genética de cada persona, que interactúa con los otros tres factores. El cuarto factor refiere a la organización de los servicios de salud, tales como el financiamiento, la provisión, generación de insumos, sistemas de información y conocimiento, rectoría

El Reporte Lalonde establece que los sistemas de servicios de salud, en comparación con los otros tres factores mencionados, es quien realiza la menor contribución relativa al estado de salud de las personas. El excesivo enfoque biomédico sobre la salud constituye un error mayúsculo, por que no incide en los otros tres factores determinantes de la salud de las personas. El punto clave radica en el rol que puede llegar a jugar el sistema de salud en relación a los otros factores de mayor peso. Esto es, los equipos de salud pueden asumir un rol protagónico en la gestión de los riesgos sociales y medioambientales, y en la promoción de estilos de vida saludables en las personas. También es relevante su aporte, en términos de modelar la forma en que las personas gestionan su carga genética y riesgos de salud.

La OMS (1998: 11) recogería esta visión más amplia, respecto a la interacción existente entre la salud de los individuos, sus condiciones de vida y el rol que podrían llegar a desempeñar los equipos de salud. Para este organismo, en el contexto de la promoción de la salud, la salud no debe ser considerada como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas para desarrollar una vida

---

<sup>61</sup> El documento fue elaborado por el Ministro de Salud del Canadá, Dr. Marc Lalonde, en el que da cuenta del estado de salud de los canadienses y explicita este marco de causalidad sobre la salud.

satisfactoria. La promoción de la salud, en cuanto política pública, consiste en el proceso de fortalecer el control que las personas tienen sobre los factores que determinan su nivel de salud<sup>62</sup>.

El personal de salud es una variable clave en la explicación del funcionamiento del sector salud. Según Freidson, E. (1970), el punto capital en la definición del proceso de salud y enfermedad tiene que ver con la organización social de la profesión médica. La medicina, como profesión, ha logrado una jurisdicción prácticamente exclusiva para determinar que cosa es enfermedad y consecuentemente como se debe actuar frente a eso. El trabajo de la medicina consiste, precisamente, en realizar el diagnóstico y tratamiento de gente que alega estar enferma. En ese sentido, la Medicina tiene la autoridad para establecer si la queja de una persona es una enfermedad, y en ese proceso define las posibilidades sociales para representar la enfermedad.

En tanto profesión, se le concede a la Medicina el poder oficial para definir los espacios problemáticos de la conducta social. El juez determina lo que es legal y quién es culpable, el clérigo lo que es sagrado y quién es profano, el médico los que es normal y quién está enfermo<sup>63</sup>. En el proceso histórico de construcción de la autonomía y especificidad del campo profesional, los médicos se asocian con el Estado, que es el responsable de conceder el monopolio, pero también de autorizarlo, de regularlo.

Además, el sector salud se ha construido y reconstruido, de forma permanente, como un campo de intervención pública. La política de salud se constituye en una arena de derechos sociales, que exige de la participación activa y permanente del Estado. La diversidad de prestaciones, tales como el aborto, la fertilización asistida, la psicoterapia, la atención odontológica, por mencionar algunos, pugnan por ser considerados derechos que deben ser financiados por la comunidad toda. En ese proceso, la profesión médica y las demandas ciudadanas generan un poderoso impulso a la expansión del Estado, generando un proceso de estructuración permanente, de institucionalización de este campo de políticas públicas.

La institucionalización de este campo se expresa en la estructuración de sistemas de salud, como productos de los procesos políticos nacionales. Definir los límites y alcances de un sistema de salud es un punto clave, si es que pretendemos tener una discusión ordenada y alcanzar algún grado de certidumbre respecto a nuestras proposiciones. En un extremo del campo conceptual, el más restringido, podemos limitarlo a la atención médica de pacientes, con servicios organizados para tratar la enfermedad, discapacidad o la muerte. Pero en otro extremo, tenemos definiciones que abarcan todos aquellos determinantes que contribuyen de forma directa o indirecta en la salud de las personas. Es necesario un balance entre los dos extremos, entre la visión acotada sobre los servicios curativos, y la visión amplia sobre todo aquello que impacta en el bienestar de las personas. (Figueras, et al, 2010: 4-5)

Para Villar, H. (2003), un sistema de salud es un todo unitario y complejo, en el que sus componentes mantienen una relación ordenada, contribuyendo a un objetivo determinado. La noción de orden y propósito es relevante para este autor, en el sentido

---

<sup>62</sup> Esta definición de OMS está derivada de la célebre Carta de Ottawa del año 1986.

<sup>63</sup> A diferencia de las anteriores profesiones, la Medicina tiene rasgos especiales, por su materia específica, y por que ha desarrollado una imbricación muy especial con la ciencia moderna y la tecnología (Freidson, E. 1970: 16)

de que el sistema brinde servicios de salud para la población. En verdad, existen diversas visiones respecto a que cosa constituye un sistema de salud, como se organiza y cuales son sus elementos clave. Por otra parte, según la caracterización pionera de Roemer, M. (1985), los sistemas de salud pueden ser analizados según cinco aspectos fundamentales: recursos, organización, funcionamiento, financiamiento y prestación de servicios. Con base en definiciones de este tipo es que se podido impulsar un importante desarrollo en el campo de los estudios comparativos de los sistemas de salud<sup>64</sup>.

En la visión de Roemer, M. (1985), los recursos consisten en la proporción de personal, infraestructura hospitalaria, insumos médicos y equipamientos, y conocimientos disponibles. La organización, en cuanto a la participación del Estado en la provisión, organizaciones benéficas y voluntarias, actores mercantiles. El funcionamiento, implica aspectos como la planificación, administración y legislación, responsabilidades de las profesiones, el papel de las acciones preventivas y las curativas. La financiación, refiere a las diferentes fuentes, sean estas públicas o privadas. La prestación de servicios en los diferentes niveles: el primario, en la prevención y la curación; el secundario y terciario en la atención especializada; la atención específica de determinados colectivos (según enfermedad, riesgo, edad, etc.).

Entonces, desde una visión amplia, los sistemas de salud podrían definidos como aquellas organizaciones que proveen servicios de salud: hospitales, centros de salud, funcionarios, profesionales y servicios de salud pública. Pero también se integraría por otras redes, sectores, instituciones, ministerios y organizaciones que tienen una influencia definitiva en el objetivo último del sistema: la salud. En tal sentido, resulta fundamental la incidencia del sector educativo, transporte, servicios sociales, vivienda, industria alimentaria, entre otros. (Durán, A. Kutzin et al 2010)

La OMS (2000) propone una definición más simple de sistema de salud. Un sistema de salud estaría compuesto por todas las organizaciones, personas e instituciones que producen acciones cuyo objetivo principal consiste en promover, restaurar o mantener la salud. Esta definición comprende además aquellas acciones intersectoriales, que el Rector del sistema de salud asume como su responsabilidad de impulsar, en áreas ajenas a su dominio directo. Por ejemplo, el impulso a la legislación dirigida a combatir los accidentes de tránsito, o los impactos medioambientales sobre la salud de los emprendimientos productivos.

La visión analítica de OMS (2000) entra en contradicción con visiones normativas como la de Villar, H. (2000), ya que establece que todos los países tienen algún tipo de sistema de salud. La organización sanitaria de un país puede ser fragmentada, tener problemas de coordinación importantes, y que esto impacte negativamente en su desempeño, en su capacidad de lograr resultados de salud. Pero eso no obsta que estemos frente a un tipo de sistema de salud, una entidad que seguramente pueda y deba ser mejorada.

Los sistemas de salud tienen como objetivo la promoción del nivel de salud de una población, en términos de promedio pero también de distribución en la población total. Evitar la mortalidad o discapacidad prematura es una responsabilidad clave de estos sistemas. La noción distributiva es muy importante para OMS, ya que no es aceptable

---

<sup>64</sup> En Whiteford y Lacivita (2000: 440-53) hay un excelente resumen de la historia del campo y de los avances más recientes en términos de estudios comparativos sobre sistemas de salud.

normativamente, que determinados grupos de población disfruten de niveles excepcionales de salud, frente a otros con niveles excesivamente bajos.

Otro objetivo fundamental refiere a la justicia del sistema de financiamiento de los servicios de salud. Esto implica la protección financiera frente a los costos de la atención médica, evitando que las personas empobrezcan debido a los costos que ocasionan la enfermedad. Pero además, bregar porque la carga de financiamiento del sistema se distribuya de una manera equitativa, de acuerdo a las capacidades económicas de las personas.

Un tercer objetivo, según el reporte OMS, consiste en la sensibilidad del sistema (responsiveness) frente a las expectativas no estrictamente médicas de las personas. Esto es, trascender los aspectos técnicos esenciales de la asistencia médica, incorporando el respeto por la dignidad de los pacientes y de su autonomía, con una comunicación adecuada y celosa en cuanto a la confidencialidad de sus informaciones. Además de esto, un cierta orientación al cliente, en cuanto a una atención oportuna, con comodidades básicas, apoyo social y posibilidad de elección.

**Mladovsky, P., et al (2012: 4-5), toma los objetivos generales de los sistemas de salud propuestos por OMS, pero los amplía a ocho puntos que deben guiar el funcionamiento de los sistemas:**

- Nivel de salud, mejoras de los resultados de salud poblacional y de los resultados de los servicios de salud
- Protección financiera, asegurando que la población no sufra cargas excesivas cuando requiera de atención en salud
- Eficiencia, tratando de maximizar las ganancias en salud poblacional, a partir de los niveles de inversión en salud, asegurando que los beneficios superen los costos. Las ganancias de eficiencia implican mantener los resultados de salud con un menor costo, mejores resultados de salud a un costo similar o mejores resultados con costos mayores, pero donde los beneficios exceden a los costos extra.
- Equidad, buscando que los servicios se asignen en función de la necesidad de atención y que las contribuciones al financiamiento sean acordes con la capacidad económica de las personas
- Calidad, que combine efectividad clínica y satisfacción del paciente, considerando las dimensiones de seguridad, efectividad, accesibilidad y aceptabilidad.
- Sensibilidad a las demandas de los usuarios (Responsiveness), en términos de un tratamiento digno y sensible de los servicios de salud frente a sus necesidades
- Transparencia, que permita apreciar los atributos del sistema de salud, tales como sus beneficios, costos y calidad
- Responsabilización, que permita asociar el desempeño del sistema con las consecuencias esperadas de una acción correcta o incorrecta (una recompensa o un castigo)

El correcto funcionamiento de los sistemas de salud es clave para poder cumplir con sus objetivos básicos. Los resultados globales del sistema de salud se relaciona con el correcto desempeño de cuatro tareas básicas: Financiamiento, Generación de Recursos e insumos básicos, Provisión de Servicios personales y poblacionales de salud. Una cuarta función consiste en la Rectoría de todo el sistema, la articulación de las otras tres funciones, para el logro de los objetivos del sistema.

Los servicios que definen al sistema de salud pueden ser clasificados de acuerdo a su participación en el proceso de salud-enfermedad (prevención, curación o rehabilitación) o por las tecnologías de que hace uso (laboratorio, radiología, etc.). También por los profesionales que participan en su provisión (médico, enfermera, cirujano, otros), o por los destinatarios de la atención (madre, niños, etc.). El informe OMS (2000) distingue, de forma más general, entre servicios de salud personales y poblacionales<sup>65</sup>. La organización de estos servicios, para dar respuesta a las necesidades de salud, es un campo de especialización relevante.

La segunda función, consiste en el Financiamiento del sistema e implica recolectar los recursos económicos de la sociedad, mancomunar los fondos y riesgos (pooling), y realizar la compra de servicios a los proveedores. Todos los sistemas de salud financian de alguna forma la provisión de servicios personales y poblacionales de salud, con el objetivo de conservar, mejorar o recuperar la salud de las personas amparadas. Las diversas formas de organizar este vínculo, de financiamiento y provisión, generalmente define diferentes tipos de sistemas de salud, como por ejemplo Servicios Nacionales o Seguros Sociales.

La tercera función del sistema refiere a la identificación, creación o desarrollo de los Recursos necesarios para producir servicios de salud y estructurar un sistema: conocimiento, recursos humanos, dispositivos tecnológicos, infraestructuras. Dada la naturaleza de los servicios de salud, intensiva en cuanto al uso de recursos humanos, la determinación del volumen, calificación y la forma de conformar los equipos de trabajo (skill mix) es fundamental. Pero además, los servicios requieren de modernos equipamientos y tecnologías, tanto para la atención de personas como de grupos poblacionales.

Finalmente, en cuarto lugar, la función de Rectoría consiste en el ensamble de las diferentes acciones estén orientadas al logro de los objetivos del sistema de salud. La Rectoría no solo incide sobre la ejecución de las otras funciones, sino que hace posible el logro de cada uno de los objetivos del sistema: mejorar la salud, responder a las legítimas expectativas de la población y una contribución justa al financiamiento del sistema. Esto requiere de Ministerios de Salud con visión, inteligencia y capacidad de influencia, que actúan en nombre el gobierno nacional y en defensa de los intereses colectivos de la sociedad. (OMS, 2000: 119)

La Rectoría debe además considerar el impacto que otros sectores de política puedan tener, de forma deliberada o no, sobre la salud humana. La Rectoría entonces, además de incidir en los procesos propios del sector salud, también debe operar sobre los determinantes de la salud. La autoridad sanitaria, entonces, debe procurar que los objetivos de protección de la salud humana estén presentes en todas las áreas de política pública, que puedan incidir en la salud. Entonces, todos esos otros sectores, tienen un rol en la producción de salud, como pueden ser los involucrados en vivienda,

---

<sup>65</sup> Por ejemplo, los servicios personales reconocemos la atención quirúrgica, consulta médica, asesoría en salud, inmunización de un niño. Los servicios poblacionales son brindados a grupos más amplios, incluyen las campañas de inmunización, las advertencias en paquetes de cigarrillos, la promoción de salud en lugares de trabajo. (Durán, A., et al, 2010: 21)

alimentación, empleo, producción, medio ambiente, etc.<sup>66</sup>. Esta dimensión de la intervención Rectora pone en juego toda la capacidad política de los ministerios de salud (o quien haga sus veces).

Para la OMS, la función Rectora sobre los actores del sistema de salud implica una diversidad de tareas. Entre las más relevantes se cuentan la formulación de la política de salud, estableciendo la visión y la dirección del sistema. En segundo término, la capacidad de ejercer influencia, a través de la acción regulatoria. Por último, generar y utilizar la información en salud, de forma aplicada a las políticas públicas (OMS, 2000: 122). El cuadro siguiente amplía este enfoque básico, tratando de resaltar la dimensión política de la función Rectora.

---

**Tabla 5.1.**  
**Dimensiones de la función política de Rectoría**

---

Generar inteligencia, conocimiento aplicado para la formulación política
Formular la orientación estratégica de las diversas políticas y acciones
Generar las herramientas para la implementación de las políticas, a través de capacidad de influir en la conducta de los actores mediante incentivos y sanciones
Construcción de las coaliciones de apoyo que aseguren la sustentabilidad de las políticas
Lograr el ajuste entre los objetivos de política y las estructuras y culturas organizacionales
Establecer un marco adecuado, transparente, para la responsabilización de los actores (accountability)

---

Fuente: elaboración en base a Travis, P., et al, (2000) y Setaro, M. (2005)

De forma más reciente se ha desarrollado un esquema más específico, desarrollado por OPS, que considera los aspectos técnicos específicos a la disciplina de la Salud Pública. Esto contribuye a brindar más especificidad al marco analítico de la Rectoría, complementando su enfoque político general. El cuadro siguiente resume las dimensiones principales de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)

---

<sup>66</sup> Este enfoque se ha materializado recientemente en las estrategias de Salud en Todas las Políticas (SeTP), que buscan abordar la cuestión de los determinantes sociales sobre la salud, a través de la incidencia de los Ministerios de Salud sobre el diseño e implementación de todas las políticas públicas.

---

**Tabla 5.2.**  
**Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)**

---

1. Evaluación, análisis y monitoreo de la situación de salud
  2. Vigilancia, investigación y control de riesgos y amenazas a la salud pública
  3. Promoción en salud
  4. Participación Social en salud
  5. Desarrollo de capacidades institucionales y políticas para el planeamiento y la gestión en salud pública
  6. Regulación en salud pública y marco de controles y sanciones
  7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a servicios de salud básicos
  8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
  9. Aseguramiento de la calidad de los servicios de salud personales y poblacionales
  10. Investigación en Salud pública
  11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en salud
- 

Fuente: OPS, 2002

Estas funciones de los sistemas de salud se construyen de forma histórica. Cada sociedad nacional construye, en interacción con el Estado, estas diferentes funciones que hacen moverse a los sistemas de salud. La función de Rectoría, central en el desempeño del sistema de salud, refleja las capacidades del Estado para aplicar el conocimiento en las políticas de salud. Según el Informe Mundial de la Salud de 2009, en un estudio sobre 115 países de renta media y baja, para el período 1960-1990, la aplicación sistemática de conocimiento científico-técnico fue responsable de la reducción de casi un 50% de la mortalidad<sup>67</sup>. (OMS, 2009)

Pero uno de los puntos clave consiste en relacionar esta capacidad de rectoría, esta capacidad de gobierno sobre un sistema de salud, con resultados significativos del sistema de salud. En verdad, algunos sistemas de salud muestran una capacidad sistemática para lograr mejores resultados. En la tabla siguiente se muestra una selección de algunos de los indicadores que pueden utilizarse para medir los resultados de un sistema de salud.

El esquema de la tabla 5.3 nos permite relacionar las actividades del sistema de salud con los resultados de salud poblacional. El rol del Gobierno, tanto en su función de garantizar el acceso al derecho a la salud, como en la supervisión y coordinación general del sistema, es una función crítica para un sistema de salud.

---

<sup>67</sup> En particular, la aplicación sistemática de programas de inmunización y el desarrollo y aplicación de antibióticos

**Tabla 5.3.**  
**Medir la Performance de los Sistemas de Salud**

<b>Dimensión</b>	<b>Sistema medición</b>	<b>Indicadores</b>
Salud Poblacional	Mediciones agregadas de salud poblacional	Expectativa de vida Años de vida perdidas Mortalidad evitable Años de vida ajustados por discapacidad
Resultados individuales de salud	de Mediciones de salud individual	Encuestas estandarizadas de salud que miden resultados de tratamientos (por ejemplo, SF-36 o EQ-5D) Mediciones específicas de enfermedades (ejemplo PDQ-39)
Calidad clínica y pertinencia de la atención	Medidas de servicios y atención que reciben pacientes, con resultados apropiados Medidas para determinar si la atención se guía por las mejores prácticas y se aplican tecnologías apropiadas	Mediciones de resultados: estado de salud, readmisión post-operatoria y tasas de mortalidad Medición de procesos: frecuencia de medición de presión arterial
Sensibilidad del sistema de salud (Responsiveness)	Medición del ambiente y tratamiento recibido por los pacientes Mediciones relacionadas con la dignidad de los pacientes, autonomía, confidencialidad, comunicación, comodidades básicas, etc.	Medición de la evaluación de los pacientes Medidas de satisfacción de los pacientes
Equidad	Medición de equidad en salud, acceso a la atención en salud, financiamiento	Medidas de utilización Tasas de acceso Umbrales de gasto Medidas de resultados en salud desagregados por variables clave Productividad laboral
Productividad	Medición de la productividad del sistema de salud, organizaciones y profesionales de salud.	Medidas de costo-efectividad de las intervenciones Eficiencia técnica (producto/insumo) Eficiencia asignativa (medida por la voluntad de pagar)

Fuente: elaborado en base a Smith, Mossialos, Papanicolas (2012).



## 5.2. La génesis histórica de la respuesta colectiva a la enfermedad

La actividad de sanación, de tratar la dolencia y la invalidez, ha existido desde la antigüedad. Pero el fenómeno de organizar la respuesta de forma colectiva, para enfrentar sistemáticamente a los problemas que genera la enfermedad, es relativamente reciente. Los sistemas de salud que hoy conocemos son el resultado de esta larga evolución histórica.

En el origen, la práctica médica se plasmaba como una relación directa, sin intermediación, con el paciente. El Médico brindaba asistencia y cuidados, y los pacientes pagaban de manera directa por sus servicios. En esa relación, el Médico muchas veces moderaba sus pretensiones económicas, en función de la capacidad económica del paciente. De esta forma, el Médico era independiente de cualquier forma jerárquica, respecto a la determinación de sus ingresos y las condiciones de su práctica. (Starr, P. 1991: 279)

El aumento de la complejidad en la asistencia médica, está reflejado en el surgimiento de los modernos Hospitales. La concentración de medios tecnológicos en los servicios hospitalarios, de diversas profesiones con conocimientos especializados en el cuidado y la atención de la enfermedad. Pero habría que esperar hasta el siglo XX para que estos establecimientos se convirtieran en un enorme dispositivo organizativo, humano y tecnológico, dirigido a recuperar la salud.

El trabajo de Healy, J. y Mckee, M. (2002: 14-36) nos muestra el largo periplo, de varios siglos, en la evolución de los Hospitales. Los hospitales surgen como lugares vinculados a los monasterios, durante la edad media, para la recepción y el cuidado de indigentes. Luego, en el siglo XVIII, pasan a ser un lugar en donde la profesión médica comienza a desarrollar y acumular conocimientos, y los pobres van a morir de una manera discreta. Finalmente, en el siglo XX, se convierte en el símbolo central y brillante de la modernidad de los sistemas de salud.

Para Rosen, G. (1984) la creación de establecimientos médicos independientes para la protección y atención de enfermos pueden rastrearse hasta la antigua Roma. Estos establecimientos se relacionan principalmente con las prioridades militares y económicas de la sociedad romana<sup>68</sup>. La recreación posterior de estas instituciones por parte de las comunidades cristianas, sobre fines del imperio e inicios de la Edad Media, tendrían otros fines. La obligación del cristiano de asistir a los necesitados, es una expresión máxima de la caridad cristiana. Pero además, otro valor cristiano importante es el de la búsqueda de la gracia y la salvación personal, a la cual se podía acceder por medio de la limosna. Entonces, cuidar de los enfermos es parte del ejercicio de salvación del alma.

A partir del siglo IV empiezan a verse establecimientos dedicados al cuidado de enfermos y necesitados, bajo estos principios. Estas primeras instituciones combinaban las funciones sociales con las médicas, y muchas veces se constituían como dependencias de los monasterios. La magnitud de estas instituciones en la faja oriental

---

<sup>68</sup> El ejercicio de conquista y defensa de territorios y poblaciones tributarias, implica la movilización de gruesos contingentes de fuerzas militares. Esto implica solucionar temas relativos a la atención de población movilizada. También debe considerarse la importancia de la principal institución económica de la antigüedad, como es el esclavismo, y el cuidado de esas poblaciones “movilizadas”.

del imperio romano, bajo la influencia de Constantinopla, fue impresionante. Las Cruzadas tuvieron un impacto enorme en el desarrollo de las órdenes hospitalarias y de enfermería.

Concuenda Healy, J. y Mckee, M. (2002) en que los ejemplos más antiguos que se reconocen como Hospitales se encuentran en el siglo VII en Bizancio, como edificios destinados al cuidado de los enfermos y discapacitados. Estos serían reintroducidos en Europa a partir del siglo XI, por el influjo de las Cruzadas y el trabajo de las órdenes religiosas y de cruzados. En su origen son un refugio para la población enferma pobre y para el aislamiento de enfermos infecciosos. Recién en el siglo XVI se les reconocería un carácter médico a los hospitales, aunque también son percibidos como un lugar para ir a morir, antes que para recuperar la salud, ya que las tasas de mortalidad hospitalaria son muy importantes.

A lo largo del tiempo, numerosos benefactores fueron fundando hospitales: Reyes, reinas, altos dignatarios eclesiásticos, nobles, comerciantes acaudalados, gremios, fraternidades y municipalidades. Todos fundaron casas para el cuidado de enfermos, pobres, débiles, ancianos y otros fines. El papel de los Gremios medievales también fue muy relevante en la creación de estos establecimientos medievales. Además de fundar hospitales, muchos de ellos contribuían a su financiamiento regular, como forma de brindar protección a sus miembros.

Pero además de asistencia física, los hospitales son, principalmente, instituciones de naturaleza religiosa, que perseguían un fin de cuidado espiritual. En verdad “...*los hospitales no se secularizaron incluso cuando las autoridades eclesiásticas los perdieron, al hacerse cargo de ellos las municipalidades a fines de la Edad Media. En esencia, los hospitales eran casas religiosas en las que el personal de enfermería se había reunido como una comunidad vocacional bajo una orden religiosa*”. (Rosen, G. 1984: 325). El financiamiento de los hospitales medievales se funda en la caridad cristiana. El deseo de salvación y de santificación, como forma de evitar el dolor y sufrimiento en la próxima vida, podía lograrse a través de la realización de buenas obras, mediante la caridad con los pobres y necesitados. Algunos de estos hospitales se desnaturalizaron en sus fines, funcionando como albergues o posadas pagas, para beneficio de los administradores eclesiásticos.

Una serie de factores viene a transformar radicalmente el funcionamiento de esta institución medioeval. En primer lugar, desde el siglo XIII en adelante, los hospitales pasaron a depender cada vez más de la autoridad secular, en función de que las ciudades de Europa iban prosperando y la burguesía se iba haciendo más rica y poderosa. Las autoridades municipales tendían a hacerse cargo o a complementar las actividades de la Iglesia. Siguiendo a George Rosen “...*esta política era motivada en parte por el deseo de las autoridades civiles de hacerse independientes de la Iglesia. Pero esto no significa que se eliminar por completo al clero. Los monjes y las monjas continuaron dando atención de enfermería tal como lo venían haciendo. Administrativamente, las autoridades municipales eran responsables de las instalaciones hospitalarias, pero la iglesia podía tener alguna participación...*”. (Rosen, G. 1984: 329).

Además, los “...*los hospitales y los establecimientos afines eran cada vez menos adecuados para enfrentar las nuevas situaciones en las que los problemas de la salud y*

*del bienestar se consideraban desde otro punto de vista. Para el pensamiento medieval, los pobres, los enfermos y los débiles eran considerados casi necesarios para la salvación de quien hacía una obra de caridad. Les prestaban un servicio a los que daban una limosna y de no haber existido tendrían que haberse creado. Pero una actitud como ésta tendía a estimular la mendicidad y la aceptación del mendigo como una necesidad. No se hacía prácticamente nada por mejorar las condiciones de los pobres y de los enfermos. A fines de la Edad Media y especialmente después de la Reforma, todo ese enfoque cambió”.*

“El aumento del desempleo, de los precios, el cercamiento de las tierras y los problemas que implicaba desembocaron en la vagancia, que se transformó en una constante a lo largo de todo el siglo XIV y XV”. “En la búsqueda de los medios de subsistencia, los vagabundos fingían invalidez o enfermedades para poder mendigar impunemente y ser admitidos en los hospitales”. (Rosen, G. 1984: 329-330).

La Reforma y el surgimiento del Estado Absolutista impactaron en este ordenamiento. “...Aunque la intervención de las autoridades civiles en cuestiones relacionadas con el bienestar y la salud se venía produciendo desde antes del siglo XVI, la noción de que el auxilio de los pobres, incluyendo la atención médica, era una responsabilidad de la comunidad y no de la Iglesia, sólo quedó establecida durante la Reforma”. La preocupación de estos primeros reformadores sociales tiene que ver con “...eliminación de toda la mendicidad, la organización de eficientes agencias de asistencia pública, y la unificación de todas las instalaciones y recursos (hospitales, atención domiciliaria y similares” en manos de autoridades municipales o nacionales”. (Rosen, G. 1984: 331).

Pero el carácter, su propósito no cambio demasiado. Seguían siendo instituciones dedicadas a la atención de enfermos, hogares de ancianos, casa de caridad, orfanato y posada. Los servicios religiosos se mantuvieron en la mayoría de los países, no solo en los países católicos. La primera legislación general referida a la administración de hospitales, es de 1571, en Suecia, y establece la obligación de realizar oraciones en determinadas horas del día.

El personal médico no era central para el funcionamiento de estas instituciones medievales. Recién sobre mediados de 1500 comienzan a verse de manera más frecuente. Por ejemplo, en 1515 en el hospital de Estrasburgo, contratan a un médico por que “...se habían dado cuenta de que los pacientes que no recibían atención médica se quedaban más tiempo en el hospital e incluso, aunque se murieran, los gastos de la institución eran mayores”. (Rosen, G. 1984: 333).

El hospital medieval era esencialmente un instrumento de la sociedad para aliviar el sufrimiento, para disminuir la pobreza, para erradicar la mendicidad y para conservar el orden público. En muchas partes había caído bajo diferentes administraciones, bajo la jurisdicción de la Corona, de la municipalidad, o de alguna organización voluntaria de caridad. Este mismo período fue testigo de su asociación con la profesión médica, aunque el médico todavía no era parte del hospital y seguía siendo independiente. Esta asociación sirvió de base para otra tendencia, que a partir del siglo XVII en adelante haría que la medicina aprovechara cada vez más el hospital para estudiar las enfermedades y para su propia educación práctica. La idea de que el hospital debía ser tanto para el tratamiento de los enfermos como para el estudio y la enseñanza de la

medicina iba a tener consecuencias extraordinariamente fructíferas en los siglos posteriores.

El absolutismo y la política mercantilista generan la noción de la importancia de contar con una fuerza de trabajo y militar competente. Es importante la salud del pueblo. Sobre 1700 empiezan a multiplicarse el número de establecimientos. Surgen los hospitales de especialidades. Por ejemplo, en Londres: 1802 Hospital para enfermedades febriles; 1804 Hospital de Oftalmología; 1814 Hospital de Tórax; 1816 de Oídos, 1838 Ortopedia.

Durante el siglo XVII y XVIII la preocupación poblacional de los estados es un rasgo clave de la política del Despotismo Ilustrado. Esta preocupación se fundamentaba en razones políticas, económicas y militares. Todo esto parte de un proyecto político que apuesta a poner la sociedad y la economía al servicio del poder político del Estado, como es el Mercantilismo, o Cameralismo en su sentido más político. El Mercantilismo es una política de poder, en donde el bienestar de la sociedad es igual al bienestar del Estado. El poder es el primer interés del Estado, por eso todas las políticas mercantilistas se justificaban en función de esto, de fortalecer el poder del Reino. La justificación de la Política Social se encuentra en la Razón de Estado.

El Mercantilismo, en su versión alemana de Cameralismo, es parte del proceso de consolidación del estado centralizado. Es una disciplina de administración del poder estatal. Si el crecimiento de la población es un rasgo de la prosperidad y fortaleza de un estado, entonces, todo lo que se disponga para ese fin, como por ejemplo el cuidado de la salud, es necesario. Las estadísticas son instrumentos para este fin. La doctrina básica, del despotismo ilustrado, indica que el Estado surge del contrato social, cuyo propósito es la autoconservación, situación que lleva a los hombres a renunciar a su libertad. El objetivo del Estado es garantizar al pueblo el mayor nivel de bienestar y seguridad, pero esto sujeto a la interpretación y arbitrio del soberano (todo para el pueblo, sin el pueblo). Es una relación paternalista, en la que el soberano sabe lo que sus súbditos necesitan.

Los Hospitales Voluntarios que surgen en Inglaterra y EUA a fines del siglo XVIII y XIX no son resultado de la revolución industrial, por que son anteriores a ese fenómeno. En principio, los Médicos no tenían nada que ver con los Hospitales. Su relación se limitaba al de concurrir a un lugar de práctica y aprendizaje, en el cual podían asistir a la población indigente existente. No son estrictamente trabajadores dependientes del Hospital, ya que su campo es la práctica individual, privada, en los hogares. Con el tiempo, con el avance científico, los hospitales se convierten en tecnologías organizacionales adecuadas para enfrentar la enfermedad, como reservorios de tecnologías (cirugía, técnicas diagnósticas, personal especializado y auxiliar, etc.) que tornan imprescindible el uso del hospital. Los médicos empiezan a utilizar estas instalaciones para el tratamiento de sus pacientes particulares, con verdadero provecho terapéutico.

Con el progreso de la ciencia médica, los hospitales comienzan a ser medicalizados, esto es, los criterios sociales de admisión comienzan a ser reemplazados progresivamente por criterios médicos. Los benefactores y administradores comienzan a ceder la orientación de los establecimientos a la nueva clase médica. Los hospitales públicos se convierten en el lugar en donde se realiza la educación e investigación

médica. Con el desarrollo de la microbiología, los hospitales comienzan a ser tecnologías eficaces para recuperar la salud, y comienzan a ampliar su radio de acción. La caridad, filantropía y los eventuales pagos de pacientes comienzan a ser totalmente insuficientes para afrontar los pagos de la atención. La necesidad del apoyo público para su funcionamiento lleva a un mayor involucramiento por parte de los Estados en el funcionamiento y regulación de los servicios hospitalarios. (Healy, J., Mckee, M., 2002)

En síntesis, la atención de enfermos y desvalidos se conforma de maneras específicas en cada época histórica y en cada sociedad. Esto es característico de la historia de los hospitales. El Hospital Medieval era en esencia una institución eclesiástica, cuya preocupación primordial no era la atención médica. Ese tipo de organización fue reemplazada por otra en el siglo XVI, cuyos objetivos no eran primordialmente religiosos, sino sociales. Para eso, el Hospital se secularizó, fue colocado bajo la administración gubernamental y la comunidad. El punto es que el hospital moderno guardó algunos rasgos medievales, su propósito no es la atención médica, sino que desde el siglo XVI-XIX, sino la preservación del orden social, ocupándose de los enfermos y necesitados.

Finalmente, los hospitales se transforman en lo que conocemos hoy: un taller de salud o industria médica. La atención médica es la preocupación principal, y su funcionamiento está guiado por normas científico-técnicas. Pero todavía guarda ciertos rasgos de su origen moderno, como hospicio para gente pobre, antes de ser centro de salud para todos. Entonces, hablar de sistemas de salud en el sentido que le asignamos actualmente, implicar relacionar este concepto con el surgimiento del Estado nacional moderno y tres fenómenos adicionales: la constitución de la Medicina como Profesión, el surgimiento del Hospital Moderno, y la emergencia de las formas de Aseguramiento en salud.

Como mostramos más arriba, el desarrollo de estos sistemas de salud es un fenómeno histórico nuevo. En verdad, en el siglo XIX, pocas personas podían señalar que habían nacido en un Hospital, hasta bien entrado el siglo XIX, estas instituciones eran parte de organizaciones de caridad, que albergaba a huérfanos, indigentes, locos, etc. Sobre el cierre del siglo XIX, el empuje de la industrialización y la visibilidad de la cuestión obrera”, pone sobre la mesa la necesidad de organizar respuestas colectivas al problema de la enfermedad. La primera preocupación es la relacionada con la pérdida de ingresos que ocasiona la enfermedad, tanto por la imposibilidad de trabajar, como los costos crecientes de la atención. El Estado debe aparecer como garante del orden social.

### **5.3. La construcción política de los sistemas de salud modernos**

La protección financiera contra el costo de la enfermedad, que había sido inicialmente una preocupación de asociaciones voluntarias, se convierte en una preocupación principal de los políticos a fines del siglo XIX. En 1883 Alemania estableció el primer sistema nacional de seguro obligatorio contra enfermedad, que presta atención en salud y brinda cobertura financiera contra salarios perdidos por los obreros. Sistemas similares se establecen en Austria (1891), Noruega (1909), Inglaterra (1911), Rusia (1912) y Holanda (1913). Otros países europeos optaron por subsidiar a las sociedades

mutuales y fondos voluntarios que constituyeron los trabajadores entre sí (Starr, P. 1991: 281)

Los países europeos instalan el seguro obligatorio de salud como parte de un programa de seguridad social, para proteger a los trabajadores de la pérdida de ingreso que ocasionaba la pérdida de capacidad laboral. El pago por la atención médica vino después, o fue más bien secundario. El seguro social es una forma nueva de administrar la indigencia en las sociedades capitalistas, frente al rompimiento de las formas tradicionales de ayuda a los pobres, de caridad paternalista. El seguro es el retorno a la protección social, pero esta vez bajo clave de ciudadanía.

El descontento político, la organización de los trabajadores, la existencia de partidos socialistas, son factores explicativos en la emergencia de estos nuevos esquemas. Esto es particularmente claro en Alemania, que es el primero en el mundo en procesar una reforma de este tipo<sup>69</sup>. También se identifican estos factores en la instalación del primer seguro social de salud en Inglaterra en 1911. (Starr, P. 1991: 283)

**Cuadro 5.4.**  
**Años de creación de partidos socialistas, federaciones de sindicatos y sistemas de seguridad social**

País	Partido Socialista	Federación de Sindicatos	Seguridad Social
Alemania	1875	1868	1883
Austria	1888	1893	1888
Dinamarca	1878	1898	1891
Noruega	1887	1877	1894
Francia	1905	1895	1898
Bélgica	1889	1910	1900
Holanda	1894	1905	1901
Gran Bretaña	1900	1868	1908
Suiza	1888	1880	1911
Suecia	1889	1898	1913
Italia	1892	1906	1914
Media-Mediana	1890	1891	1900
Desviación	8,5	15,1	10,5

Fuente: Navarro, V. (1997)

Los factores políticos explican la irrupción de esta innovación de los seguros sociales, en el marco de la coyuntura crítica que supuso el tránsito hacia sociedades industrializadas de masas. Pero hay factores político-institucionales que explican el sostenimiento y desarrollo posterior de estos nuevos experimentos. La existencia previa de fondos mutuos de ayuda, organizados en torno a gremios, oficios y diversas

<sup>69</sup> La elite estatal, encabezada por el Canciller Bismarck, procesa la reforma social como una forma de ganarse la lealtad política de la clase obrera, sostener el esfuerzo industrializador y construir un Estado moderno.

industrias, es lo que mejor pueda explicar los diversos caminos asumidos por los Estados Nacionales en la estructuración de los seguros obligatorios.

Según las visiones de los historiadores, los Seguros Sociales de Salud (Social Health Insurance, SHI) hunden sus raíces en la historia Europea, retrotrayéndose hasta la Edad Media. Los SHI actuales son el resultado de un proceso de experiencia acumulada en Europa Occidental en el largo plazo. Dentro de esa experiencia, podemos identificar tres corrientes de evolución institucional, asentadas y matizadas por las características nacionales.

En primer lugar, la ampliación progresiva de la cobertura, desde esquemas que protegían a un limitado número de trabajadores en algunas ramas de actividad, hasta esquemas que abarcan a todos los residentes de un área. El esquema se desarrolla desde el bajo Medioevo, por parte de pequeños grupos de trabajadores, de Corporaciones de Artesanos, que organizan sus asociaciones de ayuda mutua. Los registros más antiguos sobre estas asociaciones datan del 1300, en países de habla alemana y sueca. El resto de la población es amparada por los cuidados que brindaban las organizaciones religiosas y de caridad. (Saltman et al, 2004: 36)

En segundo término, una evolución progresiva del concepto de cobertura. En el origen, beneficios referidos al reemplazo del salario perdido por una enfermedad o beneficios diversos por fallecimiento, hasta el pago o la provisión de servicios médicos ambulatorios, de internación y farmacéuticos. La atención en salud, su provisión directa o financiamiento, fue un desarrollo bastante posterior y hasta cierto punto secundario. Habría que esperar al gran salto científico tecnológico, y a la enorme escalada de costos asociada. (Starr, P. 1991: 281)

Finalmente, el cambio en la naturaleza societaria, evolucionando desde formas autogestionadas, basada en la ayuda mutua entre trabajadores, hasta las modernas formas obligatorias y respaldadas por la ley que se inauguran con la reforma de Bismarck en 1883. La imbricación entre Estado y Sociedad Civil se hace más profunda, densa, marcando una dualidad entre el carácter social de la forma organizativa, con el indudable interés público que reviste esta forma institucional de protección social.

Esta interacción entre sociedad y estado que podemos ver en el proceso de construcción de los primeros sistemas de protección social en salud, se explica por ser contemporáneo con el proceso de construcción del Estado Nacional europeo. En particular, frente a la insuficiencia demostrada del Estado Liberal, Juez y Gendarme, frente al fenómeno de la expansión democrática. La expansión de la protección social es una expresión concreta de la construcción del Estado Social<sup>70</sup>.

Sería recién sobre fines del siglo XVIII, cuando el Estado comienza a asumir un rol más activo en la provisión de servicios de salud. Podemos indicar dos hitos de particular importancia en el inicio del nuevo rol del Estado. En primer lugar, la labor de la corona sueca en la zona Noroccidental de Europa, asignando territorios y poblaciones para el

---

<sup>70</sup> Para Kammler, J. (1971), la especificidad del Estado Social radica en la mediación existente entre Estado y sociedad, la cual se verifica en el sistema de organización y decisión política, a diferencia del Estado Liberal burgués cuyo rasgo distintivo es la separación de la esfera estatal y la social. Ejemplo de esto son los sistemas de seguridad social, con participación social en la administración, pero con garantía y coadministración estatal.

ejercicio de la práctica médica, en función de que éstos médicos también asuman la asistencia de quienes no tengan capacidad de pago. Este es el primer registro que existe de un esfuerzo deliberado del Estado de asistir a los pobres, que se realiza en Suecia y sus colonias de Finlandia y Noruega.

El segundo fenómeno, de consecuencias más profundas y complejas, refiere al esfuerzo sistemático de los Estados por romper el poder económico de las Corporaciones, que alcanza su auge con el ciclo que inicia la Revolución Francesa. La disolución del sistema de corporaciones busca promover la igualdad ciudadana y la creación de mercados de trabajo libres. Con la disolución de las corporaciones, los sistemas mutuales se mantienen, aunque desvinculados de la protección política que les brindaban las corporaciones. Una vez prohibidas las corporaciones, se posibilita el control legislativo del estado sobre estas asociaciones de ayuda mutua y otras diversas formas que proliferarían en la segunda mitad del siglo XIX.

Es así que la era de los SHI tendría inicio con la legislación de Bismarck de 1883, en un claro intento de controlar la expansión del movimiento socialista entre los sindicatos alemanes. Se conserva la idea de los Fondos por tipo de actividad, con administración de los involucrados, pero se amplía el control y tutelaje estatal sobre los mismos. El sistema se consolidaría luego de la segunda guerra mundial, logrando importantes niveles de cobertura poblacional y de beneficios.

Los SHI tienen bases sociales muy específicas, que se trasuntan en la adhesión de los ciudadanos, como un importante factor explicativo de la longevidad y estabilidad de los SHI a pesar de los profundos cambios políticos que ha vivido Europa. En términos globales, los SHI tienen tres rasgos fundamentales: son sistemas privado-sociales en cuanto a la provisión y el financiamiento<sup>71</sup>; el componente de autorregulación es muy potente, los interesados gestionan directamente a través de los Fondos de Enfermedad, Asociaciones Médicas y de Pacientes; gran estabilidad financiera y organizacional.

---

<sup>71</sup> La burocracia estatal no es la responsable directa de administrar los mecanismos de financiamiento y de provisión “privados” del SHI, la cual se asienta en redes sociales y de confianza. El estado es más bien un guardián y un protector de su funcionamiento, ejerciendo una Rectoría respetuosa de la autonomía de los diversos cuerpos corporativos.



---

**Tabla 5.5. Síntesis de los aspectos estructurales de SHI**

---

- i. Contribuciones transparentes e independientes del riesgo de los cotizantes: el aporte es un porcentaje de los ingresos salariales, la familia es amparada por la cotización o pago del titular del beneficio, las cotizaciones se recaudan de manera independiente y separada a los impuestos generales.
- ii. Los Fondos de Salud ofician como pagadores-compradores: las cotizaciones son recaudadas por los fondos, o por un fondo central que luego redistribuye hacia ellos. Los Fondos son organizaciones sociales sin fines de lucro, dirigidos por Directorios integrados por los beneficiarios, y con definición legal de sus cometidos y responsabilidades. Los Fondos contratan servicios para sus beneficiarios, con proveedores públicos, sociales y privados lucrativos.
- iii. Solidaridad en la cobertura, financiamiento y paquete de beneficios: el estado mandato beneficios homogéneos para los integrantes de los fondos, además se han establecido mecanismos de compensación cruzada entre los fondos, para amortiguar los riesgos de diferentes grupos de población.
- iv. Pluralismo organizacional: los principios de organización y de Gobernanza son extremadamente variados, en función de los diferentes principios originales de adhesión a los fondos: profesional, geográfico, religiosos, políticos, etc. Todas las organizaciones de proveedores, de naturaleza diversa, se articulan de una manera u otra al SHI.
- v. Modelo Negociación Neocorporativo: las negociaciones se dan a nivel nacional y/o regional entre las “organizaciones pico” que representan a los diversos subsectores de salud: Fondos, Trabajadores autónomos, Proveedores de Servicios, Proveedores de insumos. El proceso se basa en la autorregulación y en arreglos contractuales, que garantizan resultados relativamente homogéneos y bajos costos de transacción.
- vi. Participación en la Gobernanza compartida: el proceso más visible es la negociación entre Fondos y Proveedores para acordar esquemas de pago, calidad de atención, volumen de pacientes, y otros asuntos contractuales.
- vii. Libertad de elección de Proveedores dentro de los Fondos sociales: en estos sistemas los pacientes pueden consultar con cualquier profesional o proveedor que participa del SHI, no existe obligación de referencia de un GP para acceder a especialistas.

---

Fuente: Elaborado en base a Saltman, 2004.

Los SHI están diferenciados estructuralmente de los Seguros Privados, forman parte de una política de ingresos, de redistribución cruzada de subsidios entre: jóvenes-viejos, sanos-enfermos, individuos-familias. El SHI es muy diferente del concepto simple de “aseguramiento”, que está basado en principios actuariales precisos, como una herramienta individual para proteger el interés propio. La Solidaridad es la base del SHI, sus objetivos apuntan a la promoción de intereses colectivos. La dimensión social y psicológica, de pertenencia e identidad de grupo, tiene preeminencia sobre las consideraciones económicas. Estas organizaciones, más que meros intermediarios, son administradores de una serie de principios y valores sociales de colectivos sociales. El carácter “*orgánico*” del sistema explica entonces la fuerte adhesión ciudadana, la cautela y el gradualismo de los políticos en su tratamiento, y la estabilidad institucional.

Los SHI todavía siguen siendo la base de los sistemas de Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Luxemburgo, Holanda y Suiza. También es el principio de organización de varios países de Europa del Este, que debieron reconfigurar sus sistemas luego de la caída de la URSS. El SHI fue base de varios países, que sobre medios de los 70s iniciaron su transformación hacia sistemas basados en impuestos (Dinamarca, España,

Portugal, Grecia, Italia). También hay países con sistemas hoy basados en impuestos (e.g. Finlandia, Suecia, Reino Unido, Grecia, Portugal) que todavía tienen segmentos importantes de sus sistemas que todavía se basan en SHI. (Saltman, 2004)

**Tabla 5.6.**  
**Financiamiento de sistemas de salud europeos y año de transformación**

País	Cotizaciones/SHI	Impuestos/ NHS	Año de transformación
Austria	1		
Bélgica	1		
Dinamarca		1	1973
Finlandia *		1	1972
Francia	1		2000**
Alemania	1		
Grecia		1	1983
Irlanda *		1	1970
Italia		1	1978
Luxemburgo	1		
Holanda	1		
Noruega		1	1967
Portugal		1	1979
España		1	1986
Suecia *		1	1970
Suiza ***	1		
Reino Unido		1	1946
Total	7	10	

Fuente: en base a Saltman 2004

\* En estos SHI nunca fue preponderante, el año marca el cambio desde cotización hacia financiamiento por impuestos

\*\* En 2002 Francia implanta impuesto a la riqueza destinado a salud

\*\*\* Suiza implanta el seguro social obligatorio en 1996

Lo que nos importa destacar es que los SHI han sido históricamente una base de construcción institucional de los sistemas de protección social en salud. Las transformaciones radicales hacia sistemas de tipo NHS se han hecho muchas veces sobre estructuras preexistentes de SHI. En verdad, luego de la segunda guerra mundial se observan transformaciones fundamentales en los sistemas de salud.

En la segunda mitad del siglo XX se verifica una serie de transformaciones en los sistemas de salud. Muchos de ellos recogen su inspiración de la experiencia del Servicio Nacional de Salud (National Health Service, NHS), que en el año 1948 venía a plasmar la idea de un sistema de acceso universal, sin costos en el momento de uso, financiado con cargo a impuestos generales. El célebre Reporte Beveridge había sentado las bases conceptuales de este sistema en 1942, señalando que la atención de salud es un componente clave de un sistema de seguridad social. El sistema establecía que todas las personas, independiente de su edad, sexo, ingreso u ocupación, debían tener el derecho de acceder a servicios de salud en el momento en que lo precisaran. Estos servicios deberían ser integrales y libres de costo al momento de uso.

Este sistema de asistencia pública, financiada por impuestos y de cobertura universal, tiene algunos antecedentes fundamentales. Durante la década de los 20s, la URSS había logrado establecer un sistema estatal de salud. Este sistema, denominado por algunos como Modelo Shemashko<sup>72</sup>, se caracteriza por el control gubernamental, planificado centralmente y financiado por el presupuesto del estado. Todos los empleados del sistema son asalariados, no existe sector privado y presenta libre acceso para todos con un servicio médico completo y gratuito. El sistema se organizaría en base a tres servicios: atención Materno-Infantil, atención de Adultos y las acciones de Salud Pública.

Gran Bretaña, como cuna de la Revolución Industrial, tenía la más antigua tradición en el terreno de las sociedades de socorros mutuos (Friendly Societies). Por otra parte, no hay que olvidar que durante el siglo XIX se creó allí el primer servicio moderno de medicina preventiva, que sirvió de modelo para otros países. Estas dos circunstancias, unidas a otras igualmente favorables de carácter médico, socioeconómico y político, hacen que no resulte extraño que el Reino Unido haya alcanzado un lugar de relieve en la historia de la medicina colectivizada.

A principios del siglo XX, la presión de las organizaciones obreras y las contradicciones existentes entre los servicios de medicina preventiva y la ley de beneficencia de 1834 condujeron a que en 190 el gobierno británico designara una comisión para estudiar el problema de la atención médica. El informe en minoría de la Comisión, firmado por Beatrice Webb, proponía un servicio médico unificado, dirigido por un departamento nacional de salud, como parte de un sistema de seguridad social. Era prácticamente la fórmula que se impondría cuarenta años más tarde, con la creación del National Health Service.

El informe de la mayoría era de carácter ecléctico y condujo a la ley de 1911, que introdujo en Gran Bretaña un sistema similar al prusiano de las "Krankenkassen". Otra recomendación de la comisión sirvió como antecedente en la creación en 1919 del Ministerio de Sanidad, el primero en su especie en el mundo. Este ministerio centralizó los asuntos asistenciales y preventivos, que hasta ese momento dependían de reparticiones diversas, así como también todas las cuestiones relativas a la educación médica.

La personalidad más destacada entre los que redactor el informe de la mayoría era William Beveridge (1879-1963), que en 1909 había publicado un importante informe sobre desempleo, el primero de la serie que sirvió de preparación a su famoso informe de 1942. A partir de 1915, además de las investigaciones realizadas por científicos sociales, aparecieron en Gran Bretaña numerosos trabajos sobre medicina social, efectuados por médicos bajo el auspicio del Consejo Británico de investigación médica. Las circunstancias creadas por la segunda guerra mundial, ofrecieron una ocasión favorable para emprender la reforma radical cuya necesidad se desprendía de todos los estudios. En 1941 se fue nombrado un nuevo comité, bajo la presidencia de Beveridge, que produciría el célebre informe: Social Insurance an Allied Services (seguridad social

---

<sup>72</sup> En referencia a Nicolay Shemasko, primer comisario de sanidad entre 1918-1930 e ideólogo del sistema de sanidad soviético. Para algunos autores, este modelo hunde sus raíces en el esquema Zemstvo, implantado en 1865 por el Zarismo en Rusia, y que brindó cobertura pública y gratuita de salud a las poblaciones rurales.

y servicios afines). En este informe se propone la creación del National Health Service, que “...procurará asistencia preventiva y curativa completa a todo ciudadano sin excepción, sin límite de ingresos y sin barrera económica en cualquier aspecto que significara entorpecerla”.

#### 5.4. Síntesis de la evolución histórica de los SHI y NHS

Durante fines del siglo XIX y principios del XX se desarrolla los dos grandes modelos de protección social en salud. Los modelos de tipo SHI, que apunta a lograr cobertura de la mayoría de los ciudadanos a través de cotizaciones obligatorias a la seguridad social, de trabajadores y patronos, que tienen su origen en asociaciones voluntarias y proveen servicios mediante acuerdos con efectores públicos y privados. Otro modelo, el NHS, centraliza el financiamiento, planeamiento y provisión en el Estado, asignando los recursos mediante un presupuesto y de acuerdo a las necesidades en salud, asegurando cobertura universal<sup>73</sup>.

Podría decirse que existe un tercer modelo, basado en la de cobertura mercantil. En sentido estricto, más que un modelo, es una variante de estructuración del “mercado proveedor de servicios”. En términos empíricos, se refiere habitualmente a la experiencia de Estados Unidos de América, aunque esta visión puede llevar a confusión. El sistema americano, es una combinación de seguros de salud basados en cada lugar de trabajo, que se contratan con grandes empresas aseguradoras. El sistema se completa con dos grandes seguros públicos de salud, como el Medicaid, que está dirigido a las familias de menores ingresos, y el Medicare que brinda protección a los pensionistas. Lo que es característico del sistema americano es su constante innovación en materia de mecanismos competitivos, que buscan promover la eficiencia y adaptación al cliente, en su estructura proveedora de servicios<sup>74</sup>.

Los SHI están basados fundamentalmente en acuerdos privados, que tienen una naturaleza pública. Los organismos involucrados en estos arreglos están regulados por la ley. Tienen base y están conducidos por organizaciones de la sociedad civil. Sin embargo, el Estado mantiene un rol de supervisión a la distancia sobre su funcionamiento. El financiamiento tiene un carácter público, en función de la obligatoriedad de los aportes y la participación de los impuestos generales. Tiende a ser un sistema equitativo, aunque hay mucha gente que no logra ser incorporada en este esquema. Tiene un grado de legitimación social muy alta, en su aceptación por los usuarios, pero, a su vez, tiene problemas de sustentabilidad financiera importantes, en relación a los NHS.

Los NHS, en comparación, tienen un desempeño global muy bueno, en términos de su capacidad para ofrecer servicios de calidad homogénea para toda una población. El

---

<sup>73</sup> Terris, M. (1980) diferenciaba tres modelos diferentes: Asistencia Social, Seguro Social de Salud y Servicios Nacional de Salud. Su visión sobre estos modelos de salud tiene una fuerte impronta evolutiva, en donde los modelos de Asistencia Social, característicos de los países del tercer mundo, pueden y deben evolucionar hacia formas “socialistas” como los Servicios Nacionales de Salud.

<sup>74</sup> Según nuestro conocimiento, muchas de las innovaciones que se están introduciendo en los sistemas de salud, en particular en el NHS inglés, tienen origen en las diversas experiencias “mercantiles” ensayadas en el sistema de seguros americano.

acceso es universal, garantizado por el financiamiento presupuesto público. Desarrolla con éxito acciones focalizadas en grupos de población con necesidades de salud específicas. Las críticas principales se encuentran en su excesivo “burocratismo”, en su falta de flexibilidad para dar respuestas más ajustadas a las expectativas de los usuarios.

Podemos identificar ciertas convergencias en el desarrollo de estos sistemas de salud. Estos puntos de encuentro se verifican en, por un lado, las dimensiones de garantizar el acceso equitativo a servicios de salud, y por otro en la necesidad de aumentar la eficacia y eficiencia de los sistemas.

La experiencia comparativa resulta bastante concluyente, en el sentido de indicar que los NHS son superiores a los SHI en términos económicos y sanitarios. Los indicadores de desempeño en cuanto a gasto, cobertura poblacional y resultados de salud, muestran que los NHS lo hacen mejor que los SHI. Los SHI muestran menor capacidad para proveer servicios de salud pública: actividades de promoción, prevención, acciones intersectoriales, etc. Sin duda que eso tendrá un impacto en el futuro, en el marco de sociedades que profundizan sus procesos de envejecimiento poblacional. La coordinación entre proveedores de servicios es dificultosa, lo que torna complejo mantenimiento de la continuidad de la atención. Ha sido muy difícil, sino imposible, la introducción de la figura de médico de referencia, por que eso contraría el principio de confianza y elección característico de los SHI<sup>75</sup>. Sin embargo, a pesar de estas diferencias en términos de desempeño respecto a los NHS, estos sistemas muestran una alta satisfacción y apoyo por parte de sus usuarios.

La solidaridad y la horizontalidad como formas de vida, como un valor que estructura las relaciones en sociedad civil, es el principal factor de resistencia al cambio en los SHI. Tienen una larga estabilidad histórica, a pesar de los cambios de regímenes políticos que han experimentado estos países. En verdad, luego de la segunda guerra mundial, estos esquemas han sido una pieza clave en la estructura de los estados de bienestar, y han contribuido a modelar una estructura de actores político-sociales muy fuertes, que en muchos casos trasciende la arena sectorial.

La solidaridad, como forma de vida, como valor que estructura la sociedad civil, es un factor principal en la explicación de la capacidad de resistencia al cambio de los SHI. La Solidaridad ha sido definida como la capacidad o sentido no calculado de cooperación basada en la identificación con una causa común. Son comunidades de reconocimiento mutuo. Como valor normativo, se deriva de principios cristianos (católicos y protestantes), el Marxismo socialista, el movimiento sindical moderno, y de los sentidos antiguos y modernos del nacionalismo. El individuo es visto en su contexto social, y no como un agente aislado, la solidaridad no es vista como una característica de los individuos, sino que es una forma específica de asociación entre las personas. Es el cemento de la sociedad, la estructura mediante entre Estado y Mercado, que garantiza la cohesión social.

Sobre los 90s se sienten con más claridad las presiones al cambio sobre estos sistemas. Las tendencias hacia una mayor presencia del Estado o el Mercado en los SHI, son cuestionadas desde el punto de vista de su impacto sobre las relaciones sociales que dan

---

<sup>75</sup> La excepción es Holanda, que logró establecer un exitoso sistema de Gate-Keeping (Médico de Referencia), desde hace varias décadas.

vida a los SHI. El temor es que esos cambios dañen las relaciones de solidaridad que dan forma a los SHI, imbricados en el tejido de la sociedad civil.

A la hora del análisis, es muy importante tener en cuenta que estos sistemas están sufriendo presiones al cambio muy fuerte. En verdad, podría pensarse que la distinción entre sistemas SHI y NHS ha perdido relevancia, porque los modelos han perdido mucho de su pureza originaria. En el caso de los NHS, por ejemplo, han mantenido el criterio de financiamiento general público, pero han sufrido cambios profundos en la forma de producción de los servicios, incorporando proveedores no estatales, descentralización territorial, nuevos mecanismos de recaudación, entre otros.

**Tabla 5.7.**

**Rasgos de los tres esquemas institucionales básicos de organización del bienestar en Salud**

Modelo de Bienestar/ Sistema de Salud	Derecho a la Salud/ Cobertura/ Acceso	Financiamiento	Provisión de Servicios	Conducción/ Regulación/ Asignación recursos
Conservador-Corporativo. Seguro Social de Salud (SHI)	Base ocupacional, según categoría laboral	Cotización obrero patronal	Organizaciones privadas sociales, no lucrativas	Sistema multifondos
	El jefe de la familia genera derechos al nucleo familiar	Pago de primas	Asociaciones de profesionales autoregulados	Asignación de recursos mediante contratos
	Servicio público complementa asistencia dirigida a sectores con problemas de empleo	Sistema de copagos al momento de uso	Clara separación respecto a la función de compra. Plan de prestaciones definido	Autoregulacion de Fondos y corporaciones. Ministerios ejercen rectoría "a distancia".
Liberal. Seguros Privados	Acceso basado en capacidad de pago	Prepago	proveedores privados con fines de lucro	Estado promueve la competencia empresaria
	Servicios públicos gratuitos para quienes demuestren ser pobres	Pagos directos de bolsillo	Servicios públicos para pobres	y protege los derechos de los clientes
Socialdemócrata. Servicio Nacional de Salud. NHS	Base ciudadana	Impuesto generales	Pública. Las instalaciones son propiedad del Estado	Fondo único. Recaudación
	Cobertura universal	Existen aportes obreros y patronales, pero de naturaleza marginal	Los profesionales de la salud son funcionarios públicos	y Asignación centralizada
			Los médicos pueden ser contratados como profesionales autónomos	Conducción es de Ministerios de Salud
			Plan de prestaciones no definido	Bienestar y Seguridad social

Fuente: elaboración propia

En síntesis, tenemos que durante el siglo XIX y XX se desarrollan diferentes sistemas de protección social en salud. Un modelo apunta a lograr la cobertura de la mayoría de sus ciudadanos a través de cotizaciones obligatorias a la seguridad social de trabajadores y patronos, que tienen su origen en asociaciones voluntarias, que proveen servicios mediante contratos con organismos públicos y privados. Otro modelo, centraliza el financiamiento, planeamiento y provisión en el Estado, asignando los recursos de acuerdo a necesidades de salud, mediante presupuesto. Un tercer modelo, la participación del Estado se limita a brindar atención a la población sin medios económicos, dejando que el resto procure atención a través de la oferta del mercado.



## 5.5. Modelos nacionales, presiones para el cambio y tipos de respuestas

La tabla 5.7., nos muestra un resumen de las principales fortalezas y debilidades de los sistemas NHS y SHI. También algunas recomendaciones encontradas en la literatura, respecto al desempeño de estos sistemas en sociedades de desarrollo medio.

<b>Tabla 5.8.</b>		
<b>NSH y SHI: fortalezas, debilidades y opciones para su construcción</b>		
	<b>NHS</b>	<b>SHI</b>
Fortalezas	Amplia cobertura poblacional Base amplia de financiamiento, basado en impuestos Modelo de gobierno sencillo, eficiencia administrativa y control de costos	Facilidad para recaudar Menos dependencia de las negociaciones políticas sobre presupuesto Capacidad redistributiva entre los participantes. Gran apoyo social por parte de usuarios
Debilidades	Inestabilidad presupuestaria, por cambios en prioridades políticas Potencial ineficiencia, burocratismo y centralización Sesgo de beneficios hacia las clases medias urbanas. Gran sensibilidad del gobierno a la presión política de actores organizados	Exclusión de los pobres Costos crecientes Baja cobertura de enfermedades crónicas y atención preventiva
Condiciones para la implantación en países en vías de desarrollo	Capacidad recaudatoria del estado. Calidad de las instituciones gubernamentales Capacidad para focalizar en los pobres y mantener la universalidad del sistema Oferta de servicios públicos de calidad, que permita retener a los usuarios de la clase media	Niveles de ingreso crecientes, que permitan ampliar la cobertura. Controlar impacto de cotizaciones sobre la competitividad Complejidad y costos de gestión, capacidad administrativa Tamaño del sector informal. Distribución de la población, grado de urbanización Consenso social favorable a la instalación del seguro obligatorio. Capacidad política para expandir progresivamente la cobertura y contener los costos.

Fuente: elaboración propia

Para Docteur y Oxley (2003) el modelo Público Integrado (NHS) se conforma por elementos de financiamiento público con proveedores que son parte del Estado. Estos sistemas, que fusionan las funciones de aseguramiento y de provisión, son operados como cualquier repartición gubernamental. El staff es financiado en base salarial, y en su mayoría son empleados públicos. Los médicos de atención ambulatoria y otros profesionales de la salud pueden ser empleados públicos directos, o contratar con la autoridad asistencial, en base a una remuneración determinada. La cobertura universal es relativamente sencilla de lograr en este sistema, por que controlan el aporte

presupuestal y por que también tienen una fortaleza relativa para contener los costos globales. Sin embargo, también tienen incentivos débiles para incrementar su producto, mejorar la eficiencia o mantener la calidad. Esto es menos rotundo en el sector de la atención ambulatoria, en donde los sistemas de pago están generalmente asociados a la actividad y producto de los proveedores.

Por otro parte, en el modelo de Contrato Público (SHI), los pagadores o asignadores públicos contratan con proveedores privados de servicios. Los pagadores pueden ser agencias estatales o fondos de seguridad social. Los esquemas de un solo pagador tienen una posición más fuerte en relación a los proveedores (como en el modelo público integrado) y tiende a tener menores costos administrativos en relación a esquemas de pagadores múltiples. En muchos de los sistemas de contrato público, los hospitales privados y clínicas son gestionados en base no lucrativa. La atención ambulatoria es brindada por una red de proveedores independientes, bajo vínculo contractual. Los sistemas de pago, históricamente, se establecían sobre la base de los servicios provistos, con pagos ex post. Pero eso está cambiando mucho, estableciendo nuevas formas de contratación, por que si bien estos sistemas de pago por actividad responden bien a la demanda de los usuarios, tienden a la sobre-expansión productiva y de costos. Por eso se introducen regulaciones y controles adicionales por parte de las autoridades públicas.

En el modelo de Aseguramiento y Proveedor Privado, tenemos que además de la relación privada entre usuario y aseguradora, generalmente tenemos redes de proveedores con fines de lucro. El aseguramiento privado puede ser obligatorio, como en el caso de Suiza, o voluntario como en EUA. Los métodos de pago en este sistema se basan, históricamente, en el pago por actividad. Son sistemas muy sensibles a las necesidades de los pacientes, ofreciendo una gran amplitud para elegir la atención, pero que tienen grandes dificultades para contener los costos. Han surgido algunas respuestas frente a estos problemas, como el Managed Care en EUA en los 90s, que introduce incentivos para los controles sobre los volúmenes y precios de los servicios que brinda el sistema. Bajo el Managed Care, las aseguradoras contratan, en base competitiva, a redes de servicios organizados, y restringen la amplitud de elección de los usuarios (de manera obligatoria o a través de incentivos económicos).

De acuerdo a Doctoeur y Oxley (2003), en términos amplios, los modelos Públicos Integrados predominan en el área de la Europa Nórdica, Italia, Grecia y Portugal. El Reino Unido integraba este grupo, hasta las reformas de los años 90s. Nueva Zelanda, un integrante histórico del grupo, introdujo reformas relevantes en los 90s, de separación (split) entre la función de financiamiento y provisión, pero a partir de las reformas del año 2000 la tendencia de reforma se revierte, volviendo a un esquema más integrado. Para estos autores, la mayoría de los países de la Europa continental, son parte del modelo del Contrato Público, a los cuales se suman con sus reformas el Reino Unido, y también, hasta cierto punto, Nueva Zelanda.

Entonces, según Doctoeur y Oxley (2003), podemos clasificar a los países de la OCDE en cualquiera de estos tres modelos. Pero es importante reconocer que estos casilleros son, antes que nada, enfoques nacionales dominantes para la resolución colectiva de la atención en salud. Esto es, podemos reconocer en un momento histórico determinado, que en estos países coexisten elementos de los diferentes modelos de intervención<sup>76</sup>.

---

<sup>76</sup> El caso ejemplar de esta situación es, según Doctoeur y Oxley (2003), los Estados Unidos. Allí podemos reconocer el sistema de hospitales de veteranos, que funciona como un modelo público

Además, debe tenerse en cuenta que con los procesos de reforma, muchos de los rasgos de los modelos dominantes, están bajo un proceso de cambio permanente.

En realidad, no existen modelos estrictamente puros, sino variantes nacionales que se ajustan más o menos a esta modelización. Otro caso extremo podría ser el de los países latinoamericanos, en donde la tendencia histórica ha sido a la coexistencia de diferentes arreglos, una mixtura en los cuales coexisten modalidades de servicio público, seguro social y provisión privada (BID, 1996: 319-336). Las magnitudes de cada subsector son variables, pero lo distintivo es la vinculación directa y exclusiva del beneficiario con las instituciones que corresponden al subsistema que le brinda asistencia<sup>77</sup>.

Coinciden con este enfoque Londoño y Frenk (1997), Fleury, S. (2000) y también Mesa-Lago, C. (2007), quienes muestran que el volumen de estos subsectores tiende a ser variable de acuerdo a los países, mostrando grados de segmentación variables. Las poblaciones más pobres tienden a ser atendidos en los servicios públicos de salud, hospitales y centros de salud financiados por el Estado. La población con inserción formal en el mercado de trabajo obtiene cobertura a través de la seguridad social, con marcos de cobertura variable según categoría ocupacional. Los sectores de mayores ingresos tienden a estar atendidas por seguros privados de salud o entidades de medicina integral prepagas<sup>78</sup>.

Este esquema ha sufrido la presión al cambio durante los ochentas y noventas. En realidad, como documenta Mesa-Lago, C. (2007: 155-165) en su estudio sobre veinte países del área latinoamericana, los cambios han sido muy relevantes, aunque en su mayoría conservan esa naturaleza mixta en cuanto a su financiamiento, provisión de servicios y cobertura poblacional<sup>79</sup>.

Por cierto, esta visión generalizada sobre el modelo de servicios de salud fragmentado y segmentado, termina siendo una caricatura de la realidad global latinoamericana. En realidad lo que se aprecia es una diversidad de experiencias históricas muy importantes<sup>80</sup>. Por ejemplo, en el área del Caribe angloparlante, con modelos muy homogéneos, bajo una fuerte impronta de NHS o de modelo público integrado. También

---

integrado. Por otro lado el Medicaid y el Medicare, que funcionan bajo la lógica de un contrato público, con proveedores privados. Por último, la población en general se recuesta contra un modelo de aseguramiento privado. En el caso de Francia, es un sistema de seguro social muy amplio, con Fondos ocupaciones específicos, pero en donde los Hospitales son estatales en su mayoría, y se convive además con contratos públicos con proveedores privados.

<sup>77</sup> La segmentación institucional se refiere a la especialización de los Ministerios de Salud, la Seguridad Social y los Mercados, en brindar cobertura a diferentes estratos de población, según su nivel de ingreso. Se denomina segmentación, en tanto no existen canales de comunicación integración entre los diferentes subsistemas.

<sup>78</sup> Este tipo de modelo ya había sido caracterizado por Terris, M. (1980), al cual denomina Asistencia Pública. Característico de los países del tercer mundo, la asistencia pública está dirigida a la población indigente, existen programas específicos para los trabajadores formales y la población de mayores ingresos accede a la atención médica y hospitalaria privada.

<sup>79</sup> La excepción aquí sería Brasil, con la creación del Sistema Único de Salud (SUS), mediante la Constitución de 1990. En su origen, un sistema público, de fuerte orientación universalista, que al día de hoy se ve jaqueado por la insuficiencia de fondos y por el auge de los seguros privados de salud complementaria.

<sup>80</sup> Para Frenk y Londoño (1997), en América Latina podemos reconocer 4 modelos de organización de los servicios de salud: el público unificado, privado atomizado, de contrato público y el segmentado. Mesa-Lago (2007), también reconoce cuatro esquemas, pero su esquema es más bien descriptivo.

en el caso cubano, que desarrolla su versión nacional del modelo público privado (con inspiración Shemasko). Por otro lado, casos como el de Costa Rica, con un sistema basado en seguro social<sup>81</sup>. Estos tres ejemplos son casos de sistemas de salud unificados, que garantizan en términos generales el acceso a servicios de salud para toda su población.

Lo interesante de notar es que, en particular para los países del cono sur, esta estructura tripartita tiende a variar en su composición, de acuerdo al funcionamiento de una institución clave: el mercado de trabajo. La variable empleo, en cuanto a cantidad y calidad de su oferta, determina el peso relativo de los tres sectores. En los períodos expansivos, sobre todo en las áreas más desarrolladas industrialmente del cono sur, estos sistemas se recuestan fuertemente contra el componente seguridad social (también el mercantil), reduciendo el peso de los servicios públicos.

La otra variable a considerar, a la hora de valorar el grado de inclusión de un sistema de salud, es la presencia del Estado y los servicios públicos. Para el área latinoamericana, sus modelos de desarrollo nacionales no han permitido desarrollar mercados de trabajo inclusivos, el volumen y calidad de la oferta de servicios públicos es determinante. Se podría decir que, aún durante el período de oro del Modelo Sustitutivo de Importaciones, en el Cono Sur, los niveles de empleo, en cantidad y calidad, nunca permitieron dar sustento a esquemas de seguridad social demasiado amplios. La oferta de servicios públicos, de los hospitales, resultaba siempre fundamental para la inclusión de amplios sectores populares.

Los sistemas de salud enfrentan retos en los planos socio-demográficos, epidemiológicos y financieros. La transformación del mercado de trabajo, el aumento de la expectativa de vida con su contrapartida, el envejecimiento poblacional, han sido una preocupación central. En el campo epidemiológico, el propio envejecimiento poblacional y la transformación en los estilos de vida, tienen un impacto fundamental en el tipo de problemas que deben enfrentar los sistemas de salud. El cambio demográfico y Epidemiológico somete a grandes presiones al sistema de salud.

De acuerdo a Veronelli et al (1994), lo que denominamos como transición demográfica representa la instauración de un nuevo equilibrio poblacional en el mundo. De acuerdo a este enfoque, en la antigüedad, la población mundial se sostenía en base a altas tasas de natalidad, contrarrestadas por tasas altas de mortalidad. Producto de este equilibrio, en función de una natalidad que lograba sostener a la población, a pesar de la mortalidad también alta, se produce una situación de relativo equilibrio, con tasas moderadas, aunque sostenidas, de crecimiento poblacional. La estructura poblacional, correspondiente a esta etapa, es predominantemente joven.

Este crecimiento poblacional progresivo, se veía muchas veces reducido, además, por la persistencia de las hambrunas y las epidemias, que ocurrían de forma periódica. Esta situación de equilibrio relativo sufre su primer desacomodo, en el contexto europeo, durante los siglos XVI-XVII. El impacto de la modernización social, asociada a la revolución industrial y la urbanización, comenzaría a romper este equilibrio

---

<sup>81</sup> Tanto Cuba como Costa Rica pueden explicar la instalación de sistemas de salud con vocación universalista, en tanto un forma de resolución de importantes conflictos políticos previos. El caso brasileño podría aplicar también, ya que el SUS esta inscripto en la Constitución brasileña de 1990, que marca la salida de la Dictadura Militar.

poblacional. Sobre esa época comienza a producirse una reducción sistemática del fenómeno de las epidemias y pandemias. Esto tendría un impacto significativo en el incremento de la expectativa de vida.

No existe un consenso definitivo, respecto a cuales serían los factores causales de este fenómeno<sup>82</sup>. Sí podemos indicar que la mejora de las condiciones de vida, asociada al incremento de la productividad agrícola y la disponibilidad de alimentos, junto a la aplicación sistemática de medidas políticas de aislamiento de individuos y poblaciones sometidos a contagio. En lo que nos interesa a nosotros, podemos decir que las epidemias serían la causa de la organización de las primeras formas de respuesta estatal, en el marco de nacimiento de los primeros estados nacionales<sup>83</sup>.

Para Omrán, A. (1971) el descenso de la mortalidad que se produce con la Modernización, y que desencadena el proceso de transición demográfica, puede ser caracterizado por la sucesión de tres fases. La edad de las pestilencias y las hambrunas, caracterizada por grandes fluctuaciones de mortalidad, asociada a la difusión de epidemias de alta letalidad, mediante el creciente contacto de las poblaciones. En segundo, la edad de retroceso de la pandemias, en que las infecciones se tornan endémicas, convirtiéndose en enfermedades infecciosas de la infancia, disminuyendo su incidencia al desaparecer sus vectores y al surgimiento de la práctica de la inmunización.

Por último, emerge una edad de las enfermedades degenerativas, como resultado de los cambios socioeconómicos, políticos y culturales, asociados a los progresos en la salud pública y la medicina. Para algunos autores, en ésta etapa se puede diferenciar una cuarta fase, de enfermedades degenerativas demoradas, en que se mantiene la estructura de mortalidad por causas, pero se prolonga la expectativa de vida al operar exitosamente sobre los factores conductuales que operan sobre esos factores.

Estos cambios en la natalidad, que están asociados a la tercera fase, implican cambios culturales y socioeconómicos de magnitud. La incorporación de la mujer al mercado de trabajo, el desarrollo de modernos métodos de anticoncepción, todo esto impacta en la emancipación de las mujeres de las cargas familiares.

Los razonamientos que se desprenden de este modelo tienen mucha importancia para quienes estudian las formas de organización de los sistemas de salud. Si el modelo es adecuado, y la evidencia empírica parece corroborarlo ampliamente, tenemos entonces que emerge un tipo de necesidades de salud muy diferentes. Además, la estructura familiar, el nuevo rol del individuo y la mujer, los nuevos arreglos familiares, determinan una transformación radical de la economía familiar. La familia deja de ser el eje del sistema de cuidados, generando nuevos problemas para los sistemas de salud, en términos del cuidado y protección de las personas.

---

<sup>82</sup> La visión más aceptada sobre el punto es la de Thomas Mckeown, quién indica que el fenómeno del descenso de las enfermedades infecciosas, como la Tuberculosis, que se registran en las primeras tres décadas del siglo XX, habría sido resultado de los avances sociales y medioambientales, no de los tratamientos médicos propiamente.

<sup>83</sup> Las primeras Juntas de Salud serían implantadas frente a la amenaza de las Epidemias, como fue por ejemplo la famosa epidemia de peste de Marsella en 1720, que provocó la organización de estos organismos en todos los estados centralizados europeos. (Masset Campos y Saez Gómez, 1997)

Según Veronelli et al (1994: 89-92), para las comunidades que estaban en fase pre-transicional, el funcionamiento de los servicios de salud tenía un impacto relevante en la salud poblacional. Pero esto cambia en fases post-transicionales, y la importancia de los servicios de salud, en cuanto a su organización médico-curativa clásica, cambia de forma drástica. El mayor peso de enfermedades de tipo crónico-degenerativo, determina que los problemas de salud se trasladan hacia el individuo, hacia sus conductas y sus condicionantes culturales y ambientales. Pasan a ser determinantes factores tales como las condiciones ambientales, alimentación y nutrición, el hábitat, los parámetros culturales y de cohesión social, el nivel de educación sanitaria, etc. Se torna imprescindible el desarrollo de nuevos enfoques, promocionales, preventivos, basados en relaciones educativas.

Estos problemas impactan de manera muy severa en la capacidad financieras de los sistemas de salud. Dependiendo de la estructura particular de los sistemas, los problemas adquieren diferentes pesos. En esencia, el problema fundamental de los sistemas consiste en tratar de dar sustento a la democratización y expansión de los derechos sociales, en el marco de sociedades capitalistas sometidas a las presiones competitivas de la globalización. El desafío básico para un marco democrático de políticas, gestionar demandas, establecer prioridades en cuanto a lo que puede y debe ser financiado con cargo a fondos públicos.

La capacidad de los fondos de salud para gestionar riesgos y para promover el acceso a los servicios se ve debilitada en los mercados de seguros voluntarios, por la tentación siempre presente de la selección de riesgos. La *selección adversa* puede provocar que las personas con mayor riesgo de enfermedad carezcan de una cobertura de salud adecuada. Pero también hay un “*riesgo moral*”, implícito en la desconexión entre el pago del servicio y el uso del mismo, que puede provocar un uso excesivo de servicios.

En verdad, los proveedores de salud están en mejores condiciones que los fondos de salud y aseguradoras en determinar las necesidades médicas reales de las personas. También están en mejores condiciones para determinar la cantidad y calidad de servicios que se requieren. Esta “*asimetría de información*”, que se aplica tanto al paciente como a los fondos de salud, puede determinar las opciones médicas, dejando a los equipos de salud en una posición en la que fácilmente pueden “*inducir la demanda*” de servicios de salud.

Los controles jerárquicos (top-down) de presupuesto han mostrado cierta capacidad para reducir el ritmo de crecimiento del gasto en salud, pero para que esto sea sustentable es necesario que se acompañe de reformas microeconómicas. Pueden lograrse significativas mejoras en términos de eficiencia y efectividad, modificando los incentivos que enfrentan los proveedores de servicios. Algunos desarrollos de política, en países en proceso de reforma, sugieren que el fortalecimiento del rol comprador de los fondos de salud, estableciendo contratos con una diversidad de proveedores competitivos, es un modelo prometedor. (Doctoeur and Oxley, 2003)

Por esta razón, los países de la OCDE aplican combinaciones de de aseguramiento y atención pública, con una regulación muy estricta de los mercados de aseguramiento y provisión de servicios de salud. En la práctica, los sectores públicos han tenido un rol dominante en el financiamiento, así como en la provisión de servicios. Sin embargo, las tasas de crecimiento del gasto en salud, durante las décadas del 60 y 70, se ubican

muchas veces por encima de las previsiones fiscales de los gobiernos. Controlar el crecimiento del gasto en salud se convierte en una preocupación omnipresente, comenzando a aplicar diversas medidas macroeconómicas. Pero esas medidas también ocasionan diversos problemas en cuanto al acceso a los servicios. Por esa razón, es que el enfoque pasa a concentrarse en identificar formas de proveer servicios de manera más eficiente. De alguna manera, el crecimiento del gasto en salud comienza a moderarse, aunque todavía continúa siendo un foco de preocupación para los países desarrollados.

El aumento del gasto no es problema para el sector salud, por que de alguna manera representa la democratización en el acceso, la mejora de la calidad de la atención y la respuesta frente a nuevos problemas de salud. Pero, para Docteur y Oxley (2003), los fallos de mercado señalados anteriormente, pueden estar significando un exceso de gasto, con resultados en salud que podrían haber sido logrados a menores niveles de gasto. En especial, los gobiernos mantienen su preocupación respecto a si los proveedores de servicios se están apropiando de niveles excesivos de recursos, mediante una provisión de servicios ineficiente, cuando no inefectiva. El statu quo en el sector salud puede estar bloqueando la implementación de nuevas, mejores y más eficientes formas de organizar la provisión de servicios de salud. Está claro que los incentivos mercantiles, las señales de los precios, no funcionan bien en el sector salud, ya que la demanda de servicios tiende a ser inelástica, y se pueden ocasionar impactos negativos muy severos en términos de acceso.

## **5.6. Las respuestas frente a las presiones estructurales**

Las reformas estructurales y organizacionales se aprecian tanto en los países basados en SHI como en los NHS. Se observan diversas iniciativas que tocan las estructuras de provisión de atención individual, clínica, así como los enfoques poblacionales de salud pública y los marcos para la acción intersectorial y su operación sobre los determinantes sociales de la salud.

En un reciente estudio, Mladovsky, P., et al (2012), se identifican diversas políticas dirigidas a promover los objetivos de los sistemas de salud, en un contexto de restricción económica creciente. El estudio se basa en una encuesta aplicada a XX países europeos, en la cual se les pregunta sobre las principales políticas implementadas para dar sustentabilidad al sistema de salud. En el cuadro siguiente hay un resumen de las políticas identificadas. (Mladovsky, P., et al, 2012: 28-29)

---

**Tabla 5.9.**  
**Políticas de salud frente a la restricción de recursos**

---

Aumentar el tamaño de los fondos de salud, para alcanzar una distribución equilibrada de los riesgos en salud (risk-pooling)

Fomentar la asignación y compra estratégica de servicios de salud, combinando el uso intensivo de contratos y de mecanismos de responsabilización

Desarrollar indicadores de calidad y mediciones de la experiencia de los pacientes respecto a los servicios de salud (por ejemplo, mediante encuestas), y otras formas de retroalimentación

Evaluación de Tecnologías de Salud como metodología que permita asistir el proceso de fijación de prioridades en salud, combinado con mecanismos de responsabilización, monitoreo y medidas de transparencia.

Control de las inversiones en el sector, especialmente en aquellas infraestructuras y equipamientos de alto costo

Medidas de Salud Públicas dirigidas a reducir la carga de enfermedad poblacional

Negociar y reducir los costos farmacéuticos, combinados con el uso de la evidencia de costo-efectividad y otras medidas para promover la prescripción y dispensación racional

Avanzar desde los modelos de internación prolongada, por ejemplo en las cirugías, hacia formas de coordinación y resolución en el día, con mecanismos de cuidados ambulatorios

Mayor coordinación en integración entre la atención del primer nivel y la de segundo nivel, así como la coordinación de la atención en salud y la atención social

Reducir los costos de administración, manteniendo y mejorando las capacidades de gestión del sistema de salud

Políticas Fiscales dirigidas a ampliar y fortalecer la base de recursos públicos del sistema

Medidas contracíclicas, que incluyan subsidios, para proteger el acceso y la protección financiera, especialmente entre la población de menores recursos y pacientes crónicos

---

Políticas activas de promoción de empleo y programas sociales para poblaciones en situación de riesgo

---

Fuente: elaborado en base a Mladovsky, P., et al, 2012

Muchos países enfrentan las restricciones económicas de una forma positiva, tratando de lograr mejoras en la eficiencia del sistema e incrementando la cobertura de las poblaciones vulnerables. Frente a la necesidad de recortar gastos, estos sistemas logran promover la eficiencia en el largo plazo, por que introducen mecanismos que apuntan a racionalizar el financiamiento y acceso a los servicios. Otros países han promovido políticas que afectan severamente los objetivos básicos de los sistemas de salud, impactando en: reducción de la cobertura de servicios de salud esenciales y de la población amparada, el incremento en los tiempos de espera de servicios básicos, la introducción de barreras al acceso mediante copagos, la reducción indiscriminada de salarios que redundan en desmotivación de los trabajadores de la salud, entre otros.

Similar postura es la que se puede extraer del reporte mundial de la salud de OMS (2010), dedicado al análisis de los mecanismos de financiamiento de los sistemas de salud que apuestan a la cobertura universal. Este informe identifica los principales problemas de eficiencia que enfrentan los sistemas de salud, y establecen recomendaciones frente a estos problemas. En la tabla siguiente hay una síntesis de los campos de intervención que destaca la OMS.



**Tabla 5.10**

**Fuentes de ineficiencia e intervenciones posibles en el sistema de salud**

<b>Problemas de eficiencia</b>	<b>Formas de intervención</b>
Medicamentos: bajo uso de genéricos, precios injustos, baja calidad, uso ineficaz	Mejorar práctica de prescripción, alentar la compra basada en la evaluación costo beneficio de alternativas. Transparencia en los procesos de adquisiciones. Bajar cargas impositivas. Controlar precios y ganancias excesivas de las empresas. Aplicar normas de calidad en producción. Separar prescripción de provisión. Regular actividades de promoción-publicidad.
Productos y servicios sanitarios: uso excesivo de equipos, procedimientos o investigaciones	Reformar sistemas de incentivos y pago; Implementar guías de práctica clínica
Personal: dotación inadecuada y poco motivada	Evaluación y Formación basada en la necesidad. Revisar política de remuneraciones, introducir pagos por desempeño. Incrementar flexibilidad y adaptabilidad al cambio de tareas.
Servicios sanitarios: admisiones y estancias hospitalarias no justificadas	Generar formas de cuidados alternativos. Cambiar incentivos a profesionales en hospitales. Ampliar información sobre prácticas eficientes de ingreso hospitalario.
Servicios sanitarios: subutilización de infraestructuras hospitalarias	Ajustar capacidad de gestión a la capacidad hospitalaria. Incrementar la tasa de ocupación, controlada por estadía.
Servicios sanitarios: el error médico y la baja calidad asistencial	Mejorar normas de higiene hospitalaria; mayor continuidad a la asistencia médica; auditorías clínicas; supervisar rendimiento hospitalario
Uso de recursos; derroche, corrupción y fraude	Mejorar la regulación, mecanismos de sanción efectivos. Transparencia. Promover códigos de conducta. Realizar seguimiento del gasto.
Intervenciones sanitarias: combinación ineficiente de actividades de prevención, promoción y tratamiento.	Evaluación periódica de los costos y el impacto de las intervenciones, tecnologías, medicamentos, etc.

Fuente: elaboración en base a OMS (2010), capítulo 4

El informe OMS (2010: 88-89), establece que entre 20 y 40% del gasto en salud se desperdicia debido a la ineficiencia del sistema. Esto nos indica que, si logramos mejorar la eficiencia, existe un margen relativamente amplio para mejorar la disponibilidad de recursos para el cuidado de la salud<sup>84</sup>. La ineficiencia puede provenir también de niveles de gasto insuficientes, como cuando las retribuciones no son adecuadas y promueven el multiempleo, la baja motivación y productividad de los trabajadores.

Otro enfoque, más sistemático, es el de Figueras, J., McKee, M., (2012: 209-247). Para estos autores, durante los años 80s comenzó un proceso de cambios en los sistemas de

<sup>84</sup> Según el mismo informe de la OMS, se estima que la corrupción es responsable de la pérdida anual del 10-25% del gasto anual público de los sistemas de salud, principalmente en las áreas vinculadas a la contratación (compra de insumos, medicamentos, equipos e infraestructuras). Solamente en los países desarrollados, el informe estima que el fraude y otras formas de abuso representan entre 12-23 mil millones de dólares de pérdidas al año. (OMS, 2010: 76-77)

salud europeos. Con el correr de los años, este proceso terminó por consolidarse como una corriente de cambio, con seis grandes canales de intervención.

Un primer canal consiste en la aplicación sistemática de la medicina basada en la evidencia. Este canal de reformas propone desarrollar esquemas que permitan evaluar la efectividad y la pertinencia de los procedimientos e intervenciones clínicas, además de los desarrollos organizacionales. Otro canal consiste en la aplicación sistemática de mecanismos basados en el Mercado, particularmente entre proveedores, enfatizando la competencia, reducción de costos, y la respuesta y satisfacción de las demandas de los usuarios

Una tercera línea de intervención consiste en la implementación de la gestión por Calidad Total, con aplicación de reingeniería de los procesos de producción de servicios, enfatizando la calidad de la atención, los resultados de salud y la seguridad del paciente.

Un cuarto canal de reformas apunta a la atención coordinada y el cambio del eje de la provisión. Mejorar la coordinación entre los cuidados agudos, primarios, cuidados domiciliarios, casas de salud, en respuesta a una población que envejece y en donde aumentan las ECNT. En ese proceso, se verifica un cambio de poder dentro del sistema, con un cambio de eje, desde las áreas de internación especializadas, hacia las arenas de atención primaria en salud. Un quinto canal de reformas implica el impulso a la Promoción en salud y Prevención de Enfermedades. Esto trata de reasignar recursos materiales y humanos, hacia actividades de control sobre las fuentes conductuales, organizacionales y sociales de la mala salud.

Por último, el sexto canal, consiste en el desarrollo y aplicación de las modernas Tecnologías de la Información (TIC) en el sector salud. Facilitar la digitalización de la información clínica, financiera y de gestión, para impulsar nuevas estrategias y diseños organizativos. Esto es un enfoque que facilita la implantación de las anteriores estrategias, además de alentar la calidad y la eficiencia.

Todos juntos, estos desarrollos clínicos, financieros y organizacionales, establecen un complejo patrón de políticas, y han remodelado el discurso político en los últimos veinte años. Cada vez más, los tomadores de decisiones deben gestionar un campo de decisiones multidimensional, con actividades que se generan a diversos niveles del sistema de salud, con herramientas de política diversas. El punto clave es identificar si estas políticas han mejorado la provisión de servicios, en cuanto a la eficiencia, eficacia, calidad y aceptabilidad de los servicios de salud.

En síntesis, las presiones para el cambio de los sistemas de salud son muy importantes. Muchas de esas presiones se relacionan con el cambio demográfico y epidemiológico que se aprecia en estas sociedades. En definitiva, los Estados de Bienestar y sus sistemas de salud han sido exitosos en la recomposición de la matriz de riesgos en las sociedades nacionales. Se impone pensar en nuevas formas de intervención colectiva frente al problema de salud-enfermedad.

## 5.7. Conclusión sobre Salud y Sistemas de Salud

En esta sección hemos mostrado cómo las sociedades organizan su forma de respuesta política a los problemas de salud de las poblaciones. También hemos marcado que esta acción no se limita al funcionamiento de los servicios de salud, ya que las políticas de bienestar que impactan en la estructura de desigualdad social tienen un impacto relevante. Pero resulta claro que en términos políticos la cuestión de la organización de los servicios de atención médica tiene una centralidad casi excluyente.

Los servicios de salud es el ámbito en el que se desempeñan los profesionales de la salud. La actividad de estos profesionales, muy en particular la Profesión Médica, resulta fundamental a la hora de definir aquellos estados que caracterizan el continuo salud-enfermedad. El médico define lo que es normal y anormal, en términos de salud de las poblaciones.

Los procesos históricos de construcción de sistemas de salud son muy diferentes. Pero podemos reconocer en dos grandes tendencias o modelos de organización, en lo que corresponde a estados capitalistas. Por un lado, la construcción de SHI, vinculados al desarrollo del trabajo asalariado, profundamente imbricados en las lógicas de desarrollo nacionales. Por otra parte, los NHS, como creaciones modernas y con una fuerte inspiración universalista. Los dos reflejan bien dos inspiraciones centrales de los estados de bienestar de los países europeos, socialdemócratas y conservadores (Esping-Andersen, G. 2000)

Estos dos modelos están sujetos a presiones enormes, que provienen fundamentalmente del cambio de la estructura demográfica y epidemiológica. La escalada de costos en estos dos sistemas SHI y NHS parecen ser inevitables. En el capítulo siguiente analizamos las diferentes formas de enfrentar las presiones al gasto en salud en casos nacionales seleccionados.

## **Capítulo 6. Transformaciones en las instituciones de salud de países desarrollados**

Esta sección analiza diferentes sistemas de salud de países desarrollados seleccionados. Estos casos representan a un conjunto de estados de bienestar maduros. Estos sistemas han logrado un grado de amplitud y de consistencia en sus compromisos para con las políticas de salud, determinando una arena de intereses específicos.

El objetivo de este análisis es el de conocer las diferentes mecanismos institucionales que estos países han diseñado para conducir sus sistemas de salud. El énfasis del análisis está en los mecanismos de asignación financiera, de control del gasto y de racionalización en las prestaciones de salud.

En términos polares, los casos seleccionados representan dos grandes familias de organización de los sistemas de protección social en salud, con mecanismos de financiamiento, provisión y conducción bien diferenciados. Estamos hablando de sistemas de tipo Seguro Social de Salud (Social Health Insurance, SHI) y Servicios Nacionales de Salud (National Health Services, NHS).

Seleccionamos a dos casos, como Alemania e Inglaterra, por ser representativos de la evolución de los modelos clásicos de SHI y NHS. En su desarrollo podemos comprender los diversos mecanismos implícitos en la lógica de funcionamiento de estos modelos históricos diferenciados. Interesa en particular analizar como estas familias de sistemas, los NHS y los SHI, han hecho frente a un cúmulo de problemas que emergen durante la década de los 70s en los países desarrollados.

Además de estos dos casos, el análisis se complementa con una mirada sobre otros casos pertenecientes a las familias de SHI y NHS: Suecia, Francia, Holanda, Italia y España. Estos casos aportan ejemplos de sistemas que evolucionan desde sistemas SHI hacia NHS (España e Italia), sistemas que se modernizan en sus rasgos básicos (Suecia NHS, Francia SHI) y el caso de Holanda, que representa un SHI que experimenta de manera intensiva con los mecanismos mercantiles competitivos. Como un caso contrastante, se agrega el sistema de salud de Estados Unidos de América, caracterizado como un sistema que privilegia los mecanismos de mercado.

En la sección siguiente tratamos los rasgos de los dos casos centrales. El objetivo es analizar su génesis, rasgos básicos, transformaciones vividas en las últimas décadas, y los mecanismos de conducción de los sistemas, en un marco de creciente complejidad y sofisticación de los sistemas de salud. Luego los casos de control, tratan de afirmar la tesis de la mayor complejidad de los modelos de sistemas, en la búsqueda de tratar de responder a demandas conflictivas: equidad y eficiencia.

El esquema analítico se basa en el modelo propuesto por OMS (2000), respecto a cómo se estructuran los sistemas de salud. Se presta particular atención a los rasgos definitorios de modelo (NHS o SHI), la estructura de gobernanza del sistema y las políticas que se han generado frente a un contexto global de “austeridad permanente”.

Las fuentes de análisis son los estudios de casos realizados por diversos observatorios de sistemas de salud. La información se ha complementado con la revisión de las

páginas web de los ministerios de salud de referencia, y las metodologías aplicadas por observatorios de sistemas de la salud (ver citas en Anexo 4). El año de corte para el análisis, ha sido en general el 2010, dependiendo de la disponibilidad de información.

## 6.1. Instituciones del Sistema de Salud en Alemania

Alemania es un país que tiene una extensión 357 mil kilómetros cuadrados, y una población de 82.5 millones. Alemania es un país industrializado, con un PBI per cápita que supera los 35 mil dólares PPA, y ocupa el lugar décimo dentro del ordenamiento de países según el Índice de Desarrollo Humano. Su expectativa de vida al nacer de 80 años, y una escolaridad promedio que supera los 12 años de educación (PNUD, 2010).

Es un estado federal, integrado por 16 estados (Landers) con sus propios arreglos constitucionales, que son compatibles con los principios republicanos, democráticos y sociales de la constitución nacional. Las funciones legislativas nacionales descansan en la Asamblea Federal (Bundestag) y el Consejo Federal (Bundesrat). La Asamblea Federal se renueva cada 4 años, y es responsable de elaborar la legislación nacional, designar al Jefe de Gobierno (Canciller) y controlar al gobierno. El consejo Federal está integrado por representantes de los estados, y tiene especial incidencia en aquellas leyes que afectan al funcionamiento de los estados<sup>85</sup>.

Tienen un Presidente, que es designado por voto de ambas cámaras. Es el responsable formal de firmar las leyes y de designar al Canciller y a los ministros que éste le proponga, además de ejercer el rol de Jefe de Estado.

El origen del sistema de salud se remonta a 1883, cuando se establece un sistema nacional obligatorio de aseguramiento en salud. Es la primera expresión en el mundo de organización del bienestar a nivel nacional. El actual sistema de salud se estructura en tres niveles de cobertura. El Seguro brinda cobertura aproximadamente a 87% de la población (dentro de los cuales el 77% es de afiliación obligatoria y un 10% de afiliación voluntaria). El 10% tiene aseguramiento privado, otro 2% tiene cobertura bajo esquema gubernamental y alrededor de 0,2% carece de aseguramiento (datos son de 2005).

En 1990 Alemania debió asumir el desafío de la reunificación con las dos Alemanias. En términos de sistema de salud, se impuso el modelo Bismarkiano de la parte occidental, suplantando al modelo socialista de la zona oriental, una variante de los modelos Shemasko, característicos de la era soviética<sup>86</sup>.

Una organización estatal federal, descentralizada, con delegación de funciones del sistema de salud en cuerpos corporativos no gubernamentales: Asociaciones de Médicos y Odontólogos representando a los proveedores, y las Asociaciones de los Fondos de Enfermedad en la parte “compradora” de servicios. El esquema se completa con los Hospitales, que no están regulados por ninguna institución corporativa legal, pero sí por organizaciones basadas en el derecho privado. Los actores se organizan a nivel Federal (nacional) y estadual (Land).

---

<sup>85</sup> Por ejemplo, asuntos financieros o poderes administrativos de los estados. En ese tipo de leyes se impone la búsqueda de acuerdos entre las dos cámaras, las cuales están integradas generalmente por diferentes mayorías partidarias. Los acuerdos se procesan a través del Comité de Mediación, un órgano integrado por 16 miembros de la Asamblea y otros 16 del Consejo Federal.

<sup>86</sup> En el capítulo 6 sobre de sistemas de salud se trata este caso, que constituye un antecedente y ejemplo de intervención estatal total en el sector salud, en el marco de una economía no capitalista, como era la URSS y sus países satélites.

Existe un fondo de compensación de riesgos entre los fondos, que les permite compensar las diferencias de Edad, Sexo y estatus Sanitario de los miembros. En 2001 se incorporó además un esquema de aseguramiento general para enfermedades de alto costo. En 2003 eso se complementa con la introducción de incentivos para la gestión de programas de atención de enfermedades crónicas. El pago de bolsillo se restringe al pago de Medicamentos y a los copagos por medicamentos prescritos; en 2004 se adicionan copagos para la atención ambulatoria.

Para la atención ambulatoria, las asociaciones de médicos negocian con los Fondos de Enfermedad y acuerdan el financiamiento de la población asistida. Las asociaciones distribuyen los fondos entre los GP y los Especialistas, en una base de pago por servicios (fee-for-service). La atención en salud ambulatoria se organiza a partir de GP y Especialistas contratados por los Fondos de manera privada. Los usuarios pueden elegir libremente Médicos, Psicoterapeutas, Odontólogos, Farmacéuticos y atención de Emergencia. No existe sistema de médico de referencia, aunque los GP se han visto reforzados en sus funciones de coordinación, y desde el año 2004 los Fondos están obligados a ofrecer ese sistema.

Los Hospitales son financiados en una base dual, en donde los 16 Estados (Lander) planifican las inversiones, y los Fondos de Salud se hacen cargo de los costos de funcionamiento y el mantenimiento. En 2004 se incorpora los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) como forma de pago prospectivo del gasto de funcionamiento de todos los hospitales. La excepción son los servicios psiquiátricos, que se mantienen en una base de pago por estadía (per-diem). La atención hospitalaria es provista por una mixtura de proveedores públicos y privados, en que el sector público da cuenta del 53% de las camas, el sector social 39% y el sector privado lucrativo un 8% (datos de 2001).

En términos comparativos, el sistema de salud tiene un alto nivel de gasto y de disponibilidad de recursos, con gran accesibilidad a servicios integrales. Las listas de espera y otros mecanismos de racionamiento de servicios, son prácticamente desconocidos. Sin embargo, no está claro si este alto gasto se traduce en asignaciones costo-efectivas. En los últimos tiempos se han introducido medidas para alinear el crecimiento del gasto en salud con el del PBI: topes al gasto presupuestal, precios de referencia, prescripción racional y copagos.

A pesar de los esfuerzos para contener el gasto en salud, los Fondos han tenido que aumentar sus cotizaciones sobre los salarios, desde un promedio de 12.4% en 1991, hasta un promedio de 14.3% en 2003. Esto es un problema que preocupa a la sociedad alemana, ya que impacta sobre los costos de contratación de trabajadores y sobre la competitividad del país en una economía globalizada. En la actualidad (2010) se discute respecto a la posibilidad de introducir el pago de una Prima (Flat-Rate Health Premium), a ser paga por toda la población asegurada, con apoyo fiscal a la población pobre. También se estudia extender el sistema basado en contribuciones a la población de empleados públicos y los trabajadores autónomos.

### **Desarrollo del Sistema de Salud alemán**

Caracterizado como el primer sistema de seguridad social en el mundo. En 1883, mediante una ley aprobada por el Parlamento alemán, se crea el seguro obligatorio de salud para ciertas categorías laborales en todo el país. En años posteriores también se

incorporarían otros beneficios adicionales, como accidentes de trabajo y discapacidad (1884), vejez y discapacidad (1889), desempleo (1927) y el cuidado de largo plazo (1994). En términos estructurales, el seguro social mantiene una continuidad histórica notable.

El seguro obligatorio de salud se basa en el principio de la solidaridad y el reparto (pay-as-you-go), y se construye sobre la base preexistente de diversos seguros sociales locales, voluntarios y obligatorios<sup>87</sup>. Los beneficios serían financiados por las contribuciones obligatorias, también las voluntarias, de patronos y trabajadores. Estructuras autónomas serían las responsables de establecer y administrar los beneficios, dentro del marco general establecido por la ley.

Las frecuentes crisis económicas, ocurridas durante el rápido proceso de industrialización, empeoraron las condiciones de vida de la creciente clase obrera urbana. La unificación de los estados alemanes se concreta en 1871, y es de notar que la creciente protesta social llevó a que en 1878 el gobierno prohibiera a las organizaciones socialistas y sindicales. Pero la represión demuestra no ser un mecanismo eficaz para moderar las protestas. El Canciller Bismarck propone en 1881 un esquema de tipo de servicio nacional de salud, pero enfrenta numerosas resistencias en los gobiernos estatales y en los intereses liberales y de la Iglesia de la época, opuestos al aumento de cargas impositivas y a la expansión del gobierno central.

La ley de 1883 surge como un compromiso entre esos intereses, con la oposición de partidos liberales de izquierda y socialdemócratas, que discrepan con la estrategia de “palos y zanahorias” que perciben en la ley impulsada por parte del gobierno central. El seguro es obligatorio para trabajadores de ciertas ramas, y se establece un tope legal de ingresos para el cálculo de ingresos de aportantes<sup>88</sup>. Los trabajadores debían pagar 2/3 de las contribuciones, los patronos el tercio restante. El estado no participa del financiamiento.

Trabajadores y patronos debían participar, en relación 2 a 1, en las asambleas y directorios que gobiernan los Fondos de administración sin fines de lucro. Los fondos son responsables de contratar a proveedores privados de servicios de salud. El gobierno nacional establece el marco regulatorio general y los estándares para el funcionamiento de los Fondos, los cuales son supervisados por los gobiernos estatales. La ley define el catálogo de prestaciones mínimos que los fondos están obligados a brindar. Los fondos pueden ampliar las prestaciones, y en los hechos han procesado una ampliación progresiva de prestaciones<sup>89</sup>.

Desde las primeras décadas de instalación del sistema, muchos trabajadores trataron de boicotear el sistema de Fondos bipartito, optando por el desarrollo de Fondos Substitutos financiados y gobernados por los trabajadores. A través de esta opción de

---

<sup>87</sup> En 1849 Prusia estableció un seguro obligatorio para los mineros, y también habilitó a las comunidades locales a que establecieran esquemas de contribución obrero-patronales para financiar protección social.

<sup>88</sup> Quienes están por encima de un cierto umbral de ingresos, quedan “liberados” de la aportación obligatoria al Fondo. Pueden integrarse en algún fondo de forma voluntaria, o procurar asistencia por alguna modalidad alternativa (pago directo, prepago).

<sup>89</sup> Durante el siglo XX, esta expansión es dinamizada por la presión que ejerce el estado para homogeneizar el nivel de prestaciones de los fondos, el peso de las decisiones judiciales, así como la incidencia de las asociaciones de profesionales de la salud y de diversos proveedores.



los Fondos Substitutos autónomos, gobernados por trabajadores, se canalizaría luego la incorporación de los trabajadores de cuello blanco. De manera temprana, en 1911, se introduce un marco regulatorio general para el control de estos diversos fondos.

Para el año 1885 ya existían alrededor de 19 mil fondos, que brindaban cobertura en un entorno de 10% de la población, algo así como el 22% de la población trabajadora. Para fines del siglo XX, la cobertura alcanzaba al 88% de la población, que se procesa por la ampliación del tope para ingreso obligatorio, incorporación de nuevos colectivos de trabajadores y ampliación hacia otros colectivos de beneficiarios (cónyuges, hijos, trabajo informal, desempleados, etc.).

La naturaleza de la administración de beneficios sufre una transformación importante, pasando de funciones de compensación de las pérdidas económicas generadas por la enfermedad (días de trabajo perdidos), hacia funciones más directamente relacionadas con la atención. El equilibrio entre transferencias económicas y provisión de servicios que realizan los Fondos cambia radicalmente: se pasa de una relación 2:1, a una relación 1:12 entre transferencias monetarias y provisión de servicios. (Reinhard Busse Annette Riesberg, 2004: 15-16)

Lo anterior refleja un cambio fundamental en cuanto a la concepción del propósito de los fondos. El equilibrio cambia, desde el énfasis en la recuperación de ingresos perdidos, hacia la recuperación de la salud. En esto tiene una incidencia determinante el fortalecimiento de la profesión médica, y su creciente hegemonía en los procesos de definición “científico-técnica” de los conceptos de salud y enfermedad. Resulta indudable que la profesión médica, a través de su capacidad de incidir en la percepción de necesidades sociales en salud, dinamiza el desarrollo de los fondos de salud.

De esta manera, el conflicto entre Fondos y Asociaciones de Médicos sería una nota distintiva en la evolución y desarrollo del sistema de salud. En particular, con los sectores médicos que se desempeñan en el sector ambulatorio, de manera autónoma y en base lucrativa. Ya en 1913 los médicos organizados nacionalmente logran imponerse a los fondos, y establecer como principio la negociación nacional entre fondos y asociaciones médicas a fin de establecer las remuneraciones.

Con la crisis económica mundial de 1930 se introducen transitoriamente copagos, para el acceso a medicamentos, dispositivos médicos y consultas médicas. Es una forma de paliar el déficit ocasionado por la caída de cotizaciones, y por la ampliación transitoria de beneficios a trabajadores desempleados. También se establece el monopolio de las asociaciones médicas para la atención ambulatoria, como contraparte de hacerse responsables de la atención de emergencia. Se prohíbe a los hospitales y servicios comunitarios de salud que realicen cuidados de atención ambulatoria, contraviniendo los derechos de los médicos que se desempeñan en el sector ambulatorio. Esto produce una fisura importante entre los servicios de atención de agudos y de atención ambulatoria, desarrollando marcos legales, organismos, y tradiciones diferenciadas. Esto se retroalimenta con las brechas entre la práctica pública y privada, y la práctica médica general y la especializada.

El período de post guerra estaría marcado por el esfuerzo de recuperación de las infraestructuras destruidas. Los socialdemócratas alemanes pugnan por la constitución de un Fondo de salud centralizado, que le permita fortalecer las negociaciones con los

diversos actores regionales (Proveedores y Profesionales). Pero se imponen los socialcristianos, en alianza con los sectores empresariales, de volver al sistema multifondo existente antes de la guerra<sup>90</sup>. Se da un proceso de crecimiento sistemático del gasto en salud durante todo ese período.

A partir de la década del '70, como un coletazo de la crisis del petróleo, se introduce la Ley de contención de costos en el Seguro de Salud, inaugurando una época del ajuste. El objetivo fundamental es mantener niveles aceptables de gasto y contribuciones, que no afectaran los costos laborales. Se comienza a imponer el control del gasto, la promoción de la competencia para alentar la eficiencia, tratando de preservar el acceso y la calidad de los servicios.

Según Busse, R. (2011: 62-64), el sistema de salud alemán ha introducido una serie de innovaciones importantes en esta última década. La ley de reforma de 2007 establece elementos que alientan la competencia entre los fondos de salud, fomentando la diversificación de sus servicios. Los Fondos introducen incentivos económicos, reducen los copagos para los pacientes que hacen uso de servicios preventivos de salud (por ejemplo, enrolándose en programa de gestión de pacientes crónicos). En 2009 se consolida el fondo central de reasignación de recursos, el cual asigna a cada Fondo cápitas ajustadas por riesgo, por cada uno de sus asegurados<sup>91</sup>. También en 2009 se introduce un ranking de casas de salud y de cuidados ambulatorios (Nursing Homes), que apuntan a establecer un ordenamiento en función de la calidad de las prestaciones de estos proveedores.

### **Instituciones de gobierno del sistema**

El gobierno federal, los gobiernos estatales y las asociaciones de la sociedad civil, comparten las responsabilidades de conducción del sistema de servicios de salud. El Estado delega buena parte de las competencias regulatorias en las organizaciones de proveedores y financiadores de servicios de salud, las cuales se autorregulan y tienen un estatus público cuasi-estatal. Estos actores definen, dentro del marco legal general, beneficios, precios y estándares para sus relaciones contractuales.

El Código Social Alemán, compendia en varios tomos toda la legislación en seguridad social, y marca las responsabilidades de varios ministerios en esta materia. El código referido a salud (Libro V) es responsabilidad del Ministerio de Salud desde 1991. Entre 1988-2003 el código del SHI ha sido modificado más de 100 veces.

El capítulo 1 del código de salud define los principios básicos del SHI. En el resto del libro se regulan temas como: afiliación obligatoria y voluntaria a los fondos; plan de beneficios de los Fondos; marco regulatorio para la negociación entre fondos y proveedores; consejos asesores para la evaluación del desarrollo de la atención; organización de los fondos y sus asociaciones; mecanismos de financiamiento y de compensación de riesgos entre fondos; organización y responsabilidades de los

---

<sup>90</sup> Durante la vigencia del régimen del Nacionalsocialismo (Nazis), la autorregulación característica de los Fondos se vio totalmente desdibujada por la intervención y el estricto contralor que se ejercía desde el Estado-Partido.

<sup>91</sup> Si la capita no cubre los costos, el Fondo está habilitado al cobro de una prima adicional a todos sus asegurados, para cubrir el déficit del fondo. (Busse et al, 2011: 63).

directorios de revisión médica; protección de la información; fiscalización de cumplimientos, sanciones y multas.

Estas reglas son establecidas legalmente por el gobierno federal, y el Ministerio de Salud federal es responsable de supervisar el funcionamiento de las asociaciones “pico” de profesionales, fondos de salud y los comités conjuntos. La supervisión del funcionamiento nacional de los fondos de salud, es responsabilidad de la Autoridad Federal de Aseguramiento, quien se encarga de determinar los mecanismos de ajuste y compensación de riesgo entre los fondos.

En 2004, con la puesta en funcionamiento de la ley de Modernización del Seguro Obligatorio, todos los comités existentes (referidos a la atención ambulatoria, hospitales, coordinación, entre otros temas), son unificados en el Comité Federal Conjunto (Federal Joint Comitee). El Comité esta integrado por nueve representantes de las asociaciones de fondos de salud, otros nueve representantes de grupos de proveedores (Médicos, Dentistas y Hospitales), dos miembros neutrales propuestos por cada parte. El Comité tiene un Presidente, que es un integrante neutral, pero con aceptación de las partes, que tiene voto decisivo en caso de no llegarse a acuerdos. Adicionalmente, existen nueve miembros adicionales que representan a las organizaciones acreditadas de pacientes, con derecho a voz, capacidad de proponer, pero sin voto<sup>92</sup>.

Las decisiones del Comité Federal Conjunto tienen valor obligatorio para los actores que integran el SHI, aunque pueden ser objetadas por el Ministerio de Salud. Refieren a temas como la cobertura de beneficios, adecuación, calidad y eficiencia en la provisión de servicios. Regulan la implementación de los derechos de acceso de los pacientes, de vigilar la correcta atención en salud. Otras directivas refieren a la planificación del desarrollo de capacidades, así como también la determinación de precios en el sector. Las decisiones del Comité pueden ser recurridas ante las Tribunales que entienden en temas de seguridad social (Social Courts). Las directivas son asesoradas por el Institute for Quality and Efficiency, y las decisiones en materia de tecnología son aplicadas por el Valuation Comitee.

El Comité Federal consta de cuatro subcomités que operan en diversas áreas regulatorias. El más importante, por el volumen de actividades asistenciales que comprende, es el de Atención Ambulatoria. También existe un comité referido a la atención odontológica, la atención hospitalaria, y sobre asuntos médicos, que se especializa en temas de calidad y seguridad de la atención.

El Comité Federal cuenta con el apoyo de dos importantes institutos. El Instituto para la Calidad y la Eficiencia (IQWiG), una fundación que tiene la responsabilidad legal de evaluar los medicamentos, desde el punto de vista de su efectividad y valor terapéutico. También cuenta con el Instituto para la Mejora de la Calidad Aplicada y la Investigación en Atención en Salud (Instituto AQUA).

Cuando los cuerpos corporativos, Fondos o Proveedores, incumplen con sus obligaciones legales, el Estado tiene la potestad de intervenir. Las acciones de intervención pueden abarcar desde la liberación de los acuerdos corporativos, que

---

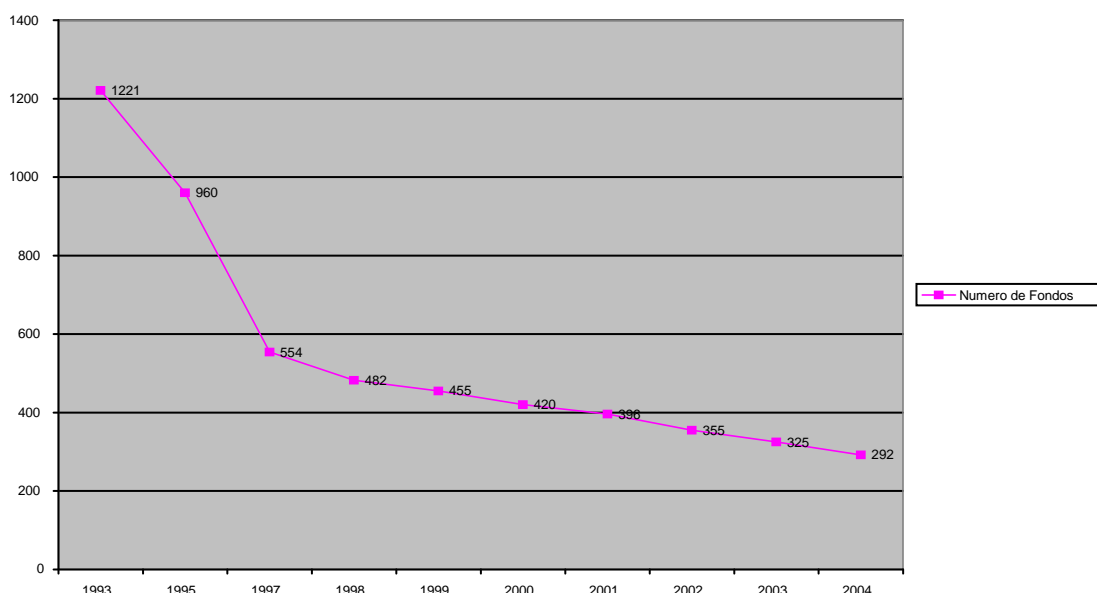
<sup>92</sup> En 2008 se modifica la composición numérica del Comité.

determinan obligación de llegar a acuerdos entre las partes respecto a precios y cantidades, hasta la intervención directa de delegados del gobierno en los cuerpos. A esto se agrega la incidencia de las Cortes Sociales, especializadas en la resolución de temas vinculados al SHI.

En los 90s se introdujo de manera generalizada la libertad para optar por Fondos de Salud<sup>93</sup>. Esto se genera con el propósito deliberado de favorecer la competencia entre los Fondos y alentar la eficiencia. Para facilitar esto, en 1994-1995 se crea un Esquema para la Compensación de Riesgos (RSC). El esquema busca ajustar el gasto entre diferentes Fondos, según la estructura diferencial de edad, sexo, discapacidad y capacidad contributiva de sus asociados. Este esquema de competencia entre fondos tuvo un efecto bastante directo en la reducción del su número (ver gráfico XX).

El RSC se financia con el 13,5% (2004) de las contribuciones de todos los afiliados a los Fondos de Salud, que luego se redistribuye a todos los fondos, de acuerdo a la estructura de riesgo de los afiliados a cada fondo. Para ello se considera el gasto asistencial en beneficios obligatorios, y se descuenta los gastos de administración y de beneficios adicionales (estimado en 10%). Se calcula un índice de necesidades por Fondo, en base a su gasto en servicios de salud esperado por grupo de edad. En función de ese índice se redistribuye. Se estima que el RSC ha tenido un efecto reductor en la variabilidad de las tasas de aportación a los fondos. El efecto reductor del RSC sobre el déficit de los Fondos, por redistribución pero también por reducción del número de fondos, ha contribuido a homogeneizar las tasas de cotización.

Gráfico 6.1. Alemania. Numero de Fondos de salud, 1993-2004



<sup>93</sup> Los trabajadores de cuello blanco, y quienes estaban por encima de un determinado nivel de ingreso, históricamente tenían la libertad para optar en su afiliación voluntaria.

En 2001 se introduce una corrección en el esquema de compensación de riesgos, que busca balancear las diferencias de morbilidad, la selección de riesgos, y para incentivar a los fondos a que brinden programas específicos de atención a sus pacientes crónicos asegurados. Se crean Programas para la Gestión de Enfermedades crónicas (DMP), en la cual se enrolan pacientes, que son tratados de manera diferencial en el esquema de compensación de riesgos. El Federal Joint Comitee es responsable de recomendar al Ministerio los programas a ser priorizados. La Autoridad Federal de Aseguramiento es la responsable de evaluar el funcionamiento de los DMP.

### **Conclusión: los desafíos actuales del Sistema de Salud**

El SHI alemán es un modelo en el mundo, por ser la primera experiencia histórica de un seguro obligatorio de salud en funcionamiento, y por su desempeño en términos de cobertura. Consta de un diseño institucional complejo, en el cual el path-dependence pesa mucho a la hora de asumir cualquier innovación. El Estado fija el marco legislativo general, y los Fondos de salud son los responsables de regular los mecanismos de financiamiento y provisión de servicios de salud, bajo una lógica de autorregulación.

Una ley de 1951 establece el status de actores colectivos autónomos para los principales intereses de la seguridad social, los cuales deben aplicar principalmente la autorregulación. Los Fondos regionales y federales son entidades públicas desde 1955. También lo son sus contrapartes, las asociaciones regionales y federales de Médicos, responsables de brindar asistencia ambulatoria, con un sistema de remuneración basado en el fee-for-service<sup>94</sup>. En el caso de la atención hospitalaria, las asociaciones de Hospitales se han mantenido como asociaciones privadas, aunque el Ministerio de Salud federal, recientemente, ha impulsado su constitución como cuerpo colectivo corporativo (con poco éxito).

En términos generales, el desarrollo del sistema de salud está muy asociado al modelo de protección social alemán. Los vínculos entre trabajo, crecimiento económico y políticas de redistribución social son muy fuertes. La estructuración productiva de la economía alemana, la creciente competencia internacional, son factores que pesan mucho a la hora de valorar el sistema de financiamiento en salud. El crecimiento de las tasas de contribución obrero-patronales, es visto como un problema de competitividad internacional del país.

Según Alber, J., citado por Wendt et al (2005), se constituye en el sistema de salud un “*sistema complejo de múltiple regulación*”, que se institucionaliza a través de la cooperación entre el gobierno (federal y estadual) y las organizaciones autorreguladas. Según este autor, ese complejo sistema regulatorio estableció mecanismos de amortiguación muy fuertes en el sector, moderando todo intento radical de reforma sectorial.

---

<sup>94</sup> Estas asociaciones han contado con el monopolio legal del acceso a la práctica asistencial ambulatoria. Son responsables de que los equipos médicos se ajusten a parámetros de calidad y eficiencia aceptables. En la década de los 60s la Corte federal estableció la imposibilidad de estas asociaciones de limitar el derecho a la práctica médica.

Resulta bastante claro que los sistemas de bienestar corporativos, como son los SHI, tienen una gran fortaleza institucional para resistir presiones y moderar el ritmo del cambio político. No obstante ello, a partir de las fuertes presiones económicas de los 90s, se comienza a percibir una nueva dinámica sectorial, en donde las negociaciones entre fondos y asociaciones cada vez más, ocurren a la sombra de la jerarquía estatal.

Ya sobre fines de los 80s, el gobierno federal venía tomado diversas iniciativas en materia de reformas del sistema, en su esfuerzo de controlar la escalada de gasto en salud. El gobierno federal ha reforzado la supervisión centralizada de los cuerpos corporativos con la finalidad de contener costes, pero sin aumentar las competencias del gobierno central. Se introducen además nuevos institutos, para asesorar en el proceso de elaboración de políticas y de incorporación tecnológica. Todo esto se ha procesado a través de la creación de nuevos comités conjuntos dentro del sistema auto-regulado<sup>95</sup>, con el fin de implementar las reformas del gobierno, en un proceso denominado de “autorregulación conjunta”<sup>96</sup>.

En síntesis, asistimos a la introducción de diversos mecanismos jerárquicos y de competencia en el SHI alemán, que vienen a incrustarse en la vieja estructura corporativa. Esos mecanismos buscan alentar la coordinación, eficacia y eficiencia de la política de salud, generando cierta “hibridación” del modelo clásico alemán. La sombra de la jerarquía sobrevuela el funcionamiento de este esquema corporativo.

---

<sup>95</sup> Integrados por las asociaciones federales de Fondos de Salud y de Profesionales de la Salud, en los hechos refuerza el papel de los Fondos en la implementación de medidas de contención de costes.

<sup>96</sup> El caso ejemplar es el “Joint Comitee”, descrito más arriba, que es un poderoso mecanismo de coordinación centralizada, con participación de todos los actores.

## 6.2. Instituciones del sistema de Salud en Inglaterra

Inglaterra es uno de los cuatro países que componen el Reino Unido de Gran Bretaña y Norte de Irlanda, junto con Escocia, Gales e Irlanda del Norte<sup>97</sup>. La población inglesa en 2009 se estima en 51.809.700, lo cual representa más del 80% de la población de Reino Unido, y se distribuye en un territorio de unos 244820 kilómetros cuadrados. La ciudad de Londres, con 7:75 millones de habitantes, es la más populosa de la Unión Europea.

Según el PNUD (2010), el Reino Unido ocupa el lugar 26 en el mundo, en términos de su Índice de Desarrollo Humano (IDH). La expectativa de vida al momento de nacer es de 79.8 años, la educación ronda los 9.5 años promedio, y el PBI per cápita asciende a 35.087 dólares PPA.

Es una monarquía constitucional, gobernada por un Parlamento conformado por dos Cámaras. La Cámara de los Comunes (House of Commons) se integra por los representantes electos democráticamente de 650 circunscripciones locales. Las elecciones se realizan al menos cada 5 años, sin una fecha fija, bajo el sistema electoral de mayoría simple en distritos uninominales (conocido como “first past the post system”). El Jefe de Gobierno es el líder de partido capaz de armar una mayoría de gobierno en la Cámara de los Comunes. La cabeza del Estado es el monarca hereditario, en este caso, desde 1952, la Reina Elizabeth II. La Cámara de los Lores (House of Lords) está compuesta por 629 Pares, 91 Pares hereditarios y 24 Clérigos<sup>98</sup>.

Inglaterra está dividida en 354 gobiernos locales, conocidos como Consejos o Autoridades Locales. Además, en Inglaterra y Gales hay unas 11 mil autoridades de ciudad, parroquia y comunidad, dirigidas por 20 mil concejales electos por elecciones cada 4 años. Estos Consejos intervienen en la organización de los servicios locales, y tienen un rol importante en los servicios sociales, de educación y recreación.

El Servicio Nacional de Salud (National Health Service, NHS), fue creado por ley en 1946. Desde su instauración, ha sido ejemplo de un servicio público que brinda cobertura integral y acceso universal a todos sus ciudadanos. El NHS se financia a través de impuestos generales (aproximadamente un 75% del NHS) y el seguro nacional de salud que pagan los empleados (20% del financiamiento del NHS). La provisión de servicios de salud se realiza mayormente a través de efectores públicos. La atención primaria, especializada y hospitalaria es sin costo en el momento de uso<sup>99</sup>.

La cima del sistema es el Departamento de Salud, responsable de la orientación general del NHS. Más recientemente, siguiendo la orientación de separación de función de compra y de provisión, las funciones de asignación de recursos y compra estratégica (purchasing) se han descentralizado en nuevos organismos dependientes del

---

<sup>97</sup> En 1998 se profundiza un proceso de devolución de competencias políticas desde el centro hacia los parlamentos locales de Escocia, Gales e Irlanda del Norte. De manera concomitante, los sistemas de salud locales, de base NHS, comienzan a experimentar diferentes líneas de reforma. En esta sección nos concentraremos en la experiencia de Inglaterra.

<sup>98</sup> En realidad, siguiendo a Lijphart (2000), el sistema inglés debería ser catalogado como unicameral, atendiendo al carácter ceremonial de la cámara de los Lores.

<sup>99</sup> Existen copagos para las prescripciones de medicamentos (tasa fija de unos 12 dólares por prescripción en 2011), la atención odontológica consta de un tope máximo anual de copagos. Hay una variedad de grupos poblacionales que están exentos del pago de tasas moderadoras.

Departamento de Salud: los Primary Care Trusts, (PCT). Estas organizaciones son responsables de comprar servicios para sus usuarios en un determinado territorio, a las diversas entidades (cuasi) autónomas que integran el sistema de salud. Las actividades de Salud Pública son efectuadas desde el nivel central, desde el Departamento de salud, y por las Autoridades Estratégicas de Salud (SHA) y los PCT.

Aunque los beneficios que ofrece el NHS son relativamente amplios, no existen definiciones taxativas de las prestaciones que integran la cobertura. El National Institute of Clinical Excellence (NICE) es responsable de establecer si un servicio es eficaz y si es costo-efectivo, recomendando su incorporación o exclusión de la canasta de servicios del NHS.

El presupuesto del NHS se establece cada tres años, por negociación entre la Tesorería y el Departamento de Salud. Los PCT son los responsables de asignar los recursos en el territorio (en poblaciones que rondan 250 mil), comprando servicios a los proveedores. El Departamento de Salud transfiere a los PCT cápitas ajustadas por riesgo.

Los Médicos Generalistas (General Practitioner, GP) son trabajadores independientes, reciben una paga basada en sistema capitado y un componente de cumplimiento de metas de calidad. Trabajan en Grupos de Prácticas, que reúnen en promedio a unos 3 GP. Los pacientes deben ser residentes del área, para poder registrarse en un GP, y cada médico registra un entorno de 1800 pacientes. Los GP actúan como gatekeepers, y su indicación es necesaria para acceder a consulta con especialistas.

Los Hospitales reciben financiamiento en base a contratos por actividad, el personal es asalariado en su mayoría. Los problemas de acceso, equidad y calidad son un tópico de importancia. Las listas de espera son una preocupación, y se establecieron toques de espera, transcurridos los cuales los pacientes pueden buscar atención en otros servicios, con cargo al NHS. La creación del NHS Foundation Trusts le da a los Hospitales mayor autonomía de gestión, responsabilidad financiera y libertades, para poder gestionar: listas de espera, mejoras en la calidad clínica de la atención, financiar staff necesario, fomentar la innovación y desarrollar la libertad de opción de los pacientes.

### **Desarrollo histórico del sistema**

La atención de salud en el siglo XIX dependía mayormente de Hospitales de Caridad y de los Hospitales Municipales administrados por los gobiernos locales. La atención ambulatoria era efectuada por médicos que ejercía su práctica privada en la comunidad. Existían algunos fondos mutuales de aseguramiento, basados en asociaciones de diverso tipo (friendly societies). La mayor parte de la atención médica era costada por los pacientes o por las donaciones que realizaban organizaciones caritativas (Hospitales).

Con la emergencia de los Sindicatos (Trade-Unions) y el surgimiento del Partido Laborista, sobre fines del siglo XIX se intensifica la presión social a favor de una intervención más decidida del estado en el establecimiento de servicios de educación, salud y bienestar. Como fuera descrito por Marshall, T.H (1991), la presión de la política democrática de masas impulsa la ampliación de los derechos sociales de la Ciudadanía.



Las contradicciones existentes entre los servicios de medicina preventiva y la ley de beneficencia de 1834, llevaron a que en 1905 se nombre una comisión parlamentaria para estudiar el asunto. En 1909 sus miembros publicaron dos informes, que disentían en puntos de trascendencia. El informe de la minoría, auspiciado fundamentalmente por socialistas como Beatrice Webb, proponía un servicio médico unificado, dirigido por un departamento nacional sanitario como parte de un sistema de seguridad social. El informe de la minoría era una fórmula muy similar que se impondría cuarenta años más tarde, conduciendo a la fundación del National Health Service. El informe de la mayoría era de carácter más ecléctico y condujo a la ley de 1911, que introdujo en Gran Bretaña un sistema de SHI (similar al prusiano de Krankenkassen). Otra recomendación de la comisión fue el de centralizar en un Ministerio los problemas asistenciales y preventivos dependientes de diferentes departamentos, así como todas las cuestiones relacionadas con la educación médica <sup>100</sup>.

La personalidad más destacada entre los que redactaron el informe de la mayoría en 1909 era William Beveridge (1879-1963). Es que desde 1915, además de las investigaciones realizadas por científicos sociales, aparecieron en Gran Bretaña numerosos trabajos sobre medicina social, bajo los auspicios del Consejo Británico de Investigación Médica. Las circunstancias creadas por la Segunda Guerra Mundial generarían posteriormente una ocasión favorable para emprender una reforma radical.

Como mencionamos anteriormente, el gobierno Liberal (1908-1914) establece un Seguro Obligatorio de Salud en 1911, a través de una Ley de Aseguramiento Nacional. El esquema se financia con aportes de trabajadores, empleadores y el Estado, y brindaba servicios gratuitos para atención ambulatoria (GP), prescripciones y tratamiento para la tuberculosis gratis. No cubría los servicios de internación, tampoco los partos, ni abarcaba a los dependientes del trabajador. De todas formas, se estima que un tercio de la población estaba amparada por este sistema.

Para fines de 1930 se podía percibir la necesidad de introducir nuevos cambios. Existían dos redes de Hospitales, los públicos y los voluntarios, que operaban de manera autónoma, sin ninguna clase de coordinación entre sí. Las barreras económicas para el acceso de los trabajadores, especialmente las mujeres, eran sustanciales. Los problemas de financiamiento eran crónicos.

En 1941 fue nombrado un nuevo comité bajo la presidencia de Beveridge, que al año siguiente presentó su célebre informe "Social Insurance and Allied Services" (Seguridad social y servicios afines). En él se proponía la creación de un National Health Service (Servicio Nacional de Salud), que "*...procurará asistencia preventiva y curativa completa a todo ciudadano sin excepción, sin límite de ingresos y sin barrera económica en cualquier aspecto que significaría entorpecerla*".

Con las recomendaciones del Informe Beveridge (1942), y tomando como base los desarrollos que habían tenido lugar durante la segunda guerra, el gobierno Laborista logra aprobar la ley de creación de Servicio Nacional de Salud (National Health Service, NHS) en 1946. Los primeros pacientes del NHS serían atendidos en 1948 por el servicio público de salud. Con el nuevo sistema público, los pacientes dejan de estar obligados a

---

<sup>100</sup> El Ministerio de Sanidad se crearía en 1919, siguiendo estas mismas orientaciones, y sería el primero de su especie en el mundo. (Rivett, G.C. 1998)

realizar cualquier tipo de pago en el momento de requerir atención, y se incorpora a la atención un importante número de personas que carecía hasta el momento de cobertura.

Según el historiador del NHS Rivett, G.C. (1998), la emergencia de un servicio como el NHS no tenía referencia histórica en el mundo, con la excepción de las experiencias del denominado socialismo real (URSS). Esta creación, en un país central capitalista, debe ser explicado por la convergencia de diversos factores. En primer lugar, una cierta consolidación de la visión de la salud como derecho, y no como un mero asunto de la caridad social. Esto coincidía con la existencia de una conciencia bipartidista respecto a la necesidad de reorganizar los servicios de salud, y las dificultades crónicas de financiamiento que enfrentaban los hospitales sin fines de lucro. A esto agregar la creación durante la segunda guerra de un servicio de emergencia médica, que había demostrado ser eficaz y eficiente, y que el propio efecto destructor de la guerra generaba condiciones para la introducción de cambios radicales, antes que simples ajustes incrementales. Todo esto se acompañaba además de una nueva visión en los jóvenes profesionales médicos, que creían en la factibilidad de organizar el sistema de una forma diferente<sup>101</sup>.

El NHS se organiza sobre la base de tres sectores proveedores de servicios. En primer lugar los Hospitales municipales y los sin fines de lucro, que se convierten en estatales, con personal asalariado. Los servicios son agrupados bajo catorce Directorios Regionales de Hospitales, que supervisan el funcionamiento de los comités que gestionan los servicios hospitalarios locales. En segundo término, los Médicos de Familia (GP), Odontólogos, Ópticos y Farmacéuticos, son contratados y pagos por honorarios, a través de un Consejo Ejecutivo. Los GP actúan como Gatekeepers del NHS, orientando la atención de los pacientes dentro del sistema, y a partir de 1955 se comienzan a organizar como grupos de práctica médica. En tercer término, las Autoridades Locales de Salud (Centros de Salud comunitarios), que centralizarían las actividades relativas a inmunizaciones, materno-infantil, control de infecciones y servicios de Enfermería de apoyo para los Médicos de Familia (GPs).

Previo a la introducción del NHS, el SHI de 1911 establecía que todos los trabajadores varones integrados al seguro, eran incorporados en los registros de un Médico General (GP). Dicho profesional recibía un pago capitado anual, mediante el cual se hacía responsable de la atención básica de estos trabajadores (la familia no estaba incluida). El NHS generaliza este modelo de atención médica a toda la población del Reino Unido en 1948. El GP se convierte además en la puerta de entrada hacia otros servicios, como el pago de subsidios por enfermedad, la atención con especialistas médicos y la internación hospitalaria.

De manera temprana, el SHI generó temores en los GP, en términos de que la autoridad estatal pudiera inmiscuirse en el campo de la autonomía profesional médica, afectando la relación médico-paciente. La British Medical Association logra que la ley del SHI de 1911 incorpore la creación de Comités Médicos Locales, que representan la opinión de los Médicos Generales locales, y que deben ser escuchados obligatoriamente por las autoridades del SHI. Este modelo de relación contractual entre el SHI y las agrupaciones de Médicos Generales (GP) funcionó razonablemente, por lo cual se

---

<sup>101</sup> Como parte de una historia de las ideas de la medicina, resultan particularmente interesantes e influyentes las publicaciones del Médico Suizo Paul Sigerist, que contribuye a fortalecer la legitimidad de sistemas estatales de salud, como el que existía en la URSS (Shemashko).

mantuvo en el nuevo NHS. Los Médicos Generales, a diferencia de los Médicos Especialistas, mantendrían su estatus de profesionales independientes, bajo régimen de contrato y no de asalariados. Sus organizaciones representativas serían las responsables de negociar las condiciones contractuales con el Departamento de Salud.

Entre 1950-1960s se produce una gran expansión del gasto del NHS, debido al aumento de la demanda y a la expansión de las inversiones para recuperar las infraestructuras sanitarias destruidas durante la segunda guerra. El desarrollo científico-técnico también presiona para realizar inversiones en el campo de la mejora de infraestructuras e incorporación tecnológica. En 1962 el gobierno lanza el Plan de desarrollo de Hospitales, que busca establecer a los Hospitales Generales de Distrito, para cubrir zonas geográficas con poblaciones de hasta 150 mil personas.

En 1968 se crea el Departamento de Salud y Seguridad Social, mediante fusión de los Ministerios de Salud y de Seguridad Social, bajo la Secretaría de Estado para Servicios Sociales. Pero, en 1988 el Departamento de Salud y Seguridad Social sería dividido nuevamente entre sus dos grandes funciones, creando un Departamento de Salud y un Departamento de Seguridad Social. El Departamento de Salud es hoy responsable de todos los asuntos relacionados con la salud y atención social de las personas (ancianos, discapacitados), incluyendo los temas de salud pública, ambiental y de alimentos.

A partir de 1974 se procesa una importante reorganización del NHS, bajo las directivas de una ley de reorganización (aprobada en 1973). Se integran los servicios de atención hospitalaria aguda, comunitaria y preventiva, bajo 90 **Autoridades de Salud de Área**<sup>102</sup>. También, *se crean 90 Comités de Práctica Familiar (Family Practitioner Committees), con la responsabilidad de contratar Médicos Generales (GPs), Odontólogos, Oftalmólogos y Farmacéuticos.* Los Directorios Regionales de Hospitales, que habían sido creados por la ley de 1946, son reemplazados por catorce **Autoridades Regionales de Salud**. También se inicia el desarrollo de metodologías para la asignación territorial de recursos, basados en necesidades de salud y no en patrones históricos de distribución presupuestal<sup>103</sup>.

Durante 1980-1990s, los gobiernos del partido Conservador introducen una serie de reformas, encaminadas a mejorar la eficiencia del NHS: programas para la mejora de costos, uso de indicadores de desempeño, mecanismos competitivos para la contratación de servicios de apoyo no clínicos en los hospitales (Limpieza, Lavandería), esquemas de recuperación de costos, etc. En 1980 se suprimen por ley las Autoridades de Área de Salud, creando 192 autoridades de salud de distrito y rompiendo el vínculo territorial con los gobiernos locales. Estas reformas tienen por objetivo flexibilizar la estructura burocrática tradicional, orientada por criterios de conducción jerárquicos y de controles procedimentales.

Se comienza a alentar de manera sistemática un enfoque Gerencialista en el NHS, que privilegia las habilidades para la gestión profesional de los servicios. Se cuestionan los métodos tradicionales de gestión, basados en el consenso multidisciplinario. Con la

---

<sup>102</sup> Las Autoridades de Salud de área coincidían con el área geográfica de las autoridades políticas locales.

<sup>103</sup> Se partía del reconocimiento de la desigual e injusta distribución territorial de los recursos del NHS, y para ello se creó un grupo de trabajo, el “*Resource Allocation Working Party*”, responsable del desarrollo de metodologías para la asignación financiera.

publicación del Informe Griffiths de 1982, se alienta el desarrollo de las capacidades de gestión, bajo la premisa de conducción y responsabilidades claramente identificadas, mayor flexibilidad en los equipos de salud y énfasis en el liderazgo.

Hasta 1990 el NHS sería un sistema integrado, en el cual no existía separación entre la función de compra y la de provisión. Las autoridades sanitarias dependientes del Departamento de Salud, eran responsables de determinados territorios y poblaciones, y percibían un presupuesto fijo para la atención de las necesidades de salud, en los hospitales que ellos administraban. El personal de los hospitales trabaja de manera asalariada. Los Médicos Generales (GP), no integran ese esquema, ya que operaban como proveedores independientes de servicios de atención primaria. Eran pagos a través de los Comités de Práctica Familiar, entidades separadas de la autoridad sanitaria.

Pero en 1990 ocurre un cambio fundamental, de la mano del gobierno Conservador. Se produce la separación de la función de compra, que queda en manos de las autoridades, de la función de provisión, que se le encarga a organizaciones semi-autónomas sin fines de lucro (los NHS Trusts). También se introducen como organizaciones proveedoras-compradoras los GP FundHolders, que pueden “adquirir” servicios de diagnóstico y tratamiento para sus pacientes<sup>104</sup>.

A pesar de los cambios introducidos, se mantiene la presión financiera sobre los servicios del NHS. En 1990, con la ley “NHS y Atención Comunitaria”, se produce la separación de las funciones de compra (commissioning) y provisión de servicios, introduciendo el concepto del **Mercado Interno**<sup>105</sup>. El cambio se procesa gradualmente, y las Autoridades de Salud de Distrito y los GP Fundholders (Administración de Fondos de Práctica Médica) se convierten en compradores de servicios. Las autoridades de distrito son responsables de contratar los servicios necesarios para su población de referencia geográfica. Los GP Fundholders permiten a los grupos de GP la libertad de contratar servicios adicionales para reforzar su atención, en el marco de un techo presupuestal definido.

Por el lado de la oferta, los servicios hospitalarios, comunitarios y de salud mental, se independizan del control directo de la autoridad sanitaria, convirtiéndose en NHS Trusts (Fideicomisos del NHS). Los NHS Trusts son los Proveedores, agencias semi-autónomas (son 57 en 1991), sin fines de lucro, pero que deben mostrar superávit en su administración, y amortizar financieramente el capital que se les asigna. Se establece una modalidad de relación contractual con los Purchasers del sistema, promoviendo la competencia en base a precio y calidad entre proveedores, con la finalidad de alentar la eficiencia.

En 1997, con la elección de un gobierno Laborista se inicia una nueva oleada de cambios en el NHS. En principio, la preocupación está en la reducción de las listas de espera del NHS. Después, con la publicación del documento blanco “El nuevo NHS: moderno y confiable”, se pudo apreciar los trazos de una estrategia amplia y profunda

---

<sup>104</sup> El sistema GP Fund será abolido en 1997 por el gobierno Laborista, pero se mantuvo el concepto de separación de compra y provisión de servicios

<sup>105</sup> Las orientaciones para la transformación ya habían sido establecidas en 1989, con el documento “Working for Patients”. El Mercado Interno apunta a enfrentar el crecimiento de las listas de espera, mejorar la sensibilidad de los servicios a las demandas de los usuarios, alentar la innovación y desafiar a las burocracias de los hospitales desde los servicios de salud comunitarios.

de reforma. Se mantiene la distinción entre las funciones de compra y provisión de servicios, pero se introducen nuevos actores. Las Autoridades Regionales de Salud son sustituidas por las SHA (Strategic Health Authority), las Autoridades de Salud de Distrito son suplantadas por las PCT (Primary Care Trusts, unos 200), y algunos NHS Trust logran todavía mayor autonomía respecto al Departamento de Salud convirtiéndose en Foundation Trusts (FTs).

El propósito del documento blanco laborista era el de desarmar el Mercado Interno. La crítica es que se destinaban demasiados recursos económicos en actividades de administración, que se fragmentaba la atención y distraída los recursos de las necesidades de la gente. Los Laboristas prometían una Atención Integrada, basada en la complementación, orientada por el Desempeño, por el logro de resultados. Rechaza el sistema de “Comando y Control” de 1970, pero también rechaza el sistema de “Mercado Interno” de 1990s.

Los PCT se convierten en los responsables de la provisión de atención primaria y la atención comunitaria, incluyendo en algunas áreas la atención mental, con autoridad para comisionar los servicios de atención secundaria que requiera la población de su área de referencia. Las SHA se encargan de supervisar a nivel local el cumplimiento los lineamientos nacionales establecidos por el Departamento de Salud. Se crean adicionalmente nuevas agencias reguladoras, el NICE y la CQC, con la responsabilidad de establecer estándares nacionales de funcionamiento.

Además de estas innovaciones, hay un involucramiento creciente del sector privado en el funcionamiento del NHS. Principalmente a través de las iniciativas público-privadas, mediante las cuales el Estado contrata a empresas privadas la construcción de infraestructuras de salud y la operación de las mismas por períodos de 30 años o más. Otra innovación laborista en el NHS es la creación de los “Independent Sector Treatment Centres” (ISTC), con el propósito principal de gestionar las listas de espera, a través de actores privados.

Las reformas conservadoras habían sido muy importantes, pero se podría decir que el sistema mantuvo ciertos rasgos básicos: financiamiento en base a impuestos generales, el sector público como principal proveedor y el gobierno con gran peso en la regulación. Es cierto que se expande la participación de la provisión privada. Pero el acceso a la atención ambulatoria siguió siendo responsabilidad de los GP. La distinción entre funciones de compra estratégica y provisión de servicios, introducido por los conservadores, será una transformación duradera en el NHS. Esta innovación sería profundizada por las administraciones laboristas.

Si bien los Laboristas modificaron algunas figuras del sistema, en los hechos mantuvieron los trazos del esquema de mercado interno con uso intensivo de contratos. El Departamento de Salud elimina el sistema de GP Fundholder en 1999, pero introduce la figura de Primary Care Groups (PCG), que operan como un subcomité de las autoridades locales del NHS, con presupuesto propio para adquirir. Los Primary Care Trusts (PCT) se crean en 2002, como grupos con estatuto propio, que reemplazarán a las autoridades locales en la administración de los procesos de compra. Para 2010 se reducen los PCT de 303 a 152, y las SHA pasan de 28 a 10.

---

**Tabla 6.1.**  
**Principales hitos en las Reformas Laboristas, 1997-2007**

---

1997. White Paper: “El nuevo NHS: Moderno, Confiable”. Se elimina el sistema de “mercado interno”, desmantelando los GP Fundholding.
1998. Se introduce el Esquema para la Evaluación del Desempeño en el NHS (NHS Performance Assesment Framework)
1999. Se crea el NICE. Se crea el CHI, la cual se transforma en la Comisión para la Mejora de la Atención en Salud, y que en 2009 se convierte en el CQC. Se publica el primer Marco Estratégico Nacional (NSF), en el marco de la salud mental.
2000. Se lanza el “Plan para el NHS” que define un fuerte incremento presupuestal, con foco en la expansión de las capacidades del NHS e incremento de staff, fijando metas cuantitativas asociadas al financiamiento adicional (e.g. reducción listas de espera). De manera simultánea, se estimula la participación del sector privado para gestionar las listas de espera.
2001. Se crea la Agencia de Modernización del NHS, con el propósito de modernizar y mejorar los resultados sanitarios y la satisfacción de los usuarios del NHS. En 2005 se transforma en el Instituto del NHS para la Innovación y el Mejoramiento (NHS Institute for Innovation and Improvement).
2002. Se crean las 28 SHA (su número se reduce a 10 en 2006). Se introducen los PCTs para que se hagan responsables de comisionar los servicios de salud locales. Se introduce y universaliza progresivamente la libertad de opción de hospitales. Se introducen centros autónomos para facilitar diagnósticos y cirugía electiva.
2003. La ley de Salud y Cuidado Social introduce una nueva forma de organización de los servicios hospitalarios, los FTs. Se introduce el PbR como forma de pago a los Hospitales.
2004. Se introducen los PBC para trabajar en conjunto con las funciones de comisionar de los PCTs. Legislación permite que compañías privadas brinden servicios de medicina general además de proveedores sin fines de lucro. Se publica el “NHS improvement Plan” con nuevas metas en materia de tiempos de espera.
2006. Se publican guías de orientación para el proceso de comisionar y de venta de servicios. Se publica “Our Health, Our Care, Our Say”, una estrategia para el traspaso de servicios hospitalarios hacia servicios comunitarios.
2007. Se establecen guías para la determinación conjunta de necesidades en salud de las autoridades sanitarias y las autoridades locales.
2010. Asume un nuevo gobierno con la alianza del partido Conservador y Demócrata. Se anuncia una nueva ola de cambios en el NHS. Se publica: *Equity and Excellence, liberating the NHS*.

---

Fuente: elaborado en base a Boyle, S., (2011)

## **La Gobernanza del NHS**

En el régimen parlamentario inglés, el Parlamento controla al Secretario de Estado en Salud. Los comités parlamentarios hacen seguimiento de la gestión en diversas áreas, e informan de manera periódica al pleno. La Comisión de Salud es la principal, pero importan también las de presupuesto, y de administración pública.

El Secretario de Estado para Salud es un parlamentario que integra el Gabinete del Primer Ministro. Cuenta con dos Ministros de Estado (funcionarios) que lo asisten en Salud y Cuidado Social, y dos Subsecretarios de Estado parlamentarios. El Departamento de Salud es dirigido por el Secretario de Estado en Salud, y el Secretario Permanente (funcionario). Tiene tres brazos: i) el Departamento de Estado con el

Secretario de Estado y el Secretario Permanente ; ii) la dirección del NHS encabezada por el Jefe Ejecutivo; ii) y el Oficial Médico Jefe que encabeza las políticas de salud pública, calidad clínica, protección y mejora de la salud, entre otros.

El NHS es dirigido por el Director Ejecutivo y el Secretariado Permanente. A nivel regional las SHA supervisan el funcionamiento de los servicios. El Departamento transfiere fondos a las PCT que son quienes comisionan los servicios a nivel regional para que se atienda a esas poblaciones. La atención primaria es provista por: GP practicantes, NHS directo, NHS walk-in-centre, Dentistas, Ópticos, Farmacéuticos. La atención secundaria es cubierta por Médicos Especialistas (consultantes), Nurses trabajando en Ambulatorios Trusts, NHS Trusts, Salud Mental Trust, y Trusts de Atención. (el capítulos 6 describe en profundidad a los proveedores).

Las Strategic Health Authorities (SHA) son creadas en 2002 para gestionar el NHS en nombre del Secretario de Estado. Son responsables de desarrollar los planes para mejorar los servicios a nivel local, promover servicios de alta calidad y de buen desempeño local, incrementar la capacidad local, asegurar que las prioridades nacionales estén incorporadas en los planes locales de salud (por ejemplo cáncer).

Los Primary Care Trusts (PCT): contratan los servicios para las poblaciones locales, desde NHS o el sector privado, también proveen algunos servicios directamente ellos. Controlan el 80% del presupuesto del NHS. Son controlados por los SHA, y rinden cuenta en última instancia ante el Secretario de Estado. Ellos trabajan con otras autoridades, otras organizaciones sociales y de salud para trabajar las necesidades de salud de su población de referencia.

Las Agencias ejecutivas del Departamento de Salud son unidades que tienen autonomía variable, dependen del Departamento o del Parlamento. Son responsables de regular el sistema de salud y de bienestar social y la fuerza de trabajo; establecen estándares nacionales y protección de pacientes y público; proveer servicios centrales al NHS. Hay 8 “autoridades sanitarias especiales”, que proveen servicios para todo el país y están bajo supervisión del Departamento. Su marco legal lo establece la sección 11 de la ley del NHS de 1977, y están reglamentados por “legislación secundaria” (decretos ministeriales).

El Departamento es asistido en la fijación y monitoreo de estándares y la regulación de servicios por una serie de agencias. Según Boyle (2010), en 2004 existían unos 38 organismos. Su número se ha reducido a través de diversas fusiones entre organismos, como forma de potenciar el funcionamiento y reducir costos. Dentro de las más importantes se destacan,

- i. Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE)
- ii. La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA)
- iii. La CQC (Care Quality Commission), fue creada en 2009 y es responsable de vigilar la mejora de la calidad del NHS, y de monitorear su performance.
- iv. La agencia Monitor es responsable de la regulación de los FT.
- v. La Autoridad sobre Litigios en el NHS (NHSLA)

El Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE), surge en 2005 por la fusión de dos agencias creadas en 1999 y 2000. Sus funciones son el desarrollo de guías en el campo de: Tecnologías de Salud, medicinas, tratamientos y procedimientos; Práctica Clínica en el NHS; Salud Pública, guiando y promoviendo prácticas para la salud y la prevención de enfermedad.

La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA), creada en 2001, promueve la seguridad y reducción de riesgos de la atención del paciente en el NHS. En 2005 también tomó la responsabilidad del Servicio Nacional de Evaluación clínica, el Comité Central de Ética de la Investigación, Seguridad de diseño de Hospitales, Higiene y Alimentos. Además conduce tres investigaciones confidenciales.

La Autoridad sobre Litigios en el NHS (NHSLA) fue creada en 1995 para dar cuenta de los procesos legales que se establecen contra los organismos integrantes del NHS. Se encarga de gestionar los Juicios por negligencia, establecer esquemas para la reducción de riesgos de demanda, mediar entre los PCT y los prestadores de salud, vigilar por el cumplimiento de las leyes de derechos humanos.

La Comisión de Calidad de la Atención (Care Quality Commission, CQC) es un organismo ejecutivo no departamental (no supervisión del Departamento de Salud). Opera como un regulador independiente de la atención social y de salud. Vigila la calidad de la atención en salud del sector público y privado, regula servicios y establece un ranking de servicios (estrellas).

El Monitor es el organismo ejecutivo que funciona como Regulador Independiente de los NHS Foundation Trusts (NHS-FT). Su responsabilidad es la de vigilar la fortaleza financiera y la gestión asistencial de los NHS-FT.

## **La dinámica del NHS**

Como ya hemos dicho, el NHS es comandado por el Departamento de Salud. El financiamiento de los servicios del NHS es determinado por la Secretaría de Estado en Salud (Ministerio), quien se encarga de negociar con la Tesorería el monto del gasto en salud y de rendir cuentas al Parlamento. El Departamento de Salud es quien fija los lineamientos de servicios de Salud, salud pública y atención social de adultos. El liderazgo del Departamento corresponde al Secretariado Permanente y al Jefe Ejecutivo.

El presupuesto del Departamento de Salud se calcula en base trienal, y se hacen revisiones cada dos años. El objetivo es darle estabilidad al presupuesto. El 80% del presupuesto del Departamento va a los PCT, quien contrata servicios con los proveedores del NHS. El PCT tiene una población asignada geográficamente, en el entorno de 340 mil personas. Cada PCT asigna su presupuesto a su criterio, sobre bases contractuales, y generalmente lo hace en base a criterios históricos. Tiene potestad para asignar su presupuesto sobre criterios diferentes, siempre y cuando se ajuste al plan operativo general del Departamento de Salud. El resto del presupuesto se distribuye centralmente, para la estructura central y la descentralizada de gobierno, para el sector social voluntario, y también para proyectos locales estratégicos.



El mecanismo de asignación de fondos del Departamento a los PCT es por “cápitas ajustadas” (sistema creado en 1976). Basado en las necesidades de salud, las cápitas se calculan para cada región de Inglaterra. Los PCT utilizan las cápitas para el pago de sus proveedores contratados. Originalmente el pago capitado se ajustaba según estructura de edad, costos de los insumos locales y tasas estandarizadas de mortalidad local. En la actualidad se incluyen otros factores, tales como: estatus salud poblacional, factores sociales e inequidades presentes. **La estructura de la cápita es la siguiente:** servicios de Salud Comunitarios y Hospitalarios (HCHS) 76%; Prescripciones 13%; Servicios Médicos Primarios (PMS) 11%.

La cápita incorpora ajuste por riesgo social y territorio. Se introduce un ajuste por los costos variables de la atención ambulatoria de emergencia (por ejemplo, índices de ruralidad). Para cada región, se estima el ajuste según: Necesidades en salud, según edad y factores determinantes de la necesidad; Inequidad en salud que impacta en la necesidad; factores de mercado que determinan costos ineludibles de pagar (MFF). Todo esto determina una cápita ajustada para cada PCT del país.

A nivel territorial, el Departamento de Salud opera a través de 10 SHA (SHA, Strategic Health Authority), que son responsables de asegurar la calidad y el desempeño de los sistemas de salud locales. La provisión de servicios se hace a través de 151 Primare Care Trusts (PCT), que cubren el territorio y poblaciones de no más 340 mil personas. Los PCT son monitoreados por los SHA, y rinden cuentas al Secretario de Salud.

Como ya vimos, esta organización territorial y especialización funcional tiene su historia en el NHS. En 1974 se crearon 90 Autoridades Sanitarias de Área, que integraron todos los servicios agudos, comunitarios y preventivos localizados en esas áreas. Se establecieron también 90 Comités de Práctica Familiar, responsables de contratar servicios de profesionales de salud. Los Directorios Regionales de Hospitales, creados en 1946, fueron sustituidos por 14 Autoridades Regionales de Salud. También se establece una comisión responsable de establecer nuevos, transparentes y más justos criterios para la asignación territorial de recursos basadas en necesidades y no en patrones históricos.

Durante 1980-1990s los Conservadores introdujeron cambios para fomentar la eficiencia en el NHS, creando los Mercados Internos, que separan la dirección de la provisión de servicios. Para ello crearon a las Autoridades Sanitarias de Distrito, y los Administradores de Fondos de Médicos Generales (GP Fundholders), responsables de la “compra de servicios” en el NHS. El primero es responsable de comprar servicios, el segundo es responsable de proveer servicios y también administra algunos fondos que les permiten comprar algunos servicios adicionales.

Desde 1997, el gobierno Laborista impulsó diversos cambios estructurales, de gestión y financieros en el NHS, que ha mostrado en diversos documentos blancos. Pero se mantiene la división comprador-proveedor. Las autoridades de distrito son suplantadas por las PCT, las autoridades regionales por la SHA, y a algunos NHS Trusts se les da mayor autonomía como FT (Foundation Trusts). Se crea el NICE y la CQC.

Dentro de los elementos de “privatización”, mencionar las Participaciones Público Privadas (PPP) que son concesiones a 30 años para la construcción de infraestructuras y la gestión de las mismas. También los Centros Sectoriales Independientes de

Tratamiento (ISTC, Independent Sectorial Treatment Centres), que trabajan en la reducción de las listas de espera. Las oportunidades para la participación de capital privado en el NHS no han disminuido bajo el Laborismo.

En 2001 se crea una Comisión de Designaciones (Appointments Commission), a fin de establecer un proceso independiente y transparente, basado en el mérito, para la designación de los gestores públicos. Es una comisión autónoma del Departamento de Salud, encargada de designar, establecer evaluaciones anuales y planes de capacitación. En 2006 se extiende su autoridad para la designación de todos los miembros del Departamento de Salud y las entidades integrantes del NHS.

Entonces, el sistema mantiene el carácter público del financiamiento y de la provisión, aunque haya crecido el sector privado. El estado es responsable de garantizar el acceso universal. El acceso a los servicios de complejidad, no urgentes, es controlado por los GP. Se mantiene la distinción introducida en los 90s entre la función de Compra y la de Provisión, aunque la orientación original hacia la competencia entre servicios se haya visto moderada.

### **Regulación de la función de compra**

Los PCT son los grandes administradores de los fondos NHS. Ellos comisionan los servicios de atención primaria con diversos efectores: médicos, oftálmicos, odontológicos, servicios agudos y comunitarios de salud. También proveen servicios comunitarios directos, a través de las Nurses de Distrito. Son monitorados y controlados localmente por los SHA, que dependen del Departamento de Salud.

Los PCT cuentan con un directorio integrados por un Presidente (Chairman) y Miembros no Ejecutivos, la mitad (7 o menos, no pueden superar al número de los no-ejecutivos) son Funcionarios (Officials) del PCT. En total, el Directorio tiene 14 miembros, más el Chairman. Los miembros ejecutivos son los siguientes: el Jefe Ejecutivo, el Director de Finanzas, el Presidente del “Comité Ejecutivo Profesional” y el Director de Salud Pública. Adicionalmente, el Presidente del PCT puede nombrar entre 1 y 3 miembros adicionales, a partir de las propuestas de candidatos que le realice el “Comité Ejecutivo Profesional”.

El Comité Ejecutivo Profesional es quien asiste al PCT en el ejercicio de sus funciones, en el desarrollo de sus políticas y estrategias, y en el desarrollo y monitoreo de la Gobernanza clínica y de estándares de calidad. El PCT designa al comité, que tiene máximo 18 miembros, de los cuales 1 GP, 1 Nurse, 1 Profesional de la salud. Dentro de los miembros debe estar el Jefe Ejecutivo, el director de Finanzas, entre otros.

En el plano de comisionar servicios, los PCT fijan sus prioridades en acuerdo con las comunidades locales y sus organizaciones asociadas (NHS y proveedores independientes, más autoridades locales). El PCT fija su marco de comisionar y proveer servicios, en acuerdo con el marco general que le brinda el Departamento de salud. El PCT asigna sus recursos de acuerdo a las guías que establece el NICE en materia tecnológica, y en acuerdo con el National Services Framework.

Los PCT establecen contratos con una variedad de proveedores, que aseguran la asistencia en el territorio. Los PCT deben asegurar procedimientos justos, transparentes, competitivos, en la adquisición de servicios clínicos. En caso de disputas, se recurre a la mediación del SHA.

También participa el CQC en la evaluación del ajuste a los estándares nacionales en materia de servicios. Esos estándares de calidad se acuerdan con el Departamento de Salud, y el CQC se encarga de vigilar su cumplimiento, mediante un sistema de monitoreo denominado “SIGNOS VITALES”.

Para servicios de alta especialidad y baja frecuencia, existen en 10 regiones del país Grupos Especializados en Comisionar servicios (Specialized Commissioning Groups), que se encargan de asignar servicios. Para el caso de prestaciones de muy alta especialidad, existe un Grupo Nacional para el Comisionamiento (National Commissioning Group).

El Grupo nacional administra más de 38 prestaciones de complejidad, incluido los trasplantes de corazón, pulmón e hígado, además de la cirugía craneofacial.

### **Participación social en el NHS**

Se introduce en 1974 con la creación de los Consejos Comunitarios de Salud. Responsables de monitorear los servicios, inspeccionar los servicios, y asistir a los usuarios cuando tienen una queja. Los consejos fueron eliminados por una ley de 2001 (desaparecen en 2003). Las funciones de estos consejos son sustituidos por 4 organismos: “Foros de involucramiento público y de pacientes”.

Los Foros se eliminaron en 2007, para crearse las “Redes de Involucramiento Local”. Coinciden con las áreas geográficas de las Autoridades Locales, lo cual mejora la coordinación (de los servicios sociales). El financiamiento es central, pero se canaliza por las autoridades locales, quienes garantizan el funcionamiento. La membresía es voluntaria, sobre la base de individuos, grupos u organizaciones interesados. Existe una organización local que es financiada por la Autoridad Local. Procuran involucrar a la sociedad local en la supervisión de los servicios sociales y de salud, investigan sobre las opiniones de la gente, vigilan el funcionamiento de los servicios, etc.

### **Conclusión: un sistema bajo cambio constante**

El NHS inglés es un modelo de referencia en el mundo. Aunque el sistema ha cambiado mucho en estos últimos 30 años, podemos decir que buena parte de los rasgos básicos se mantienen. Como novedades que han venido para quedarse, mencionar la especialización de funciones de Rectoría, Financiamiento y Provisión. También la emergencia de nuevas agencias reguladoras, dirigidas al control de los mecanismos competitivos y la participación privada.

Con la asunción del nuevo gobierno liderado por el Primer Ministro David Cameron, se anuncian una serie de cambios en el NHS. En el documento “*Equity and Excellence, liberating the NHS*”, se establecen las orientaciones principales para la gestión del

Departamento de Salud. Se espera que muchas de esas reformas tengan su trámite parlamentario, y que las reformas del NHS se plasmen durante 2012-2014.

El gobierno de coalición Conservadora-Demócrata se propone eliminar las Autoridades Estratégicas de Salud y los Primary Care Trusts, sustituyéndolas por un organismo independiente, responsable del comisionado de servicios dentro del sistema (NHS Commissioning Board). El secretario de estado en salud será el responsable de establecer el marco general de resultados esperados para el NHS, que servirá como guía para este organismo. Las actividades de comisionar servicios serán delegadas en grupos clínicos locales, integrados mayormente por GP.

Se procurará expandir el campo de elección de los usuarios de servicios de salud. Para ello se promoverá la publicación de información respecto a los niveles de efectividad clínica, seguridad y satisfacción de los usuarios respecto a los proveedores de salud. Todos los NHS Trusts se convertirán en Foundations Trusts en los próximos años. El organismo Monitor será responsable de la regulación económica de los proveedores, y establecerá las tarifas de los servicios en conjunto con el NHS Commissioning Board.

### **6.3. Suecia: equidad ante todo, pero con eficiencia**

El NHS sueco brinda cobertura a todos los residentes, y se financia con impuestos generales. Los seguros voluntarios tienen una presencia muy reducida, y proveen servicios suplementarios a la oferta pública.

Suecia es una Monarquía parlamentaria, en la cual el Rey es un simbólico Jefe de Estado. Cuenta con tres niveles territoriales de gobierno, que son independientes, y se renuevan por elecciones cada cuatro años. A nivel Nacional los suecos son representados por el Gobierno, por el Riksdag, que consta de 349 bancas. El Riksdag es quien selecciona al Primer Ministro, quien es responsable de armar el gobierno, integrado por los ministerios y unas 300 agencias centrales de gobierno.

El nivel regional se compone por 18 Condados, 2 Regiones y 1 consejo Municipal que no depende de ningún condado y son responsables de proveer servicios de salud. Las responsabilidades políticas son desempeñadas por los Consejos Condales y por los Directorios Administrativos de los consejos. Las responsabilidades de salud, atención en salud y atención dental, son muy importantes para los Condados. Para ello recaudan impuestos, a fin de financiar los servicios. También se valen de transferencias del gobierno, subvenciones y cobro de honorarios profesionales por servicios.

A nivel local, tiene 290 Municipios, que son electos localmente. En las elecciones se elige una Asamblea, que después designa el Directorio Ejecutivo Municipal. Dentro de los temas de relevancia, se cuenta el cuidado de Ancianos y Niños, caminería, saneamiento, agua, educación. Para ello pueden recaudar impuestos de manera directa. Son independientes de los Condados.

En síntesis, el sistema de salud es público y está organizado en tres niveles: Nacional, Regional (21 condados) y Local (290 Municipios). El Ministerio de Salud y Asuntos Sociales es responsable del funcionamiento global del sistema. El Directorio Nacional de Salud y Bienestar es la agencia gubernamental responsable del asesoramiento y la supervisión de los servicios de salud y sociales.

Los Consejos Condales financian y organizan la provisión de servicios a nivel regional. Los Condados se dividen en Distritos de Salud, que consisten de un Hospital y varias Unidades de Atención Primaria en Salud. Las unidades de Atención Primaria se dividen en distritos territoriales. Los 21 condados se organizan en 6 Regiones, con el fin de facilitar la cooperación de los servicios terciarios.

En el nivel local, los Municipios financian y proveen servicios de atención social. Estos incluyen: cuidado infantil, salud escolar, cuidado de ancianos, discapacitados y pacientes psiquiátricos crónicos. Ellos operan los servicios públicos de las Nursing Home y las Home Care Services.

Cada condado y municipalidad aplican impuestos proporcionales a sus residentes. Además, el gobierno central aporta transferencias para financiar salud. Los usuarios también aportan copagos. No está definido un plan básico de salud o de medicamentos. La Atención Primaria (AP) resuelve todos los problemas que no requieran internación.

Los GP son los responsables de brindar AP, pero cada condado define como se proveen los servicios. Los profesionales de la salud son empleados públicos asalariados.

La asignación de recursos se realiza desde los Condados, quienes en términos generales asignan partidas globales para su administración en los “distritos sanitarios”. También se combinan criterios de asignación per cápita. El grueso de los servicios se concentra en los hospitales. Suecia se divide en 6 grandes regiones de atención médica, dentro de las cuales los condados se organizan para cooperar y brindar la atención terciaria. Durante los 90s se implementaron diversas reformas que establecieron pagos por utilización de servicios a los pacientes. Durante 2002 se introdujeron reformas en el campo de los beneficios por medicamentos y atención odontológica.

Los mecanismos de asignación de recursos varían según condado. La mayoría de ellos transfiere partidas globales a sus distritos de salud. Algunos condados han introducido esquemas de separación comprador-proveedor. Para la atención somática, de corto plazo, se han introducido los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) como sistema de pago. Los trabajadores de salud son empleados públicos. En el caso de los Médicos, reciben un pago salarial, y desde los 90s también una capitación.

Los servicios de Atención Primaria brindan servicios de atención básicos y prevención, a través de centros locales de salud y los servicios externos de salud de los Hospitales y de clínicas privada. Los médicos de los centros están entrenados en Medicina General, actúan como Gatekeepers, orientando a los pacientes por el sistema.

El sistema ha experimentado grandes cambios, especialmente en los 90s. Desde los 70s empieza el proceso de descentralización de los servicios de salud hacia los niveles condales. Se introducen nuevos esquemas organizativos y de gestión, especialmente con la introducción de esquemas de mercado interno sobre fines de los 80s, con el objetivo de contener costos. La reforma DAGMAR de 1985 transfirió desde la Agencia Sueca de Seguridad Social a los Condados la responsabilidad de financiar los servicios ambulatorios públicos y privados. La reforma ADEL de 1992 transfirió los cuidados de ancianos y dependientes desde los Condados a los Municipios.

Se estima que esas reformas han provocado aumentos de productividad y contención de costos. Esto, además, en un marco de un sistema con buenos resultados en salud. Sin embargo, se mantiene como un problema la coordinación general de un sistema que se fragmenta en cuanto a su Gobernanza y Provisión de servicios, que dificulta la coordinación de los diferentes niveles y actores del sistema, con una mirada global. A partir del año 2000, comienza a recentralizarse la atención Especializada y de Emergencia, como forma de racionalizar y contener costos.

### **Desarrollo del NHS sueco**

En el siglo XVII las ciudades contrataban a médicos para dar servicios. Para las áreas rurales el gobierno contrataba para brindar servicios de atención básica a la mayoría de la población. En 1752 se crea el primer hospital en Stockolmo.

En 1862 se establecen los Consejos Condales, y empiezan a desarrollar progresivamente, a lo largo de las primeras décadas del siglo XX, la atención en salud

como una de sus funciones principales. Pero la atención ambulatoria es brindada por médicos, en su mayoría a través de la práctica privada.

En 1946 se aprueba la ley de Seguro Nacional de Salud, con destino a financiar el reembolso de los gastos en consultas médicas y en medicinas prescritas. Por dificultades financieras, la ley recién se empezaría a aplicar en 1955.

En 1968 se fusiona el Royal Medical Board con el Royal Board of Welfare, para formar el National Board of Health and Welfare, que supervise el área al día de hoy. Es la agencia central del gobierno para la supervisión y el asesoramiento. También elaboran las estadísticas nacionales en salud y sociales. En 1971 se crea la National Corporation of Swedish Pharmacies, y se nacionaliza la distribución de medicamentos.

En 1970 los servicios de salud ambulatorios de los hospitales son asumidos por los Condados. Los pacientes pagan a los Condados una suma muy reducida por cada consulta ambulatoria en los hospitales, y el Seguro Nacional de Salud paga el resto del costo a los Condados. Durante 1980 el planeamiento de los servicios también es descentralizado hacia los Condados.

En 1985 se produce una reforma del Seguro de Salud, la reforma DAGMAR. Se dejan de transferir los reembolsos a los Consejos Condales por concepto de consultas ambulatorias (en base a una tarifa por consulta). Se establece un sistema capitado, ajustado por necesidades en salud. Se establece un control, ajustando las transferencias al sector privado proveedor, de acuerdo a lo que era el gasto histórico. En 2002 se crea el Pharmaceutical Benefits Board (LFN), responsable de establecer una política de medicamentos más eficiente.

### **Esquema organizativo**

La responsabilidad global de funcionamiento del sistema de atención en salud recae en el **Ministerio de Salud y Asuntos Sociales**. El Ministerio es responsable de legislar y de establecer regulaciones en los condados.

El Ministro de Salud y Asuntos Sociales es responsable por desarrollos como atención en salud, salud pública, seguridad social y políticas sociales. El ministerio establece orientaciones generales para el trabajo, prepara los proyectos de ley y regulaciones sectoriales. El Directorio Nacional de salud y bienestar es responsable del seguimiento y evaluación de que los servicios sociales y de salud, y que éstos se ajusten a las orientaciones generales, además de regular la calidad de los procesos de trabajo.

El **Directorio Nacional de Salud y Bienestar** es una entidad semi-independiente, con potestad de supervisión sobre los Consejos Condales, es la Agencia Central del Gobierno para el asesoramiento y la supervisión del funcionamiento de los servicios sociales y de salud. Su función más importante es la de dar seguimiento a la implementación de los servicios de salud, verificando que los mismos se ajusten a las políticas nacionales. El directorio es productor de estadísticas en materia de salud y servicios de salud. En el Directorio se encuentra el **Centro de Epidemiología**, que investiga, analiza y reporta eventos sanitarios.

El Directorio Nacional es responsable de supervisar la provisión de servicios personales de salud. También es quien licencia a los profesionales de salud (Médicos, Dentistas, otros). Es el punto de referencia de la UE a la hora de establecer las reválidas y habilitaciones de profesionales de la comunidad europea en Suecia.

El Ministerio y el Directorio Nacional interactúan con otras agencias públicas que intervienen en la política de salud. El Directorio de la Responsabilidad Médica (HSAN), la Agencia de Productos Médicos (MPA), el Consejo Sueco para la Evaluación de Tecnologías para la Atención en Salud (SBU), el Directorio para Beneficios Farmaceuticos (LFN), y el Instituto Nacional de Salud Pública.

De acuerdo a la ley de salud, el sistema brinda atención a todos los residentes. Son servicios altamente subsidiados, y muchos de ellos libres de cargos. El gobierno nacional realiza transferencias para garantizar volumen y calidad de los servicios brindados por todos los condados y municipios.

El financiamiento y provisión de los servicios está integrado, en la figura de los Consejos Condales, que son quienes financian y organizan la atención médica. Los Consejos autorizan el ejercicio de los Médicos Generales, en el sentido de que una vez aprobada su instalación, también se aprueba el reembolso por sus servicios. El consejo no puede prohibir la instalación de prestadores privados, pero su rol en aprobar el reembolso es determinante. Estos acuerdos entre los Condados y los proveedores privados se establecen a través de compra con llamado público.

Los seguros suplementarios son una realidad creciente, aunque muy reducida (2,3% población en 2004), permiten facilitar el acceso a especialistas en modalidad ambulatoria, y en algunos casos facilitar el acceso a tratamientos electivos.

Los Condados son los responsables de brindar atención en salud, desde la atención primaria hasta la hospitalaria. El Directorio Ejecutivo del Condado, o el directorio electo del hospital, es el responsable de organizar la gestión de los establecimientos. El personal ejecutivo es responsable de que funcione eficazmente. Los condados están agrupados en seis regiones a los fines de coordinar mejor la atención terciaria, con una población de referencia de al menos 1 millón de personas.

La provisión de atención en salud, dental y atención a los ancianos está descentralizada en condados y municipios. El gobierno establece los principios generales de funcionamiento, a través de legislación y recomendaciones. Desde los 90s el gobierno ha impulsado programas nacionales focalizados en determinados problemas, asociados a financiamiento central, tales como: atención primaria, psiquiatría, atención discapacitados psiquiátricos. La ley de 1982 establece las responsabilidades de los Consejos Condales de planear y organizar los servicios de salud de su territorio. El cuidado de Ancianos y discapacitados está organizado por una ley de 1980 que asigna responsabilidad a los municipios. Una ley de 1985 regula la atención en salud dental.

Por ley de 1982, los Condados están obligados a garantizar el acceso a la atención en salud de su población. Los Condados regulan la atención de los PROVEEDORES PRIVADOS. El proveedor privado debe tener un acuerdo con el Condado, para que sus servicios puedan ser reembolsados por la Seguridad Social. Los condados regulan la práctica privada, el número de pacientes que pueden atender, y las tarifas. Si el



proveedor no se ajusta a la regulación del condado, entonces el seguro no le reembolsa por prestación, y el usuario debe pagar todo el servicio.

Las áreas de atención primaria en salud coinciden con los Municipios, y cada área contiene uno o más centros de salud. Los municipios son responsables de la atención de largo plazo de los Ancianos, los Discapacitados y los enfermos mentales crónicos.

Dentro de los Condados se generan Distritos Sanitarios, dentro de los cuales se establecen autoridades para la administración de salud. En los 80s se introdujo el concepto de presupuesto global, donde el Condado asigna los bloques entre diferentes distritos, y cada uno se encarga de administrar su presupuesto global. La responsabilidad financiera está descentralizada en los departamentos hospitalarios, y centros de salud de primer nivel. Los profesionales de los departamentos son responsables de los costos, los técnicos asumen responsabilidades en el planeamiento y los políticos enfoque sobre la supervisión global.

La introducción de Presupuestos globales y centros de costos, no fueron suficientes para alentar la eficiencia y el control de costos. Se percibe que hay una baja productividad asistencial. Sobre fines de los 80s la gestión por centro de costos comienza a ser reemplazada por pagos prospectivos por caso, reemplazando los presupuestos por actividad. Al día de hoy (2010), la mitad de los centros de salud todavía cobran presupuestos globales, otros se mueven hacia pago por caso con topes de pago para algunos servicios hospitalarios, y finalmente otros avanzan hacia sistemas capitados.

La mayoría de las instalaciones son públicas, hay pocos hospitales privados en Suecia, aunque el número de GP Privados y centros privados es variable según condados. En algunas zonas urbanas, puede llegar a 60% el número de médicos de atención primaria privada. Lo mismo ocurre con los servicios de atención de ancianos (Nursing Homes), que pasa de un 5 a un 10% de proveedores privados a los municipios, entre 1994-2002.

Los tratamientos electivos son un problema por las largas listas de espera. En 1992 se estableció un sistema de garantía para 12 tratamientos seleccionados, que establece un límite de espera de 3 meses. Si se supera ese tiempo en el Condado, entonces el paciente tiene derecho a recibir tratamiento en otro Hospital Condal o en un centro privado. El problema de las listas de espera ha generado cierta presión a la expansión de seguros voluntarios en Suecia.

En 2005 se establece un nuevo sistema para afrontar el tema de la lista de espera. Es el sistema 0-7-90-90. La regla impone: i) CERO demora para primer contacto con el sistema de salud; ii) 7 días para acceder a un MEDICO GENERAL de elección; iii) 90 días para acceder a una consulta con ESPECIALISTA; iv) no más de 90 días de demora entre el diagnóstico y la recepción del TRATAMIENTO. La garantía se aplica a todo el país, y vale para todo tratamiento electivo.

En NHS no está definido ningún plan básico de atención o de medicamentos. Los pacientes pagan sus medicamentos de manera completa hasta un tope de 900\$. Luego operan subsidios hasta un tope de 1800 por un plazo de un año.

Cada Consejo Condado y Municipalidad tienen su Comité de Pacientes, que representa a las asociaciones de usuarios, y apoya a los usuarios individuales y a la mejora de

calidad del sistema. Los comités promueven el acceso a la información relevante para los pacientes, fomentan la interacción entre pacientes y personal de salud, ayuda a los pacientes a relacionarse con las agencias del sector, y reportan las irregularidades que se observen en el sector. Si un paciente sufre un daño o riesgo innecesario por un tratamiento, debe reportarlo al Directorio Nacional de Salud y Bienestar. El directorio se encarga de analizar y mejorar las estructuras y los procesos.

El sistema de salud trata de fortalecer la posición del usuario a través de la información clínica individualizada, las oportunidades para elegir entre tratamientos alternativos y el derecho a tener una segunda opinión en caso de situaciones vitales críticas.

Otra vía de intervención es el HSAN. A diferencia del Directorio, que apunta a la mejora de los procesos y estructuras, el HSAN funciona como una Corte de Justicia. Aplica sanciones disciplinarias, ante denuncias de pacientes o familiares. Puede limitar, y aún expulsar de la práctica, a un profesional de la salud.

El proceso de compensación a los pacientes en caso de un daño médico está separado del HSAN. Desde 1997 cada autoridad asistencial se obliga a brindar reparaciones ante casos de daño en procedimiento clínico. La ley obliga a todas las instituciones están obligadas a estar aseguradas para brindar respuesta financiera frente a las demandas de mala praxis o daño médico.

Los Condados están organizados en la **Compañía Mutua de Aseguramiento de los Consejos Condales**, la cual es responsable de administrar las compensaciones por: pérdida de ingreso, gastos adicionales, dolor y sufrimiento, discapacidad permanente o desfiguramiento. Las causales se forman cuando los pacientes: sufren un daño que podría haber sido previsto; sufren una infección durante un tratamiento; sufren un tratamiento durante un tratamiento médico o dental; reciban la prescripción de un medicamento incorrecto; diagnóstico incorrecto; recibir tratamiento con un equipamiento médico o dental en malas condiciones.

### **Relación entre Compradores y Proveedores**

Como hemos visto, la integración del sistema de salud sueco es grande. El financiamiento y provisión de servicios es responsabilidad de los condados. Muchas de las estructuras son propiedad de los condados y están operadas por ellos, los Médicos y otros profesionales en su mayoría son empleados de los condados.

El gobierno central realiza transferencias a fin de lograr una distribución del gasto más homogénea en todo el país. Para estas transferencias aplica criterios de determinación de las necesidades en salud. Cada Condado asigna los recursos a sus distritos de salud, los cuales administran la red de servicios de salud local. En el pasado, estas transferencias se realizaban únicamente en base a criterios históricos.

Para los 90s, la mayoría de los condados establecieron una relación contractual entre comprador y proveedor. Por tanto, el modelo histórico de asignación de presupuestos globales a hospitales y centros de salud comienza a ser abandonada. El pago comienza a ser realizado en términos de ACTIVIDADES. Las primeras experiencias son las de Dalarna, Estocolmo y Bohus, desarrollando modelos de pago por actividad y otros

rasgos: asignación de recursos según necesidades de los residentes; esquemas de pago por caso; responsabilidad por costos totales en los departamentos; y sistemas de transferencia de precios interdependientes.

Los políticos y profesionales ven redefinidos sus roles. Los políticos asumen la representación de los pacientes (a través de las organizaciones de compra) y los profesionales en la responsabilidad de la provisión. Se alienta una gran autonomía de gestión en los hospitales, respecto a los Consejos Condales<sup>106</sup>.

Para 1994, 14 de 26 Consejos Condales han establecido esquema comprador-proveedor. Pero los modelos son muy diferentes en todos. Algunos introducen una organización única responsable de comprar, mientras que otros consejos optan por introducir organizaciones de compra en cada Distrito de Salud. Esto parece seguir las tradiciones de organización de la atención que existen en cada lugar.

Este modelo de comprador-proveedor introduce claros incentivos para una mayor eficiencia en las unidades productoras de servicios. Pero los ahorros son devorados por los mayores costos de transacción. Además, parece impactar negativamente en la equidad. Sobre fines de los 90s se impone la palabra COOPERACION por encima de COMPETENCIA.

La tendencia pasa de centrar en las intervenciones médicas para tratar de abordar más ampliamente PROGRAMAS DE SALUD, que incluyan a más de un proveedor. Los condados colaboran para distribuir la carga de trabajo de los hospitales, en algunos casos se centraliza la administración, los Laboratorios se centralizan.

Si bien hay diferencias, casi todos los hospitales repiten la misma estructura jerárquica y departamentalizada. Existe un Director General, un Director Técnico médico que no gestiona pero supervisa y reporta al director general. Y la estructura tradicional por departamentos, que ajustan a las especialidades médicas, con subdepartamentos que ajustan a las subespecialidades.

Las organizaciones de Purchasing establecen contratos con los proveedores hospitalarios. Los contratos se basan en pago fijo prospectivo por caso (basado en grupos relacionados de diagnóstico), complementados con volúmenes de productos determinados y componentes de calidad. Los precios son determinados por la historia y por la negociación entre las partes. También se aplica el pago por caso, en situaciones en que el caso excede notoriamente en sus costos de tratamiento a los promedios esperados.

Respecto al pago del personal de salud, los profesionales de la salud son empleados públicos y la jornada laboral tipo es de 40 horas semanales. También perciben compensación extra por trabajo realizado y por estar a disposición en horas no regulares. En 2003 los médicos ganaban un salario promedio de 5300 euros en los condados. Para Nurses es de 2600, para Dentistas 3900 euros.

Los servicios privados utilizan mecanismos mixtos, que combinan salario, con capitación y pago por servicio. El seguro social reembolsa a los médicos y dentistas que realizan práctica privada.

---

<sup>106</sup> Para después de 2000 se observa un retroceso en esta tendencia, y la política parece haber recobrado nuevamente el control de estos procesos.

La trayectoria habitual para acceder a la atención consiste en un primer contacto a través de un médico general en un centro de salud. Los condados tienen también teléfonos que funcionan 24 horas, con Nurses que brindan asesoramiento acerca de dónde pueden obtener atención. Existen procedimientos claros de referencia para casos en que no se disponga localmente de algún servicio. En algunos lugares el médico del primer nivel tiene rol de gate-keeping, que indica la atención con otros especialistas o niveles de atención. Esto usualmente reduce los tiempos de espera, ya que los pacientes pueden solicitar consulta por iniciativa propia en los hospitales. Las tasas por consultas ambulatorias para especialistas en hospitales son más altas que las tasas en los servicios de atención primaria.

En síntesis, el NHS sueco continúa experimentando con dispositivos para alentar la eficiencia del sistema, pero sin descuidar la universalidad en el acceso y la calidad de los servicios.

#### 6.4. Estados Unidos de América: la utopía mercantil en el sector salud

El sistema de salud americano ha sido, en grande trazos, un reflejo del modelo Liberal de sociedad, apoyada en el funcionamiento del mercado de seguros médicos privados. En este esquema los beneficios están asociados a la capacidad de pago y/o a las contribuciones previas de los trabajadores, funcionando como un beneficio adicional a los trabajadores formales. Para el caso de las poblaciones excluidas del mercado formal de empleo, prueba de medios económicos mediante, existe una limitada oferta pública, que se diferencia en cantidad y calidad de la oferta privada. (Navarro, V. 1997)

Bajo este esquema general, en 2010 el 56% de los residentes en EUA cuentan con cobertura de atención primaria en base a Seguro Voluntario Privado (VHI). El 51% tienen el aseguramiento a través de su empleo, y el 5% paga el aseguramiento de forma directa. Los programas públicos brindan cobertura al 27% de los residentes: 14% Medicare, 12% Medicaid, 1% servicios de salud militares. El programa federal de salud para niños, ofrece cobertura a 8 millones de niños provenientes de hogares de menores ingresos<sup>107</sup>.

Casi 50 millones de personas (16% de los residentes) carecen de seguro de salud. Entre los que cuentan con seguro, 29 millones tienen una cobertura insuficiente, que no les protege adecuadamente frente a los riesgos financieros. Los Hospitales que contratan con el Medicaid, la mayoría, están obligados a prestar asistencia de emergencia en personas que lo requieran. Esta atención de emergencia se limita a la estabilización de las condiciones críticas de los pacientes.

Los planes de beneficios varían de acuerdo al tipo de aseguramiento, pero incluye la atención ambulatoria, hospitalaria y con especialistas médicos. Desde 2010 se exige a los seguros privados y al Medicare que brinden servicios de salud preventiva, con bajos o nulos copagos. La reforma del Presidente Obama incluye regulaciones más fuertes en términos de las prestaciones que deben ser incluidas en los planes.

Para 2010, el financiamiento público representa el 49% del gasto en salud total. El Medicare, creado en 1965, se financia a través de una combinación de aportes sobre nóminas laborales, primas y recursos federales. El Medicaid se financia con fondos federales y estatales, y es operado por los estados bajo supervisión del gobierno federal<sup>108</sup>.

El financiamiento privado representa un 34,7% del gasto en salud de 2010. Existen unas 500 empresas aseguradoras, con y sin fines de lucro, que ofrecen aseguramiento en salud. Son reguladas por comisionados estatales, en base a diversas regulaciones federales y estatales. Los seguros pueden ser adquiridos por individuos, pero lo usual es que los trabajadores tengan aseguramiento basado en su empleo. Este seguro es cofinanciado por trabajador y empresa, y existen importantes exenciones fiscales para

---

<sup>107</sup> El CHIP (Children Health Insurance Program) funciona de manera independiente, aunque en algunos estados está asociado al MEDICAID.

<sup>108</sup> Los fondos federales que reciben los estados cubren entre el 50y el 75% del gasto estatal en el programa. Esto se ajusta en función del nivel de ingreso del estado.

las empresas en este rubro<sup>109</sup>. El pago directo de bolsillo de los hogares asciende a un 12,3% del total.

El Departamento de Salud (Health and Human Services, HHS) es la repartición del gobierno federal responsable de la gobernanza del sistema. Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid están bajo la órbita del HHS, así como los Centros de control y prevención de Enfermedades, encargados de los programas estatales de protección en salud pública. Los Institutos Nacionales de Salud son responsables de la investigación biomédica y en salud. La Administración de Recursos y Servicios de salud es la responsable de promover la atención en salud de la población de menores ingresos<sup>110</sup>. La Agencia para la investigación en servicios de salud y calidad, promueve la investigación relativa a la mejora de la atención en salud y seguridad.

El sistema de salud americano, uno de los más caros e inequitativos del mundo, esta en proceso de reforma. Se espera que para 2022, con la reforma de salud del Presidente Obama aprobada en 2010, se reduzca en 30 millones el número de personas que carecen de seguro. La “Patient Protection and Affordable Care Act” (PPAC) contiene diversas regulaciones para promover el acceso y la contención de costos. El Medicaid se modifica, flexibilizando los requisitos de ingreso (línea de pobreza), favoreciendo el ingreso de más personas. Se establecen mercados estatales o regionales (insurance exchanges) en los que se ofrezcan planes de salud ajustados a las necesidades de las personas, regulados en precios y calidad.

Dentro de los elementos novedosos para la gobernanza del sistema se crea el **Patient Centered Outcomes Research Institute (PCORI)**, un instituto no gubernamental responsable del estudio de los tratamientos médicos. Procura determinar la efectividad y pertinencia clínica, además de los resultados de salud, de la atención médica. Cuenta con un directorio integrado por pacientes, médicos, enfermeras, hospitales, laboratorios, fabricantes de equipamientos, aseguradoras, funcionarios del gobierno y expertos en salud. No tiene poder mandatario en términos del financiamiento o reembolso, pero la ley establece que el Medicare debe tener en cuenta sus recomendaciones<sup>111</sup>.

La PPAC crea el “Center for Medicare and Medicaid Innovation”, como una organización dependiente del HHS, responsable del estudio de forma innovadoras de pago y provisión de servicios, que contribuyan a la mejora de la calidad y la contención de costes en el Medicare, Medicaid y el CHIP. El propósito de esta nueva institución es que promueva la generalización de aquellas prácticas de reconocida eficacia para transformación de estos programas.

Otra innovación de la ley PPAC consiste en la creación del “Independent Payment Advisory Board” (IPAB), con el propósito específico de lograr ahorros en el Medicare, sin afectar la cobertura ni la calidad de las prestaciones. Esta agencia estatal cuenta con la potestad de introducir reformas mayores en los mecanismos de pago, sin tener que

---

<sup>109</sup> Se estima que el costo de los beneficios fiscales que el estado concede a las empresas para el financiamiento del seguro de salud de sus trabajadores asciende a 250 billones de dólares anuales.

<sup>110</sup> Esta agencia, la Health Resources and Service Administration (HRSA), fue creada en 1982 por la fusión de diversas agencias preexistentes. Además de promover el acceso a la atención en salud, entiende en las emergencias sanitarias, la donación de órganos y tejidos, entre otras actividades.

<sup>111</sup> Este instituto tiene algunos cometidos al NICE de Reino Unido, pero se diferencia claramente en cuanto al poder que tiene a la hora de definir el financiamiento de nuevos tratamientos.

recurrir a la autoridad del Congreso<sup>112</sup>. El IPAB elabora propuestas de reducciones de gasto del Medicare, desde el momento en que detecte desvíos respecto a las metas de gasto que se fije el programa. En caso de que el IPAB y el Medicare no se pongan de acuerdo, el Secretario de Salud (HHS Department) debe intervenir para resolver el desacuerdo.

En el plano de la organización de la atención, la ley Obama contiene disposiciones que alientan el desarrollo de las Accountable Care Organizations (ACO) en el marco del Medicare. Son redes de proveedores de servicios (Médicos y Hospitales), que se hacen responsables de brindar atención a una población específica, con determinados criterios de calidad de atención. Las ACO buscan lograr la excelencia clínica y la contención de costes, a través de la coordinación de la red de servicios. En el caso de ser exitosas, logrando altos estándares de atención y reduciendo los costos de atención en relación a la proyección esperada de gasto, las ACO participan de las ganancias logradas<sup>113</sup>.

En síntesis, como marcan Guterman, S. et al (2010), el sistema americano esta bajo gran presión de reforma. La preocupación por lograr objetivos de equidad, pero también de control del gasto, resulta omnipresente. El Estado americano parece ganar impulso en cuanto su participación en la regulación sectorial. El punto distintivo parece estar en la confianza que tienen los americanos en los mecanismos competitivos, como forma de alentar la eficiencia, la calidad y la equidad.

---

<sup>112</sup> El Congreso se reserva la potestad de modificar las iniciativas del IPAB, a través de un procedimiento de mayoría especial. El congreso también puede intervenir, en el caso de que no exista acuerdo entre el IPAB y la administración del Medicare. El IPAB tiene quince miembros, que son propuestos por el Presidente para la aprobación del Senado.

<sup>113</sup> En el estado de Massachussets, la compañía Blue Cross and Blue Shield viene implementando desde 2009 una variante de este modelo ACO.

## 6.5. Italia: un sistema SHI que se transforma en NHS

El caso Italiano resulta de gran interés, por que es un modelo de transformación radical en corto período de tiempo, desde un modelo SHI hacia un NHS<sup>114</sup>. En 1978 se establece el *Servizio Sanitario Nazionale (SSN)*, el cual garantiza el acceso universal a los servicios de salud, financiado mediante impuestos generales.

El SSN italiano brinda cobertura de forma automática y universal a todos los ciudadanos y residentes legales. También existen seguros privados suplementarios, que brindan cobertura a un 15% de la población, aunque explican apenas 1% del gasto en salud total de 2009. El gasto de bolsillo asciende a 17.8% del gasto en salud, que se dirige principalmente al pago de medicamentos y de servicios odontológicos, que no tienen cobertura del SSN. Desde 2011, a raíz de la crisis europea, el peso de los copagos ha venido ganando presencia, en cuanto a su peso en el financiamiento de la atención.

El sistema posee diferencias en cuanto al nivel de la atención y de gasto en salud que se registra en diferentes regiones, con un claro corte entre el Norte y el Sur del país. Esto no hace más que reflejar el histórico clivaje entre el Norte industrializado y el Sur agrícola, y su brecha en términos de desarrollo.

Durante fines del siglo XIX y principios del XX, la atención médica se organizaba sobre diversas estructuras. En primer lugar los servicios públicos, que surgen de la nacionalización de establecimientos patrocinados por la Iglesia católica y las instituciones de caridad. A esto se superponían las asociaciones de ayuda mutua de artesanos y trabajadores, y las estructuras sanitarias autónomas sin fines de lucro.

Durante principios del siglo XX se consolidan los fondos de aseguramiento en salud, financiados con contribuciones mensuales de obreros y patronos. Esto generó una enorme y heterogénea estructura de protección en salud para los trabajadores (en 1878 existen unos 2000 mil fondos, que dan cobertura a más de 300 mil miembros).

Durante el período del Fascismo (1922-1943) se introducen diversos cambios. En 1923 se garantiza la atención hospitalaria de la población indigente. También se toman iniciativas en materia de atención de enfermedades venéreas, tuberculosis y cáncer. En la década del 30 se introduce el aseguramiento obligatorio a los trabajadores, que se extiende luego a sus dependientes. Entre 1942 y 1943 se crean los dos institutos de seguridad social de los trabajadores del sector privado y del sector público (INAM y ENPAS). Durante los 50s se extiende la cobertura del seguro obligatorio a los trabajadores retirados. Recién en 1958 se crearía el Ministerio de Salud.

Para la década del 70, Italia contaba con cerca de 100 fondos de aseguramiento en salud, cada uno con sus propias regulaciones y procedimientos. Algunos fondos proveían servicios directamente, a través de sus propios establecimientos, otros se encargaban de subcontratar, y otros se limitaban a reembolsar los costos de atención a sus usuarios. Los trabajadores independientes y desempleados tienen problemas de cobertura. En 1974, frente a la enorme crisis financiera de estas organizaciones, el

---

<sup>114</sup> El sistema de salud español también siguió una secuencia similar, en cuanto a transformación acelerada desde un SHI hacia un NHS.



gobierno decide abolir los fondos y crear el SSN (1978). El seguro se financia en principio con cotizaciones de trabajadores e impuestos generales, pero el objetivo es el de avanzar hacia un sistema financiado por impuestos generales.

El nuevo sistema establece tres niveles de gestión. El nacional, que determina el financiamiento y las orientaciones generales a través de Planes Nacionales de Salud trienales. Las autoridades regionales administran los recursos que reciben, y planifican la asistencia a nivel local de acuerdo a las orientaciones nacionales. El tercer nivel está constituido por las Unidades Locales de Salud (ULS), que proveen servicios a su población de referencia, y están gestionadas por directorios que designan los gobiernos locales.

Bajo este esquema, se da una crítica muy fuerte a la falta de profesionalismo y a la excesiva politización de los servicios del SSN. En la década de los 80s y 90s se busca reforzar la autonomía y la capacidad de gestión técnica de las unidades locales y de los hospitales. Se comienza también a experimentar con reformas de la administración, introduciendo formatos del tipo NGP.

Para el año 2000, se establece una ley que avanza en el federalismo fiscal, estableciendo un cronograma (finaliza en 2013) para la eliminación del Fondo Nacional de Salud administrado por el Gobierno central. El Fondo Nacional será sustituido por fondos regionales, financiados por impuestos regionales. La ley crea además una Fondo Nacional de Solidaridad, responsable de asignar partidas presupuestales adicionales, para la asignación de partidas anuales dirigidas hacia las regiones de menor desarrollo relativo y con problemas de financiamiento. Los criterios de asignación se definen entre el gobierno central y una Conferencia nacional que agrupa a los gobiernos regionales.

Con la reforma de la constitución de 2001 se dividen con claridad las responsabilidades entre el Estado central y las veinte Regiones<sup>115</sup>. El estado central define las orientaciones generales a través del Plan Nacional de Salud<sup>116</sup>, y define el paquete básico de prestaciones que debe ser brindado de forma homogénea en todo el país (Livelli Essenziali di Assistenza, LEA). El LEA consta de un listado positivo, que incluye las prestaciones obligatorias, y un listado negativo que excluye las prestaciones que se consideran que no tienen eficacia clínica. También hay listado positivo y negativo para los medicamentos que integran el Formulario Farmacéutico Nacional, que establece que medicamentos son reembolsados por el SSN y cuales corren por cuenta del usuario.

Las regiones, a través de los Departamentos regionales de salud, tienen la responsabilidad de organizar y administrar los sistemas de servicios salud. Las autoridades locales de salud son responsables de la provisión de servicios para áreas geográficas que cubren un promedio de 300 mil personas. La atención se brinda a través de una red de prestadores de salud locales, y los hospitales públicos y privados acreditados.

---

<sup>115</sup> El proceso de descentralización del SSN comenzó en la década de los 90s.

<sup>116</sup> Entre 1994-2006 se aprueban cuatro Planes Nacionales de Salud, que establecen los objetivos nacionales y las principales estrategias para lograrlos. El “Plano Sanitario Nazionale” es elaborado por el Ministerio de Salud y lo aprueba un decreto del Presidente de la República.

Si bien el sistema NHS se instaló en 1978, hasta la década de los 90s las contribuciones al seguro de salud daban cuenta de más del 50% del financiamiento público. En 1998 se introduce un impuesto regional a las actividades empresariales, que sustituye totalmente a las cotizaciones. El financiamiento se complementa con aportes centrales que surgen de la recaudación del impuesto al valor agregado, de forma de asegurar un financiamiento adecuado para las diferentes regiones.

El pago de bolsillo, se refiere principalmente a financiar copagos por procedimientos diagnósticos, medicamentos, consultas con especialistas y atención ambulatoria (hay un tope al copago). En 2002 se eliminaron los copagos de los medicamentos a nivel nacional.

La asignación a las regiones se realice, desde el año 1997, en base a una fórmula capitada, ajustada por edad y estatus sanitario de la población regional. Las regiones, a su vez, transfieren los fondos capitados al tercer nivel, que son las Unidades Locales de Salud (ULS).

Los hospitales de tercer nivel gozan de autonomía de gestión, con gran capacidad para gestión financiera. Los hospitales que refieren a un segundo nivel de complejidad poseen algún grado de autonomía financiera, aunque están bajo supervisión de las ULS. Se implementa un sistema de pago prospectivo a los Hospitales, basado en un sistema de GRD ajustado regionalmente en sus tarifas.

Los Médicos que trabajan en los hospitales son empleados asalariados. Los Médicos Generales (GP) y Pediatras son profesionales independientes, que actúan como Gatekeepers del sistema y son contratados por el NHS y pagos en base a sistema de capitación. Diversas reformas apuestan a introducir incentivos para la eficiencia: pagos por tratamientos específicos, premios por acciones de contención efectiva de costos.

Las ULS son responsables de brindar acciones de protección y de promoción en salud pública, prevención de enfermedades (inmunizaciones), control de alimentos. Los servicios especializados son brindados directamente por las ULS, o contratadas con efectores públicos (60%) o prestadores privados acreditados (en su mayoría sin fines de lucro).

En términos de Gobernanza del sistema, el Ministerio de Salud cuenta con diversas agencias especializadas y ámbitos de coordinación sectorial. Por ejemplo, el Instituto Nacional de Salud, que provee asesoramiento en el campo de la salud pública. Además, ámbitos no gubernamentales, como el Consejo Nacional de Salud, responsable de brindar asesoramiento para el planeamiento en salud, salud pública, farmacología, educación médica continua y sistemas de información.

La Agencia para los Servicios Regionales de Salud (AGENAS), es responsable de realizar en enlace entre el Ministerio de Salud y los servicios de salud regionales, promoviendo el análisis de la calidad de los servicios, costo efectividad, proponer mejoras organizativas en la provisión de servicios, monitorear los tiempos de espera, promover la seguridad del paciente, la educación médica continua.

La Agencia Nacional del Fármaco, fundada en 2003, es responsable de la regulación de la industria, establecer criterios de calidad en la producción, distribución, investigación

científica, precios y políticas de reembolso. Es responsable ante el Ministerio de Salud y el de Economía y Finanzas. El Comité Nacional para los equipos y dispositivos médicos, también creado en 2003, provee de estudios de costo beneficio y determina los precios de referencia.

En este momento (2010), los principales desafíos para el SSN italiano consisten en tratar de paliar la enorme variabilidad regional de la calidad de la atención. Además, establecer un marco regulatorio para la movilidad de los pacientes dentro de Italia, buscando asistencia en los centros de mayor desarrollo. En cuanto a la provisión de servicios, reorganizar la red de atención primaria, y avanzar en la integración de las redes de atención de emergencia, transfusiones, transplantes y las redes de atención social y cuidados paliativos.

De acuerdo Frisina Doetter and Götze (2011), el sistema de salud italiano ha atravesado diversas etapas en cuanto a la organización de su regulación. En primer lugar, el período previo a la introducción del NHS en 1978, en el que se apreciaba un sistema de tipo SHI con gruesos problemas de cobertura, de sustentabilidad y débil regulación estatal. Luego, el período de instalación del NHS entre 1978-1992, con fuerte expansión de competencias regulatorias del Estado. Entre 1992-2001 un período de experimentación en materia de reformas de tipo mercado y de expansión de la descentralización. Y desde 2001 en adelante, una oleada de regulación recentralizadora en el NHS.

De acuerdo a estos observadores, el NHS italiano no muestra la misma capacidad que el modelo inglés para contener el gasto en salud. En realidad, la separación de las funciones de financiamiento y de gasto, en un contexto de federalismo político, redundó en un descontrol del gasto público en salud. Las regiones administran los recursos que el gobierno central les transfiere, y carecen de incentivos para llevar un control riguroso del gasto (en caso de necesidad, solicita el refuerzo de partidas al gobierno central).

A comienzos de los 90s el déficit fiscal es un factor que pone en peligro del ingreso de Italia al tratado de Unión Monetaria Europea. Por eso es que durante los 90s el gobierno italiano avanza en la profundización del federalismo fiscal, transfiriendo las responsabilidades de financiamiento a los ámbitos regionales y locales<sup>117</sup>. Por otra parte, se introduce la noción de mercado interno, habilitando la introducción de estilos de gestión de corte NGP, flexibilizando a las burocracias. También se favorece la separación de las funciones de compra y provisión en las regiones, y la competencia entre proveedores. (Frisina Doetter and Götze, 2011)

Las leyes de reforma le dieron autonomía a las regiones para implementar este nuevo modelo. En la práctica, lo que se observó fue la implementación de diversos modelos de gobernanza en las diferentes regiones de Italia. La región de Lombardia aplicó de manera activa el modelo de mercado interno. Pero en las regiones centro-norte y noreste, emergieron modelos de estructuración y gobernanza basados en la cooperación-integración de redes de proveedores públicos y privados, antes que en la competencia.

---

<sup>117</sup> Se aprecia la voluntad de aplicar la descentralización como un mecanismo de devolución de responsabilidades a los niveles locales, y por ese intermedio lograr una mayor responsabilidad en el control del gasto público. Pero además de eso, no se puede dejar de lado las importantes fuerzas centrifugas que operan en Italia, como es el caso de la Liga Norte y su constante prédica “secesionista”.

## **6.6. Holanda: un SHI de innovación competitiva**

Con la ley de seguro obligatorio de salud de 2006 (ZVW), se da por finalizado el sistema dual histórico, de aseguramiento público y privado. Todos los residentes están obligados a contratar un seguro de salud, excepto los miembros de las fuerzas armadas y quienes realicen objeción de conciencia. En 2010, el 1% de la población carecía de Seguro, y un 2% carecen de seguro por no pagar sus primas.

Con la ZVW, la competencia gestionada entre aseguradoras y proveedores pasa a ser el eje dinámico del nuevo sistema, lo cual implica un cambio fundamental en los roles que juegan los usuarios, aseguradores, proveedores y el gobierno. Las aseguradoras negocian con los proveedores en base a calidad y precios, y los usuarios eligen su aseguramiento según su preferencia. El gobierno se encarga de garantizar el adecuado funcionamiento del mercado. Con la introducción de mecanismos mercantiles y la privatización de los Fondos de Salud, el sistema de salud holandés se convierte en un SHI muy innovador.

La atención primaria en salud, con el sistema de GP que ejercen como Gatekeepers, continúa siendo un rasgo básico del sistema. El sistema Gatekeeping es relativamente inusual para los SHI. En el caso holandés, este sistema permite controlar el uso innecesario de los servicios de salud secundarios, además de promover la coordinación y la consistencia de la atención de las personas.

Dentro del esquema del seguro obligatorio, las aseguradoras privadas de salud compiten por captar usuarios. Las aseguradoras son responsables de negociar con los proveedores de servicios, en base a calidad, volumen y precio. Las aseguradoras, si bien están fuertemente reguladas, están orientadas por una finalidad lucrativa, reparten utilidades entre sus accionistas. Están obligadas a asegurar a cualquier persona, y no se les permite diferenciar sus primas de acuerdo al riesgo de los asegurados.

El gobierno cambia su rol de rectoría, pasando a ejercer un rol de supervisión a distancia de los procesos. El gobierno controla la calidad, accesibilidad y costos de la atención. Para eso se introducen nuevas agencias autónomas, responsables de controlar el funcionamiento de este mercado tan especial.

El sistema cubre la atención de salud básica, y se financia en base a las contribuciones de todos los holandeses. En primer lugar, a través del pago de una prima que los asegurados abonan directamente en el seguro de su preferencia. En segundo término, todos los trabajadores aportan cotizaciones a un Fondo de Salud, que es el responsable de asignar cápitas ajustadas por riesgo a los diversos seguros existentes.

El sistema de pago a los proveedores ha variado a lo largo del tiempo. Los GP son pagos a través de una combinación de capitas y de honorarios por servicios (fee-for-service). Para los hospitales, se introduce un sistema de pago que es una variante de GRD. El principio general en el pago a los hospitales es que el dinero sigue a los pacientes.

La reforma logra fusionar el viejo sistema de los Fondos de Salud obligatorios<sup>118</sup> y los sistemas voluntarios de aseguramiento privado. En los 90s se realizaron intentos por fusionar estos dos esquemas, pero se fracasó debido a la oposición de los aseguradores, empleados y médicos. Sin embargo, se continúa avanzando en la introducción gradual de las reformas contenidas en los planes. Esto fue generando las condiciones técnicas y políticas que facilitaron la introducción de la reforma de 2006<sup>119</sup>.

Los Fondos de Salud tuvieron su origen en las asociaciones mutuales creadas en la primera mitad del siglo XIX por organizaciones caritativas, médicos, farmacéuticos y otras organizaciones privadas. En la segunda mitad del siglo XIX, con la emergencia de la industrialización, surge organizaciones mutuales de base obrera, destinadas a brindar apoyo en caso de enfermedad, necesidad de atención médica y desempleo. Son organizaciones voluntarias, autorreguladas, y en muchos casos administradas por sus propios beneficiarios.

El gobierno comenzaría a involucrarse progresivamente en la regulación de estas organizaciones. Por ejemplo, en 1901 con la ley de seguro de accidentes, que sienta una primer base. Esta diversidad de arreglos fragmentarios voluntarios fue reemplazado progresivamente por la ley de aseguramiento obligatorio de 1913. Dicha ley tuvo muchas dificultades para ser implementada, como consecuencia de la gran resistencia que le opusieron los prestadores de servicios.

Con la ocupación alemana en 1941, se refuerza la figura de los Fondos de Salud a través de un decreto. Los Fondos cubren a población trabajadora con ingresos por debajo de un determinado nivel, también tiene cobertura la familia del trabajador. Los fondos son organizados regionalmente (no por ocupación), y son supervisados por el estado. El paquete de beneficios es homogéneo y con prestaciones más amplias que las prestaciones de preguerra. Se estima que un 60% de la población tiene cobertura por este esquema. Los trabajadores autónomos se pueden afiliarse de manera voluntaria, y el resto de la población podía afiliarse a los diversos seguros privados de salud. De esta manera se conformaba un sistema integrado por tres esquemas diferenciados.

Recién en el año 1964 el gobierno introdujo una nueva reforma en este esquema. Mantiene la estructura tripartita (seguro obligatorio, seguro voluntario y seguro privado), pero agrega un nuevo nivel de aseguramiento universal obligatorio, financiado por cotizaciones, que brinda cobertura para riesgos de salud extraordinarios (atención en casas de salud, salud mental y discapacitados).

El componente de aseguramiento voluntario comienza a verse desfinanciado progresivamente, debido a la estructura de riesgo de esa población (ancianos). En 1986 se propone fusionar los seguros obligatorios y voluntarios. Para ello se generan dos leyes, que buscan solucionar diversos problemas. Por un lado fusiona a los seguros voluntarios con los obligatorios, pero con un esquema de compensación por los costos mayores que ocasiona esta población, que es financiado por todas las personas

---

<sup>118</sup> El sistema de Fondos de Salud era obligatorio para las personas que estaban por debajo de un determinado nivel de ingreso. Para quienes estaban por encima de ese nivel, se los alentaba a contratar seguros privados.

<sup>119</sup> Fortalecer la libertad de elección de los usuarios, establecer sistemas transparentes de precios, estándares de calidad conocidos, flexibilización de la negociaciones entre proveedores y seguros.

aseguradas (MOOZ)<sup>120</sup>. Por otro lado, se regula el mercado de seguros privados, estableciendo un plan de prestaciones básicas obligatorias, que debía ser financiado por medio de una prima fija estándar (WTZ).

La presión financiera sobre el Fondo Voluntario de salud se hace muy fuerte debido a la edad de los beneficiarios. En 1986 el gobierno redistribuye a los beneficiarios entre los dos fondos restantes (público y el privado), según el nivel de ingresos de las personas (ricos al sector privado). En el nuevo esquema de aseguramiento privado, se establece que la población joven financie a los mayores (MOOZ). También se genera un esquema obligatorio, con canasta básica, a un precio fijo independiente del riesgo (WTZ).

Con la ley de seguro obligatorio de salud de 2006 (ZVW), se da por finalizado el sistema dual histórico, de aseguramiento público y privado. Todos los residentes están obligados a contratar un seguro de salud, excepto los miembros de las fuerzas armadas y quienes realicen objeción de conciencia.

En términos de provisión de servicios, existe una larga tradición de servicios sin fines de lucro, con raíces religiosas o ideológicas. Con la creciente expansión y fusión de los servicios, este componente identitario se fue amortiguando progresivamente.

La medicina especializada se ejerce únicamente en los hospitales. Los especialistas son trabajadores autónomos, que establecen contratos (colectivos) con los hospitales, según su especialidad. Las tendencias más recientes son las de cambiar la organización hacia formas más integradas de proceso de atención, contrario a la organización por especialización. Esto último, y la sustitución del sistema de pago por servicio, está llevando a una mayor integración de los Médicos Especialistas, como empleados de los hospitales.

En atención primaria, el GP oficia como Gate-Keeper (Portero) para el pasaje a las consultas especializadas. Históricamente trabajaban de manera independiente, pero a partir de los 70s se generaliza la noción de grupo de práctica. De esa época son los Centros de Salud, que combinan a los GP con trabajadores de Distrito y Fisioterapeutas. Desde 2000 la atención fuera de horarios es resuelta por los Puestos de GP, en el cual existe siempre un médico disponible.

En 1987 el Plan Dekker, que propone establecer un seguro único, combinado con criterios de competencia. Estas ideas se repetiría en el Plan Simons, pero ninguno de los dos pudo avanzar y convertirse en ley. Después de los fracasos de los 80s y 90s, el Ministerio de Salud optó por realizar un plan evolutivo de políticas, con pasos pequeños pero orientados. Se estandarizan diversos aspectos del funcionamiento, estableciendo las bases para un sistema más integrado, pero con orientación a la competencia (búsqueda de eficiencia). En 2003 se introducen leyes que consolidan estos pasos, y en 2006 hay una reforma mayor, que establece el seguro nacional obligatorio.

La ley de reforma de 2006 (Zvw) eliminó la distinción entre el Fondo de Aseguramiento Obligatorio contra la Enfermedad, y los Seguros Privados Voluntarios que existían

---

<sup>120</sup> Como indicamos más arriba, las personas con seguro voluntario tienen un perfil de riesgo en salud más costo. Por otra parte, los seguros privados tienen en términos generales población joven, de bajo riesgo. La ley genera un circuito de financiamiento desde el sector de los seguros privados, hacia los fondos obligatorios de salud, que se hacen cargo de la cobertura de población más costosa.

desde la segunda guerra. El mecanismo regulatorio central es la Competencia Gerenciada entre los actores del sistema de atención. El rol deja de concentrarse en el control de volúmenes, precios y productividad, para enfocarse en establecer “Reglas de Juego” y vigilancia de funcionamiento del mercado.

En este esquema es esencial la libertad, en particular la libertad de elección del usuario, para elegir al Asegurador que prefiere, y al Prestador que prefiere. Para poder ejercer este derecho, el Gobierno garantiza la información de las Listas de Espera, Calidad de Atención y Precios. Los Aseguradores están obligados a brindar el Plan Básico de Salud, pero pueden competir por los usuarios, en base al precio que ofrecen por el plan básico, la calidad de la atención y la oferta de servicios complementarios (y Aseguramiento Complementario Voluntario). Los Aseguradores se encargan de negociar con los proveedores de servicios, en base a precio y calidad. Los Proveedores compiten por lograr Aseguradores y Usuarios. Los usuarios pueden elegir al Asegurador que quieran, y no pueden ser rechazados. El Asegurador debe brindar el plan básico, y no diferenciar precios. Cada año el usuario puede cambiar de proveedor.

Los pacientes pueden elegir en monto del Deducible Voluntario, que está por encima del Deducible Obligatorio (155 Euros por año). El deducible voluntario puede andar entre 100 y 600 Euros por año. El usuario puede optar entre la restitución del Dinero o los beneficios en Especie. Si el paciente opta por el segundo, los proveedores pueden estar limitados, pero no hay riesgo financiero. Si opta por el primero, por la restitución de dinero, se le pone un tope, por encima del cual el paciente debe pagar de bolsillo.

Todos los holandeses están registrados obligatoriamente con un GP. En teoría, cada cual puede elegir su propio GP. Pero eso muchas veces depende de los GP disponibles en el distrito. También tienen los usuarios libertad para elegir atención secundaria, pero también se limita muchas veces por los acuerdos con Aseguradoras que ofrecen beneficios en especie solamente. Para la atención de largo plazo, los usuarios pueden optar por beneficios en especie o por dinero. En el caso del segundo, ellos optan por organizar su atención como prefieran.

En términos de Gobernanza, el Ministerio de Salud, de Bienestar y Deportes es el organismo de gobierno responsable de la rectoría del sistema. Existen una serie de agencias especializadas, responsables de diversos aspectos del funcionamiento del sistema de salud holandés.

El Consejo de Salud es un organismo científico, que brinda asesoramiento en términos de medicina basada en la evidencia, servicios de salud, salud pública y ambiental. Por otra parte, el Directorio de Evaluación de Medicamentos (CBG) supervisa la eficacia, seguridad y la calidad de los productos medicinales.

El Directorio sobre Aseguramiento en Atención en Salud (CVZ) asesora al gobierno sobre los componentes del paquete básico de atención en salud, también es responsable de realizar la evaluación de tecnologías de salud (HTA).

La reforma de 2006 crea la NZa (Dutch Health Care Authority, *Nederlandse Zorgautoriteit*), como la Autoridad responsable de controlar el funcionamiento del Mercado. En particular el ejercicio de la función de compra, y la relación comprador-proveedor. La NZa es responsable de vigilar que los mercados de aseguramiento en

salud, compra de servicios y provisión de servicios funcione en forma apropiada. La Autoridad Holandesa para la Competencia (NMa) asegura condiciones para el funcionamiento competitivo entre aseguradoras y también entre prestadores, de acuerdo a la ley de promoción de la competencia.

En síntesis, Holanda muestra un SHI bajo profundo proceso de transformación, que combina algunos rasgos históricos típicos de NHS (Gate-keeping), con mecanismos de tipo mercado.



## **6.7. Francia: el desafío de combinar equidad, elección y calidad**

En el SHI francés la cobertura es universal, las personas tienen acceso a través de seguros de salud basados en la ocupación, de naturaleza no competitiva. Los derechos se generan a partir de la ocupación de la persona (que lo genera para su núcleo familiar), o de los programas sociales (por ejemplo, el seguro de desempleo)

Se estructura como un sistema de seguro social nacional, que se complementa con aportes de impuestos generales (a través del Impuesto Social General, CSG), y por los seguros voluntarios complementarios. El sistema de salud es regulado por el Estado, a través del Parlamento y los ministerios especializados, y por los Fondos de aseguramiento en salud. El Estado establece el tope al gasto del seguro de salud, aprueba los reportes sobre actuación en salud y seguridad social, y establece y modifica beneficios y regulaciones del sistema.

Dentro del Seguro Social existen tres grandes esquemas: trabajadores de Comercio e Industria y sus familiares, que abarca al 84%; trabajadores Agrícolas, cubre 7,2%; y trabajadores Autónomos, un 5%.

En 1999 se aprobó el sistema de cobertura universal de salud (CMU) para todos los residentes, llevando la cobertura a casi el total de la población en 2000. Los seguros voluntarios complementarios se han expandido progresivamente y desde 2000, con la creación del CMU, también se extienden en la población de menores ingresos. Se estima en 2004 que el 95% de la población francesa cuenta con un seguro voluntario complementario de algún tipo.

En 1996 el Parlamento aprobó un sistema de topes para el gasto en salud (ONDAM). Una vez que se establece el tope nacional al gasto, el presupuesto se divide en cuatro partes de gasto: Práctica Médica Privada, Hospitales Públicos, Regiones, Hospitales con fines de lucro y Atención Social. Este instrumento apuesta a controlar la expansión del gasto en salud, forzando la racionalización interna del gasto.

El esquema de seguro paga a los hospitales públicos, que representa al 65% de las camas de internación del país, en base a presupuestos globales prospectivos. Los hospitales con fines de lucro dan cuenta del 20% de las camas, y reciben un pago fijo por servicios globales, excepto a los médicos a quienes se les retribuye por servicio (fee-for-service). Los hospitales privados sin fines de lucro, que dan cuenta del 15% de las camas, pueden optar por cualquiera de los dos esquemas anteriores. En la actualidad se trata de implementar un sistema de pago por actividad, tratando de armonizar el financiamiento de hospitales públicos y privados.

Los usuarios tienen libertad para elegir a su médico, no existe sistema de médico de referencia obligatorio. Se han introducido incentivos financieros para alentar el sistema de gatekeeping, pero no se ha tenido éxito. La atención primaria y secundaria es provista por Médicos, Odontólogos y otras profesiones auxiliares que trabajan de forma independiente. También cuentan los centros de salud gestionados por autoridades locales, y los servicios de los hospitales atendidos por personal asalariado.

La complejidad del sistema, la diversidad de actores (Estado, Fondos de Salud y Proveedores), la libertad de opción de los usuarios y de los médicos, determinan la falta de cohesión y orientación en la política de salud. En 2003 se establece un marco legal general, que apunta al desarrollo de una política de salud, con planes estratégicos de desarrollo en áreas prioritarias y un marco de objetivos y metas comunes.

Las reformas recientes han transformado la naturaleza social y autorregulada del sistema, fortaleciendo el rol político del Parlamento en la orientación del sistema. También se ha modificado el sistema de contribuciones de los trabajadores, hacia un sistema de aportación impositiva sobre los ingresos totales, estableciendo un sistema de cobertura universal basado en la residencia y no en el empleo.

La preocupación por la sustentabilidad financiera del sistema es permanente. En 2004 el gobierno ha propuesto cambios: introducción de copagos, aumentar las cargas a los jubilados, controlar el gasto en medicamentos, reducir los reembolsos en medicamentos costosos, establecer un sistema de registro médico personal con medios electrónicos que permita un mejor control del gasto, avanzar hacia un sistema de médico de referencia.

Con la ley de “Reforma de Territorios, Salud, Pacientes y Hospitales” de 2009, se genera un cambio profundo en la gobernanza de los servicios de salud franceses. Se crean las Agencias Regionales de Salud, y se concentran las funciones de gobernanza de hospitales y servicios de salud comunitaria, las funciones de salud pública, monitoreo de salud poblacional y financiamiento de los servicios.

El presupuesto nacional de salud se asigna a las Agencias Regionales, quienes disponen de una serie de instrumentos e incentivos para determinar las necesidades de salud poblacional y acordar contratos con los proveedores. Hay fondos “marcados”, los cuales son asignados por el gobierno con la finalidad de promover la coordinación de la atención, el acceso continuado las 24 horas, y las prácticas de atención multiprofesional y multidisciplinarias.

Además del Ministerio de Salud, y las Agencias Regionales, el sistema de salud cuenta con una nueva organización clave. La Autoridad Nacional de la Salud (Haute Autorité de Santé, HAS), fue creada por el gobierno francés en 2004 con el propósito de unificar una serie de actividades dirigidas a la mejora de la calidad de la atención al paciente, y a garantizar la calidad de la atención en el sistema de salud. Sus actividades van desde la evaluación de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos, establecimiento de guías para la acreditación de instituciones de salud y certificación de médicos. Se ocupa también de la capacitación en temas de mejora de la calidad y de gestión de sistemas de información.

La HAS es un organismo público, no gubernamental, con autonomía financiera. Sus cometidos están fijados por ley, por los cuales debe reportar al Gobierno y al Parlamento. Tiene una composición técnico-científica muy importante<sup>121</sup>. Trabaja de manera asociada con todas las agencias de salud del gobierno, con los fondos nacionales de salud, organismos de investigación, sindicatos de profesionales de la salud y organizaciones de pacientes.

---

<sup>121</sup> La HAS, además de su Directorio, cuenta con un staff de unas 350 personas, un presupuesto de 60 millones de euros anuales y capacidad para convocar hasta unos 3000 expertos. (Ver en: [www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_5443/english](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5443/english))

Las evaluaciones de la HAS son utilizadas para determinar las tasas de aportación al sistema, así como los precios claves del mercado (esto último de manera indirecta). Las tecnologías existentes son re-evaluadas cada 5 años, y desde 2008 se incluye la evaluación económica. La HAS estableció en su interior la Comisión para la Evaluación Económica y la Salud Pública, para asesorarla en los procesos de evaluación de tecnología (HTA).

Un elemento adicional, que hace a la gobernanza del sistema, consiste en la creación en 2004 de la Unión Nacional de Fondos de Salud y de la Unión Nacional de Seguros Complementarios, que reúne a todos los fondos y a los seguros privados respectivamente. Esta nueva estructura fue creada con el fin de facilitar la negociación directa entre el Gobierno y los representantes de los Fondos, Seguros Privados y Sindicatos de trabajadores.

El sistema francés, entonces, refuerza los mecanismos de coordinación jerárquicos y corporativos, en un mismo tiempo. La autorregulación corporativa se refuerza a la sombra de la jerarquía de las agencias públicas especializadas.

## **6.8. Addenda: España, otro SHI procesa el cambio hacia un NHS**

El Sistema Nacional de Salud español se financia con cargo a impuestos generales (sobre el Consumo y la Renta) y regionales. El financiamiento público se completa con copagos, por ejemplo sobre Medicamentos. La responsabilidad de proveer servicios recae en 17 regiones (comunidades autónomas). Los empleados públicos obtienen cobertura a partir de tres fondos mutuales que se financian por el Estado.

Los seguros privados ofrecen servicios suplementarios, que son adquiridos para evitar las listas de espera o para obtener servicios por fuera de los planes básicos. En 2003 el 19% de la población contaba con un seguro privado complementario.

Durante 1980-1990s el sistema de salud experimentó importantes reformas. Entre ellas, el tránsito acelerado desde un sistema basado en cotizaciones sociales, hacia un sistema basado en impuestos. También la implementación de los Equipos de Atención Primaria en Salud, la expansión de la red pública y la descentralización de funciones hacia las comunidades autónomas.

De alguna manera, la transición hacia la democracia y la hegemonía de un partido de izquierda (el Partido Socialista Obrero Español), con una trabazón muy fuerte con el movimiento de trabajadores, explica esta transición acelerada desde un SHI hacia un NHS.

El Ministerio de Salud y Protección del Consumidor define las normas y estándares generales para el sistema de salud. Tiene poderes de regulación, establece los sistemas de información nacionales, y fomenta la cooperación entre las autoridades nacionales y las comunidades.

Las Comunidades Autónomas definen como se organizan los servicios y se implementan las políticas nacionales en el territorio. Existe un Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), integrado por representantes de las comunidades y del gobierno central, responsable de promover la cohesión del sistema nacional de salud.

Existe variedad de mecanismos de pago a los servicios hospitalarios. Tradicionalmente, se reembolsaba en función del gasto histórico, sin establecer criterios de evaluación o de negociación en las partidas. Progresivamente se han introducido Contratos Programas, con esquemas de pago prospectivo por actividades y metas.

La mayoría de los Médicos son empleados del Sector Público y reciben salarios fijos del estado. Con la ley de salud de 1986, la Atención Primaria cobra preeminencia. El Médico de Referencia actúa como el primer punto de contacto del sistema, funcionando como Gatekeeper. Para 2001, la mayoría de las Comunidades Autónomas han avanzado sobre ese modelo tradicional, sustituyen al médico de referencia aislado, hacia un modelo de equipos de atención primaria en salud, trabajando a tiempo completo de manera asalariada.

El NHS español, por su amplia cobertura, eficiencia y calidad, ha sido un modelo de referencia para los sistemas de salud de Latinoamérica. Hoy sufre severas presiones al

cambio, que se expresa en el déficit de financiamiento y las opciones de reforma que apuntan a la privatización de establecimientos públicos.

## 6.9. Conclusión. Aprendizajes referidos a los estudios de caso

Los casos europeos, en su evolución histórica, marcan la importancia de evolución de los fondos mutuales de protección social. Muchos de ellos remiten a tradiciones culturales precapitalistas, que se remontan a la Edad Media.

Pudimos ver como las transformaciones sustantivas de los sistemas de salud, como puede ser la instalación de un Seguro Obligatorio de Salud (fines del siglo XIX, inicios del XX), o la creación de Servicios Nacionales de Salud (segunda mitad del siglo XX), están asociados a coyunturas críticas concretas. La industrialización y la instauración de una política de masas explican la creación de los primeros seguros nacionales. Los esfuerzos bélicos (Inglaterra), los fenómenos de Democratización (España), el ascenso de partidos de izquierda (Alemania, Reino Unido, Italia y España) son factores desencadenantes de una mayor intervención estatal.

Los sistemas de salud experimentan un proceso de transformación intenso, que en la mayoría de los casos tiene su origen en la segunda mitad del siglo XX. El fenómeno de globalización económica, el impacto de las crisis, ha llevado a un enfoque de transformaciones y ajustes permanentes, sin importar el signo político de los gobiernos. De nuestra recorrida queda claro que sistemas de salud, como parte de los Estados Capitalistas de Bienestar, han vivido un proceso de expansión y de ajuste permanente.

**Tabla 6.2.**  
**Casos nacionales de sistemas de salud**

Países	Modelo	Instalación /Transformación
Suecia	SHI--→NHS	1950s
España	SHI→NHS	1984 NHS
Reino Unido	SHI--→NHS	1908--→ 1948
Alemania	SHI	1883
Francia	SHI	
Holanda	SHI-Competitivo	1933
Estados Unidos	Mercado	2010 Reforma Obama

Fuente: elaboración propia

En este campo de políticas, los fenómenos de difusión de innovaciones en materia de organización de sistemas de salud han sido muy potentes. Se observa la mixtura progresiva de los sistemas puros, en los cuales Alemania e Inglaterra son los casos paradigmáticos en términos históricos. Pero todos los países del área OCDE parecen estar mixturando sus sistemas, como forma de lograr cumplir con objetivos que parecen contradictorios, como son la universalidad y la eficiencia.

Las respuestas nacionales se explicitan a través de nuevos arreglos institucionales, sin diseños preestablecidos, en los que predomina la introducción de mecanismos competitivos, que se ajustan a una pauta camino dependiente (path-dependence), conformando nuevos modelos de salud. La distinción neta entre sistemas NHS y SHI parece diluirse. Si bien todavía podemos diferenciar los dos modelos generales, cada

vez se mixturán más los arreglos institucionales. La tabla 6.1 marca algunas de esas claves, de introducción de nuevos institutos en sistemas puros.

**Tabla 6.3.**  
**Innovación e hibridación de los modelos**

<b>SHI. Corporativo</b>	<b>NHS. Socialdemócrata</b>
Planes nacionales de salud, con objetivos y metas indicativas	Autonomía de gestión para proveedores de servicios de salud
Fortalecen mecanismos de mancomunación, fondos únicos o subsidios cruzados para nivelar riesgos	Separación función de compra de provisión
Dispositivos pro competencia variados	Agencias reguladoras autónomas pro competencia, más dispositivos variados
Médico de Cabecera o de Familia (Gate-Keeping)	Mecanismos de responsabilización de tipo mercantiles
Fortalece la regulación central a cargo del Estado	Descentralización territorial
Fortalecer la capacidad del Estado de regular el financiamiento global del sistema	Introducción de copagos
	Libertad de opción, movilidad
Centralización de los actores colectivos (Fondos, Proveedores institucionales)	Mecanismos de negociación colectiva con trabajadores
	Avances para definir la canasta de prestaciones, como es característico de los SHI.
Instituciones especializadas en evaluar la calidad, costo-efectividad, costo-eficiencia, mejores prácticas, etc.	Instituciones especializadas en evaluar la calidad, costo-efectividad, costo-eficiencia, mejores prácticas, etc.

Fuente: elaboración propia en base a estudios de caso

Los sistemas corporativos avanzan hacia formas de mayor incidencia del Estado en el financiamiento, a través de impuestos generales. Esto puede ser mediante la construcción de fondos únicos, o mecanismos que permitan mancomunar los fondos a nivel global. Esta necesidad se desprende de los procesos de transformación del mercado de trabajo, flexibilización y diversidad en las trayectorias laborales, sumados a la desestructuración de la familia nuclear clásica. Los ingresos del trabajo dejan de ser una fuente estable para financiar la atención en salud. Pero también el envejecimiento tiene un impacto relevamiento, ya que la relación activo-pasivo se deteriora en todas las sociedades.

Además, los sistemas corporativos también apelan a formas de orientación centralizada. La formulación de planes nacionales, similares a los aplicados en los sistemas clásicos de comando y control, operan como marcos de referencia generales no obligatorios. Los planes establecen metas colectivas, y los estados desarrollan diversos mecanismos institucionales (agencias, por ejemplo) e incentivos para fomentar un accionar coordinado.

Por otra parte, los sistemas socialdemócratas buscan fomentar la flexibilidad del sistema. La libertad de opción en torno a los proveedores de salud, institucionales o profesionales, apunta a dinamizar un sistema burocratizado, ofreciendo mecanismos de “salida” para los usuarios. La descentralización y la autonomización de los proveedores

de servicios persiguen el mismo objetivo. En el Anexo 8 podemos ver un detalle de las variadas formas de organizar la provisión que estos países estructuran.

En el corazón de los dos sistemas se aprecia el objetivo deliberado de alentar la función de conducción del sistema de salud, tratando de garantizar acceso y equidad universales, con criterios de sustentabilidad financiera. La autonomización de la gestión de proveedores, la separación de la función de asignación de recursos, puede promover la eficiencia, pero requieren de un rol activo por parte del Estado para garantizar el efectivo cumplimiento de los derechos.

En las conclusiones de esta sección se enfatiza que todos estos sistemas maduros están experimentando presiones hacia el cambio irresistibles. En su generalidad, adoptan una serie de mecanismos de racionalización y de contención de costos, que de alguna manera comienzan a generar sistemas de salud con mayor grado de “hibridación institucional”.

En el análisis de Wendt, C., Kohl, J., Thompson, T., (2006), sobre los modelos de regulación en Reino Unido, Alemania y Estados Unidos llegan a la conclusión de que las distinciones entre Jerarquía, Autoregulación y Competencia se están borroneando. Cada vez más hay una adopción cruzada de instrumentos regulatorios. Mientras que UK introduce la competencia en el mercado interno, en USA se controla la competencia por la acción jerárquica del Managed Care y las Aseguradoras. En el SHI Alemán se introducen mecanismos de coordinación estatal, y también se introduce competencia, al darle libertad de opción de fondos a los usuarios. Se aprecia entonces una hibridación de los modelos regulatorios, de la que tal vez emerge una convergencia en terminus de resultados y desempeños.

La tesis de la hibridación institucional puede ser discutible. En realidad, de acuerdo a la literatura, los sistemas de salud pueden tender hacia la homogeneidad institucional, verificando una tendencia hacia el isomorfismo institucional en las organizaciones de gobierno sectorial. El punto es que estas nuevas formas organizativas, que tienden hacia la homogeneidad, pueden presentar un fenómeno de “decoupling”, de disociación de la forma organizativa respecto a la funcionalidad esperada. Esto es, los mismos instrumentos pueden ser aplicados para lograr objetivos diferentes, dependiendo del contexto político institucional en que se implementen.

Esta es la postura de Jacobs, A. (1998), que aprecia una convergencia en instrumentos regulatorios, pero con contenidos bien diferentes. En su análisis de las reformas pro mercado introducidas en Reino Unido, Holanda y Suecia en los 90s, Alan Jacobs encuentra que estos países ponen en juego diferentes valores. Los tres países tratan de explotar la competencia, para alentar la eficiencia de los proveedores, pero todos apuestan a diferentes “jueces” para evaluar los resultados de estas reformas. En Reino Unido la Autoridad Pública conciente de los costos; en Suecia el paciente conciente de la calidad; en Holanda el consumidor que optimiza. Entonces, los tres países aplican los mismos instrumentos, pero persiguen diferentes fines. Según Jacobs, estas diferencias se encuentran en las orientaciones de las elites políticas y su interacción con las instituciones políticas y sanitarias del país.

En esencia, nuestro análisis realizado sobre las instituciones debe transmitirnos la visión de que las mismas se recuestran contra los acuerdos que tejes los actores políticos. Los



equilibrios existentes en una sociedad, entre los actores políticos calificados, son los que explican el alcance efectivo de estas nuevas formas institucionales. La recalibración del Estado de Bienestar se procesa de manera profunda y acelerada en el sector salud, con una convergencia en cuanto a los instrumentos, pero con diversidad en los impactos de los mismos. Las nuevas formas institucionales buscan compatibilizar los criterios de universalidad, eficiencia y calidad asistencial, con diferentes énfasis, que son resultado puro de las características de la política local.

## Capítulo 7. Uruguay: evolución de la respuesta institucional a los problemas de salud

En este capítulo analizaremos el proceso de construcción de las principales instituciones sanitarias de nuestro país. La instalación de los primeros establecimientos de salud, la construcción progresiva del campo de actuación de la profesión médica y las formas de acceso de la población a la atención médica. Todos estos elementos hacen parte de la construcción de un estado de bienestar de amplia cobertura pero muy estratificado en sus beneficios. Otro de los focos estará centrado en el proceso de construcción de la autoridad sanitaria, de la distribución del poder estatal dentro de este sector.

La sección siguiente posiciona al estado de bienestar uruguayo dentro de la región, dentro de las familias universalistas estratificada, con sus marcas genético-políticas especiales. En segunda sección, abordamos el desarrollo de este esquema en el sector salud, desde las primeras implantaciones europeas hasta nuestros días. En el Anexo 9 de esta tesis, hay una cronología histórica de los principales institutos sectoriales, que muestra de manera resumida la evolución del sector.

### 7.1. Estado y Bienestar en el Uruguay

Para Mesa-Lago, C. y Bertranou, F. (1998: 195) el Uruguay se encuentra dentro de la categoría de los países pioneros, que introdujeron sus primeros programas en los inicios del siglo veinte. Para este autor, nuestro país ha sido considerado “...*el pionero y más desarrollado Estado Benefactor en el hemisferio occidental. (...) En los años sesenta el sistema de seguridad tenía cobertura casi universal y era el más avanzado y generoso de América Latina*”. Por supuesto, esta expansión se procesó de manera gradual y fragmentaria, generando un sistema altamente estratificado.

Para Mesa-Lago, estos sistemas comenzaron protegiendo a los grupos ocupacionales más organizados. Luego continuaron incorporando a sectores más amplios. La cobertura, entonces, se amplió de manera gradual y fragmentada a través de la creación de diferentes subsistemas, para diferentes categorías ocupacionales, todos independientes entre sí. El grado de redistribución entre grupos es bajo o inexistente, con diferencias importantes en términos de cobertura, condiciones para acceder a los derechos, prestaciones y subsidios estatales. La coordinación global de estos sistemas es baja o inexistente. (Mesa-Lago y Bertranou, 1998).

En un trabajo reciente, Filgueira, F. (2011) coincide con Mesa-Lago, y caracteriza a los países del cono sur como regímenes universales estratificados. Tanto Argentina, como Chile y Uruguay, han ofrecido una cobertura de seguridad social cuasi-universal, con amplio acceso a la enseñanza primaria y a los servicios básicos de salud. El sistema es estratificado, porque establece diferencias en cuanto a la amplitud de los beneficios y el grado de desmercantilización, en función de la corporación profesional de referencia. Estos países, por su grado de desarrollo “...*representan los casos que en los años sesenta se asemejaban más a los regímenes de bienestar de Europa continental de la época*”. (Filgueira, F. 2011: 79)

Coincide con esta visión Segura-Ubierga, A. (2007), para quien los sistemas de bienestar de América Latina se desarrollan de manera fragmentada. Primero se establecieron esquemas para los grupos que controlaban proporciones importantes del poder público o de recursos económicos significativos<sup>122</sup>. Luego, esos esquemas se expandieron hacia los grupos de trabajadores bien organizados, quedando para atrás los sectores de la economía informal. El autor anota además que en la mayoría de los casos, “...*social-protection policies were not the passive result of group pressures*”. En realidad, estuvieron asociados a la cuestión política del “...*state-craft and social control as part of a general strategy to promote social peace and co-opt significant sectors of the working class that were becoming increasingly mobilized*”. (Segura-Ubierga, A., 2007: 27)

Entonces, en términos del desarrollo de sus políticas sociales, los países del cono sur, se han diferenciado del resto de los países del área latinoamericana. En esto incidió fuertemente el desarrollo del Modelo Sustitutivo de Importaciones, que tuvo un efecto relevante en la diversificación productiva de estas economías. Pero más que eso, fue la temprana irrupción de una política de masas, lo que tuvo un efecto determinante en la expansión de las políticas sociales. (Filgueira, F. 2011) Claro que ese desarrollo no ha sido homogéneo, y además el impacto de las políticas de ajuste estructural implementadas a partir de los años 80s dejaron su huella en estos estados.

El estudio comparativo de Martínez Franzoni, J. (2007), marca la existencia de tres tipos de regímenes de bienestar en América Latina, según su capacidad para el manejo de riesgos sociales: Estatal-Proteccionistas, Estatal-Productivistas y Familiaristas. Estos casos muestran diferentes grados de mercantilización, desfamiliarización y desmercantilización. Son todos regímenes con alto grado de informalidad, en cuanto a que el acceso a bienestar no puede ser resuelto por el mercado de trabajo o por los servicios públicos. Los dos primeros muestran un mayor desarrollo de mercado y servicios públicos, con diferentes énfasis, pero en el caso del tercer la carga familiar y de género es mucho más alta (Familiaristas).

Según este estudio, la orientación de la intervención Estatal-Productivista es hacia el mercado, trata de apoyar o completar el funcionamiento del mercado, a la formación de capital humano. El apoyo social se limita a los sectores de menores ingresos, es un estado subsidiario (Argentina y Chile). Por el contrario, la matriz estatal-Proteccionista, hay una presencia activa del Estado en la provisión de servicios, aún para las poblaciones de clases medias que podrían servirse más activamente del mercado. La confianza en el mercado es menor, y se aprecia un fuerte legado, reformado, del estado intervencionista característico del modelo sustitutivo de importaciones. (Brasil, Costa Rica, México, Uruguay)

Cuando observamos el desarrollo del sector salud, podemos reconocer algunos patrones similares en la estructuración de sus sistemas de protección. El Uruguay, al igual que los otros países del cono sur, muestra indicadores de recursos y resultados en salud muy superiores a los del resto. Pero su organización institucional tiende a replicar el esquema fragmentado, la estructuración tripartita de la protección social en salud, que muestra la mayoría de los países de la región. Con la excepción de Cuba, Costa Rica y Brasil, todos los países del área latinoamericana muestran sistemas de salud organizados en

---

<sup>122</sup> El ejército u otros empleados públicos, también sectores claves de la economía, como por ejemplo la minería.

torno a tres compartimentos estructurados verticalmente. La Seguridad Social para los trabajadores formales. Los servicios privados para las clases altas acomodadas. Los servicios públicos de salud para la población pobre. Estos tres esquemas se organizan verticalmente, sin canales horizontales de cooperación o complementación. (Fleury, S. 2000; CEPAL, 2006; Mesa-Lago, 2007)

Aplicando el esquema pionero de Terris, M. (1980) podríamos decir que la imagen global predominante es la de sistemas de “Asistencia Pública”. La población de bajos ingresos, que es la mayoría, se asiste a través de hospitales y servicios públicos, que son financiados a través de impuestos. La insuficiencia de recursos en los servicios públicos es la constante. Por otra parte, existen también programas organizados para la población trabajadora formal, en el marco de mercados de trabajo altamente informales. Por último, el segmento de población de mayores ingresos que accede a la atención a través de servicios privados médicos y hospitalarios.

La razón de estas diferencias debemos buscarla en el proceso histórico de configuración institucional del Estado y el sector salud. En particular, en el papel de los establecimientos de la caridad religiosa y el dinamismo de la sociedad civil para generar formas autónomas de protección en salud. Pero también en el rol del Estado en la provisión de servicios y en su alianza temprana con las clases médicas. En particular, el papel jugado por el estado en la construcción y promoción de la autonomía profesional de los Médicos.

## **7.2. Origen de la protección social en salud: la colonia española**

La instalación europea en la Banda Oriental puede ser inscripta dentro del proceso que Lynch, J. (2001) alguna vez definió como “*la segunda conquista de América*”. El relanzamiento del imperialismo hispánico bajo el impulso de la dinastía Borbón, procuraría recuperar el control político a través de la implantación de nuevas instituciones políticas. El transplante de las instituciones castellanas al mundo americano sería la marca distintiva de todo el período colonial<sup>123</sup>.

Ya en las disposiciones reales de 1541 y 1573 se establecía que en el momento de fundar un nuevo asentamiento poblacional en los dominios españoles en América, se debía prever la instalación del hospital para los enfermos pobres. Esos establecimientos debían estar próximos a la Iglesia, para que la misma se encargara de su funcionamiento. En el caso de pacientes con enfermedades infecciosas, debería procurarse un lugar apropiado, con una altura adecuada, para evitar “que los vientos pudieran afectar a la población sana.

En el caso de la Banda Oriental, los primeros desarrollos institucionales en cuanto al cuidado y asistencia de la enfermedad, datan de las primeras décadas de la fundación de Montevideo (1724-1730). Si bien resulta dudosa la fecha de la instalación definitiva de Montevideo, es importante anotar el carácter militar de este primer asentamiento, en el

---

<sup>123</sup> En la obra de Ots Capdequí, J. (1976) hay una excelente descripción de las instituciones políticas americanas bajo el dominio español. El mismo autor anota que, si bien las instituciones indianas tuvieron un molde uniforme, homogéneo, la realidad política se impuso y las mismas instituciones tuvieron funcionamientos y efectos totalmente diferentes, según las regiones concretas Ots Capdequí, J. (1976: 12).

marco de la competencia por el control territorial entre las Coronas portuguesa y española<sup>124</sup>. A diferencia de otras zonas de la América española, de colonización más temprana, sería más restringida la presencia de instituciones privadas en la colonización de la Banda Oriental.

Los historiadores coinciden en destacar el rol que tuvo en la construcción de los primeros hospitales el enorme movimiento humano que comienza a transitar por esta colonia. En particular, los destacamentos militares acantonados en esta zona, para la defensa del apostadero naval del Río de la Plata y de las fronteras terrestres. También la creciente incidencia del comercio de esclavos, para lo cual Montevideo era la puerta de entrada a esta zona del mundo. Todo esto generó necesidades en términos de cuidados para poblaciones movilizadas, control epidemiológico de viajeros con signos de enfermedades infecciosas, etc.<sup>125</sup>.

Según diversas crónicas<sup>126</sup>, el primer *Hospital de la Ciudadela*, que seguramente fuera un rancho miserable, estaba dirigido a la atención de los obreros dedicados a la construcción de las fortificaciones, y el destacamento militar. Según Veronelli, J. (1994) este primer establecimiento, creado en 1743, estaría localizado en el Convento de San Francisco. Posteriormente, en 1754 se daría la construcción de un edificio que funcionaría como Hospital del Presidio. Los otros establecimientos serían el Hospital de la Tropa (1756) y el de la Marina (1769), creados a raíz de las crecientes operaciones militares contra los portugueses y los indios<sup>127</sup>.

En 1782, el doctor Miguel Gorman<sup>128</sup>, Médico Jefe del Protomedicato Real para el Río de la Plata, propone la unificación de estos dos servicios, la cual se concretaría en 1797 con la creación del Hospital del Rey. Como veremos en la sección siguiente, el Protomedicato es la institución de autoridad sanitaria colonial, 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, con la finalidad de controlar el curanderismo y el ejercicio ilegal de la profesión médica, además de reglamentar el funcionamiento de las Boticas.

Los primeros establecimientos con los que contaría la ciudad, no estaban pensado para la atención de la población en general. Estarían más bien orientados a la atención de los crecientes destacamentos militares, la población movilizada por diversas causas,

---

<sup>124</sup> En sentido estricto, la primera instalación europea en la Banda Oriental la establecen los portugueses, cuando en 1680-1683 fundan la Colonia del Sacramento, un centro de comercio ultramarino en pleno corazón de la cuenca platense, con activa presencia británica. La creación posterior de Montevideo también está asociada también a la competencia de las dos coronas por controlar este territorio.

<sup>125</sup> En 1756 llega el primer barco negrero a Montevideo, y con ello la aplicación sistemática de la práctica de la cuarentena para los contingentes de esclavos que llegaban para su comercialización..

<sup>126</sup> En Veronelli et al (1994: 65-85) y sobre todo en Piotti, D. (2002), hay una excelente descripción sobre la evolución histórica del sistema de salud y la construcción de la autoridad sanitaria en el Uruguay.

<sup>127</sup> Según el historiador de la medicina Rafael Schiaffino, citado por Veronelli, J (1994) los portugueses se ocuparon activamente de los servicios médicos en su colonia austral, levantando un hospital en la Colonia del Sacramento en 1732.

<sup>128</sup> Irlandés de nacimiento, llega a estas tierras con la misión militar del Virrey Ceballos, encargado de expulsar definitivamente a los Portugueses del Río de la Plata. Formado en París, el Doctor Michael O' Gorman sería el impulsor del Protomedicato para el Río de la Plata, institución que se crearía por real cédula en 1780 con sede en la ciudad de Buenos Aires.

separada de sus familias, y la población carente de medios básicos para su cuidado. Como muestra Rosen, G. (1984), los establecimientos hospitalarios de esa época combinan las funciones de asistencia social, con las de asistencia a los enfermos indigentes. En verdad, predomina la dimensión del cuidado de dolientes y desvalidos diversos, carentes de recursos. Todavía habría que esperar un largo tiempo, antes de que los hospitales se convirtieran en una “tecnología organizativa” eficaz y eficiente para la recuperación de salud.

Quienes contaban con recursos suficientes se atendía en su propia casa, por los distintos practicantes del arte de sanar: médicos, sangradores, cirujanos, curanderos, boticarios, etc. Como bien describe Barrán, J. (1992), ninguno de estos grupos contaría con el monopolio exclusivo de la curación-sanación. La autoridad profesional de los médicos recién se empezaría a afirmar con la creación de la Facultad de Medicina en 1875-1876 y con el impulso modernizador del primer Batllismo durante el primer tercio del siglo XX. Sería un largo proceso, en el que el fortalecimiento del Estado y el de la profesión médica comenzarían a ir de la mano<sup>129</sup>.

La atención de la salud, en los siglos XVIII y XIX, es un fenómeno esencialmente individual, privado, en el cual las familias se hacen cargo mediante sus propios medios. La práctica médica no se realizaba propiamente en los ambientes hospitalarios, sino en los hogares patricios. La asistencia pública hospitalaria existía, en la sociedad colonial, sólo para los indigentes, reclusos y diversos tipos de desvalidos, bajo condiciones muy elementales. Habría que esperar hasta 1788, con la creación del primer Hospital de Caridad, para contar con un establecimiento que atendiera a la población carente de recursos, y a la que requiriera trasladarse para buscar asistencia<sup>130</sup>.

De acuerdo a Veronelli, et al (2004) resulta clave el papel de los destacamentos militares estacionado en la zona del Río de la Plata. El conflicto permanente con Portugal, la llegada de la misión Ceballos (1762), la situación ocasionada por la expulsión de los Jesuitas (1767), todos estos elementos refuerzan la presencia militar. El Cabildo era la institución responsable de contratar al Cirujano del Presidio (guarnición militar) como a un funcionario, aunque su salario se financiaba mediante el descuento a los salarios de los soldados. Frecuentemente intervenía en el asunto el Gobernador, sobre todo cuando se trataba de la asistencia de un destacamento militar importante.

Como dijimos al principio, las Leyes de Indias 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 implantadas en el Reino de Indias. Para ello era necesario “fundar” la institución, en el sentido de su edificación y de la provisión de las rentas necesarias para su financiamiento. De esta forma, se crearían en Montevideo la “*Hermandad de San José y La Caridad*” (1775) y también la “*Hermandad de la Caridad del Campo*” (1779). Conflictos entre las dos órdenes, donde intervendría también el Cabildo, se resolverían recién en 1789, mediante una orden real que fusiona las dos instituciones.

---

<sup>129</sup> Resulta de alto contenido simbólico que una de las caras del edificio sede del Poder Legislativo, construido entre 1908-1925, mire hacia el hermoso edificio de la Facultad de Medicina (1910), construida a semejanza de su homónima de París.

<sup>130</sup> Es el caso de la población de campaña, que vivía en las afueras de la ciudad amurallada, y que se servía del hospital para tener acceso más próximo a los pocos médicos con que contaba Montevideo.

Por la misma época se crearía la primera **Junta de Caridad**, responsable de la administración de los bienes enajenados por la Corona española a los Jesuitas, con los cuales se financiaría 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. La expropiación de los bienes de los jesuitas permitiría “fundar” de formar adecuada a estos establecimientos.

En torno al primer Hospital de Caridad se comenzaría a organizar toda la estructura de protección social del siglo XIX, que se proyectaría sobre el siglo siguiente. Como fuera señalado por Piñeiro del Campo, L. (1905:10) “...en el Hospital, como en una matriz fecunda, han ido germinando y de él se han ido desprendiendo sucesivamente, conforme las necesidades lo demandaban y las rentas lo permitían, los demás establecimientos de beneficencia, que componen el organismo vasto y centralizado de nuestra Asistencia Pública: el Asilo de Huérfanos, el de Mendigos, habilitado más tarde como Casa de Crónicos; el de Dementes y la Casa de Aislamiento; a los cuales se les han agregado por leyes o decretos especiales, los Asilos Maternales y la Escuela Nacional de Artes y Oficios”.

El fuerte impulso modernizador de finales del siglo XIX comienza a modificar paulatinamente 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. Agotada esa etapa, bajo impulso de una creciente modernización y secularización, el Estado comenzaría a asumir un rol creciente en el financiamiento y dirección de la asistencia.

La creación de nuevos Hospitales Públicos tomaría 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 Fermín Ferreyra (Montevideo, 1891). El Hospital de Niños y Mujeres en 1905 (Pereira Rossell), el Hospital Pasteur y el Asilo Piñeiro del CAMPO en 1922, el Hospital del Norte (Musto) y el Pedro Visca en 1922, el Gustavo Saint Bois en 1928<sup>131</sup>.

En su origen, se entendía que las Instituciones prestadoras de Salud pertenecían al ámbito privado. Sus principios de organización eran los de la Caridad y la Filantropía. Sobrepasadas por la demanda de servicios de una sociedad que crecía de manera explosiva, se volvieron deficitarias en todos los aspectos. El viejo Hospital de Caridad, quedó totalmente desbordado y alejado de las zonas más populosas, sin policlínicas periféricas para atender una ciudad excesivamente extendida. También había nueve pequeños y mal equipados hospitales en el interior. Instituciones deficitarias en lo económico y administrativo, requerían cada vez más del financiamiento estatal para su funcionamiento. Sobre fines del siglo XIX se procesa un profundo giro ideológico, que sustituiría los principios basados en la caridad y la filantropía, por lógicas seculares, ciudadanas.

Los primeros establecimientos hospitalarios se crean por la confluencia de la acción pública y las elites económicas y sociales locales. En algunos casos, la intervención pública es relevante, a través de la implantación de impuestos al abasto local de carne.

---

<sup>131</sup> Torres Bruno, O., 1978, citado por Setaro, M. (2004).

En todos los casos son administrados por Comisiones de Beneficencia, integradas por miembros de la sociedad local y autoridades públicas<sup>132</sup>. La administración de los establecimientos es entregada, generalmente, a las órdenes católicas de la caridad. Su orientación principal, además de cuidar de los desvalidos, es la del control, la regulación social y la difusión de los valores morales aceptados. (Morás, L. E., 2000: 162-168).

Como mencionamos más arriba, durante el “primer Batllismo” se daría un impulso decidido a la construcción de 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%)<sup>133</sup>. Los únicos establecimientos públicos importantes, creados con posterioridad a este período, serían el Hospital Universitario de Clínicas en 1953<sup>134</sup> y el Hospital Policial (1978-86).

Los Hospitales todavía son apenas un lugar para ir a morir. Pero son también el sitio en el que se forman las primeras generaciones de médicos nacionales, quienes comenzarán a disputar con las órdenes religiosas por el control de los establecimientos de salud. En cualquier caso, la caridad, en manos del Estado y de 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”. (Barrán, J.P. 1992: 51)

De manera simultánea a este proceso de estatización de la caridad, comienza a darse la emergencia del fenómeno mutual, como una respuesta cuasi explosiva, frente al creciente dinamismo económico y social. En las siguientes abordaremos este desarrollo, marcando su origen primario en la sociedad, y su posterior imbricación con el desarrollo de la autoridad de la profesión médica en nuestro país.

### 7.3. El control del arte de curar

Para la época de la conquista había en España y América dos clases de médicos y cirujanos: los médicos o cirujanos latinos y los romancistas. Los médicos o cirujanos latinos derivaban su nombre de su conocimiento del latín, que habían adquirido, junto con los conocimientos en humanidades, en Escuelas universitarias reconocidas, frecuentemente universitarias. Los romancistas, en general de condición social más humilde, hacían su aprendizaje al lado de otro médico o cirujano y su examen contenía menores exigencias.

De más está decir que en los primeros tiempos los que llegaron a estas tierras eran, en su mayor parte, romancistas. Algunos de estos romancistas limitaban su práctica a ciertos menesteres definidos y se los conocía como sangradores, ventoseros, sacamuelas, hernistas (practicaban la taxis herniaria y los vendajes contentivos), ensalmadores o

---

<sup>132</sup> Esto es, el Jefe Político, la Junta Económico-Administrativa, el Juez letrado departamental.

<sup>133</sup> En realidad, un análisis histórico más afinado nos debería permitir reconocer que muchos de los nuevos establecimientos, en realidad tienen su antecedente en establecimientos creados anteriormente por la acción de la caridad y la beneficencia.

<sup>134</sup> El proyecto del Hospital Universitario es de larga data, hay proyectos de ley de creación que se remontan a 1926 (Mieres Gómez, 2007). En 1953 comienza el proceso de habilitación progresiva de las salas del nuevo hospital universitario.



algebristas, duchos en reducir fracturas y dislocaciones, y hasta lamparoneros, cuya habilidad consistía en abrir los abscesos ganglionares del cuello. (Veronelli, et al, 2004)

En el continente europeo, en las zonas de alta densidad urbana, la práctica médica se basa en el ejercicio liberal de la profesión. Las personas se relacionan con los médicos, estableciendo un acuerdo de pago por cada intervención del profesional. En este relacionamiento, lo más usual es que el profesional regule sus tarifas de acuerdo a la capacidad económica del paciente. La resolución del caso se realiza en el domicilio del paciente, en el cual se le brindan los cuidados básicos para su estado. Esta modalidad es bastante diferente del desarrollo primario en el área americana, con poblaciones y medios más limitados.

Los Cabildos son los responsables de autorizar el ejercicio profesional de médicos y cirujanos. También intervienen en la determinación de los arreglos para financiarlos. Por ejemplo, el primer cirujano de la ciudad de Buenos Aires (hacia 1600), fue contratado por el Cabildo por una suma anual fija, con la obligación de brindar atención a todo el vecindario, sin discriminar clase o religión. Los enfermos debían financiar los medicamentos o ungüentos requeridos para su tratamiento. En este caso, el Cabildo autoriza el ejercicio del médico, y también se hace cargo de coleccionar los aportes de los vecinos, para financiar los servicios del médico<sup>135</sup>.

Como se mencionó más arriba, la provisión de medicamentos no estaba habitualmente dentro de los beneficios contratados con los cirujanos o médicos, por tanto debían pagarlos los usuarios<sup>136</sup>. El Cabildo funcionaba como tribunal, antes de que se implantara el Protomedicato, cuando se suscitaban litigios con médicos o boticas, por ejemplo en el precio de venta de los medicamentos. Los Cabildos podían inspeccionar y determinar si los precios de las boticas eran abusivos.

En los casos de denuncia sobre ejercicio de la profesión médica sin título habilitante, era el Cabildo el que la recibía y solicitaba los títulos de los denunciados o, en algún caso, designaba un tribunal para que los examinase. Cuando una ciudad carecía de cirujano, médico o barbero, también eran los Cabildos los que se dirigían al gobernador, al Virrey, o a la Corona, solicitando la provisión del profesional. En las capitales virreinales el pedido era dirigido al Protomédico quien valoraba la necesidad y factibilidad del asunto y lo elevaba al Virrey con su consejo.

Las relaciones entre médicos y cirujanos fueron desde su inicio tormentosas. Los primeros trataban a los segundos como a una profesión auxiliar, de inferior jerarquía. En 1801 los cirujanos consiguieron que se crease, para la Corte española, una Junta Gubernativa de Cirugía, que en 1804 se extendió al Reino de Indias. Se estableció la separación de la Cirugía y la Medicina, cesando por lo tanto las facultades de los Protomedicatos sobre los cirujanos. También se concede autorización a la Junta Superior de Farmacia de Madrid para designar sus comisionados en las Indias. La

---

<sup>135</sup> Hace notar Veronelli, citando al historiador de la medicina Rafael Schiaffino, que los atrasos en los pagos eran frecuentes. Esto motivaba que los médicos quisieran renunciar y emigrar de la ciudad, frente a lo cual los Cabildos solicitaban al Gobernador que “obligara” a éstos a quedarse en la ciudad.

<sup>136</sup> En el caso de los Cirujanos de Presidio (militares), eran contratados para brindar atención y también se hacían responsables de brindar las medicaciones requeridas. Resulta interesante notar que estos funcionarios se hacían responsables de la atención de destacamentos militares localizados en zonas distantes, como podía ser Buenos Aires, Montevideo y Maldonado. Lo habitual era que subcontrataran a otros profesionales o asistentes para cubrir sus obligaciones.

reforma no tuvo tiempo para implementarse, pero contribuyó a erosionar el poder del Protomedicato.

El Uruguay debería esperar hasta 1875 para ver la creación de la Facultad de Medicina, que tendría su local en el corazón de la Ciudad Vieja, próximo al Hospital de Caridad. El viejo hospital de Caridad, no podía ser de otra manera, sería el primer hospital universitario de nuestro país. Ese sería el escenario de formación de las primeras generaciones de médicos nacionales. Sería además el inicio de una larga y conflictiva relación entre la ciencia médica y la caridad cristiana, responsable primera del cuidado de almas y cuerpos de pacientes.

En el año 1889 el Estado uruguayo nacionaliza 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 crea la **Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública**, integrada de forma honoraria y bajo la dependencia directa del Poder Ejecutivo<sup>137</sup>. Las instalaciones de lo que era la beneficencia se integran así al patrimonio nacional. En la creación de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia tendría importante incidencia la recientemente creada Facultad de Medicina.

También se aprueba la ley de creación del Tesoro de la Caridad, para financiar los establecimientos de la caridad y beneficencia pública. Los establecimientos pasarían a contar con una diversidad de recursos afectados a su financiamiento: impuestos aplicados sobre las compañías de seguros, las licitaciones de la pesca de Lobos y Anfibios, de las Capatacías de Aduanas, impuesto de 1% sobre los pagos que realiza la Administración Pública, impuesto a los Faros. También contaría con el producido de la Lotería, Donaciones, los arrendamientos de las propiedades de la Beneficencia, y los cobros de hospitalidades sobre personas con capacidad de pago.

En ese período se puede verificar un notable avance del Estado sobre las Instituciones hasta entonces reservadas a la Iglesia Católica. Un proceso sostenido de secularización, que comienza en 1860 con la ley de municipalización de los cementerios, bajo el gobierno del Presidente Bernardo P. Berro. Esto prosigue en 1879 con la creación del Registro Cívico Nacional bajo el gobierno del Coronel Latorre; en 1882 la Ley que consagra el Matrimonio Civil Obligatorio, previo al acto religioso, en 1905 retiro de los crucifijos y otros símbolos del culto religioso de las salas de los Hospitales y demás establecimientos dependientes de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública. Esto último despertaría una gran conmoción en la sociedad conservadora, católica por tradición y sentimiento. (Este proceso de secularización tendría su momento cúlmine con la separación de la Iglesia del Estado en la Reforma Constitucional de 1917)

Pero los problemas de desfinanciamiento y de gestión de los centros asistenciales y sociales se mantenían. Esto llevó a que el Presidente Claudio Williman<sup>138</sup>, designara una Comisión asesora, para el estudio de este tema. Esa Comisión sería integrada por cinco médicos de renombre, más un abogado y diputado nacional. Dentro de los más

---

<sup>137</sup> Integrada por 21 vecinos “notables”, con sus respectivos suplentes, designados por el Poder Ejecutivo. El informe de Piñeiro del Campo (1905) marca que los establecimientos cuentan con un total de 1493 funcionarios. Los funcionarios técnicos eran designados por la Comisión, en base a los resultados de los concursos que realizaban los aspirantes ante un tribunal médico.

<sup>138</sup> Docente universitario, fue Rector de la Universidad de la República durante 1902-1906.

destacados<sup>139</sup>: Dr. José Luis Scosería como Presidente de la comisión, era también el presidente de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública; Dr. Alfredo Vidal y Fuentes, Presidente del Consejo Nacional de Higiene Pública; Dr. Gabriel Honoré, Director de Salubridad de Montevideo; Dr. Luis Morquio, Profesor de Pediatría; Dr. Juan J. De Amézaga, un joven diputado que llegaría a ser presidente de la República. (Ferrari, J.M. 2010)

Entonces, bajo la Presidencia de Williman, el 9 de octubre de 1911 se crea 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 Nacional, 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.** En este proceso fue determinante la presión de la Facultad de Medicina, en su lucha por superar las barreras que le imponían la Caridad y la Beneficencia al desarrollo autónomo de la formación profesional médica<sup>140</sup>.

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”, con la mediación de los poderes del Estado. En este conflicto queda patente el inicio de la alianza entre la ciencia médica y el impulso racionalizador del Estado.

La ley termina de nacionalizar todos los servicios públicos de asistencia social y médica. Se crea un Consejo de Asistencia Pública de 21 miembros, con un Director General, ambos designados por el gobierno por un plazo de 6 años, pudiendo ser reelectos. Se crean Comisiones Asesoras Departamentales con activa participación de las autoridades locales. La ley trata de dotar al cargo de mayor ejecutividad, en referencia a la Presidencia de la anterior Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública (Ley 2059 de 1889, en su artículo 7mo.) que solo duraba 2 años en sus funciones y no contaba con la autoridad suficiente para ejercer funciones.

El Director General es nombrado directamente por el Poder Ejecutivo, siendo responsable ante el Ministerio del Interior y controlado por el Consejo Nacional de Asistencia Pública. Este consejo es de carácter honorario, y es asesorado en las diversas materias de su competencia por una Comisión Técnica de expertos en salud y administración. Ambos organismos, Consejo de Asistencia Pública y Comisión Técnica, se integraban por primera vez con representantes de la Facultad de Medicina, como formadora del personal profesional y técnico. Años más tarde se eliminaría la participación del órgano universitario en la Dirección de las instituciones rectoras del campo de la Salud.

---

<sup>139</sup> El perfil de estas comisiones de trabajo muestra los rasgos tecnocráticos, de fuerte inspiración iluminista, que tuvo la construcción del Estado durante el primer Batllismo. Esto se aprecia en el Presidente de la República, un destacado universitario, hasta los miembros de las comisiones, en muchos casos formados en los más importantes centros médicos europeos.

<sup>140</sup> 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.

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* de la sociedad uruguaya. La medicalización entendida como un triple proceso, en el que la salud se convierte en un bien social supremo, la hegemonía profesional médica en el cuidado de la salud, y la sujeción progresiva de conductas y costumbres populares a las orientaciones derivadas del conocimiento científico médico (Portillo, J., 1993).

Este suceso pudo ocurrir merced al notable avance científico tecnológico, aplicado de forma sistemática en el campo de la salud humana. El avance en el campo de las inmunizaciones<sup>141</sup>, el descubrimiento de las sulfas, la anestesia, los conceptos de asepsia y antisepsia, entre otros, tendría un enorme impacto en los procesos de atención médica. Los Hospitales se convierten así en organizaciones eficaces y eficientes para la resolución de problemas agudos de salud. En esto se sustenta, en última instancia, el creciente poder de los médicos como corporación: el monopolio del conocimiento científico aplicado a la recuperación de la salud.

En este largo proceso se consolidaría el Poder Médico, con el laicismo como filosofía de Estado que impondría la *sacralización* de la Medicina. Poder del Estado y Poder Médico van unidos, en un circuito de fortalecimiento, de reconocimientos y refuerzos mutuos. La medicalización de la sociedad posicionaría a la corporación médica como *los nuevos sacerdotes en el culto a la racionalidad del Estado*. (Barrán, J. 1992)

#### **7.4. El empuje de la Sociedad Civil: el fenómeno de las asociaciones Mutuales**

La expansión de la estructura de asistencia estatal se acompañaría de una más compleja e intrincada red social. Fenómenos como el Mutualismo se anticipan al Estado, a través de fórmulas autogestionadas y solidarias para la prestación de servicios sociales. La sociedad, partir de la segunda mitad del siglo XIX, logra generar respuestas a las demandas de asistencia de importantes sectores de la población. El principio de la solidaridad, de la ayuda mutua, tiene un impulso vigoroso de la mano de las crecientes oleadas migratorias.

Las instituciones mutuales, que hoy dan cuenta de la cobertura asistencial de un importante volumen de población, *presentan un importante nivel de aceptación social y de reconocimiento en los servicios que brindan*. 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 migratorio<sup>142</sup>, impactaría fuertemente en la sociedad criolla. No solo traen 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 mutua.

---

<sup>141</sup> En el libro de Buño, W. (1986) hay una excelente descripción del notable avance de la política de inmunizaciones de nuestro país, que arranca en la primera década del siglo XIX.

<sup>142</sup> Para ser más exactos, entre 1860-1900 la población se multiplicaría por cuatro. Con esta llegada de migrantes europeos se comenzaría a producir una importante expansión de las clases medias y de renovación a la nivel de la elite comercial, terrateniente. (Ver Rama, G.W., 1969)

Esas ideas de autogestión, de solidaridad y cooperativismo, tienen inspiración 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* y del socialismo utópico, comenzarían a tomar carnadura en estas nacientes instituciones sociales<sup>143</sup>.

En el estudio sobre los orígenes del mutualismo, Kruse, H. (1994: 24-42) logra identificar, para el período 1853-1910, a unas 233 Mutuales. De estas, el 41,2% corresponden a Montevideo, y el 58,7% a poblados del interior del país. Las mutuales de origen étnico son la mayoría, unas 100, marcando presencia predominante las italianas (50), españolas (37) y francesas (7)<sup>144</sup>.

El mojón crítico es sin lugar a dudas la fundación de la Asociación Española Ira de Socorros Mutuos (AESM). Pionera en América, la AESM 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, y en todo el continente: Argentina, Chile, Paraguay y Perú. (Veronelli, et al, 1994).

El objetivo de esta mutual era brindar una pequeña retribución a los enfermos y desacomodados en base a un fondo común. Para esos fines la Asociación contaría con Médico, Sangrador y Botica. El subsidio, de un patacón diario, comenzaría a regir al momento de la certificación médica. Si la enfermedad no impide trabajar o si es una afección, solo dispondrá de médico y botica. En caso de heridas por riñas, desafíos o alcoholismo, no corresponderá asistencia. También se harían cargo de los gastos de entierro del afiliado, contando con un panteón social, así como de los gastos de repatriación si fuese necesario. (Veronelli, J.C. et al, 1994: 72-73)

Estas formas de gestión, mediante organizaciones sin fines de lucro, que ponen a disposición de la población servicios ajustados a las expectativas de sus usuarios, se irían *introyectando* en la mentalidad de la sociedad uruguaya. De esta forma, la expansión del fenómeno MUTUAL es notable: 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. (Veronelli, J.C. et al, 1994: 72-73)

Sobre la década del 80s del siglo XIX comenzaría a darse un fenómeno novedoso, con la aparición de “mutuales con fines comerciales”. Disimulados en nombres asociados a la idea del mutualismo, comienza a desarrollarse nuevos emprendimientos de inspiración lucrativa. En su confusión con las verdaderas mutuales, estas organizaciones comerciales causarían un daño importante en el funcionamiento del sector salud.

---

<sup>143</sup> Estos principios están profundamente imbricados en la estructura del movimiento obrero uruguayo y, según diversos autores, pueden rastrearse sobre mediados de la segunda mitad del siglo XIX, por ejemplo en la creación en 1875 de la Federación Obrero Regional del Uruguay. (Ver: Rama, C.M., 1969; Rodríguez, H. 1969; D’Elía, G., 1986)

<sup>144</sup> Estas cifras están documentadas por Kruse, H. (1994), pero el mismo autor indica que seguramente se estaría subestimando la cifra global de organizaciones mutuales.

La disputa entre médicos, farmacéuticos y mutualistas sería la tónica predominante en el inicio del siglo XX. Según apunta Kruse, H. (1994: 52-54), en 1884 se constituye el Centro Farmacéutico Uruguayo, con el fin de promover sus intereses sociales y morales de sus asociados. En 1907 se crearía la Unión Farmacéutica, que dentro de sus fines específicos destacaba el “...Regularizar las relaciones entre las Farmacias y Droguerías y las Sociedades de Socorros Mutuos y Empresas de Asistencia de enfermos a objetos de realizar el mejor servicio público posible”.

En 1887 se daría la creación de la primera mutual de base médica, el Círculo Médico Uruguayo. Su objetivo principal es la provisión de servicios de salud, pero desde una perspectiva diferente a la de los usuarios. Dentro de sus objetivos se destacaba “...fomentar los progresos de la ciencia médica en todas sus ramas (...) aconsejar a la autoridad competente las medidas tendientes a mejorar la salud pública (...) proteger a los socios en sus intereses profesionales, protección basada sobre estrictos principios de solidaridad y confraternidad”. (Kruse, H. 1994: 56)

Según el mismo Kruse, H (64-66), en 1924 el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) conforma una comisión de trabajo, a fin de analizar el tema de los socorros mutuos. El SMU señalaba como un grave problema para la profesión, el de la explotación de los médicos por parte de las mutualistas. También indicaba la necesidad de generar un seguro obligatorio, dirigido a la población de bajos ingresos, que brindara protección social contra el riesgo de enfermedad. Los trabajos de la comisión resultarían en un proyecto de ley, que el SMU presentaría al Parlamento, sobre seguro social de enfermedad, invalidez y vejez.

De acuerdo a Mieres Gómez, M. (2007) en su primera etapa el movimiento mutual fue visto como una amenaza para la incipiente clase médica. El “modelo ideal” del ejercicio liberal de la profesión, en el cual el Médico se vincula de manera autónoma con su paciente que lo elige libremente para su asistencia, estaría limitado a las clases más pudientes de la sociedad uruguaya. Más aún, estaría limitado por lo expansivo del fenómeno mutual, que desde su origen en los sectores de trabajadores y migrantes, comienza a extenderse hacia la pujante clase media. De esta forma, la competencia por el “mercado de los pacientes” comienza a ser una pugna cada vez más importante entre médicos y mutuales.

A partir de esta pugna entre médicos y mutuales, en la cuál esta última ejercen un rol administrador, podemos comprender la creación del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) en 1935. Esta organización 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 el momento en que comenzarían a extinguirse los movimientos migratorios.

Los motivos para la creación del CASMU fueron varios: crear una 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 (creado en 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, G., y Sánchez, D. 1993). (Mieres Gómez, G. 2007)

El CASMU llegaría a constituirse en la más importante empresa de salud del país, y establecería a la agremiación como una condición para que las distintas empresas médicas puedan contratar con él. El CASMU impulsaría fuertemente a la medicina colectiva, al incorporar progresivamente a los sectores de mayores ingresos, haciendo que prácticamente desapareciera la práctica asistencial particular.

El surgimiento de estas nuevas modalidades de gestión asistencial, con formas horizontales y cooperativas de producción de salud, reproducen algunos de los principios del Mutualismo. Pero lo hacen de una manera diferente, trasladando el eje del poder desde quienes administran los recursos de los usuarios, hacia quienes administran el proceso de atención: los médicos. Se modifica la ecuación de poder dentro de la “empresa de salud”, pasando a ser el médico del eje de su organización<sup>145</sup>.

Estas instituciones recién serían reguladas por ley en 1943, en las postrimerías del Terrismo, fecha en el que el número de afiliados alcanzó a los 300 mil, de acuerdo a la fundamentación del proyecto de ley<sup>146</sup>. (Mieres Gómez, G. 2007) El siguiente impulso al sistema de salud vendría con la creación de los Seguros de Enfermedad para trabajadores, creados mediante Convenios Colectivos por empresa o sector industrial.

## **7.5. La expansión del aseguramiento en salud a través del “nuevo mutualismo”**

La atención médica colectiva, a través de las instituciones mutuales, se vería poderosamente dinamizada con la promulgación de la ley 10449 de 1943. Esta ley establece los Consejos de Salarios y las Cajas de compensaciones para el pago de las Asignaciones Familiares<sup>147</sup>. Este esquema de negociación colectiva, de redistribución del ingreso y ampliación del bienestar colectivo, resulta clave para la comprensión de la expansión del sector mutual.

De acuerdo a Notaro y Fernández (2012), el sistema de negociación colectiva tiene raíces más profundas. Según los autores, en 1912 se presentó en el Parlamento el primer proyecto de Consejo de Salarios, lo cual revela la temprana preocupación por regular esta realidad. El proyecto que se aprobaría en 1943 tenía pocos antecedentes, ya que en

---

<sup>145</sup> El control del proceso de trabajo, de sus pautas, pero también de sus recursos de financiamiento, es un factor determinante para la constitución de la autonomía profesional. A las habilitaciones legales y el respaldo del estado, que garantiza el monopolio de la práctica profesional, se suma el control del proceso productivo en su totalidad.

<sup>146</sup> 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.

<sup>147</sup> De acuerdo a Frega, et al (1987) en 1940 toma luz pública el informe de una Comisión Parlamentaria especial, responsable del estudio de las condiciones de vida de la población obrera, que analiza la situación económica y social de más de 23 mil obreros de 44 establecimientos industriales. Este informe, redactado por el Diputado Tomás Brenna, sería el fundamento para impulsar los proyectos de ley de Consejos de Salarios.

el mundo no se conocía un sistema de negociación tripartito<sup>148</sup>. Esta ley crearía “...un escenario de encuentro periódico para negociaciones de trabajadores y empresarios con presencia del Poder Ejecutivo, y definió los procedimientos y los contenidos de las mismas. La respuesta de los actores sociales a la convocatoria en el nuevo marco legal institucionalizó un sistema de relaciones laborales, promoviendo cambios tanto en los actores sociales y sus estrategias como en las formas de confrontación y cooperación así como en las relaciones de poder”. (Notaro y Fernández, 2012: 162).

La implantación de los Consejos se explica, de acuerdo a Notaro y Fernandez (2012), por la presión estructural del modelo de industrialización sustitutiva de importaciones, en conjunción con la presión fundamental que ejercía el proceso de la transición política desde la dictadura Terrista hacia la Democracia. En tal sentido, los Consejos de Salarios son un instituto político, que facilita la salida de una dictadura, además de ser un instrumento de gobernanza de las relaciones industriales. Para Frega, A. et al (1987: 86-89), el giro político se percibe desde antes, con en el importante impulso a la legislación laboral que existe entre 1940-1946

El régimen de Cajas de Asignaciones Familiares, contenido en la ley 10449, sería ampliado con la ley 11.618 de 1950 que crea el Consejo Central de las Cajas. Este Consejo es responsable de supervisar el funcionamiento de las diversas cajas, que se organizan según rama de actividad. El artículo 16 de esta ley establece que las Cajas podrán utilizar parte de sus excedentes para el financiamiento de nuevos beneficios familiares y socorros extraordinarios para sus integrantes. Bajo este marco es que comenzarían a desarrollarse las prestaciones de salud para los trabajadores amparados.

La ley 11.618 también crearía un Fondo Nacional de Compensación, financiado con los aportes obligatorios y excedentes de las diversas Cajas organizadas por rama de actividad (además de la emisión de Bonos). El artículo 17 de esta ley establece el propósito del Fondo Nacional, que es el de tratar de homogeneizar mediante redistribución de recursos, los niveles básicos de las prestaciones que brindan la diversas cajas de las ramas de actividad. Además de eso, el mismo artículo de la ley prevé que el Consejo Central podrá organizar nuevos beneficios familiares, de cualquier índole, además de financiar socorros extraordinarios.

Como fuera descrito por Lanzaro, J. (1986) y también Notaro, J (2012), esta nueva institucionalidad tendría un impacto formidable en la regulación de las relaciones industriales. Sobre esta base se establecería el armado de un esquema de Welfare de orientación Corporativa o Conservador (Esping-Andersen, G., 1993 y 2000). Resulta interesante anotar que la autoridad gubernamental en este período, la agencia responsable de la función de supervisión, contralor y promoción de este esquema, es el Ministerio de Industria y Trabajo. Tenemos entonces una imbricación muy fuerte de la política de desarrollo industrial y la de bienestar. El enfoque político tiene claros rasgos desarrollistas.

---

<sup>148</sup> Según Notaro y Fernandez (2012) esto sólo se explica por la presión estructural del modelo de industrialización sustitutiva de importaciones, en conjunción con la presión fundamental que ejercía el proceso de la transición política desde la dictadura Terrista hacia la Democracia. En tal sentido, los Consejos de Salarios son un instituto político, que facilita la salida de una dictadura, además de ser un instrumento de gobernanza de las relaciones industriales.



En verdad, los seguros de salud por rama de actividad se habían desarrollado de manera temprana, a través de convenios colectivos entre diversas cámaras empresariales y sindicatos de trabajadores. Por ejemplo, los convenios de la industria de la construcción, que tienen antecedentes previos a la ley de instauración de los Consejos de Salarios de 1943. La ley 12.571 de 1958, establecería un nuevo modelo general para la estructuración de los seguros de salud, toma como referencia el convenio de la construcción del año 1948. El punto relevante es que a partir de la década de 1950 comienza a darse un nuevo desarrollo de estos institutos, convirtiendo a los convenios colectivos en leyes nacionales. Estos nuevos institutos se ajustan a los lineamientos que establecen las leyes 10.449 y 11.618.

<b>Año</b>	<b>Nro Ley</b>	<b>Seguro de Salud por rama</b>
1958-1960	12.839	Modifica a la ley 12571 de 1958. Comisión Honoraria de Asistencia Médica y Subsidio por Enfermedad para el personal de la Construcción (CHAMSEC).
1962	13.096	Trabajadores del Puerto de Montevideo
1964	13.244	Obreros y empleados de la industria de la madera y afines
1964	13.283	Obreros y empleados de la industria del metal y ramas afines
1960-1966	13.488	Modifica la 12.793 de 1960, que a su vez modificó la 12.177 de 1955 y la 12.546 de 1958. Comprende a los Obreros, empleados y patronos del transporte automotor (CHASITA)
1966	13.490	Obreros y empleados de la industria textil
1966	13.504	Trabajadores de talleres, fábricas, administración y redacción de la industria gráfica y librerías
1966	13.560	Tripulantes de buques mercantes y de pesca de Bandera Nacional, de empresas privadas
1966	13.561	Trabajadores de la aguja
1971	13.965	Trabajadores de la bebida
1972	14.064	Trabajadores de la industria del vidrio que trabajan en todo el territorio nacional. En esta ley, en su artículo 31, se establece la competencia del Poder Ejecutivo para intervenir todos los seguros de salud en caso de mal funcionamiento.
1972	14.065	Trabajadores de la industria del cuero
1972	14.066	Trabajadores gastronómicos y los de la industria del dulce
1974	14.477	Creación de la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad (ASSE), que centraliza la administración de todos los seguros de salud de trabajadores.

Fuente: elaborado en base a registro informático de Leyes del Parlamento Nacional.

Como pudimos ver, hasta la década de 1950, las personas se afiliaban a una mutual de forma voluntaria, asumiendo el pago de las respectivas cuotas. Quienes no estaban afiliados a alguna de estas instituciones, se atendían en forma privada (los más pudientes) o en los hospitales estatales (los de ingresos más bajos). Paulatinamente, al

amparo de la ley 10.443, los sindicatos comienzan a organizar cajas por rama de actividad. Mediante un aporte a cargo del trabajador y del empleador, con un sistema de administración conjunta empleado/empleador, tomaron a su cargo el pago de las cotizaciones de los trabajadores ante las mutuales o cooperativas (en algunos casos, también del núcleo familiar).

En términos generales, estos nuevos seguros serían administrados por Comisiones Honorarias Tripartitas (CHT), integradas por representantes de Trabajadores, Empresarios y Estado. Los representantes son electos de acuerdo a los procedimientos que establece la ley de Consejos de Salarios<sup>149</sup>. Estas CHT tienen personería jurídica, y son responsables del pago del subsidio económico por enfermedad, y de contratar los servicios de salud para sus afiliados<sup>150</sup>. Administran el Fondo de Recursos, constituidos con aportes obrero- patronales, que financia el subsidio por enfermedad e invalidez, además de la atención médica.

Para definir en los procesos de contratación de servicios de salud, la CHT amplía su integración, con representantes de: MSP, Federación de Sociedades Mutualistas, Facultad de Medicina, Consejo Central de Asignaciones Familiares. La CHT, así integrada, es responsable de seleccionar los servicios de salud, entre proveedores sin fines de lucro. La CHT establece los requisitos de los servicios a contratar, en cuanto a calidad y precio de los mismos, los cuales serán adjudicados mediante licitación.

Todas estas leyes de seguro social establecen que las CHT serán responsables de la contratación, mediante licitación, de los servicios de salud para sus integrantes. Pero además, solo podrán contratar servicios con las instituciones que la ley 10384 cataloga como sin fines de lucro. Las tasas de aportación a los seguros varían entre 2-3% como aporte obrero, y 4-7% como aporte patronal.

Para la segunda parte de la década del 60, las leyes de seguros de salud promulgadas establecen una variante en sus mecanismos de gobierno. En las nuevas leyes, el Consejo Central de Asignaciones Familiares (CCAF), en sus Cajas dependientes, se convierte en el organismo de conducción del seguro social de salud. Para el proceso de “compra de servicios de salud”, la Caja de la rama de actividad se integra con representantes de: MSP, Mutuales, Facultad de Medicina y el CCAF<sup>151</sup>.

Estos mecanismos tendrían un impacto muy poderoso en la expansión de la cobertura de servicios de salud, a través de la provisión por medio de organizaciones mutuales y cooperativas. En el gráfico 7.1 siguiente se muestra una estimación de lo sería la cobertura de las organizaciones de tipo mutual entre 1908-1975. Lo interesante a marcar es la expansión de la cobertura, que se procesa en la década del 40, y muy especialmente a partir de 1950 con la expansión de los seguros colectivos de salud.

---

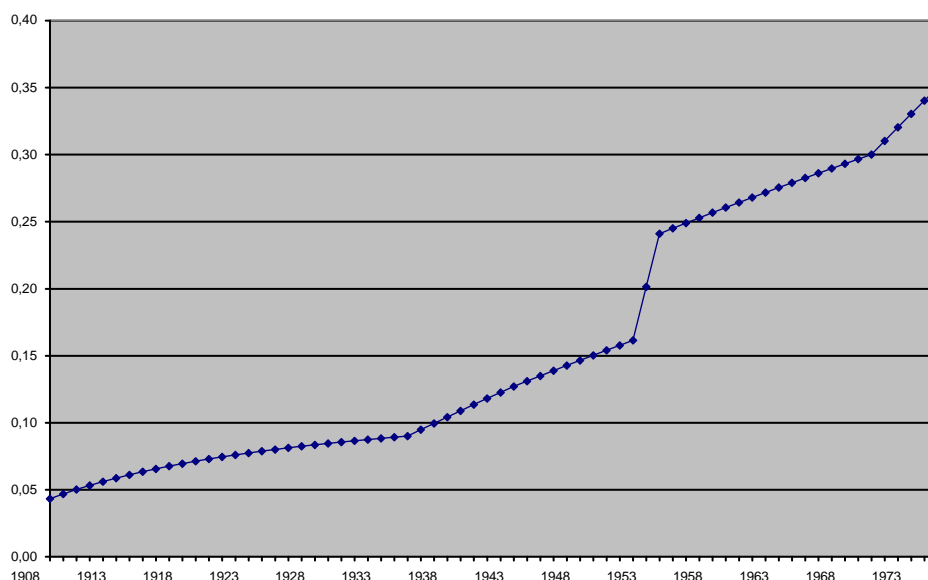
<sup>149</sup> También se crean en cada empresa las Comisiones Paritarias honorarias, integradas por trabajadores y patronos, que se articulan con las CHT de la rama de actividad y supervisan el cumplimiento de los aportes al Fondo de Recursos.

<sup>150</sup> En algunos seguros, este beneficio abarca a la familia del trabajador, estableciendo el acceso a los servicios mediante una cuota acordada, que es descontada por la CHT del salario del trabajador. También algunas prevén el mantenimiento del beneficio de atención médica para los jubilados, a través del pago de la cuota acordada por el convenio.

<sup>151</sup> En esta variante organizativa, se percibe una simplificación institucional, al sustituir la CHT por la Caja de Asignaciones. También se reafirma el rol de conducción de la CCAF, lo que marca una cierta orientación hacia la centralización de las funciones de supervisión y control

Según diversas fuentes, para mediados de los 70s, la afiliación a las IAMC rondaría el millón de personas<sup>152</sup>.

Gráfico 7.1. Cobertura poblacional en salud por vía Mutual y Seguridad Social. 1908-1975



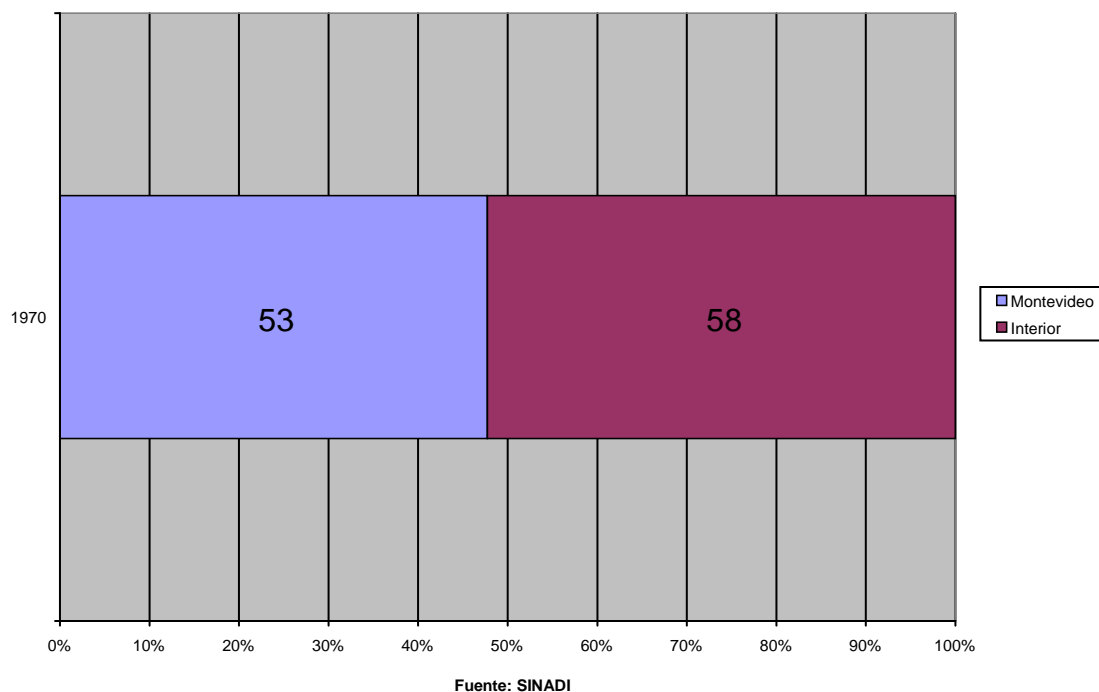
Los organismos de la Seguridad Social tienen un rol cada vez más activo en la recaudación de cotizaciones, administración de fondos y pago a proveedores de servicios de salud mutuales y cooperativos. Pero este esquema no logra incorporar un importante contingente poblacional: los trabajadores estatales. Los funcionarios policiales y militares poseen un régimen especial, cada uno con su propio seguro. Los trabajadores de la administración descentralizada, en general, logran establecer sistemas de seguros a través de convenios específicos, o servicios de atención propios. Pero, por regla general, los funcionarios de la Administración Central tienen arreglos diferenciados, en algunos casos precarios o inexistentes.

Como podemos ver en el gráfico 7.2 siguiente, este proceso se acompaña de una expansión y generalización del fenómeno asociativo médico a todo el país. Debe recordarse que el fenómeno mutual, en la primera mitad del siglo XX, estuvo concentrado en el Montevideo, con presencia en algunas grandes ciudades del interior. La expansión hacia el interior del país resulta notable, de la mano del desarrollo del fenómeno de las Cooperativas Médicas, que tienen una notable expansión de la mano del desarrollo de los seguros por enfermedad y apoyados por las políticas de incentivos

<sup>152</sup> En el Anexo 10 final presentamos los supuestos sobre los cuales construimos este gráfico. Se utiliza como base las estimaciones poblacionales puntuales de Demógrafos y las estimaciones de cobertura de mutuales realizadas por estudios históricos, proyectándolos estadísticamente. La estimación es muy gruesa, pero permite apreciar los fenómenos de expansión localizada de estos mecanismos de cobertura en salud.

que establece el estado uruguayo para el desarrollo de estas formas de organización productiva.

**Gráfico 7.2. Número de IAMC en todo el país, según región. 1970.**



Pero además, la ley 10.384 de 1943 significó un hito muy relevante en el campo del desarrollo mutual, porque separó las aguas, diferenciando instituciones de protección social de organizaciones lucrativas. Como bien indica Kruse, H. (1994) sobre fin del siglo XIX e inicios del XX, el campo de la atención en salud y protección comienza plagarse de instituciones parecidas a las del mutualismo, pero que en verdad son seguros lucrativos. El marco regulatorio y sus desarrollos posteriores protegen y amparan especialmente a las formas no lucrativas.

Este carácter de organizaciones privadas con finalidad pública llevó a que muy tempranamente fueran reguladas, además de establecer un marco de beneficios e incentivos para su funcionamiento. Además de las exoneraciones fiscales genéricas, en cuanto a tributos nacionales y departamentales, también disfrutarían de exoneraciones en cuanto aportes patronales a la seguridad social.

De acuerdo a un estudio realizado por Rodríguez Machado, A. (2013: 96-97), el sector de las IAMC opera bajo un régimen de exoneraciones tributarias que genera un marco ventajoso para su funcionamiento y para la contratación de recursos humanos. De acuerdo con este estudio, en términos generales, los costos de la contratación de mano de obra en el sector IAMC son más bajos respecto a otros sectores de actividad privada. Inclusive, el sector IAMC presenta costos de contratación inferiores a los que les corresponde al Estado como patrono. La diferencia actual es significativa, ya si contabilizamos solamente los aportes patronales a la seguridad social, el sector público

(ASSE) tiene un costo salarial casi 20% superior al de las IAMC (un 19,5% por aporte patronal y 0,125% por aporte al Fondo de Reversión Laboral)<sup>153</sup>.

El marco jurídico de estas exoneraciones se deriva del artículo 69 de la Constitución de la República (originalmente, artículo 60 de la Constitución de 1934), que estableció exoneraciones genéricas para las instituciones educativas y las culturales<sup>154</sup>. Ley 12802 de 1960, en su artículo 134, reglamentó el alcance de esta disposición, incorporando a una variedad de organizaciones de la sociedad civil (fundaciones, asociaciones deportivas, sindicatos, etc.). La ley 13318 de 1964, en su artículo 241, incorpora de forma explícita a los servicios de salud. Podría decirse que a partir de estas normas, unido al desarrollo de los seguros de salud por rama de actividad, empieza a registrarse la expansión de los servicios de salud de tipo cooperativo (sin fines de lucro), en particular en el interior del país, donde antes no había podido consolidarse el fenómeno propiamente mutual.

El Estado, a través de la banca pública, también tuvo presencia activa en el financiamiento de estas instituciones de salud. Por ejemplo, la ley 12.314 de 1953, en su artículo 6to, habilita al Banco Hipotecario del Uruguay (BHU) para financiar proyectos de mejora de infraestructura de estas instituciones sin fines de lucro. Esta ley, referida al BHU, equipara en su tratamiento a las IAMC, con las instituciones deportivas, culturales y sociales<sup>155</sup>. Esta política nos indica que las mutuales fueron consideradas siempre parte de las instituciones culturales que ampara el artículo 69 de la Constitución de 1934. El marco que se genera a partir de los 60s incorpora de manera activa a las formas cooperativas.

Además, algunas de las leyes que crean seguros sociales de salud, prevén el otorgamiento de líneas de crédito por parte del Banco de la República (BROU). Por ejemplo, la ley 12839 de 1960, habilitaba a que el CHAMSEC solicitara un crédito ante el BROU, para que éste funcionara como cuenta corriente del seguro. También la ley 13560 de 1966, que crea el seguro para trabajadores en barcos mercantes y pesca, habilita a que su CHT solicite un préstamo ante el BROU. Esta última medida, orientada a generar capital de giro, permite dar inicio a las actividades de ese seguro de enfermedad.

Sobre fines de la década del 60s, en el marco de un endurecimiento de la política económica, se percibe un mayor rol de intervención del Estado sobre esta arena de política. Los últimos seguros de salud que se crean en estos años establecen la competencia genérica del PE para intervenir estas instituciones<sup>156</sup>.

---

<sup>153</sup> El marco vigente de estas exoneraciones se completa con el artículo 510 de la Ley 13892 de 1970.

<sup>154</sup> La filosofía de esta norma es que estas actividades son de interés público, por tanto el Estado debe establecer modalidades de subvención, o por lo menos no gravarlas. En el caso de los establecimientos educativos privados es donde se expresa con mayor claridad esta orientación.

<sup>155</sup> Cita de manera explícita el marco regulatorio de las IAMC de 1943, indicando que podrán acceder al financiamiento del BHU las instituciones que no persiguen fines de lucro, las que están definidas por el artículo 19 de la ley 10.384 en sus literales A, B y C.

<sup>156</sup> La ley 14064 de 1972, que reglamenta el seguro de enfermedad de la industria del Vidrio, establece en su artículo 31 la posibilidad del ejecutivo de intervenir el seguro, ante solicitud de un porcentaje de sus integrantes obreros o patronales. Esta potestad se generalizaría a todos los seguros, hasta derivar en su estatización en 1975.

Las críticas sobre el funcionamiento general de la política de seguridad social con cada vez más importantes. Según Finch, H. (2005) el costo de la administración de la seguridad social era muy alto (6,5% sobre el total de sus pagos en 1962). Pero los principales problemas estaban en la “...naturaleza política y arbitraria de la dirección y la falta de la información sistemática para ejercer un control efectivo. El material estadístico no se elaboraba regularmente (...) La politización de las Cajas operaba principalmente a través del nombramiento de los Directorios (...) sobre la base de la filiación partidaria, y sus principales funciones eran conceder “pronto despacho” y seleccionar empleados. En ambos casos el criterio utilizado fue el de la recomendación política”. Finch, H (2005: 70).

Los seguros por enfermedad canalizarían sus recursos hacia las IAMC, logrando masificarse 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 reducto del sindicalismo uruguayo (bajo control de la izquierda). Así, primero bajo el gobierno del Presidente Pacheco, y luego de forma más abierta por la Dictadura Militar (1973-1984), estas comisiones son intervenidas y puestas bajo control estatal.

En 1973 el Presidente Bordaberry crea por decreto 721/003 una comisión de estudio de factibilidad de financiamiento de un Sistema Nacional de Salud. Parece evidente que el proyecto de reforma creado por su Ministro de Salud, Dr. Pablo Purriel, había generado cierta expectativa en el gobierno<sup>157</sup>. Posteriormente, en 1974, el gobierno aprueba un conjunto de lineamientos referidos a la formulación de un Plan Nacional de Salud (Decreto 921/974). Este plan contiene interesantes lineamientos, algunos de ellos referidos a la Medicina Especializada, que daría luego lugar a la creación del Fondo Nacional de Recursos.

Con el Decreto-Ley 14.407 de 1975, el gobierno crea la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad (ASSE), suprimiendo todos los seguros listados en la tabla 7.1. El Estado centraliza la administración del seguro social de salud<sup>158</sup>, con la excepción de los denominados Seguros Convencionales o Cajas de Auxilio, que podrían mantener su régimen. Serían centralizadas en la Administración de Seguros del Salud (ASSE), posteriormente denominada Dirección de Seguro Social de Salud (DISSE) (hoy Banco de Previsión Social, creado con la reforma constitucional de 1967)

Dentro de este esquema de racionalización del sistema, en 1981 se crea el Fondo Nacional de Recursos (FNR), que tendría un fuerte impacto en el desarrollo de las prestaciones de salud de alta complejidad. Como mencionamos anteriormente, el Decreto 921/974 de 1974 contenía orientaciones explícitas sobre el desarrollo de la medicina de alta complejidad. El FNR sería creado como un organismo público con participación pública y privada, similar a otros organismos existentes en el sector salud, y se establece como un reaseguro de las enfermedades catastróficas. Este instituto tendrá un importante impacto sobre el desarrollo de la medicina especializada, y el

---

<sup>157</sup> El Ministro Purriel elaboró un proyecto para la creación de un Sistema Nacional de Salud. En 1973, con el golpe de estado de Bordaberry, el Ministro Purriel presenta renuncia a su cargo.

<sup>158</sup> Con excepción de los denominados seguros convencionales o cajas de auxilio, previstos en los artículos 41-48 de la ley, que podrían mantener su régimen de subsidio por enfermedad y seguro de salud bajo supervisión del BPS.

acceso universal de las personas a estas prestaciones a través de Instituciones de Medicina Altamente Especializada (IMAE) públicos y privados.

La ley de creación original del FNR, 14897 de 1979, establecía que los IMAE estarían “subordinados” al MSP, y que para su puesta en funcionamiento se estaría atento a las definiciones técnicas a establecer con la Facultad de Medicina. El FNR sería administrado por una Comisión Administradora, que funcionará en el Ministerio de Salud Pública, integrada por el Ministro de Salud, el Economía y Finanzas y representantes de las instituciones privadas integradas al sistema público, y representantes de los servicios de asistencia médica del Ministerio de Defensa Nacional y del Ministerio del Interior. La Facultad de Medicina tendría una función asesora, para todos aquellos aspectos que involucren actividades docentes por parte de los IMAE. Estos institutos deberán contar con sistemas de información adecuados, para brindar toda la información que les sea solicitada por el MSP<sup>159</sup>.

## **7.6. La constitución de la autoridad sanitaria nacional**

Como hemos podido ver, la sociedad civil ha tenido un rol fundamental en la evolución de las formas de prestación de servicios de salud. Esto contrasta con otros aspectos de la política de Bienestar en el Uruguay, como puede ser educación o vivienda. La visión ha sido la de un Estado que juega un rol subsidiario, que se limita 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 buscarían cuestionar el estatus de primacía de la sociedad en la provisión de servicios<sup>160</sup>.

Esto tendría consecuencias en la constitución de su rol como autoridad central, como planificador y regulador, como Rector del sistema de salud. En este punto debemos ser cuidadosos, evitando caer en visiones que tienden a evaporar la presencia del estado. Como pudimos ver anteriormente, las autoridades coloniales, expresión del Absolutismo español en América, establecieron un tipo de relación particular con las órdenes religiosas, la caridad cristiana y la incipiente clase médica.

La acción regulatoria de Cabildos y Protomédicos, en el campo de la salud pública y en el control del ejercicio de la práctica médica fue muy importante. También fue relevante su papel en la “fundación”, en el sentido de crear y de establecer un sistema de financiamiento, de los primeros establecimientos hospitalarios religiosos. Los representantes de la Corona española también tuvieron un rol determinante para atraer y retener a quienes practicaban la medicina, en estas desoladas zonas de la conquista. Veamos entonces la evolución histórica de la autoridad estatal en el sector salud.

Como ya vimos al inicio, los primeros antecedentes institucionales de autoridad sanitaria lo constituye el Prothomedicato español, establecido en Buenos Aires en

---

<sup>159</sup> Esta norma sería modificado por la ley 16343 de 1993, estableciendo el carácter de organismo público no estatal de este organismo. y el organismo mantiene una mayoría estatal en su control (MSP, MEF y BPS), y la presidencia del MSP

<sup>160</sup> Como hemos venido marcando, en verdad esta es una visión claramente sesgada y engañosa. El Estado jugó un papel muy activo en la estructuración del sector salud, en su alianza temprana con la profesión médica, y en los múltiples vasos comunicantes existentes entre la autoridad pública y el tejido vital de mutuales y cooperativas.

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

Esta institución, surgió en España para asegurar el cuidado de la salud del monarca y controlar el ejercicio profesional de médicos y practicantes de oficios relacionados. Por extensión posterior, proponer medidas sanitarias en el reino, ya que se trataba de un órgano asesor y de control, vigilando el cumplimiento de las disposiciones sancionadas por la autoridad real. En América el primer protomédico fue designado en el Virreinato de la Nueva España (1527), luego Perú (1573), La Habana (1634). En 1777 se crea el Protomedicato de Caracas, y luego el de Buenos Aires (1782).

En aquellos lugares en los que no existía escuela de medicina, los protomedicatos serían como el núcleo sobre el cual se establecerían las primeras cátedras de medicina. Por ejemplo, en Caracas y Buenos Aires, se crea el Protomédico y se le da la función de Catedrático. La relación entre las escuelas universitarias de medicina, en aquellos lugares que existían previamente, y los protomédicos, no fue sencilla. Los Protomédicos podían proponer al Virrey (la institución era de asesoramiento y control pero no ejecutivo) la designación de delegados con iguales funciones, a los cuales se denominaba Tenientes Protomédicos. Estos delegados del Protomédico existieron desde el siglo XVII, designados desde Lima para Córdoba, Tucumán y el Río de la Plata.

Según Veronelli y Veronelli Correch (2004: 69-70). “...se puede comprobar que el Protomedicato en América, a pesar de estar esencialmente dirigido al desarrollo de los recursos humanos para la atención de la salud, se ocupaba también del análisis de la situación de salud, de la vigilancia y control de riesgos y daños, del desarrollo de la capacidad institucional de gestión y de la regulación y la fiscalización, así como de la evaluación y promoción del acceso a los servicios de salud. Ni en muchos de los países de Europa ni en las Colonias inglesas de América del Norte existía, en esos tiempos, una institución destinada a la protección de la salud colectiva con una delimitación tan amplia de funciones específicas<sup>161</sup>, aunque en la América Española cada Protomedicato interpretó de manera diferente su misión y puso énfasis en algunos determinados y diferentes objetivos”.

La Banda Oriental contaría con la presencia de tenientes del Protomedicato, médicos y cirujanos designados por el Protomédico Gorman. La supervisión de Gorman sobre la Banda Oriental, parece haber sido bastante cuidadosa, según destaca en su espléndida crónica histórica Veronelli y Veronelli (2004). El doctor Gorman llegó al Río de la Plata con las tropas del Virrey Ceballos, y su entrada fue por el apostadero naval de Montevideo<sup>162</sup>. Veronelli y Veronelli (2004) destacan las actividades que el Protomédico realizó en la Banda Oriental, relacionadas con la vigilancia en salud

---

<sup>161</sup> Los autores se apoyan aquí en la autoridad de Rosen, G. (1984) en sus estudios sobre la evolución histórica de la Salud Pública.

<sup>162</sup> Los autores destacan las actividades que el Protomédico realizó, en persona, en la Banda Oriental, relativas a la vigilancia en salud pública y ejercicio de la policía sanitaria. También destacan que uno de sus proyectos más queridos, que no pudo ser concretado, consistió en crear en Montevideo la sede de la Academia Nacional de Medicina.



pública y el ejercicio de la policía sanitaria<sup>163</sup>. También destacan que uno de los proyectos más queridos, que no pudo ser concretado, consistió en crear en Montevideo la sede de la Academia Nacional de Medicina.

La primera institución asentada territorialmente en la Banda Oriental, dependiente de autoridades locales, sería la **Junta de Sanidad Marítima**. La Junta es 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 (soldados y esclavos), y controlando el riesgo de transmisión de enfermedades infecto contagiosas<sup>164</sup>.

Con la emancipación del país respecto al Brasil, se crea en 1829 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 que cumplía la institución española del *Protomedicato*. Entre 1830-31, con la efectiva instauración de la República, se institucionaliza la figura del **Consejo de Higiene Pública**. Se incorpora dentro de su órbita la **Comisión de la Vacuna**, institución creada en 1829 para la aplicación de la vacuna antivariólica, cuyos antecedentes podían rastrearse en la acción del Protomédico Gorman y las políticas de la Corona española. (Buño, W., 1986)

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. Su primer objetivo fue el de crear un Reglamento de Policía Sanitaria, que contemplara diversos aspectos regulatorios.

En 1838 cambiaría su denominación por el de **Junta de Higiene Pública del Estado**. Este nuevo organismo constituye un hito en el avance de la profesión médica en nuestro país, al estar integrada predominantemente por graduados en medicina. Entre ellos se contaban al Dr. Teodoro Vilardebó, recientemente graduado en Francia. El Estado continuaría asumiendo y concentrando responsabilidades, acompañado por el lento y seguro ascenso de la profesión médica. 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 relativas a la Higiene y Salud Pública.

Ese largo proceso de desarrollo institucional de la autoridad sanitaria alcanzaría su momento culminante en las primeras décadas del siglo XX. Primero, con la creación del **Consejo Nacional de Salud Pública** (1931), que uniría al Consejo Nacional de Higiene (1895), el Consejo Honorario de Asistencia Pública(1911), y el *Instituto Profiláctico de la Sífilis*(1917). Posteriormente, esa primera centralización de la autoridad sanitaria

---

<sup>163</sup> Por ejemplo, regularización de títulos, luego de examinar documentos y conocimientos de quienes se decían médicos. También inspección y control de boticas, establecimientos y manejo de residuos, entre otras actividades vinculadas con la higiene pública.

<sup>164</sup> En ese mismo año se crea en Buenos Aires la Junta de Sanidad, por iniciativa del Protomédico Gorman. La descripción de sus funciones, realizada por Veronelli, et al (2004), marcan una mayor de amplitud: vigilancia de condiciones medioambientales, calidad de alimentos, deposición de residuos, etc.

adquiriría perfiles más nítidos, sería reafirmada con la creación del **Ministerio de Salud Pública** (1934), durante la dictadura de Gabriel Terra<sup>165</sup>.

La reglamentación y vigilancia del funcionamiento del sistema de salud, en particular de la administración de los centros hospitalarios, se colocaban al máximo nivel institucional. Con el retroceso del Colegiado de la Constitución de 1917, y la vuelta al ejecutivo unipersonal. Con la figura Ministerial se concentra y personaliza la autoridad sanitaria<sup>166</sup>. Todo esto, además, en manos de la Ciencia Médica, del cual el Ministro Pablo Blanco Acevedo es uno de sus representantes más notorios<sup>167</sup>.

---

**Tabla 7.2.**  
**Capítulos de la ley orgánica del MSP. 1934**

---

Capítulo I. Sobre la organización y dirección de los servicios de Higiene y Sanidad
Capítulo II. Sanidad Marítima, Aérea y de Fronteras
Capítulo III. Policía de la Medicina y Profesiones derivadas
Capítulo IV. Policía de los Medicamentos
Capítulo V. Policía de la Prostitución y de los Vicios Sociales
Capítulo VI. De la Comisión de Salud Pública
Capítulo VII. De los Funcionarios de Salud Pública

---

Fuente: Ley 9.202

La ley establece competencias amplias en el campo de la Salud Pública. La conducción de servicios de salud se limita a los establecimientos estatales, y en cuanto al contralor, sus funciones de policía sectorial se enfocan en el ejercicio de los profesionales de salud y la dispensación de medicamentos. En realidad, esta ley reproduce la idea Liberal del Estado regulador, Juez y Gendarme, que se encarga de garantizar las condiciones para el funcionamiento autónomo de la sociedad y el mercado. Esto se afirma en la visión del rol de los servicios públicos de salud, cuyo acceso está limitado a las personas sin capacidad de pago (artículo 7mo).

Como era de esperar para la época, la regulación de la provisión de servicios de salud no esta presente como tema. Sin embargo, el artículo 14 establece que el ministerio controlará el ejercicio de la profesión médica dentro del ámbito de las mutualistas, marcando la voluntad estatal de controlar el funcionamiento de la provisión de salud. La ley también le brinda potestad de aplicar multas económicas o cerrar servicios, en caso de verificar situaciones de insalubridad. Por otra parte, el artículo 33 define que la Comisión de Salud Pública será responsable de tasar los honorarios de los profesionales

---

<sup>165</sup> En sentido estricto, deberíamos decir que 1931 es el año de la gran centralización de la autoridad del sector salud. El Consejo Nacional de Salud Pública centraliza las funciones de control sobre todo el sector salud, en la forma de ente autónomo, previsto por el artículo 100 de la Constitución de 1917.

<sup>166</sup> De acuerdo a Mieres Gómez (2007), la creación del Ministerio de Salud había sido propuesta originalmente por el SMU en 1921, de parte del Dr. Joaquín de Salterain.

<sup>167</sup> Médico formado en la Universidad de la República, confirma sus estudios posteriormente en Francia, y participa como médico en la primera guerra mundial. El Doctor Blanco Acevedo llegaría a establecer una importante fracción política dentro del Partido Colorado.

médicos, en el caso de aquellos que realizaran una acción judicial de reclamo de haberes impagos. Entonces, el potencial regulador de esta ley no es para nada despreciable, considerando el desarrollo histórico del sector<sup>168</sup>.

En 1943, con el decreto-ley 10.384, se establece **el primer marco regulatorio** del sector privado de la Salud. Las circunstancias de esta ley, en la transición desde el régimen Terrista hacia la Democracia, han llevado a hablar de una *imposición bajo Dictadura*. Sin embargo, el período de la presidencia de Alfredo Baldomir (1938-43), fue de una importante innovación en materia de concertación social y de mejoramiento en cuanto a las condiciones de vida de los trabajadores (Frega, A., et al, 1987: 86-89). Buena parte de los elementos del período conocido como Neobatllismo, estarían insinuados en esta etapa de transición a la Democracia.

---

**Tabla 7.7.**  
**Principales regulaciones contenidas en el primer marco regulatorio IAMC. 1943**

---

- Establece 5 tipos de instituciones de salud, tres de ellas son sin fines de lucro (Art. 1)
- Define mecanismos estatutarios para las instituciones de tipo mutual y las sociedades de producción sanitaria (Art. 2,3,4)
- El personal médico y técnico de la institución debe elegir a sus representantes en directiva de la institución, en proporción no menor a una cuarta parte del mismo. (Art. 2)
- Obligación de contar con personería jurídica para estas instituciones (Art. 4)
- Lineamientos de fiscalización del Estado sobre el funcionamiento asistencial y financiero, establece sanciones pecuniarias (Art. 5)
- Determina la potestad del Estado para intervenir estas instituciones, en caso de mediar denuncia (Art. 7)
- Define la forma de pérdida de la personería jurídica de estas instituciones (Art. 8)
- Determina la exoneración de tributos nacionales y departamentales para las instituciones sin fines de lucro (Art. 9)
- El MSP también proporcionará a las instituciones sin fines de lucro los sueros, vacunas y específicos que produzca, a precio de costo (Art. 9)
- El MSP promoverá la creación de la Federación de Sociedades Mutualistas de Asistencia Médica, para proporcionar servicios especializados (Art. 9)

---

Fuente: elaborado en base ley 10.384

Se puede decir además, que el decreto-ley 10.384 contemplaba claramente las demandas de mayor regulación, que venía exigiendo desde tiempo atrás la corporación médica. La ley establece la obligación para las mutuales de incorporar a los profesionales médicos en sus órganos de dirección (al menos el 25%). Sin dudas que esto marca el valor político de esta ley en un proceso de transición democrática, como es la Presidencia de Baldomir. Resulta claro que la clase médica es percibida como un actor fundamental, dentro de ese proceso complejo de salida de la dictadura Tersita y de retorno del Batllismo al poder.

Por esta época se comienza a plantear el problema de la capacidad de conducción sectorial del MSP. El Informe elaborado por John Hall en 1956, experto del Instituto de

---

<sup>168</sup> La prueba de ello es que la ley se mantiene vigente al día de hoy, enriquecida por las competencias que le han agregado sucesivas normas regulatorias sobre el sector salud.

Asuntos Interamericanos, contiene un completo diagnóstico sobre la estructura ministerial. El informe está guiado por la preocupación de que el Ministro de Salud cuente con una organización que le permita orientar la política de salud. Para esa época cuenta con una gran organización, que ronda los 11 mil funcionarios, con más de 12 unidades organizativas dependientes. Sin embargo, la capacidad de orientar del ministro es deficiente “...la experiencia ha demostrado en forma concluyente que algunos funcionarios ejecutivos no cuentan con la objetividad desinteresada necesaria para llenar todos los requisitos de asesoramiento del jerarca”. (Informe Hall, 1956: 8)

Como mostramos en la sección 7.5, la seguridad social en salud se expande rápidamente, mediante la implantación por ley del aseguramiento en 15 sectores industriales, a los cuales se agregaban varios seguros espontáneos y de trabajadores del estado. La Comisión de Inversiones y Desarrollo Económico (CIDE, 1963) ubica al MSP dentro de su plan de desarrollo e inversiones, con un interesante diagnóstico de los problemas sectoriales y los problemas de conducción del MSP. En 1972 el MSP llega a proponer la creación de un Seguro Nacional de Salud, que podría ser considerado un “resultado” de todos los estudios que se venían acumulando a partir de la experiencia de la CIDE y del clima ideológico de la época<sup>169</sup>.

Habría que esperar, ahora sí, hasta la última Dictadura Militar (1973-1984) para que se diera un nuevo ajuste institucional en el sector. *La Dictadura militar acelera el ritmo de los cambios que ya se venían anunciando desde fines de la década del 60*. En el año 1975, mediante la ley 14407, se crea la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad (ASSE). Se concentran a los distintos seguros de salud dentro de la estructura de la Dirección de Seguros Sociales de Enfermedad (DISSE). Esto se concentraría en la Dirección General de la Seguridad Social (DGSS), el organismo que se haría cargo de las funciones del Banco de Previsión Social (BPS) creado por la constitución de 1966.

Siguiendo a Margolis, E., y Panizza, N. (1989: 23-24), en 1974-1984 es un período con rasgos bien diferenciados respecto a la trayectoria histórica. Se aprecia que “...por primera vez en su historia, el Poder Ejecutivo inicia un control riguroso del sector privado (estructura, ingresos, inversiones, construcciones, niveles de atención médica, etc.), a través del MSP y el Ministerio de Economía y Finanzas”. Hay claramente una “filosofía privatista de la atención médica”, pero además se centralizan los seguros sociales de salud en DISSE, se crea el FNR, el marco regulatorio IAMC de 1981<sup>170</sup>.

En 1978 se crearía el Fondo Nacional de Recursos (FNR), encargado de financiar los actos médicos de alta complejidad, una importante innovación institucional del período. Mediante un fondo generado por una sobre-cuota pagada por los afiliados a las IAMC, además de aportes directos del Estado por la cobertura de la población usuaria de la Salud Pública. En 1981 se promulga el decreto-ley 15181, que establece el segundo marco regulatorio del Sistema de Salud. Esta ley supone un importante avance en

---

<sup>169</sup> El Ministro de Salud Pablo Purriel es responsable de la elaboración de este proyecto, en el que participaron diversos grupos de trabajo orientados por el SMU, entre otros. En Margolis y Panizza (1989) se presentan algunos de los proyectos de creación de Seguro de Salud, a la salida de la Dictadura.

<sup>170</sup> Los autores destacan, además de la filosofía privatista y el autoritarismo de la Dictadura Militar (1973-1984), la intervención del CASMU y de los seguros sociales de salud, mediante la presencia de oficiales del Estado Mayor Conjunto que se integran en esos ámbitos. Los resultados sanitarios respecto a estas intervenciones resultan ambiguas, pero indudablemente marca un giro en términos de la intervención estatal sobre el mercado y la sociedad civil.

términos de la capacidad regulatoria del Estado sobre el sector. Apunta al fortalecimiento gerencial de estas instituciones.

---

**Tabla 7.3.**

**Principales regulaciones contenidas en el segundo marco regulatorio IAMC. 1981**

---

El estado promoverá la cobertura de salud, como componente de la seguridad social, a través de prestadores públicos y privados (Art. 1)

Define la asistencia médica privada particular, privada colectiva y pública (Art. 3)

Reconoce el campo de acción para los seguros privados lucrativos, bajo la regulación del MSP (Art. 4)

Establece tres tipos de instituciones de salud IAMC, más la forma privada pura y la pública

Establece requisitos de infraestructura, dotación técnica y afiliados para el correcto funcionamiento de las instituciones de salud IAMC (Art. 8)

Estatuto tipo de las instituciones, normas de funcionamiento contable, la figura del Director Técnico de la institución de salud y el Consejo Técnico Asesor (Art. 10)

Señala la responsabilidad del MSP en la inspección, fiscalización y control en los aspectos técnicos, administrativos, contables y técnico - laborales del funcionamiento (Art.11)

Marca la necesidad de solicitar autorización al MSP para el desarrollo de los servicios de salud, los equipamientos médicos y las plantas físicas (Art. 14), (sustituye ley XXX de 1974).

Define las cuotas de salud, tasas moderadoras y aranceles, reguladas por el Poder Ejecutivo (Art. 15) (en el marco de la COPRIN)

---

Fuente: elaborado en base ley 15181

La modificación del marco regulatorio del sistema mutual es el resultado de un concienzudo análisis, cuyos estudios técnicos fueron financiados por la Fundación Kellogg's. Este marco normativo permitió sobrellevar la importante crisis mutual de 1982-83, con cierres masivos de mutualistas. La ley otorga importantes potestades a las autoridades sanitarias, las cuales se irían modelando a través de una frondosa reglamentación que se establece durante ese período.

De manera simultánea, se comienza a procesar una ampliación progresiva de la oferta de servicios parciales de salud, que vienen a cubrir las insuficiencias de la oferta instalada. La propia ley 15181 le reconoce un lugar a los servicios con fines de lucro dentro del sistema, si bien los deja por fuera de los diversos beneficios fiscales que rigen para las IAMC.

La última innovación de importancia, en el marco del primer gobierno democrático en la salida de la Dictadura, sería la creación de la Administración Servicios de Salud del Estado (ASSE, 1987). El ambicioso proyecto originario, sufrió importantes contramarchas en su discusión y negociación parlamentaria. Lo que parecía ser la gran oportunidad de crear el Seguro Nacional de Salud y las bases de un Sistema Nacional de Salud, se limitó a la creación de un órgano desconcentrado del MSP, encargado de la administración de los servicios públicos de salud. (Piotti, D., 1998)

Las transformaciones posteriores siguieron esta línea de fortalecer la posición del proveedor de servicios públicos ASSE. Para tal fin, se desarrollaron programas como el

de Médicos de Familia, que apuntaban a cambiar la forma de relacionamiento con los usuarios, fortaleciendo el primer nivel de atención. También se inicia una línea de fortalecimiento de los servicios de medicina intensiva de ASSE, a través de la implementación de un régimen de trabajo propio del sector privado. El estado incorpora funcionarios para actividades asistenciales, en condiciones retributivas competitivas respecto al sector privado<sup>171</sup>.

Además de esto, comienzan a aplicarse de manera intensiva contratos con el sector privado, tanto para la provisión de servicios auxiliares (lavadero, cocina, limpieza), como para algunos servicios asistenciales brindados por clínicas externas (Laboratorios, estudios, etc.). La ASSE comienza a desarrollar de manera intensiva la función de compra de servicios, complementado su oferta asistencial con el sector privado.

Se ingresa en un período en el que la transformación sectorial pasa por la introducción de la competencia dentro del sector salud. El desarrollo de los seguros parciales de salud tendría un gran dinamismo. En particular, las Emergencias Móviles, que vienen a cubrir una demanda que las IAMC no lograban satisfacer correctamente. Pero además, estos servicios devienen, para la población de menores ingresos, en una especie de puerta de entrada al sistema hospitalario público<sup>172</sup>.

El último gran intento reformista es el que promueve el Ministro de Salud Dr. Alfredo Solari (1995-1997) respecto a la estructura del MSP y ASSE<sup>173</sup>. La Reforma Solari apuntaba a la separación de ASSE respecto al MSP, fortaleciendo a los establecimientos de salud, dándoles amplia autonomía de gestión. Esta separación debería conducir al fortalecimiento de la función rectora del MSP, y para ello se creaban las Direcciones de Salud departamentales, como oficinas reguladoras en el territorio. Pero, este proyecto sería bloqueado en el Parlamento. El fortalecimiento de ASSE, en el marco de una lógica competitiva en el sistema de salud, era visto como una amenaza por parte de los intereses médicos del interior del país. La Federación Médica del Interior (FEMI), que funciona como cámara empresarial y gremio médico, realizó una resistencia activa al proyecto, que finalmente fue retirado por el Poder Ejecutivo<sup>174</sup>.

## **7.7. Conclusión. Principales rasgos del desarrollo histórico**

En esta reseña histórica hemos tratado de enfatizar los aspectos político-institucionales que definen al sistema de salud (el Anexo 9 al final lo muestra de manera resumida). Estos rasgos determinan un modelo de funcionamiento particular, con una Gobernanza sectorial particular. La constitución de autoridad sectorial determina su capacidad de

---

<sup>171</sup> Es lo que se conoce como el régimen de Comisión de Apoyo, un organismo que opera en el derecho privado, al cual el Estado le transfiere recursos destinados a la contratación de recursos humanos.

<sup>172</sup> Las emergencias, además de los episodios agudos, comienzan a brindar respuesta a eventos simples, supliendo la baja capacidad de respuesta de los servicios ambulatorios de las IAMC y ASSE.

<sup>173</sup> Médico egresado de la Universidad de la República, formado en Canadá como especialista en Salud Pública y Administración de Servicios de Salud, el Dr. Solari ingresa a la función pública en el MSP a fines de los años 70s. Es uno de los principales responsables intelectuales del desarrollo del aparato regulatorio, que el Ministerio de Salud comienza a estructurar a comienzos de los años 80s.

<sup>174</sup> En esta decisión es probable que haya incidido la importante agenda de reformas que el gobierno del Presidente Julio Sanguinetti tenía en carpeta. En particular, la reforma del sistema de Jubilaciones y Pensiones y el programa de fortalecimiento de la Educación Pública Primaria y Media.

respuesta a las demandas ciudadanas y retos ambientales que vive el sector salud. Dentro de los principales rasgos, a manera de síntesis, podemos mencionar los siguientes:

- El temprano dinamismo de la Sociedad Civil, manifiesto en formas asociativas como el sector Mutual y el del Cooperativismo médico, el cual ha gozado históricamente de un alto reconocimiento y prestigio social. Si bien se los agrupa bajo la misma etiqueta, mutuales y cooperativas son institutos de naturaleza muy diferente.
- La “clase médica” se constituye en una corporación de alto poder social, 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) que brindan, desde sus orígenes, servicios para la población con menores ingresos, y son además, paradójicamente, el centro de formación de los recursos humanos de todo el sistema de salud. Son parte de la función subsidiaria del Estado, y de complementación de aquellas actividades que la sociedad y el mercado no puedan realizar por sí mismas.
- Un proceso progresivo de instauración de Seguros de Salud (1960-75), que han contribuido a fortalecer el Rol y prestigio de las mutuales y cooperativas, al ser efectores de los fondos públicos, brindando una atención muy diferenciada a la prestada por la salud pública. Esto habilita la expansión del cooperativismo médico en el interior, contribuyendo a fortalecer la presencia médica en el interior del país.
- El avance progresivo hacia las formas colectivas de aseguramiento y provisión de servicios médicos se realiza en asociación con el fortalecimiento de la profesión médica, que logra colonizar a las formas mutuales y plasma, a partir del CASMU (1935) y luego con las diversas formas Cooperativas, su rol directivo-empresario.
- El formato estatal descentralizado funcionalmente, debilita el rol del Ministerio como actor central. Existe una multiplicidad de agencias autónomas, responsables de diversas funciones en el campo de la salud pública, en los ejes de promoción y prevención (Comisiones Honorarias), también en la medicina de alta complejidad (FNR) y en financiamiento de la atención (BPS). Esto se traduce en debilidad del liderazgo Ministerial, que explica los problemas para diseñar e implementar una política nacional de salud.
- La debilidad burocrática del aparato ministerial no le ha permitido llevar a cabo una efectiva función de regulación y vigilancia sistémica. El hecho de mezclar las funciones de Rectoría y asistencia en salud a la población de menores ingresos, le ha impedido ser un eficaz conductor del desarrollo sectorial.
- Una forma de procesar el cambio sectorial que se concreta en saltos puntuales, a partir de ondas largas de desarrollo gradual e incremental que se acumulan y que son dinamizados por coyunturas críticas concretas. Es el caso de la onda larga de desarrollo iniciada durante la CIDE, y que se plasma en nuevas formas de intervención estatal que se concretan en la última Dictadura Militar (1973-1985).

En conclusión, la evolución histórica desde los establecimientos de caridad hacia los hospitales públicos, ha generado una tradición asociada a ser una asistencia destinada a los pobres. Esto define el rol fundacional de la Asistencia Pública, con un papel netamente subsidiario, en comparación al dinamismo de la sociedad civil. La iniciativa reformista del Estado, aún bajo circunstancias de crisis en el sector, siempre ha buscado reforzar la centralidad de la profesión médica, que no es lo mismo que la de las empresas, aunque esto coincida. Los poderes del Leviatán estatal adquieren mayor contundencia bajo circunstancias autoritarias: creación del MSP en 1934, la centralización de los Seguros de Salud en el BPS en 1975, o la creación del Fondo Nacional de Recursos en 1979 y la ley marco regulatoria IAMC de 1981. Aunque debe tenerse presente que estos movimientos reformistas jamás han dejado por fuera a los segmentos relevantes de la corporación médica.

Estos desarrollos por impulsos, bajo coyunturas críticas concretas, han sedimentando una cierta estructura institucional de conducción sectorial. Este modelo histórico de conducción sectorial se conforma por dispositivos que apuntan a la autorregulación de los actores mutuales y cooperativos. El rol tradicional de la asistencia pública, ha sido el de establecer el estándar básico de asistencia al cual puede acceder una persona, determinando un piso que las instituciones privadas deben superar. La presión competitiva del Estado ha operado siempre a través de la determinación del nivel básico de los servicios de salud que debe ofrecer el sistema. El Estado ha generado además, de forma muy activa, las condiciones para el funcionamiento mutual-cooperativo, a través de la formación de RRHH, estructurando incentivos fiscales y generando los fondos de financiamiento colectivo (mancomunación).



## Capítulo 8. El Sector Salud y sus diagnósticos críticos (1985-2005)

Este capítulo se organiza en dos partes. La primera presenta la estructura del sector salud: provisión de servicios, financiamiento, regulación del trabajo, estructura de poder sectorial y organización de la autoridad sanitaria. En la parte final se trata sobre los diversos diagnósticos realizados sobre el sector salud, marcando la importante confluencia existente respecto a los problemas críticos del sector.

### 8.1. Organización de la provisión de servicios

En términos generales, el sector de servicios salud en el Uruguay tiene una estructura tripartita en cuanto a su provisión, con la presencia de diversos proveedores públicos, privados-sociales y privados lucrativos. Cada una de estas tres patas muestra una relativa heterogeneidad institucional, que vale la pena destacar. La tabla 8.2 siguiente resume los rasgos generales de la estructura estatal de provisión de servicios.

En lo que respecta a los proveedores públicos, el principal efector es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), un organismo desconcentrado administrativamente del MSP (Ley 15903 de 1987). La ASSE brinda protección a la población carente de recursos suficientes para su atención, en consonancia con una tradición que arranca en los orígenes de la Asistencia Pública.

Dentro de Montevideo, resulta relevante la red de servicios de salud del primer nivel de atención de la Intendencia capitalina, que cubre vastos sectores. También el rol del Hospital de Clínicas, dependiente de la Universidad de la República, que juega un rol relevante en lo que respecta a los servicios de mediana a alta complejidad. En términos generales, estos dos servicios públicos atienden a la misma población a la cual se refiere ASSE.

El subsector público se completa con el Hospital del Banco de Seguros del Estado, que brinda cobertura en materia de salud laboral y accidentes a todos los trabajadores del sector privado. El Banco de Previsión Social también tiene servicios propios<sup>175</sup>, que brindan cobertura a los trabajadores privados, en el campo materno-infantil y en las enfermedades congénitas y malformaciones (DEMEQUI).

El subsector público cuenta también con otros efectores, como la Sanidad Militar y la Sanidad Policial, que brindan cobertura integral a su población beneficiaria. Con sus respectivos hospitales centrales, brindan una buena cobertura de servicios en Montevideo. En el interior del país brindan servicios a sus beneficiarios mediante contratos con el sector IAMC, y en menor medida a través de ASSE.

---

<sup>175</sup> En cuanto a la cobertura del Seguro de Salud de los trabajadores privados, el BPS contrata servicios con el sector IAMC para la población asegurada.

**Tabla 8.1.**  
**Estructura proveedores públicos. 2005**

Prestador	Amplitud de Beneficios	de Población beneficiaria	Financiamiento	Forma de provisión
ASSE	C. I.	Población con recursos insuficientes	Presupuesto Nacional	Servicios propios y contratados sector privado
Sanidad Policial	C. I.	Funcionarios policiales y familia	Presupuesto Nacional y aporte al Seguro de funcionarios	Servicios propios (Montevideo) y contratados sector privado
Sanidad Militar	C. I.	Funcionarios militares y familia	Presupuesto Nacional y aporte al Seguro funcionarios	Servicios propios (Montevideo) y contratados sector privado
Hospital Universitario Clínicas	C. P. Segundo y tercer nivel de complejidad.	Población general	Presupuesto Nacional Universidad. Venta de servicios público	Servicios Propios, hospital en Montevideo
Servicios Municipales	C. P. Primer nivel de atención	Población general	Presupuesto municipal	Servicios propios y de la sociedad civil
Servicios de salud BPS	C. P. Materno-Infantil/ Centro de Malformaciones congénitas/ Psicopedagogos	Trabajadores privados familia	Aportes trabajadores privados y presupuesto	Servicios propios y contratados
Servicio de salud BSE	C.P. Accidentes de trabajo	Trabajadores sector privado	Aportes trabajadores privados	Hospital Montevideo y servicios contratados
IMAE público	C.P. en el marco de un prestador de C.I.	Población general	FNR	Servicios propios

Nota: C.I., Cobertura Integral; A. P., Asistencia Parcial.

También existen servicios de salud en empresas públicas, tales como ANCAP, Banco Hipotecario, OSE, que brindan servicios para sus propios funcionarios. En los hechos funcionan como un pequeño seguro de salud, financiados con aportes bipartitos, que brinda una cobertura parcial o complementaria a los trabajadores y en algunos casos a sus familias. Generalmente brindan una cobertura básica, de buen nivel, y contratan los servicios de internación y especializados con las IAMC.

El sector privado muestra una heterogeneidad de prestadores interesante, si bien las IAMC juegan un rol central de este sector. Esto se debe a que fondos de la seguridad social históricamente se han ejecutado a través de organizaciones sociales, como

mutuales y cooperativas. Además, la ASSE, BPS, Sanidades Policial y Militar, habitualmente contratan con estos servicios privados para complementar su oferta, en particular en el interior del país. Todo esto conforma un sector muy dinámico de servicios de salud privados.

**Tabla 8.2.**  
**Estructura proveedores privados. 2005**

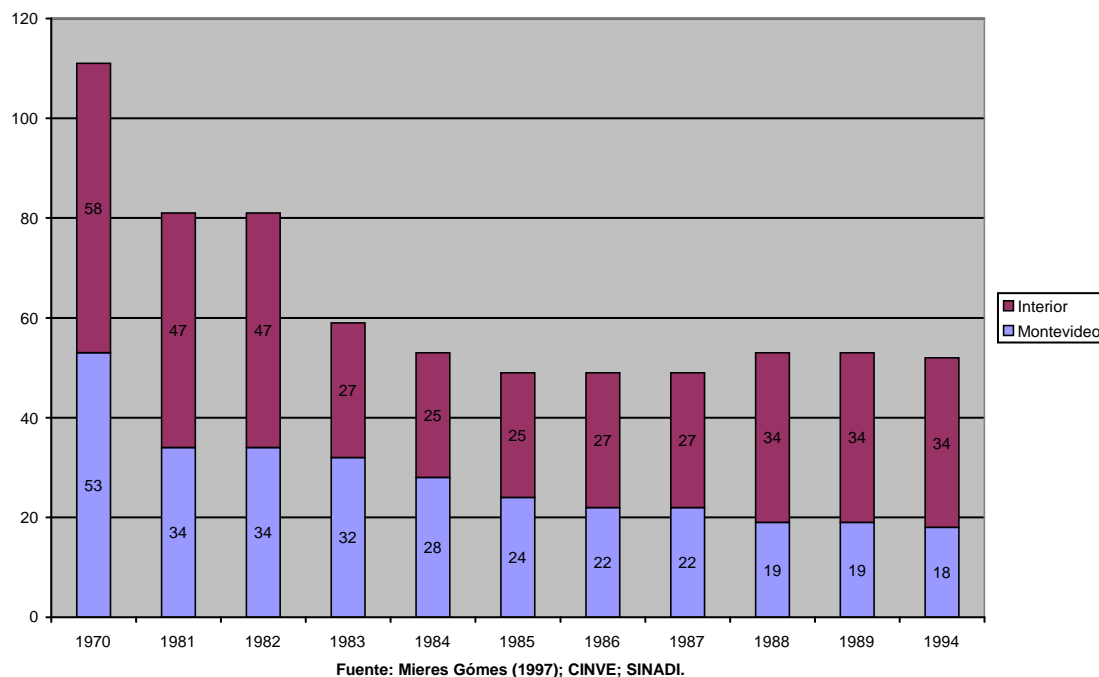
<b>Prestador</b>	<b>Amplitud de Beneficios</b>	<b>Población beneficiaria</b>	<b>Financiamiento</b>	<b>Forma de provisión</b>
IAMC	C.I.	Clase media, trabajadores sector privado y algunos públicos	Prepago, seguro social, venta de servicios	Servicios propios y contratados
Seguros Quirúrgicos	C.P.	Clase media baja	Prepago	Servicios contratados
Seguros Odontológicos	C.P.	Clase media	Prepago	Servicios propios
Servicios de Emergencia Móvil	C.P. Atención Pre hospitalaria	Clase media, y baja	Prepago	Servicios propios y contratados
Seguros Lucrativos	C.I.	Altos ingresos	Prepago, venta de servicios	Servicios contratados
IMAE privado	C.P. en el marco de un prestador de C.I.	Población general	FNR	Servicios propios y contratados

Nota: C.I., Cobertura Asistencia Integral; C. P., Cobertura Asistencia Parcial.

En los últimos años se ha desarrollado un mercado relativamente dinámico de seguros privados de salud, que responden a realidades bien diferentes. Por un lado los seguros privados integrales, de naturaleza lucrativa, que ofrecen servicios de alta calidad y accesibilidad, enfocados a segmentos de alto poder adquisitivo. Por otro lado los seguros privados parciales, que ofrecen servicios complementarios a la oferta de las IAMC, dirigida a la población de ingresos medios.

Esta diversificación del sector proveedor de servicios parciales de salud acompaña a un proceso de concentración relativa de los proveedores IAMC. El gráfico 8.1 siguiente muestra la reducción del número de proveedores IAMC que ha ocurrido entre 1970 y 1994, pasando de 111 a 53 prestadores integrales en todo el país. De alguna forma, este proceso podría estar retroalimentándose, brindando mayor flexibilidad al mercado privado proveedor de servicios.

**Grafico 8.1. Número de IAMC, todo el país. 1970-1994**



Es interesante anotar que estos servicios parciales también desarrollan una oferta complementaria a la de los servicios de ASSE, que se enfoca en poblaciones de menores ingresos. Estos servicios buscan paliar el déficit de la oferta pública, en particular en cuanto a servicios de emergencia médica y ambulatoria, servicios de internación quirúrgica y atención en salud bucal. Los servicios de emergencia médica móvil, en particular, pueden tener un efecto de distorsión sobre el funcionamiento de los servicios públicos<sup>176</sup>.

**Tabla 8.3.  
Cobertura institucional de servicios en Uruguay, 1971-1982**

	1971 (i)	1982 (ii)	1991	1995	1998	2000	2002	2004
MSP-ASSE	13,60%	24,30%	28,80%	30,20%	33,00%	36,10%	38,20%	39,60%
IAMC	58,70%	42,80%	54,50%	52,70%	50,70%	47,50%	50,60%	48,00%
Otras	10,70%	13,00%	9,90%	10,60%	11,60%	11,90%	7,30%	8,20%
Sin cobertura	17,00%	19,90%	6,80%	6,50%	4,70%	4,50%	3,90%	4,20%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuentes: i) Encuesta MSP en Montevideo ; ii) Encuesta MSP ; iii) Serie 1991-2004 son datos ECH-INE. Los datos provienen de Arbulo, Pagano, Rak (2013)

<sup>176</sup> Si bien estos servicios tienen un primer efecto de descompresión de los servicios ambulatorios públicos, a mediano plazo generan una desconexión de los usuarios con la consulta programada y coordinada, que puede contribuir a la emergencia de episodios agudos, que luego concluyen en las puertas de los hospitales públicos.

## 8.2. El financiamiento, estructura y funcionamiento institucional <sup>177</sup>

En términos generales, existe un sistema de financiamiento basado en tres fuentes generales, para los dos grandes sectores proveedores de servicios del sistema. El sector público se financia enteramente en base a recursos presupuestales (la venta de servicios es marginal). El sector IAMC se nutre de recursos privados (pagos de primas de aseguramiento y venta de servicios), más las cotizaciones a la seguridad social que logran captar.

La ley del Presupuesto Nacional establece los lineamientos básicos para el financiamiento de los servicios públicos de salud. El Presupuesto del MSP- ASSE se establece de esta forma. También el del Hospital Universitario, cuyo presupuesto se encuentra dentro de la asignación correspondiente a la Universidad de la República. La Sanidad Policial y Militar también fijan su presupuesto por ley de rendición de cuentas, aunque en este último caso también cuentan con las contribuciones de sus funcionarios. Estos procesos transcurren de forma relativamente desconectada. El Poder Ejecutivo y el Parlamento Nacional son las instancias de coordinación central en las orientaciones presupuestarias de estos organismos públicos. El rol del Ministerio de Salud es relativamente marginal, concentrándose exclusivamente en los aspectos que hacen al financiamiento de ASSE.

En lo que respecta a la provisión de servicios públicos de MSP-ASSE, los mismos se organizan como una estructura burocrática, adaptada a los rasgos particulares de la administración pública del Uruguay. El Director del Hospital (generalmente un Médico) y el Administrador del establecimiento (un Contador), son designados por el Ministro de Salud acuerdo a sus méritos y competencias, aunque claramente son personal de confianza política. No existe propiamente un cuerpo definido de gerentes de servicios hospitalarios, con una carrera definida en cuanto a la forma de ingreso y ascenso en la administración.

Estos administradores cuentan con un presupuesto asignado centralmente en base a criterios históricos, y con la dotación de recursos humanos que revista en el organismo. Los establecimientos pueden constituir, a partir de los 90s, Comisiones de Apoyo para la ejecución de Obras y contratación de recursos humanos. Las comisiones son organizaciones con personería jurídica, que operan en el derecho privado, y se integran por miembros notables de la comunidad. El Director del establecimiento generalmente la preside, y es un instrumento que le permite contratar recursos humanos bajo la mayor flexibilidad del régimen privado. Las comisiones de obras, por otra parte, le permite agilizar la ejecución de los proyectos de inversión en obra física.

El mapa se completa con las comisiones internas de los establecimientos de salud públicos, que son el ámbito representativo de los trabajadores de cada establecimiento público. No forman parte de la administración de los establecimientos, aunque si tienen gran incidencia en los sistemas de relaciones laborales internos. Las comisiones

---

<sup>177</sup> La redacción de esta sección, en todos los aspectos referidos al marco y funcionamiento de las IAMC, se basa en los excelentes trabajos de Labadie y Sánchez (1992, 1993), Labadie y Sánchez (1997). También, de manera complementaria, en los trabajos de Buglioli, M (2001).

integran a los trabajadores no médicos y médicos (en menor medida) y conforman a nivel nacional la Federación de Funcionarios de Salud Pública (FFSP).

Por otra parte, tenemos a las Instituciones de Asistencia Médico Colectiva (IAMC) son formas de aseguramiento, de provisión prepaga de servicios de salud, que han tenido su desarrollo relevante en el Uruguay, también en la Argentina, desde fines del siglo XIX. Tienen diversas formas de organización, desde el punto de vista de los derechos de propiedad, las más importantes: cooperativas médicas y cooperativas de consumidores, denominada “mutualistas”. Sus recursos y servicios tienen grados de integración vertical diferentes.

La IAMC organiza el acceso a un conjunto muy amplio e integral de servicios de salud brindados a sus afiliados por un cuerpo médico propio o contratado, en instalaciones propias o contratadas, pero siempre indicadas y administradas por la institución. En este sentido, el término “colectiva” subraya que es diferente de la asistencia médica individual, ya que el usuario se relaciona con una organización de profesionales, y a la vez alude al hecho de que históricamente las instituciones se han relacionado primordialmente con grupos de individuos, bien fueran étnicos u ocupacionales, a través de convenios colectivos. La participación preceptiva de los médicos en la dirección de las IAMC es otro factor que las distingue, desde la legislación de 1943 (Labadie *et al.*, 1992).

Las entidades de asistencia médica colectiva deben ajustar sus estatutos a un Estatuto Tipo determinado por el Poder Ejecutivo, contar con adecuados registros contables, obtener la personería jurídica ante el MEC<sup>178</sup>, registrarse en el Ministerio de Salud Pública, y obtener de éste la autorización para funcionar acreditando haber cumplido todos los requisitos exigidos en esta ley. Existen pequeñas diferencias entre todas las instituciones, muchas veces derivadas de su propia naturaleza jurídica, pero todas las IAMC cuentan con: Asamblea General de asociados; Consejo Directivo; Gerencia General; Dirección Técnica Médica; Gerencia Administrativa; Órganos de Control y Asesoramiento; Servicios Asistenciales diversos y de funcionamiento.

También se desenvuelven en mercados radicalmente distintos desde el punto de vista de la oferta alternativa de proveedores, del monopsonio que se tiene frente a ellos, y del poder monopólico u oligopólico que se detenta frente a los demandantes de servicios, que suele variar según el departamento del país en que se encuentran y que es particularmente distinto en la capital y el resto del Uruguay. Tenemos entonces un único marco regulatorio, aplicado a dos mercados hipotéticos muy diferentes entre sí, con desempeños económicos diferentes de las IAMC.

El mercado de las IAMC en Montevideo difiere sustancialmente del que existe en localidades del interior del Uruguay. En primer término, las instituciones proveedoras tienen escalas muy distintas en lo referente a la base numérica de asegurados, distribución del riesgo, número de médicos, capacidad instalada, confiabilidad de los servicios prestados, listas de espera, etc. El mercado de Montevideo es muy competitivo, por número de usuarios concentrados y de IAMC presentes. Es relativamente uniforme en términos de tiempo y distancia a los servicios, el mercado de

---

<sup>178</sup> El Ministerio de Educación y Cultura (MEC) es quien concede la personería jurídica y ejerce la superintendencia sobre estas organizaciones. El MSP, en caso de percibir un funcionamiento no adecuado de la institución, puede reclamar el concurso del MEC para intervenir o clausurar dicha organización.

insumos de estas instituciones se caracteriza por una oferta muy importante de médicos, fuerte concentración de la oferta de alta tecnología, y una oferta privada importante en las áreas de servicios de internación y de respaldo a la salud.

Por otro lado, el subsistema compuesto por las IAMC del interior del país se caracteriza por la existencia de mercados relativamente oligopólicos. En cada ciudad capital, una sola cooperativa de médicos, ofrece servicios junto al hospital del Ministerio de Salud, principal proveedor de ciertos servicios hospitalarios, que a veces son contratados por la IAMC. Estas IAMC tienen alto poder de monopolio y monopsonio. Por otra parte, dada su organización en forma de cooperativa médica, desarrollan incentivos para la distribución de las rentas generadas a través de los salarios médicos.

Las diferencias en cuanto al comportamiento de los mercados de servicios de Montevideo y del interior, no obedecen a marcos regulatorios diferentes. La reglamentación es similar en los siguientes aspectos: fijación de precios (cuotas y copagos); "canasta" de servicios brindados; aceptación de miembros afiliados; relaciones laborales y salarios; estructura y organización interna; sistemas de información y contabilidad; y exenciones impositivas asociadas con su condición de institución sin fines de lucro.

El desarrollo de estas regulaciones sobre servicios tienen fuerte impulso con la ley 15181 de 1981. El sector de las IAMC careció de regulación hasta el decreto de ley No. 10384 emitido en febrero de 1943, que introdujo normas para responder a las demandas del cuerpo médico. En 1939, la Primera Convención Médica había aceptado el mutualismo como consecuencia del encarecimiento producido por la evolución técnica de la asistencia médica y el debilitamiento de la clase media. Se clasificó a las IAMC en cuatro categorías, se afirmó el rol fiscalizador del Estado, se integró a los médicos en la dirección de las mutualistas y se promovió la integración médica por concurso. La ley tomó básicamente la clasificación elaborada por la Convención Médica, y permitió desarrollar importantes exenciones impositivas a las instituciones sin fines de lucro.

Ese marco regulatorio no sufrió variaciones sustanciales hasta 1968, cuando se estableció la fijación de precios como parte del plan de estabilización económica impulsado por el gobierno de la época. Las IAMC están exoneradas de aportes patronales a la seguridad social, de impuestos a la Dirección General Impositiva, de tributos municipales (con la excepción de tasas y contribuciones) y del pago del IVA, así como de recargos aduaneros por importación (si el proyecto se declara de interés nacional). A ello se agrega el beneficio indirecto en las tarifas de los sanatorios y hospitales privados, porque éstos se exoneran del pago del IVA si destinan por lo menos la mitad de sus camas a la atención de pacientes del MSP o de las IAMC<sup>179</sup>.

La fijación de precios continuó hasta 1983, año en que se estableció un tope que fue abandonado en julio de 1984. Así se generó la primera liberalización total de cuotas, proceso detenido en octubre de 1985, cuando se volvieron a controlar los precios a través de la DINACOPRIN (Dirección Nacional de Costos, Precios e Ingresos). Este sistema fue modificado nuevamente a fines de 1990, cuando se estableció una liberalización parcial y limitada de las cuotas. El régimen se cambió de nuevo en

---

<sup>179</sup> Este marco cambió de manera sustantiva con la reforma impositiva de 2008, aunque se mantienen las exoneraciones de aportes patronales a la seguridad social y parcialmente en la aplicación del IVA a servicios.

febrero de 1992, año en que se autorizó una liberalización total de las cuotas, modificada tres meses más tarde para fijar un nuevo control de precios.

El sector IAMC no ha logrado desarrollar un cuerpo de gerentes profesionales, más que en el manejo de la inflación como fuente de financiamiento<sup>180</sup>. De hecho, tradicionalmente no se les permitía recibir remuneración a los directivos. Los objetivos organizacionales no están delineados y, consecuentemente, no hay incentivos claros para la búsqueda de la eficiencia y la eficacia de la IAMC. Las IAMC han sido fuertemente reguladas, y son pocos los ámbitos en que se puede ejercer la discrecionalidad empresarial, particularmente en lo relativo a la canasta de servicios y a los precios, y ello limita posibles estrategias de diferenciación de la oferta.

Como ya hemos mencionado, las IAMC tienen tres formas típicas: las "cooperativas de productores" (médicos) en dos modalidades, y las "cooperativas de consumidores" (usuarios o afiliados) normalmente denominadas mutualistas. Hay dos tipos de cooperativas médicas: las vinculadas al gremio médico local (en Montevideo está la más grande de las IAMC, que se denomina CASMU, y en el interior cada una de las que fueron originalmente monopolistas) y las cooperativas médicas propiamente dichas, en las que hay un grupo de médicos socios que contratan a personal médico dependiente.

El cooperativista no recibe beneficios como socio, aunque sí cobra un salario en su condición de médico de la cooperativa. Ello genera una serie de incentivos hipotéticos para los socios, quienes son además de directores, proveedores de las prestaciones y quienes obtienen sus rentas eventuales a través de las retribuciones personales en su calidad de médicos. Se generan incentivos conflictivos entre los costos asignados a las retribuciones médicas y los correspondientes a inversiones u otros gastos.

Las cooperativas mutualistas son las más antiguas del Uruguay. Su estructura de gobierno es similar a la de una cooperativa de consumidores, cuyos directores son elegidos por sus afiliados. Además de tener participación preceptiva (por ley de 1943) en la directiva, los médicos son contratados y asalariados. Proveen las prestaciones, pero no deciden qué servicios genera o compra la institución y, consecuentemente, el grado de integración vertical de los servicios podría ser también muy distinto en este tipo de instituciones.

Aun dentro de un mismo tipo de institución, como son las cooperativas gremiales, los médicos tienen el incentivo de "descentralizar" (o no integrar verticalmente dentro de la propia institución) sólo aquellas actividades que pueden proveer individualmente, y de integrar aquellas que no pueden proveerse de forma individual.

Todos estos incentivos, que obedecen a la estructura de derechos de propiedad y de gobierno de la institución y del papel desempeñado por los médicos en ella, afectan no sólo el grado de integración vertical y la subcontratación de servicios de la IAMC, sino que influyen directamente en la estructura del gasto resultante, en los niveles de utilización de servicios en las instituciones-incluyendo el grado de complejidad de la tecnología utilizada-y en las inversiones realizadas por los distintos tipos de IAMC.

---

<sup>180</sup> De acuerdo a Labadie, Ramos y Sánchez (1994) las ganancias por inflación han sido tradicionalmente altas en el sector.



Los proveedores de prestaciones son dueños y administradores de servicios en cooperativas médicas. Es de esperar que tengan un comportamiento diferencial frente a las mutualistas: resultados contables y financieros, tasas de inversión, integración vertical de los servicios (en qué medida estos son comprados externamente o generados dentro de la IAMC), participación de los salarios en los egresos de las instituciones, favoreciendo la distribución entre los socios cooperarios, niveles de utilización de las instituciones, ya que una manera de generar economías y excedente es reducir la utilización de los servicios si se es su propietario, o incrementarla, induciendo una mayor demanda, cuando se es su proveedor. Dados los incentivos propios de las cooperativas médicas en particular, las utilidades o excedentes de las instituciones deberían tender a cero, independientemente de la situación operacional.

### **8.3. La regulación del trabajo en el sector salud**

Los sistemas de regulación del trabajo en el sector salud del Uruguay se distinguen básicamente entre el sector público y el privado, según categoría ocupacional. En términos generales, la forma de remuneración para los trabajadores no médicos es la salarial, tanto en el sector público como en el privado. La mayor variabilidad se observa respecto al trabajo médico. Además, para este trabajo, resulta fundamental comprender las formas de remuneración del trabajador médico, por su centralidad en el proceso de producción de servicios de salud.

La profesión médica posee la currícula de mayor extensión en cuanto a sus años de formación, de todas las existentes en Uruguay. Es una profesión que exige una alta dedicación horaria y económica a los estudiantes, además de tener costos educativos más altos. Es la población profesional que realiza la mayor cantidad de posgrados, y con un nivel de multiempleo muy alto. La formación médica se realiza, de manera cuasi hegemónica, en la Universidad de la República<sup>181</sup>.

En el caso de los trabajadores médicos, existe una gran diversidad de formas retributivas, con diversas fórmulas de pago, dependiendo del sector y la especialidad en cuestión. (MSP, 2010) El mercado de trabajo médico, en cuanto a su regulación, puede dividirse en los dos grandes sectores: el público y el privado.

El sector privado se rige de acuerdo a las normativas que regulan los contratos entre privados. Existe negociación colectiva, mediante la cual se determina el Laudo del sector privado, en el cual se establece las condiciones de trabajo y las remuneraciones mínimas dentro del sector. Los laudos rigen solamente para el sector IAMC, no aplican para los seguros privados integrales y parciales. Las contrataciones se realizan en forma directa, por intermedio de los departamentos de recursos humanos de las instituciones<sup>182</sup>.

---

<sup>181</sup> De manera reciente se ha incorporado un instituto universitario privado, en el departamento de Maldonado, de la cual está egresando la primera cohorte de médicos. También cuenta, en estos últimos años, la creciente formación de médicos en el exterior, en la Escuela Latinoamericana de Medicina de la República de Cuba.

<sup>182</sup> El CASMU, dentro del sector privado, aplica llamados sistemáticos a concursos de oposición y méritos.

La negociación salarial en el sector privado está regulado por el mecanismo de negociación colectiva, instaurado por la ley 10.449 de 1943. Los Consejos de Salarios tienen por finalidad determinar las condiciones de trabajo y los montos mínimos de salarios, según rama de actividad y categoría laboral. Esta instancia involucra a los delegados del Estado, Empresarios y Trabajadores. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) es el organismo del Estado responsable de organizar la convocatoria a rondas de negociación. El Poder Ejecutivo designa a los representantes de los trabajadores, sobre propuesta de las organizaciones más representativas.

Los consejos de salarios fueron cancelados por la Dictadura (1973-1985), para ser reinstalados con la reinstauración de la Democracia, durante el gobierno del Presidente Julio Sanguinetti (1985-1990). Sería corto el experimento, por que durante la Presidencia de Luis Lacalle se dejarían de convocar. Sin embargo, es interesante destacar que en el sector salud se continuó convocando a los Consejos de Salarios de manera autónoma, sin mediación del poder ejecutivo. De alguna forma, esto nos indica la robusta contextura social y política de los actores del sector privado de salud, los cuales siguieron confrontando, negociando y pactando en estos ámbitos institucionalizados.

La constitución y funcionamiento de los Consejos de Salarios se ajusta a la clasificación por grupos de actividad, que determina por Decreto el Poder Ejecutivo. El denominado Grupo 15 de actividad se integra por: Hospitales, Sanatorios, IAMC, Laboratorios, Clínicas Médicas y de Diagnósticos, Centros de Diálisis, entre otros. De estas negociaciones surgen los listados de remuneración correspondientes a los Médicos y Trabajadores. En el caso de la negociación médica, participan las IAMC, el SMU, FEMI, SAQ. En el caso de trabajadores, la FUS asume su representación general. Estos Laudos, para adquirir su valor, deben ser registrados y publicados por el Poder Ejecutivo.

**Tabla 8.4.**  
**Estructura remuneración en el sector privado, según especialidad médica y región**

	Fijo	Variable	Total
EB Montevideo	0,62	0,38	1
EB Interior	0,85	0,15	1
EM Montevideo	0,68	0,32	1
EM Interior	0,85	0,15	1
AQ Montevideo	0,32	0,68	1
AQ Interior	0,72	0,28	1

Fuente: MSP, 2010. EB: Especialidades médicas básicas;  
EM: especialidades médicas; AQ: Anestésico-Quirúrgicos

El cuadro 8.5 anterior denota una mayor flexibilidad del sector IAMC para la gestión de sus recursos humanos. Si bien el sistema de retribuciones en el sector privado es

relativamente complejo, demuestra tener más posibilidades de sintonía fina, ajustándose a las diferentes necesidades de recursos humanos que pueden existir territorialmente. Por otra parte, el sector público es también complejo, pero su capacidad de sintonía es bastante menor.

Las condiciones laborales de los médicos del sector público, en términos generales, se definen por la normativa común a todos los funcionarios del Estado. Los mecanismos de contratación y desvinculación están determinados en el Texto Ordenado de la Función Pública (TOFUP). En el caso de ASSE, podemos reconocer diferentes modalidades de relacionamiento:

- Médicos Presupuestados: ocupan un cargo presupuestal como titulares, y acceden al mismo por concurso de oposición, según establece la normativa.
- Médicos Interinos: los cargos presupuestales solo pueden ser ocupados por concurso, por tal razón, las plazas vacantes pueden ser ocupadas de manera interina
- Médicos Suplentes: la ASSE está habilitada para conformar cuadros de suplentes, para determinados servicios que no admiten interrupciones.
- Médicos Residentes: médicos en proceso de completar su formación profesional especializada en un Hospital público, con un régimen jurídico especial.
- Médicos Contratados o Incentivos: son contratos especiales, que establece un vínculo atípico dentro de la administración pública. Existen Comisiones de Apoyo, organizaciones sociales que funcionan bajo el derecho privado, al estilo de las fundaciones, y ejecutan fondos públicos dirigidos a la contratación de recursos humanos.

El sector público carece de un proceso de negociación colectiva en sentido estricto<sup>183</sup>. Los procesos de reivindicación salariales se canalizaban históricamente a través de la discusión de las leyes del presupuesto nacional, con las organizaciones sindicales, el Poder Ejecutivo y el Parlamento nacional. En el marco de las leyes de presupuesto y de rendición de cuentas, se iban procesando las diversas demandas salariales.

En síntesis, la remuneración de los médicos de ASSE se establece como un salario fijo, para una carga horaria determinada. Esto es similar a las condiciones de cualquier empleado público. Para el caso de los médicos del sector IAMC, se establecen diferentes mixturas de salario fijo con pago por acto, tal como lo determina el laudo del sector privado. Además, dentro de las IAMC, existe una diferenciación salarial en función de la especialidad médica, y del trabajo en áreas cerradas, de mayor complejidad tecnológicas. Para el caso de los trabajadores no médicos, la diferenciación salarial en el sector privado viene dada por la antigüedad y el trabajo en áreas de mayor complejidad asistencial.

---

<sup>183</sup> Una de las innovaciones fuertes del primer Gobierno del Frente Amplio (2005-2010) fue la convocatoria de Consejos de Salarios del sector privado, y también para el sector público, con la aprobación de un marco jurídico específico.

## 8.4. La Autoridad Sanitaria

El MSP es la autoridad del sector salud. La ley orgánica 9202 de 1934 define sus competencias básicas, tal cual analizamos en la sección 7.6 anterior. Por otra parte, la ley 15181 de 1981 define un amplio marco regulador sobre el funcionamiento del sector privado. En términos de la conducción sectorial, el MSP es el responsable del cumplimiento de las FESP.

Un estudio realizado por OPS en 2002 mide el grado de cumplimiento de las FESP. Los principales problemas se localizan en el plano de la conducción política, propiamente, del sector salud.

<b>Organismo</b>	<b>Conducción del sistema</b>
ASSE-MSP	Determina el acceso a la atención de la población de menores ingresos. Fija un piso de calidad y costo de los servicios de salud
BPS	Administra el Seguro de enfermedad DISSE. Transfiere una cápita plana por beneficiario.
Comisión Honoraria del FNR	Financia la provisión de prestaciones de alta complejidad. Cuenta con dispositivos complejos para el contralor de los IMAE.
Comisiones Honorarias: Cáncer, Cardiovascular, Zoonosis, Tuberculosis y Enfermedades Prevalentes.	Políticas de promoción y prevención en salud. Producción estadística.
UDELAR	Formación del recurso humano, perfiles y cantidades, especialidades médicas, etc.
MEF	Determina el nivel de gasto de los prestadores públicos. Define la política de precios e ingresos para el sector IAMC
MTSS	Conduce los procesos de negociación colectiva sobre salarios en el sector salud

Fuente: elaboración propia

Las Comisiones Honorarias son un importante elemento articulador de la Gobernanza sectorial. Además del acceso a la alta tecnología, mediante el FNR, también existe esta forma en otras áreas de salud, referidas a enfermedades prevalentes en la sociedad uruguaya. Importa resaltar que estas Comisiones son espacios de articulación entre el Estado (todas las comisiones son presididas por representantes del Poder Ejecutivo, y la sociedad civil, el mundo académico, gremial, etc. Las comisiones honorarias son un ejemplo de la modalidad histórica de ejercer la conducción sectorial, a través del involucramiento de los principales actores. En el Anexo 7 final se describe la estructura de estas Comisiones, y la forma de participación del MSP en ellas.

## **8.5. La estructura de Poder sectorial: principales actores organizados**

La división clásica entre capital trabajo, en el sector salud, aparece un tanto diluida, aunque no desaparece. Sobre esa distinción básica, aparecen o se superponen otros ejes de conflicto, relacionados con las distinciones público-privado, formas organizativas empresariales, estructura de trabajo y divisiones profesionales, clivajes territoriales, ideológicos y partidarios, entre otros aspectos. Básicamente, los intereses funcionales son representados por las principales organizaciones sectoriales, tal cual se resumen en la tabla 8.6.

El gráfico siguiente marca los principales actores sectoriales, los veto players de la reforma. La elaboración del gráfico se realizó en base a las entrevistas con elites políticas y técnicas del sector. El punto clave consiste en el posicionamiento frente a la reforma de la salud, aspecto que analizaremos en profundidad en el capítulo diez. Sin embargo, aquí podemos anticipar algunos aspectos relativos a los posicionamientos esperables de estos actores, en función de su posición en el proceso de producción asistencial. En el diagrama 8.1 posterior se puede apreciar un primer dibujo de ese posicionamiento.

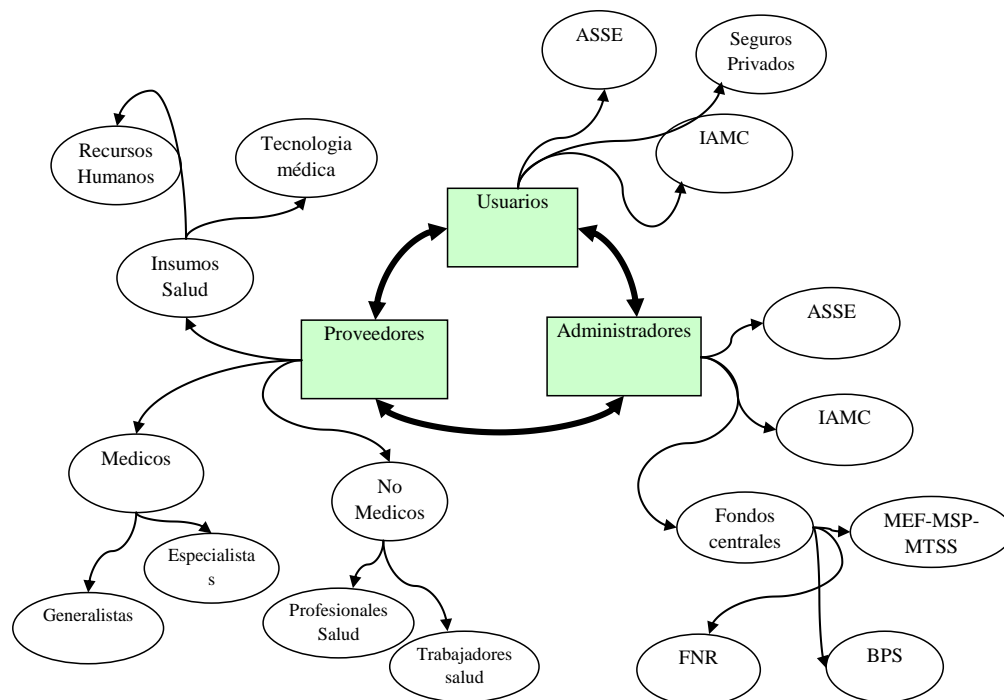
**Tabla 8.6. Principales actores sectoriales. 2005-2010**

<b>Organización</b>	<b>Descripción</b>
Federación Uruguaya de la Salud.	Representa a los sindicatos de trabajadores de las empresas de salud. Son trabajadores no médicos del sector privado. Integran PIT-CNT
Federación de Funcionarios de Salud Pública	Representa a los sindicatos de base de cada Unidad Ejecutora, administrativa o asistencial, de MSP-ASSE. Integran COFE y el PIT-CNT
Sindicato Médico del Uruguay	Creada en 1920 en Montevideo, representa a los Médicos en general. En 1935, con la creación del CASMU, logra fortalecer su posición representativa. Existen agrupaciones médicas internas, organizadas según criterios político-gremiales y de especialidad médica
Federación Médica del Interior	Creada en 1966, integrada por 22 instituciones gremiales de 18 departamentos del país. Comprende a 23 empresas de salud. Representa a los médicos del Interior, en términos empresariales y gremiales
Federación de Cooperativas Médicas del Interior	Empresas cooperativas de salud del interior. En 2005 esta integrada por seis empresas cooperativas.
Unión de la Mutualidad del Uruguay	Es la institución representativa más antigua, reúne a la Asociación Española de Socorros Mutuos, Casa de Galicia y Hospital Evangélico.
Plenario IAMC	Originalmente la cámara más poderosa, que ejercía la representación del sector en diversos ámbitos, fue perdiendo peso. En 2005 la integran: IMPASA, CUDAM, SMI, GREMCA y UNIVERSAL
Cámara de Seguros Privados	En 2005 integra a seis seguros integrales privados, con fines de lucro. Su cobertura población es muy pequeña, concentrado en segmentos de alto poder adquisitivo. En términos globales, carecen de infraestructura propia, con excepción del Hospital Británico y del Sanatorio del Seguro Americano.
Sociedades Científicas	Son entidades civiles que representan a especialidades médicas. Su número y densidad organizativa es muy importante, como la Sociedad Uruguaya de Pediatría y otras especialidades.
Sociedad Anestésico Quirúrgica	Surge en 1992 como una escisión del SMU. Limita su acción a Montevideo. Representa a las especialidades de: traumatología, ginecología, cirugía, anestesiología, oftalmología, urología, otorrinolaringología. En el Interior FEMI representa a estos colectivos.
Cajas de Auxilio o seguros convencionales	Acuerdos bipartitos, obrero patronales, que brindan cobertura de salud a sus miembros, y otras prestaciones extra, como el complemento de seguro por enfermedad. En su mayoría carecen de infraestructura asistencial propia.
Asociación de Instituciones de Medicina Altamente Especializadas (IMAE)	Surgen a partir de la creación del Fondo Nacional de Recursos en 1982. Son instituciones privadas, con fines de lucro, que funcionan dentro de prestadores integrales.
Cámara Emergencias Móviles y asistencia extrahospitalaria	Tienen su empuje en los años 90s. Se estima que abarcan un total de 50 empresas distribuidas en Montevideo e Interior. Las más fuertes están localizadas en Montevideo: UCM, SEMM, SUAT.
Asociación de Laboratorios Nacionales	Reúne a un total de 26 laboratorios en todo el país. Manejan el grueso de la comercialización del mercado de medicamentos.
Cámara de Especialidades Farmacéuticas	Reúne un total de 12 laboratorios, vinculados a empresas transnacionales. Representan algo así como el tercio del mercado de medicamentos, pero están fuertemente concentrados en productos de altísimo valor agregado.
Importadores de Tecnología, dispositivos e insumos	No se conoce de la existencia de una organización representativa. Son intereses concentrados, relacionados con casas matrices proveedoras de insumos tecnológicos.
Asociaciones de Usuarios	Gran debilidad histórica, más allá del origen del fenómeno mutual. Se reconoce el papel de organización de pacientes con problemas de salud crónicos, tales como diabéticos, celíacos, obsesos, etc. También algunas organizaciones de defensa de consumidores, en el marco de la ley de competencia que regula el MEF.

Fuente: elaboración propia, en base a Pérez, M. (2009), Rodríguez y Toledo (2009), Ríos, G. (2013), y entrevistas en profundidad.

Como hemos marcado anteriormente, dentro de la relación de producción sanitaria, el personal que brinda servicios de salud tiene un papel fundamental. Según Levcovitz, E. (2013) la relación se asienta en un triángulo básico, integrado por los usuarios o destinatarios de la atención, los proveedores de la atención y los administradores. El Modelo de Atención característico, para cada situación asistencial particular, se configura a partir de esta relación. El diagrama 8.1 muestra el triángulo básico que nos propone Levcovitz, pero lo complejiza mostrando parte de las relaciones que se verifican al interior de cada extremo.

Diagrama 8.5. La relación de producción de servicios de salud y los múltiples actores participantes



Fuente: elaboración propia, con elementos tomados de esquema de Levcovitz, E. (2013)

Resulta interesante notar que los tres extremos no están aislados en sus propios circuitos, sino que también pueden mostrar diversos canales de intercomunicación con los otros extremos, de manera más o menos autónoma. Pero además, la diversidad interna de cada extremo muestra que no podemos, en ningún caso, presuponer la existencia de un actor “racional unificado”. En todos los casos, las coaliciones entre actores pueden ser diversas, incidiendo intereses institucionales, funcionales, territoriales e ideológicos.

Si analizamos únicamente el extremo de quienes proveen atención, podemos asignar a la clase médica un obvio protagonismo sectorial, en función de su control directo sobre el proceso de atención en salud. Sin embargo, podemos reconocer que los Médicos están surcados por el corte establecido entre Generalistas y Especialistas, con intereses y recursos de poder bien diferenciados, pero al cual deberíamos agregar otros cortes de tipo ideológico o territorial e ideológico, que muchas veces están superpuestos. Su

vinculación gremial y partidaria, su inserción laboral territorial, el tipo de institución en la cual se insertan, son factores determinantes en su posicionamiento colectivo<sup>184</sup>.

El análisis del extremo proveedor de servicios debe ser complejizado más, incorporando al resto de los integrantes del equipo de salud. Aquí tenemos las posiciones, más o menos autónomas que puedan tener diversos colectivos de profesionales de la salud no médicos (Enfermeros, Parteros, Nutricionistas), y otras funciones auxiliares de la salud y de áreas de apoyo administrativo y funcional. Aquí lo que incide mayormente son los cortes sectoriales público-privado (FFSP y FUS<sup>185</sup>), que determinan un bajo grado de cohesión y acercamiento mutuo, aunque estos sindicatos participan de manera muy activa en el espacio de coordinación general de trabajadores que es la central única (PIT-CNT).

Por otra parte, los generadores de los insumos clave, en el campo de la tecnología médica (equipamientos y dispositivos médicos, medicamentos) y de los recursos humanos sectoriales (formación de profesionales para la salud), tienen lógicas totalmente desconectadas. El primero es un actor que opera bajo una lógica de mercado, que conecta las demandas locales de insumos y tecnologías con los centros productores de las mismas<sup>186</sup>. Por otra parte, la formación de recursos humanos está controlada básicamente por la Universidad de la República, es un circuito estatal de libre acceso, aunque eso no implica que no esté sujeto a tensiones y restricciones diversas por parte de las corporaciones profesionales<sup>187</sup>.

---

<sup>184</sup> La pertenencia al SMU, a FEMI, a diversas Sociedades Científicas, no termina de definir el posicionamiento político gremial de estos actores. Las adhesiones partidarias son un factor que incide muy fuertemente en esta corporación, que está fuertemente politizada desde el momento de su pasaje en la Universidad de la República.

<sup>185</sup> Los trabajadores del sector privado (FUS) participan de manera muy activa en los procesos de negociación colectiva, con empresarios del sector y el estado. Esto ha generado una fuerte cultura negociadora, con importante desarrollo de cuadros políticos y técnicos propios.

<sup>186</sup> La excepción es la industria nacional de medicamentos, que tiene cierto margen de desarrollo que le permite exportar a los mercados regionales. En cualquier caso, el grueso del negocio es controlado por la industria extranjera, que importa los insumos de mayor valor agregado.

<sup>187</sup> En el Uruguay, hasta 2009, no existen los Colegios Profesionales que regulen el ingreso al ejercicio profesional. Sin embargo, las cátedras universitarias tienen un importante incidencia en la regulación de la formación de las especialidades médicas.



## 8.6. El consenso diagnóstico y los factores que desencadenan la crisis

Los elementos de diagnóstico técnico sobre los problemas del sector salud pueden rastrearse en los años previos a la instauración del régimen autoritario en Uruguay. Estudios como los que fueran elaborado por la Comisión de Inversiones y Desarrollo Económico (CIDE, 1965)<sup>188</sup>, Ministerio de Salud Pública, así como diversas consultorías internacionales, son las que van sentando bases técnicas, el sentido común técnico respecto a los problemas y sus soluciones.

En su propuesta de plan quinquenal, que fuera publicado en 1966, la CIDE marcaba que el Uruguay contaba con un alto gasto en salud, comparable al de países de desarrollo económico superior. Los datos de 1963 indicaban que el gasto en salud representa un 5,3% en relación al PBI, y que el gasto por cabeza en salud es de 43,9 dólares. El gasto en salud por cápita de Montevideo en relación al Interior es un 70% superior, el gasto Privado en relación al gasto Público es casi el doble (90% superior).

El informe CIDE es muy crítico con el desempeño del sector salud: *“El país dedica al gasto médico sanitario un porcentaje elevado de su PBI”. (...) su gasto per cápita en dólares equivalentes es comparable a los de algunos de los países más adelantados del mundo en la materia, y supera ampliamente lo que se gasta en la mayoría de los países de América Latina*”. El informe resalta que *“...la verdadera situación médico asistencial del país no se corresponde totalmente a lo que parecerían indicar las cifras económicas mencionadas”*. (CIDE, 1965: 18).

El plan identifica grandes problemas de eficiencia y equidad en el sistema de salud. Señala que dada *“...la magnitud de las cifras globales y per cápita del gasto corriente del país en salud, no parece posible asignarle al sector una mayor participación en la utilización del producto (PBI). Esto significa que el mayor volumen físico de servicios que necesariamente se requerirán para el cumplimiento equilibrado de las metas del plan, debe financiarse esencialmente con una mejora de la productividad interna”*. (CIDE, 1965: 33)

Para la CIDE, el logro de mayor eficiencia y equidad pasa por la constitución de un sistema de salud que funcione. *“La acción nacional concertada del sector salud total, deberá evolucionar hacia un Servicio Nacional de Salud integrado, cuyo financiamiento requerirá establecer en un futuro próximo un Seguro Nacional de Salud”*. (CIDE, 1965: 34)

En el plano de las recomendaciones, el informe destaca que *“...dada la importancia del sector privado (en gasto y en población servida) el MSP deberá dar urgente prioridad a la reorganización de los servicios de contralor y normalización sanitaria, administrativo y contable del sector privado (mutualismo, sanatorios, profesionales médicos y odontológicos, medicamentos, etc.). Este servicio no deberá limitarse al contralor de las disposiciones legales; deberá establecer normas de servicio y echar las bases para la planificación integrada de los sectores privados dentro del plan nacional de Salud (incluyendo inversiones y utilización adecuada de recursos)”*. Agrega además

---

<sup>188</sup> Entre las diversas referencias a la CIDE y su rol en la generación de diversas políticas públicas “desarrollistas”, se pueden consultar los trabajos de Garcé, A. (2000) y de Setaro, M. (2002).

que el MSP debe “...realizar la función de coordinación, evitando duplicaciones, estableciendo normas de funcionamiento y asignando tareas, a los diversos servicios estatales y paraestatales que actúan en el campo de la salud”. (CIDE, 1965: 35)

Para la CIDE, la reforma del sistema de salud debe “...integrar el actual sector privado en una acción coherente con los servicios públicos, para establecer en el corto plazo una organización nacional de salud, cuya estructura y organización tendrá que definirse cuando pueda realizarse la evaluación completa y detallada del sector salud del país. Esta definición implicará también el establecimiento de un sistema nacional coherente que asegure el financiamiento del gasto destinado a la salud, de forma de hacer accesible servicios uniformes y satisfactorios a todos los ciudadanos, sin distinción de zonas geográficas ni niveles de ingreso (Seguro de Salud)”. (CIDE, 1965: 43-44).

En el campo de las reformas institucionales, el informe adelanta algunas reformas a considerar en el corto plazo, de forma previa a los estudios que se deben realizar para el diseño de una reforma sectorial: “a) Establecer normas uniformes de funcionamiento y registro para los establecimientos públicos y privados de salud, así como el informe obligatorio de actividades; b) Establecer los mecanismos administrativos de coordinación y diálogo dentro del sector público y de este con el sector privado; c) Reglamentar la ley orgánica del MSP de modo de permitirle cumplir todas las funciones que allí se le asignan...”. (CIDE, 1965: 45)

Coincide con esta visión Royol, J. (1969), quien marca interesantes elementos de síntesis sobre la percepción respecto a la situación del sistema de salud. En particular, resulta de particular interés su cita a un estudio del año 1968, realizado por un consultor de Organización Mundial de la Salud (OMS) para el MSP<sup>189</sup>. Al momento de caracterizar a nuestro sistema de salud, el estudio de OMS marcaba la presencia de una mezcla de servicios de atención, públicos y privados, con distintos niveles de prestación de servicios en lo que respecta a la cantidad y la calidad.

Esos servicios se caracterizan por tener “...distinta organización y diferentes fuentes de financiación; duplicación de servicios; carencias de normas que regulen las prestaciones de los mismos; ausencia de coordinación entre sí y con otras instituciones, como la Universidad; falta de integración de servicios preventivos y curativos; centralización administrativa; aumento constante de costos; falta de personal calificado; y estancamiento de las instituciones en el campo administrativo que facilite el mejoramiento de sus servicios”.

Continúa destacando el informe de OMS que la diversidad de “...regímenes de seguridad social con tasa de cotización elevadas de asegurados y patronos, que coloca de hecho en categoría de privilegio a los grupos protegidos por estos sistemas”. Existe además una fuerte superposición de “...seguros médicos voluntarios que actúan paralelamente con los establecidos por ley y con la atención médica privada...”.

---

<sup>189</sup> El Dr. Fernández Galeano fue quien me llamó la atención sobre estos interesantes fragmentos de información contenidos en el librito de Royol. La cita de Royol (1969), refiere al informe de consultoría de la OMS de 1968, realizado por el consultor Dr. Suescún Caicedo. No logramos encontrar la obra original, aunque es razonable suponer que fue generada en el marco de los estudios de la CIDE, continuados a esa altura por la recientemente creada OPP.

El informe OMS de 1968 remata, señalando que no existe una coordinación adecuada “...entre las diferentes instituciones pertenecientes a regímenes de seguridad social y entre éstas y el MSP y la Universidad”. Todo eso asociado además a un “...aumento de costos de la atención médica por duplicación de servicios, subutilización de los mismos y deficiente administración”. (Royol, J. 1969: 44-45)

Más adelante, Royol (1969) indicaba la existencia de múltiples iniciativas de creación de un Seguro de Salud, como instrumento ordenador de la política de financiamiento<sup>190</sup>. Pero todos ellos sufren de un grave problema, “...no establecen una estructura formal que ayude a la despolitización del Seguro, es decir, no ponen el acento en hacer organismos autónomos, organismos intermedios entre el Estado y los particulares”. (Royol, 1969: 56-57) En buen romance, el autor marca la necesidad de un diseño que permita aislar la administración de los recursos de salud, de las presiones de política clientelar que campeaba en la administración pública de la época.

Durante el gobierno del Presidente José María Bordaberry (1971-1976) la reforma del sector salud aparece como un tema de prioridad. El Ministro de Salud, Dr. Pablo Purriel, elaboraría un legendario anteproyecto de reforma, que presentaría al Presidente en el mes de Agosto de 1973. El Ministro había condicionado su participación en el gobierno de Bordaberry, a la elaboración de un proyecto de reforma de salud. Cuando el Presidente constitucional da el golpe de Estado, en Junio de 1973, el Dr. Purriel abandona la cartera de Salud<sup>191</sup>.

El proyecto del Ministro Purriel proponía crear el Servicio Nacional de Salud (SNS), integrando a los prestadores públicos y mutuales, financiados por un Seguro Nacional de Salud. El SNS sería un ente descentralizado, dirigido por un directorio de 5 miembros, integrado por: MSP, Ministerio de Trabajo y representantes de empresarios, trabajadores de la salud y trabajadores en general. El Poder Ejecutivo designaría al Director General de Salud, responsable de la conducción técnica del Servicio Nacional de Salud<sup>192</sup>.

El setiembre de 1973 el Poder Ejecutivo emitiría el decreto 721/973, creando en la órbita del MSP una “Comisión de Estudio sobre Factibilidad de Financiamiento de un Sistema Nacional de Salud”. La comisión se integra con representantes del MSP, que la preside, y la OPP, MEF y MTSS. De acuerdo al decreto, los avances realizados en los estudios del MSP para la implementación de un sistema de salud, amerita la creación de este grupo de trabajo.

Resulta evidente que esta de comisión de trabajo surge como reacción frente al proyecto que fuera presentado al Presidente Bordaberry por su Ministro de Salud, Dr. Pablo Purriel. Pero más esencialmente, viene a completar los trabajos iniciados por la CIDE, en términos de establecer una planificación para el desarrollo nacional. Como vimos más arriba, el Plan CIDE 1966-1973 establecía como prioridad para salud empezar a realizar los estudios pertinentes, de cara a la elaboración de la planificación sectorial.

---

<sup>190</sup> El autor cita a los trabajos del SMU y de las comisiones de salud de la CNT de 1967, sobre esta materia, también propuestas de partidos políticos.

<sup>191</sup> Entrevista personal con el Dr. Hugo Damasco, asesor del Ministro Dr. Pablo Purriel, durante 1971-1973.

<sup>192</sup> El Dr. Antonio Turnes, ex administrador del SMU, me permitió acceder a una copia de este anteproyecto de más de 60 artículos, elaborado por el Dr. Pablo Purriel.

En noviembre de 1974, el Poder Ejecutivo emite el Decreto 921/974 con las “*Normas Básicas para la elaboración de un Plan Nacional de Salud*”. Estos fundamentos del Plan Nacional de Salud definen el campo de determinantes sociales sobre la salud, y cómo la acción sobre éstos “...*propende al mejor y mayor rendimientos del individuo, contribuye al desarrollo del país y consolida la paz social, base de todo progreso nacional*”. (Artículo 1 del Decreto)

Según este decreto, el MSP se debe constituir en el “...*organismo rector, normativo y de contralor de todas las acciones*”. Para ello es importante establecer un marco jurídico más adecuado, que permita “...*determinación de las responsabilidades y sanciones individuales o grupales para todos los sectores, en lo técnico, administrativo, económico y laboral que aseguren el mejor funcionamiento del Plan y la eficiencia de los correspondientes contralores*”.

Las diversas instituciones públicas y privadas deben ser adecuadamente coordinadas, para lograr un aprovechamiento cabal de todos los servicios. “*Las plantas físicas, adquisición de equipos y otros recursos materiales (...) serán promovidas por el Ministerio de Salud Pública y en el caso de iniciativa privada o de cualquier otro sector asistencial, será imprescindible la anuencia técnica de aquél, considerando la necesidad, ubicación y alcance prestario del servicio a instalar*”.

En cuanto a la atención de alta complejidad se supone que es el “...*máximo ámbito de coordinación porque son los de más alto costo y complejidad, serán instalados por y funcionarán en la órbita del Ministerio de Salud Pública o integrados con él, en el caso de los ya creados, o a crear privadamente*”. El financiamiento de este sistema de prestaciones, “...*es responsabilidad de todos los potenciales beneficiarios, se hará con el aporte del Estado, con una pequeña parte de la cuota de la afiliación colectivizada y con la contribución de los pudientes, por mecanismos a establecer, pero obligatorios*”.

El plan tiene una mirada sobre el desarrollo de la atención médica en todo el país, con especial foco en el sector rural. También sobre la red territorial de servicios públicos y privados, los servicios de emergencia, etc.

En lo que respecta a la atención privada con fines de lucro, la misma debe ser considerada como un “...*sector competitivo pautador. Por otra parte y desde que el Plan ha de alcanzar prioritariamente metas de eficiencia más que de confort, no se puede negar el derecho a obtener ambas a quien quiera o pueda hacerlo*”.

A esto se agrega el hecho que es el único sector donde actualmente puede aplicarse de modo total el principio de la libre elección del médico por el paciente (...) la actividad privada del médico es un motivo adicional para la superación técnica y significa la culminación en su individualización como profesional, será útil estimular a nivel de clínicas o sanatorios privados, sistema de afiliación que cubran sólo la internación, dejando exclusivamente a la voluntad de los pacientes la elección de los técnicos a los que confíen su asistencia”. (Decreto 921/974)

En síntesis, desde nuestro punto de vista, existe una línea de continuidad entre el Plan de la CIDE y el Plan de Desarrollo de la Dictadura militar. Esas líneas de continuidad, se expresan en una cierta lógica tecnocrática, de fuerte racionalización en el uso de los

recursos y servicios existentes, con una impronta más liberal en lo que respecta al funcionamiento del mercado<sup>193</sup>. La centralización de los Seguros por Enfermedad en DISSE (el actual BPS), la creación del Fondo Nacional de Recursos, el marco regulatorio IAMC (ley 15181) son todas medidas dirigidas a racionalizar el funcionamiento del sistema de salud, en el marco de un fuerte rol regulador del Estado.

### **El consenso diagnóstico en la post-dictadura**

En un estudio patrocinado por OPS, Margolis y Piazza (1989) presentan una visión completa sobre el funcionamiento y los problemas del sistema de salud. Según estos autores, desde 1984 en adelante se vienen acumulando diversos estudios, que marcan una senda en términos de diagnóstico y propuestas de intervención. Esos estudios coinciden en señalar que la situación de salud de la población, está asociada al proceso de deterioro socioeconómico que experimenta el país desde los 60s. Este fenómeno, que es determinante en la salud de las personas, tiene además un impacto negativo en el funcionamiento de los servicios de salud “...limitando su cobertura, eficacia y equidad”. (Margolis y Piazza, 1989: 246)

Este problema de organización de los servicios de salud se ve reforzado por la propia carencia de una política nacional de salud, debido a la histórica debilidad del MSP como autoridad sanitaria. Esta falta de una política no hace más que agravar los problemas del sector, obstaculizando el uso racional y equitativo de los recursos disponibles. La necesidad de conducción y coordinación es un valor crítico, por que el Uruguay posee una diversidad de proveedores, con escasa coordinación y nula regionalización.

Existen gruesos problemas de cobertura asistencial, para un porcentaje importante de la población, que este estudio de 1989 cifra en 20% de la población. Esto además se conjuga con los desarrollos operados durante la dictadura, con los procesos de privatización, en que la salud “...dejaría de ser una responsabilidad de toda la sociedad, para convertirse en un artículo de compra individual”. Se percibe además que la tendencia del sistema de financiamiento ha sido a que “...la atención médica como un artículo de mercado, según la oferta y demanda, compra y venta. La mayor parte del gasto la paga (...) directamente el usuario, y es escasa la financiación social”. (Margolis y Piazza, 1989: 246-247)

Los autores indican que desde el punto de vista de la gestión de la atención, se percibe una reducida profesionalización de la administración sanitaria. Los insumos médicos, sobre todo los medicamentos, están controlados por empresas transnacionales. Se carece absolutamente de una política de acreditación de hospitales, que apunte a la mejora de la calidad, la eficacia y eficiencia de los establecimientos de salud. En el caso de los recursos humanos, no hay una adecuada relación funcional entre los componentes del equipo de salud, con una tendencia precoz a la especialización de los médicos<sup>194</sup>.

---

<sup>193</sup> En esta visión coincide Garcé, A. (2000: 350-55) quien señala que el Plan Nacional de Desarrollo 1973-1977 no es la antítesis del desarrollismo de la CIDE, sino más bien uno de sus retoños más liberales.

<sup>194</sup> Esto último como resultante de la ausencia de relación entre la política de salud y la de formación de recursos humanos en nuestro país. En buen romance, la debilidad del Ministerio de Salud para impulsar una política nacional, que ampare el desarrollo de todos estos componentes, que son esenciales para el funcionamiento del sistema.

En otro estudio patrocinado por OPS, Veronelli, Nowinski, Haretche, Roitman (1994), se aporta un grado mayor de complejidad a esta mirada sobre los problemas del sistema de salud, tal cual fuera expuesta con Margolis y Piazza (1989). Para Veronelli et al (1994: 89-93), el primer problema consiste en la brecha existente entre el modelo de atención actual, con su orientación predominantemente “...*médico, curativo y sustentado en el diseño tradicional de las enfermedades contagiosas...*”. Esta organización de servicios resulta totalmente disfuncional para hacer frente la pauta crónico-degenerativa emergente en la sociedad uruguaya.

El nuevo patrón demo-epidemiológico debe ser afrontado mediante una acción preventiva, educativa y centrada en los hábitos y conductas de las personas. El país no ha implementado las actividades necesarias para enfrentar las patologías de mayor prevalencia, como la hipertensión, la detección precoz de ciertos tumores. Tampoco se ha aplicado en el diseño e implementación de campañas permanentes para incidir sobre los estilos de vida no saludables, que impacten en: tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, mal nutrición, sedentarismo.

Este tipo de brecha se aprecia en la actual formación y distribución de los recursos humanos, que se concentran en temas y especialidades que no son prioritarios. Además, los equipos de salud no cuentan con una formación adecuada para trabajar en la educación y el autocuidado. Todo esto exige la revisión de los planes de estudio, pero también pensar en el esfuerzo de reconversión del personal.

Además, Veronelli, et al (1994) destacan que este desfasaje también se aprecia en la política de incorporación tecnológica, que no se ajusta al perfil de necesidades en salud, como al desarrollo del primer nivel de atención. Pero esto no se limita solamente al tema de la tecnología de alta complejidad. El sistema de salud carece de una infraestructura, no necesariamente de gran complejidad tecnológica, adecuada para promover la atención primaria. La estrategia de atención de patologías crónico-degenerativas exige revisar los patrones de funcionamiento, introduciendo innovaciones como el trabajo grupal que estimule el autocuidado y la participación en planes educativos.

En el año 2000-2001, el Gobierno uruguayo intenta establecer un plan con el Banco Interamericano de desarrollo (BID) a fin de establecer un mecanismo para la reconversión de las IAMC en crisis. El proyecto apuntaba a la creación de un Fondo Público de Reconversión, de unos 75 millones de dólares, a ser ejecutado en el plazo de tres años. Este financiamiento se completaría, mediante aportes del mercado de capital, al convertir la deuda de las instituciones en Bonos a ser negociados, con una tasa asegurada de rentabilidad. (BID, 2001)

Dentro del diagnóstico sectorial del BID, marcaba la existencia de graves problemas estructurales, que se expresan en la ausencia de un marco regulatorio que unifique e integre las reglas del juego para todas las instituciones de salud. El marco está excesivamente disperso, fragmentado, lo cual ha facilitado de prestadores de salud que brindan coberturas parciales, limitadas, y que realizan una activa selección de riesgos (descreman el mercado). Esto va de la mano de la carencia de una institucionalidad responsable por la función de regulación del sistema de salud.

Además, el informe del BID marca la existencia de diversas distorsiones en la organización y gestión de los recursos humanos, presente en una negociación colectiva centralizada y el multi-empleo médico. El modelo de atención tiene un sesgo curativo y recuperativo, que privilegia la especialización y la alta tecnología, en detrimento de un enfoque más preventivo y promocional de salud. El modelo de financiamiento genera un claro desequilibrio entre los aportes realizados y los riesgos cubiertos, que se aprecia con claridad en la situación de los trabajadores que aportan al BPS (ex DISSE).

El diagnóstico del BID (2001) remata señalando que las IAMC operan con una estructura poco favorable a una gestión eficiente y al control de costos. No existe una separación clara entre funciones directivas y gerenciales y la gestión todavía muestra bajo grados de profesionalización, lo cual no permite establecer una razonable división de intereses<sup>195</sup>. En lo que respecta al sector público de salud, la modalidad de asignación y gestión de sus recursos, basados en presupuestos históricos, subsidio a la oferta, debilidad en los cuadros gerenciales, y centralización excesiva de los procedimientos, no alienta la eficiencia.

Además de la reconversión de la enorme deuda del sector mutual, el documento BID la sitúa en unos 350 millones de dólares, el proyecto impulsa un fortalecimiento de las funciones de control ministerial. El fortalecimiento de la capacidad regulatoria y de control estatal sobre el funcionamiento del sector salud es fundamental. El énfasis del BID se encuentra en robustecer el rol de la División Servicios de Salud de la DIGESA. Este interesante proyecto fue “devorado” por la grave crisis financiera que sufrió el país en 2002-2003<sup>196</sup>.

En el campo de los diagnósticos más recientes, Faral, L. (2005: 193-220) elabora una buena síntesis de los elementos problemáticos del sistema de salud. Según este autor, en el sistema de salud es posible reconocer la existencia de una serie de núcleos históricos, de clásicos de la salud, relativos a diagnósticos y propuestas de intervención. Este autor identifica seis problemas que afectan a la eficacia y la calidad de los servicios de salud.

En primer lugar, el predominio de un modelo de atención centrado en un enfoque curativo y asistencialista. En esto influyen factores como la propia formación del personal de salud, la sobre-especialización médica y la estructuración de los laudos salariales que determinan los estímulos al trabajo en áreas cerradas y especializadas. A esto agregar la inadecuada relación entre médicos y enfermeros, y la baja presencia de otros técnicos relacionados con las actividades promoción y prevención en salud.

En segundo término, la distribución inequitativa de los recursos disponibles, y la estructuración del sistema de financiamiento. El gasto realizado en usuarios del sector público representa algo así como la tercera parte de su equivalente en el sector privado. Además, se aprecia un crecimiento del gasto en salud, y una incidencia creciente sobre

---

<sup>195</sup> Los médicos muchos se desempeñan como patrones y empleados, de forma simultánea. Esta situación se aprecia en particular en las cooperativas médicas y en el CASMU, en donde el papel de dueños y administradores, de responsables de la gestión institucional, es opacado por el simultáneo papel de trabajadores dependientes que buscan mejorar su remuneración. En este esquema, de acuerdo al documento del BID, está la base de la crisis de financiamiento del sector mutual.

<sup>196</sup> Las crónicas de la época hablan de la “aspiradora de Atchugarry”, el Ministro de Economía que condujo la salida política a la crisis económica de 2002, y que debió echar mano sobre cuanto recurso económico existiera.

el PBI nacional. El problema es que no se visualiza que este aumento del gasto se traslade hacia la mejora de los indicadores de salud de la población.

En tercero, la peculiar organización del trabajo en el sector salud, en particular el multiempleo médico, que conspira contra la calidad de la atención en salud. Esto se vincula a la propia estructura de los laudos salariales, que generan cargos de baja dedicación horaria<sup>197</sup>. También a una estrategia de diversificación de riesgo, frente a los bajos salarios y la inestabilidad laboral que viven los trabajadores del sector. Esto impacta en una baja dedicación horaria, debilidad del vínculo con los usuarios, falta de continuidad en la atención, dificultad para el trabajo en equipos multidisciplinarios, dificultad para el desarrollo de sistemas de calidad en servicio, entre otros.

El cuarto aspecto, la crisis histórica, sostenida, del sistema mutual. Entre los factores de la crisis debe mencionarse el incremento de los costos (medicamentos y tecnología), la inclusión de nuevas prestaciones, los cambios en los sistemas de remuneración y la disminución de afiliaciones<sup>198</sup>. Además de eso, la escasa profesionalización de los cuadros directivos y gerenciales, y la ausencia de procedimientos regulares de control de gestión y auditoría. Esta crisis prolongada ha provocado cierre de instituciones, con pérdida de puestos de trabajo. También se desarrollan estrategias para controlar el gasto asistencial, como la generalización del tiquet y su transformación en copago, la demora sistemática para acceder a la atención, los conflictos y las rebajas salariales, etc.

En quinto lugar, las dificultades para acceder y utilizar la cobertura formal, lo cual ocasiona una atención episódica y despersonalizada. Esto se imbrica con los fenómenos reseñados anteriormente, y tiene un efecto sumamente pernicioso sobre la atención en salud. Dificultad para realizar en forma oportuna consulta a médicos y técnicos, controles, estudios diagnósticos y tratamientos, y participación en programas preventivos. La atención de urgencia centralizada y la domiciliaria se ven sobredimensionadas, por su facilidad de acceso y respuesta, yendo en desmedro del desarrollo de una atención integral, continuada y descentralizada.

Por último, el débil desarrollo de la función rectora del Ministerio de Salud Pública. El autor ilumina este punto mediante el análisis de un estudio de 2002, realizado por el MSP y la OPS, referido al cumplimiento de las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP). El estudio muestra que las dimensiones de mayor debilidad son las FESP 7, 8 y 9: Acceso equitativo a los servicios de salud; Desarrollo y capacitación de los recursos humanos; Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios<sup>199</sup>.

A juicio del autor, el bajo desempeño del MSP en el cumplimiento de las FESP “...*está directamente relacionado con el escaso apoyo político que ha recibido de los diferentes*

---

<sup>197</sup> Según Faral (2005: 201), los laudos determinan puestos de trabajo con jornadas de 6 horas diarias para los trabajadores no médicos. Para los médicos, cargos en consultorio de 6 horas semanales (para ver seis pacientes por hora), y cargos centralizados con guardias de 24 horas semanales.

<sup>198</sup> La reducción de afiliaciones fue selectiva, concentrada en la población más joven, y produjo un envejecimiento de la población IAMC, que se traduce en una mayor presión relativa sobre los servicios de salud y el costo de la atención.

<sup>199</sup> El Estudio MSP-OPS (2002) muestra un desempeño global mediocre, en todas las dimensiones. Debe destacarse que el estudio es de naturaleza cualitativa, basado en el juicio de expertos. Lo interesante del estudio es que el panel de expertos está conformado en su mayoría por técnicos del Ministerio de Salud, lo cual demuestra la valoración crítica que éstos tienen respecto al funcionamiento de la autoridad sanitaria.



*gobiernos a lo largo del período estudiado. (...) el cargo de ministro ha sido desempeñado en varias oportunidades por representantes de un partido que no tenía la titularidad del Poder Ejecutivo (...) Por tanto, más allá de las buenas intenciones de todos los jefes que han pasado por el MSP, el problema no es exclusiva ni esencialmente técnico, sino que tiene componentes estructurales y políticos muy fuertes”.* (Faral, 2005: 208-209).

Todos estos elementos críticos, aportados desde diversas miradas técnicas, tienen su reflejo en el campo gremial sindical del sector salud. En particular, las elaboraciones desde los ámbitos representativos de trabajadores y médicos, como los Congresos del PIT-CNT y las Convenciones Médicas Nacionales. En esos documentos se pueden identificar claros elementos de confluencia, que indican la necesidad de fortalecer los mecanismos de conducción del sistema, de financiamiento y organización de los servicios públicos y privados existentes<sup>200</sup>.

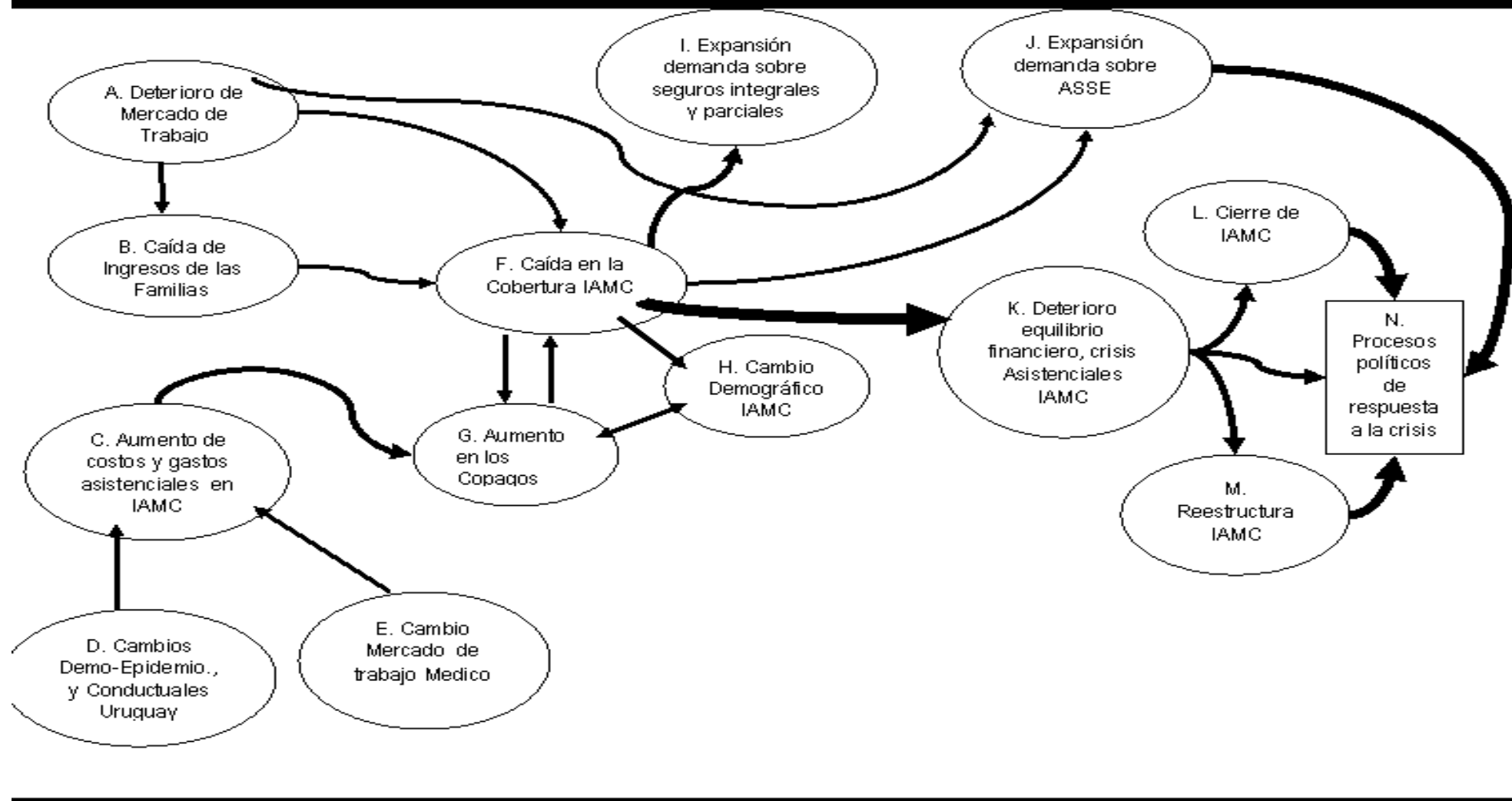
### **Los factores que desencadenan la crisis en el sector**

En el diagrama 8.2 siguiente se describe la relación entre los principales factores causales de la crisis del sector salud. Interesa reconocer la interacción de los factores, pero muy especialmente la estructuración del proceso causal. La interacción de los diversos factores, resulta en la fuerte presión política por la búsqueda de soluciones a la crisis.

---

<sup>200</sup> En la publicación MSP (2009: 47-51) hay una excelente síntesis de los aportes gremiales que nutrieron a la reforma de salud. En particular, los pronunciamientos del Congreso del PIT-CNT de 2001 y la Convención Médica Nacional de 2004.

Diagrama 8.2. Crisis del sector salud 1



En términos muy sintético, podemos decir que, dentro de los factores explicativos, tenemos el rol del Mercado de Trabajo (A), el de la expansión de la demanda de seguros privados integrales y parciales (I), y el del aumento de costos y gastos asistenciales de las IAMC (C). El primero se relaciona con la transformación del mercado de trabajo que se procesa en los 90s. El segundo, con un cambio en las pautas sociales de consumo y utilización de servicios de salud. El tercero, con la transformación científico-tecnológica y la organización del modelo de atención.

En términos de circuitos causales, reconocemos un primero que vincula el deterioro del Mercado de Trabajo (A) con la caída del Ingreso de las Familias y el deterioro del aseguramiento (B) produciendo una caída en la cobertura de las IAMC (F). Este circuito genera además una mayor presión en la demanda de servicios de ASSE (J).

El segundo circuito se relaciona con el aumento de costos y gastos asistenciales de las IAMC (C), también en el sector público, asociado a los cambios Demo-Epidemiológicos y Conductuales en la sociedad uruguaya (D). También incide la progresiva reestructuración del mercado de trabajo médico, con sus problemas de sobre-especialización e inducción a la demanda (E). Esto impacta en la mayor presión por generar ingresos en las IAMC, aumentando los copagos (G).

El tercer circuito causal refiere a la expansión de la demanda sobre los seguros privados lucrativos, integrales y parciales (I). Este esquema sigue dos lógicas diferentes, por un lado la transformación del mercado de trabajo y el debilitamiento del aseguramiento. Por otra parte, el afianzamiento de una relación de “consumo” entre usuarios y servicios de salud.

Finalmente, el diagrama 8.2 el deterioro asistencial y financiero de las IAMC (K) deriva en tres caminos posibles: cierre de instituciones deficitarias (L), reestructura de las instituciones (M), profundización de la búsqueda de salidas políticas a la crisis (N). Este último circuito, de búsqueda de salidas políticas, se ve dinamizado además por el aumento de la presión de la demanda sobre los atestados servicios públicos de ASSE (J).

## **8.7. Los actores frente a la crisis sectorial**

El período 1999-2003 muestra un proceso de aceleración y profundización de la crisis, pero también de activa búsqueda de salidas políticas a la crisis. No sólo desde el Estado, con el proyecto BID-PROMOS de 2001 que mencionamos más arriba, sino también desde la sociedad organizada. La profundización de la crisis genera incentivos muy grandes para la conformación de una coalición reformista en el sector salud. Los documentos oficiales del período, las elaboraciones desde el SMU, el PIT-CNT y las IAMC, marcan la presión ejercida para lograr salidas políticas.

La grave crisis opera como un catalizador para la acción colectiva en el sector. En la tradicional reunión del SMU en el Balneario de Solís, su declaración final esta cargada de notas dramáticas: *“Toda esperanza de un futuro mejor para la Salud en Uruguay confronta primero e inmediatamente la impostergable reanimación de las instituciones de asistencia médica colectiva y del subsector público, desasistidos de adecuado auxilio estatal y codiciados por las agencias del capital financiero internacional (las*

*aseguradoras de riesgo multinacionales) cuya presa es el importante gasto que la sociedad uruguaya destina al sector: más de 2.000 millones de dólares anuales”. Resulta fundamental racionalizar “...el sistema regulatorio del mutualismo, hipertrofiado y errático en materia de ingresos, pero permisivo en el rubro egresos (abonando el abuso por parte de proveedores que cuentan con un alto poder para determinar al mercado)”. (Declaración de Solís, 2002)*

Pero aún antes de este dramático alegato del SMU, en el VII Congreso del PIT-CNT de 2001 se propone crear “...un organismo autónomo interinstitucional que ejerza la superintendencia del sistema, representativo de usuarios, instituciones públicas, privadas y agremiaciones. El Estado será el regulador del desarrollo y funcionamiento del sistema en su conjunto”.

Además, propone establecer un proceso gradual de transformación, que permita crear “...Sistema Nacional de Salud, considerando como un derecho humano fundamental que será garantizado por la responsabilidad colectiva de la sociedad y el Estado, a través de prestadores públicos y privados, sobre la base de los principios de: accesibilidad, universalidad, integralidad, oportunidad, equidad, y resolutivez.

*Dicho Sistema consistirá en coordinar todos los servicios existentes públicos y privados, dentro del mismo, con el fin de obtener un mayor nivel de calidad, racionalización de recursos, acreditación de todos los efectores brindando un mismo nivel de calidad a la población. Será un conjunto de servicios de atención en forma de red, con niveles de atención definidos e interrelacionados, con un nivel central de gobierno y administración”.*

Además, la plataforma del PIT-CNT define su respaldo a “...los procesos de reconversión y mejora de gestión de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, que garanticen la calidad y eficiencia...”. Para eso deberá recategorizar a las instituciones según su nivel de riesgo crediticio y reestructurar sus deudas, estableciendo mayores plazos de repago.

Propone además una ampliación “...progresiva de la cobertura a través de la extensión del sistema del Banco de Previsión Social a todos los trabajadores, jubilados, pensionistas, definiendo los sectores prioritarios de atención por parte de los servicios de salud del estado”.

Para este fin, se creará un “...Fondo Nacional de Salud que incluya las cuotas de afiliación individual de acuerdo a los ingresos familiares y en el marco de una reforma tributaria que incorpore el Impuesto a la Renta y aplicación del I.V.A. que grave la atención de salud privada con fines de lucro”. (Declaración final del VII CONGRESO DEL PIT – CNT, 2001)

Pero, más allá de las coincidencias entre el gremio médico y la central de trabajadores, estos esquemas no despiertan unanimidades. Muchos sectores sindicales del sector salud, vinculados a partidos radicales de izquierda, mantienen una visión crítica respecto a las propuestas de soluciones a la crisis del sector salud que se vienen gestando en ese período. Su planteo es interesante, por que refleja el posicionamiento de un sector importante de opinión dentro de los sindicatos y gremios del sector salud, y de la izquierda nacional. Como ejemplo de estas visiones críticas de la idea de un Sistema Nacional Integrado, tenemos que en un entrevista se afirma que,

*“...El Congreso de FUS aprobó el llamado Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que consagra el subsidio público a la gestión privada en la salud, bajo el argumento de sería solo una etapa de transición, de coordinación entre lo público y lo privado. Este argumento se reveló como una mentira cuando en ese mismo Congreso, después de haber aprobado el SNIS, a instancia de la dirección frenteamplista se impulsa el voto en contra de una moción que planteaba clarificar cual debe ser el verdadero programa de la FUS, es decir, un Sistema Unico Nacional de Salud estatal y público.*

*La burocracia sindical de la FUS se ha dedicado sistemáticamente a envenenar a los trabajadores con la idea de que no hay empresa posible sin empresarios, sin patronos; y que no hay trabajo sin empresa, por lo tanto, para defender el trabajo hay que defender al patrón, mejorando la competitividad. Así pusieron la fuerza y la movilización de los trabajadores al servicio de la defensa de las patronales, contra sus propios intereses, perdiendo salario y puestos de trabajo (...)*

*El SNIS es la forma de organización de la salud que plantea el programa del FA y tenemos claro que esto está a favor de las patronales y su posibilidad de seguir lucrando, no de los trabajadores de la salud ni de la población que se asiste.*

*Por otro lado, también tenemos experiencia práctica con respecto a la forma de financiación que el gobierno frenteamplista propone para estos servicios y es lo que llaman Seguro Nacional de Salud (SNS). (...)*

*“...El SNIS y su financiación a través de SNS, va más allá del salvataje a las patronales que han dilapidado los fondos colectivos que administran, ya que el objetivo final es el generar una gran masa de dinero que se extraerá a toda la población para ser entregada a las multinacionales, desmantelando los servicios públicos (...) bajo la consigna de: "tanto pagas, tanto recibes".*

*En este marco de entrega al capital internacional, toda la alharaca sobre el Plan de atención primaria es inviable, porque para concretarlo, requiere una enorme inversión en recursos humanos y capacitación a la vez que enfrentar a los poderosos intereses de quienes se benefician de la atención secundaria y terciaria, ambas cosas incompatibles con los que plantea el SNIS y el SNS que el FA y la burocracia sindical han defendido.*

*Un Sistema Único Nacional de Salud, público y gratuito es el programa que deben defender los trabajadores, con el reclamo de estatización de toda mutualista que cierre o despida y puesta bajo control de los trabajadores y usuarios para garantizar una óptima asistencia para toda la población. La lucha por este programa se convierte además, en una lucha por la independencia nacional, anticapitalista y antimperialista”.*

*(Tribuna Popular. Numero 240. Entrevista a militantes de Partido de los Trabajadores e integrantes de la directiva del gremio de trabajadores del CASMU, AFCASMU<sup>201</sup>).*

Como conclusión, podemos decir que el sector salud, tal cual conocimos hasta 2005, ha vivido bajo un proceso de crisis permanente. Los elementos de cambio demográfico y epidemiológico, que la sociedad uruguaya vive en estos últimos 30 años, marcan

---

<sup>201</sup> Es importante anotar que estas manifestaciones se recogen de una publicación permanente de este sector partidario de izquierda, que no integra el Frente Amplio. Más allá del papel testimonial de estos sectores, debe destacarse que este tipo de posicionamientos son relativamente fuertes dentro del Frente Amplio, en particular dentro de los sectores comprometidos con la idea de un servicio público único de salud.

presiones al cambio irresistible. A esto se suman las presiones provenientes del complejo médico industrial, que presionan al alza el gasto en salud.

El diagrama 8.2 anterior nos permitió mostrar una síntesis apretada del proceso de crisis sectorial. Lo interesante del diagrama consiste en identificar los procesos políticos que se activan y dinamizan, a partir de la ocurrencia de ciertos fenómenos estructurales: la transformación del mercado de trabajo, el cambiante perfil demográfico y epidemiológico y los cambios en la relación médico-paciente (como una forma de consumo).

Pero la crisis no solo es una consecuencia de los desarrollos previos. La crisis es también, por sobre todas las cosas, un agente catalizador, que contribuye a solidificar los principales rasgos de la futura coalición reformista. Sobre este escenario de crisis del sector es que el futuro gobierno del Frente Amplio deberá diseñar e implementar su propuesta de reforma del sistema de salud.

## Capítulo 9. Estructura y proceso socio-político en el Uruguay (1985-2005)

En este capítulo describimos los rasgos principales del proceso político uruguayo. También abordamos el análisis de la llegada del Frente Amplio al poder. Nuestro foco estará en la comprensión de la dinámica de un sistema político-institucional mixto, que oscila en sus funcionamientos entre los polos mayoritarios y consensuales. Esta llegada al poder del FA marca un realineamiento del sistema partidario, con la introducción de una lógica de funcionamiento programática e ideológica.

### 9.1. La matriz institucional y la dinámica de producción política

La trayectoria política uruguaya en el período de la última post-dictadura (1985), estuvo fuertemente dominada por el discurso de la restauración. La idea de recuperar una idílica democracia de consenso estaba presente en el análisis y las expectativas de todos los actores políticos y sociales. En tal sentido, se rescataban visiones académicas como las de Real de Azua, C. (2000), sobre el carácter amortiguador de la sociedad uruguaya, y su capacidad para moderar los conflictos políticos. También Rama, G. (1995), que resaltaba la construcción social uruguaya y su carácter hiperintegrado.

Esta alusión a un pasado idílico resultaba muy seductora. Según Finch, H., (2005: 15), la experiencia política del Uruguay “...dentro de un continente caracterizado por la inestabilidad de sus instituciones y por la violencia de sus luchas políticas, fue singular. A través del temprano desarrollo de la legislación social y laboral, del crecimiento del sector público de su economía, de la preeminencia de sus clases media y de su adhesión a (y novedades en) las normas constitucionales de gobierno y a las libertades públicas y privadas, el Uruguay tuvo una evolución muy especial en el conjunto de América Latina. Para los que han observado el desarrollo del país, desde afuera como desde adentro, ha sido una historia excepcional”.

Para este investigador británico, ese modelo se asentó en un tipo de Estado en el cual se hace uso de “...instrumentos para redistribuir el ingreso asegurando así un alto nivel de consenso social”. Esto indica “...una preferencia social marcada por arreglos en vez de confrontación, y una tendencia popular de considerar el Estado como fuente de soluciones y protección económica y social”. (Finch, H. 2005: 16) Para el autor, esa experiencia se afirma en la existencia de un Estado y un sistema político, surgido en las últimas décadas del siglo XIX, que mostró importantes grados de autonomía respecto a los intereses económicos dominantes en el país<sup>202</sup>.

Con esta visión concuerda el estudio PNUD (2008), para quien el desarrollo social de nuestro país “...sería insuficientemente explicado si no se tomara en cuenta la dimensión política y la trayectoria democrática de este país. La interacción entre políticas de integración social, un sistema de partidos precozmente institucionalizado y

---

<sup>202</sup> Barrán y Nahúm (1984) han destacado la importancia del concepto de autonomía relativa, para comprender las características de la construcción del Estado y la sociedad uruguaya de la primera mitad del siglo XX.

*organizaciones robustas que representaban los intereses de los trabajadores dio como resultado un país que se conoció a sí mismo como país modelo”. Esto ha sido posible para el Uruguay, porque “...el desarrollo económico ha ido de la mano de políticas de bienestar instauradas tempranamente”. (PNUD, 2008: 19-20)*

Para Filgueira, F. et al (2004) hay algunos rasgos básicos de esta matriz político institucional, que han demostrado ser muy estables a lo largo de toda nuestra historia. Estas continuidades institucionales se asientan en la presencia de un “...*Estado regulador, empresario y social del Uruguay..*” en el cual se pueden reconocer “...*líneas de continuidad que desafían los avatares de los regímenes políticos y de la circulación de partidos. No son inmunes a ellos, no dejan de cambiar cuando estos cambian pero no son reductibles a estas dinámicas y cambios*”. En la historia política nacional, es fundamental reconocer que la “...*historia del Estado se construye desde la historia del Estado*”. (Filgueira, F., 2004: 175) El Estado es y ha sido un actor con capacidad de iniciativa, de organización y coordinación, en el esfuerzo político de lograr objetivos comunes.

Más cercano en el tiempo, podemos destacar miradas como la de Lanzaro, J. (2000 y 2004) sobre la democracia pluralista en el Uruguay. Para el Profesor Lanzaro, nuestra democracia se caracteriza por la presencia de “...*trazos de separación, distribución y participación en lo que toca al poder político y a la estructura institucional, los modos de gobierno y los ejercicios de autoridad pública. Estos regímenes se contraponen a las democracias de tipo “mayoritario”, en las que el poder político está normalmente más concentrado o “unificado” (“el ganador se lleva todo” en lo que toca a cargos públicos y recursos estatales)*”. (Lanzaro, 2004: 103)

La visión de Lanzaro, lejos de ser una mirada edulcorada de nuestra historia política, está llena de matices. Reconoce que nuestro sistema político se caracteriza por “...*un grado considerable de distribución del poder político y de división de la autoridad pública, que plasma en las estructuras institucionales y moldea los trámites de decisión, limitando así la concentración que se registra en otras democracias contemporáneas*”. Pero también destaca los procesos de descaecimiento de la democracia cuando “...*los partidos desfallecen en su productividad política, en las muestras de cooperación y de lealtad, en la medida que la dinámica de las pluralidades opera en sintonías de desagregación, cuando los arranques de confrontación, los juegos de “veto” y la polarización de los actores han adquirido un carácter agudo, exacerbando los conflictos y generando bloqueos*”. (Lanzaro, J. L. 2004: 103)

Entonces, desde nuestra perspectiva, podemos reconocer tres factores claves en la estructuración institucional del sistema político. En primer lugar, el desempeño de su sistema de partidos, tanto en términos electorales, de canalización de la opinión pública, como en su capacidad para estructurar capacidad de gobierno. En segundo término, la matriz compleja de la sociedad civil, y la capacidad de estructuración que muestran sus diversos sectores, con diversas capacidades para la acción colectiva creativa y/o defensiva. Además de estos dos elementos, la propia estructura del Estado y su capacidad para sostener, de manera continuada y efectiva, diversas políticas públicas estratégicas.

El esquema teórico que propone Lijphart, A. (2000) es una herramienta útil para caracterizar el proceso de producción política. Aplicado a la realidad uruguaya,



podríamos construir un indicador de funcionamiento político-institucional, un índice de funcionamiento del proceso político. Asumiendo que el indicador varía entre cero y uno, entre los extremos Consenso y Mayoritario, para cada una de las diez dimensiones. Entonces el Índice Lijphart (IAL) resultaría del promedio de valores en las variables que componen el concepto.

A primera vista, podemos decir que el sistema político democrático uruguayo posee una compleja mixtura de rasgos institucionales. En términos de funcionamientos, el sistema político uruguayo podría mostrar rasgos que lo emparentan con la democracia mayoritaria como con la de consenso. Esta paradoja se resuelve por la estructura y funcionamiento del sistema de partidos y el tipo de competencia que prevalece en su sistema político. Pero también por el esquema histórico de representación de intereses<sup>203</sup>.

**Tabla 9.1.**  
**Tipo de proceso político en Uruguay, según IAL**

<b>Dimensiones</b>	<b>Consenso</b>	<b>Mayoritario</b>	<b>IAL</b>
1. Composición del Poder Ejecutivo	División del PE en amplias coaliciones multipartidarias	Concentración del poder en el Gabinete, gobierno mayoritario de partido	0,5
2. Relaciones entre el PE y el Poder Legislativo	Equilibrio entre PE y PL	El Ejecutivo domina, se impone al Poder Legislativo	1
3. Sistema de Partidos	Sistemas Multipartidistas	Bipartidismo	1
4. Sistemas Electorales	Sistemas proporcionales	Sistemas mayoritarios, gran desproporcionalidad	0
5. Sistema de Grupos de Interés	Coordinados y “corporatistas” orientados al compromiso y a la concertación	Sistema de grupos de interés pluralista, competitivo y no coordinado, con grupos autónomos	0,5
6. Estructura territorial del Gobierno	Gobierno federal y descentralizado	Gobierno unitario y centralizado	1
7. Cámaras Representativas	División en cámaras fuertes, con principios de selección diferente	Unicameral	0,5
8. Reglas Constitucionales	Rígidas, pueden cambiarse por mayorías especiales	Flexibles, que aceptan enmiendas mediante mayorías simples	0
9. Interpretación Constitucional	Revisión sujeta a Tribunales supremos o constitucionales	Revisión sujeta a la legislatura	0
10. Bancos Centrales	Independientes	Dependen del Ejecutivo	0,5

Fuente: elaboración propia en base a Lijphart, A. (2000) y consulta con expertos nacionales.

<sup>203</sup> En su descripción del Estado Social en Uruguay, Lanzaro (2004: 121-24) marca el peso y composición de este tercer círculo del espacio público, integrado mayormente por organizaciones públicas no estatales, con activa participación de intereses empresariales, sindicales y gremiales. Es tercer círculo, de naturaleza eminentemente corporativa, tiene un peso indudable sobre los procesos de formación de políticas públicas.

Nuestro Índice de Mayoritarismo es muy simple, y nos permite caracterizar el régimen político de acuerdo al grado de proximidad al modelo propuesto, en cada una de las diez dimensiones. Cada dimensión tendría un valor de 1, y el índice total se pondera de acuerdo al número total de dimensiones analíticas. Asumimos que el recorrido de la variable abarca entre cero y uno, de acuerdo al grado de proximidad al criterio Mayoritario (partiendo desde 0 hasta llegar al 1).

Desde nuestra perspectiva, el índice podría adquirir un valor sintético de 0,5, marcando nuestra indefinición en términos del formato institucional. En realidad, respecto a los puntos indecisión (valor 0,5), podemos decir que la dimensión uno, referida a la composición del Poder Ejecutivo, ha mostrado formas de gabinete de coalición, sin embargo la disciplina política de los partidos Colorado y Nacional ha sido muy alta. Esta disciplina tan alta, lo aproxima demasiado a un gabinete monocolor. En la dimensión 5, podríamos decir que el sistema de representación es de tipo pluralista. Sin embargo, algunos sectores presentan un alto grado de centralización y capacidad de negociación. Son arenas con intereses altamente estructurados, como ocurre en Transporte, Construcción y Salud<sup>204</sup>.

Luego, en la dimensión siete, las dos cámaras legislativas tienen principios electorales diferentes, nacionales y departamentales. No obstante ello, la simultaneidad de su renovación, vinculada además a la elección del Presidente, genera una alta homogeneidad en términos de sus mayorías políticas, como si fuera una sola asamblea. Por último, el Uruguay cuenta con un Banco Central, creado por la Constitución de 1967, a partir de la sección de emisión del Banco de la República Oriental del Uruguay (BROU). En los hechos, el grado de control y supervisión del Poder Ejecutivo sobre el funcionamiento del Banco Central, no es para nada despreciable.

En verdad, la variable partidaria resulta clave a la hora de interpretar el funcionamiento de este esquema. El grado de estructuración y de disciplina de las unidades partidarias, sumado al tipo de competencia política que se verifique respecto a los otros partidos que compiten por el poder. La conformación de las coaliciones preelectorales tiene un papel muy importante para la política uruguaya. Si bien no puede decirse que estos actores tengan una vocación programática muy fuerte, los procesos electorales, muy competitivos y se basan en contrastar las ideas y propuestas de los candidatos.

En términos político-institucionales, la variable que está operando en la dinámica de este sistema, que incide fuertemente en estos aspectos, refiere a la forma del gobierno. El régimen Presidencial uruguayo posee ciertos rasgos que inciden en este funcionamiento, como es su ciclo político presidencialista. Este ciclo está modelado por la elección popular directa del jefe de gobierno, de forma fija y preestablecida (cada 5 años), con elecciones parlamentarias concurrentes.

Desde la última reforma de la Constitución (1996), el régimen de gobierno incorporó la elección Presidencial mediante el procedimiento de una segunda vuelta o Ballotage. También se agregó la obligatoriedad de realizar elecciones internas, para la selección de las autoridades partidarias y los candidatos presidenciales de cada Partido. También desvinculó las elecciones de gobiernos departamentales, respecto a las nacionales. En sentido estricto, esta reforma trató de frenar algunos cambios que se venían procesando

---

<sup>204</sup> Durante los años 90s, estos sectores mantuvieron la práctica de la negociación colectiva centralizada, aún sin mediar la convocatoria del Poder Ejecutivo.

en el sistema político, desde antes de la Dictadura. Esa reforma constitucional logró demorar el ascenso de la izquierda al poder, y la definitiva reformulación de los ejes de la competencia en el sistema político uruguayo.

Según González, L.E., (2010) el formato del sistema de partidos uruguayos fue bipartidista la mayor parte de su existencia<sup>205</sup>. A partir de 1971 se convierte en un sistema de “pluralismo moderado” (hasta 3 grandes partidos), formato que se mantiene hasta el día de hoy. En sentido estricto, el sistema de partidos uruguayos, históricamente, no se organiza en términos de una competencia ideológico-clasista. La existencia de identidades políticas muy arraigadas, con una cierta estructura organizativa que, en los últimos 50 años de existencia, los asimilaba más a lo que se conoce como Partidos de tipo Escoba (Catch-All). Su estructura interna fraccionalizada permitía expresar diferentes corrientes de opinión y liderazgo, con una diversificación de la oferta electoral muy importante.

Dentro de ese esquema, en el año 1971 comienza a despuntar este nuevo partido político que es el Frente Amplio. Una coalición de partidos, que combina a los viejos partidos de ideas, algunas escisiones de los partidos tradicionales, y nuevos agrupamientos que surgen en el marco de un continente que se radicaliza ideológicamente. Estos desarrollos se verían frenados ante la emergencia del autoritarismo. En el período 1973-1984, al decir de O’Donnell, G. (1975), veríamos la imposición de un Estado Burocrático Autoritario (EBO), con una agenda de modernización conservadora<sup>206</sup>.

Para Moreira, C. (2004 y 2010) este ascenso de la izquierda es indicativo de una recomposición radical en el esquema de competencia político partidaria. Es el pasaje de un esquema de competencia política pragmático hacia uno un esquema ideológico. Se podría decir que este proceso es indicativo de la profundización democrática, de la ampliación en la incorporación ciudadana a los procesos políticos. La emergencia de un EBO no habría hecho más que demorar la consolidación de este fenómeno de profundización y masificación democrática.

En González, L.E. (2010) hay una visión complementaria a la de Moreira (2010), respecto al ascenso de la izquierda. Para Luis Eduardo González el crecimiento de la izquierda se asocia a un ciclo político de largo plazo, en el que se produce una erosión progresiva y acumulativa de las identidades partidarias tradicionales. El desencanto ciudadano con la gestión de los partidos tradicionales y sus diversas fracciones, el corrimiento del Frente Amplio hacia posiciones de centro (socialdemócratas), son dos factores explicativos de este ciclo de largo plazo. El resultado es el de un partido de izquierda que asume el gobierno con la promesa de un cambio a la uruguaya, esto es: gradual, consensual, incremental. González, L.E. (2010: 76-80)

---

<sup>205</sup> Los históricos partidos Colorado y Blanco o Nacional, tienen su origen en las guerras civiles del siglo XIX. Según las visiones históricas más aceptadas, el ciclo de la Poliarquía uruguaya comienza en 1916, pero tuvo diversas interrupciones, entre 1933-1942 y 1973-1984. La última interrupción fue especial, por que implicó un desplazamiento total de los partidos políticos de las tareas de gobierno. (González, L.E. 2010: 74)

<sup>206</sup> Del modelo propuesto originalmente por Guillermo O’Donnell, debemos destacar la peculiar asociación entre la elite militar y civil-tecnocrática que conduce el aparato, con una ideología dominada por la idea de poner la casa en orden y realizar las necesarias reformas que los partidos eran incapaces de implementar.

Lo cierto es que en 2005 se instala una nueva dinámica política, que se expresa en el tipo de mayorías sobre la cual se construye el gobierno. En particular, en el período 1971-1999 la tónica había sido la de gobiernos sin mayoría, que se estructuraban a partir de acuerdos interpartidarios más o menos explícitos, con mayor o menor cohesión. A partir de la elección de 2005, se inaugura una etapa de gobiernos de partido con mayoría parlamentaria propia, son gobiernos de gabinete monocolor.

Parte de este proceso de transformación progresiva se puede apreciar en otro fenómeno simultáneo, en otro factor que incide poderosamente en la dinámica del modelo, como es el sistema de representación de intereses. En este aspecto, los procesos de negociación colectiva establecidos por la ley 10449 de 1943, regula las relaciones entre capital y trabajo. Sobre este marco regulatorio se estructura una densa red de relaciones entre Estado, mercado y sociedad, la versión criolla del Estado Social. (Lanzaro, J.L. 1986)

El anterior fenómeno es parte de una tradición política nacional, en la cual se aprecia una serie de incentivos jurídicos y fiscales para la conformación de asociaciones para la promoción de intereses colectivos. Este principio, que se consagra en el artículo 69 de la Constitución de 1934, establece el armazón del Estado Social y fija como principio la exoneración fiscal para organizaciones educativas y culturales de impuestos nacionales y departamentales<sup>207</sup>. Las organizaciones no gubernamentales, de tipo mutual, fundación o cooperativo, entre otras, pasarían a incorporarse progresivamente dentro de este esquema de exenciones fiscales para su funcionamiento<sup>208</sup>.

Aquí, la descripción más fina sobre este universo corporativo se sigue encontrando en los diversos trabajos de Lanzaro, J. (1986 y 2000). Para este autor, existe un tercer círculo de participación política corporativa, en diversos ámbitos de regulación y administración de políticas públicas<sup>209</sup>. Ámbitos que están dominados por una “...franja de representaciones colectivas de clase, que acceden por esta vía a un estatus de autoridad pública y participan directamente en los procesos decisivos. Esta es una de las notas constitutivas del Estado “social” y de su carácter “enraizado”, que se encuentra igualmente en muchos otros países del universo keynesiano de la época y de manera marcada, en algunas naciones comparativamente “pequeñas”. (Lanzaro, 2004: 124)

De esta manera, la sociedad uruguaya, a pesar de su escasa dimensión comparativa, demuestra una importante densidad de formas organizativas. Tanto por su número, reconocimiento social y capacidad de incidir políticamente en diversos aspectos de la vida política, el pluralismo social es notable. Esta densidad y entrecruzamiento de intereses es un rasgo determinante en nuestra matriz político-social.

---

<sup>207</sup> Esta disposición se deriva del artículo 5to de la Constitución de 1830, sobre el cual se establece el interés público en el funcionamiento de los Templos religiosos. Debe notarse que la mayoría de los establecimientos educativos y de salud han tenido su origen en el funcionamiento de las órdenes religiosas.

<sup>208</sup> Las instituciones mutuales, en su origen persiguen, además de objetivos de protección social, principios de integración social y cultural de grupos étnicos reconocidos. Como indicamos en el capítulo siete, las primeras mutuales se organizan alrededor de los principios étnico-lingüísticos de las diversas colectividades, españolas e italianas fundamentalmente, que se fueron incorporando en nuestra sociedad.

<sup>209</sup> Por ejemplo, organismos como los Consejos de Salarios, los Seguros de Enfermedad por rama, las distintas Cajas para-estatales (Asignaciones Familiares, Desocupación, Jubilaciones Bancarias, Profesional y Notarial), pasando por una serie de diversas comisiones especializadas.

En síntesis, la estructura político-institucional uruguaya mixtura diversos elementos de naturaleza consensual y mayoritaria. El funcionamiento efectivo de este sistema político que combina diversos institutos, se encuentra condicionado por el tipo de competencia política. La capacidad del sistema de partidos uruguayo para interactuar positivamente con los circuitos de producción política “corporativa”, resultan claves a la hora de producir políticas públicas. Esta visión debe matizarse con una cierta tendencia, que se verifica desde la salida de la dictadura, de una clara y progresiva tendencia hacia la prevalencia de rasgos mayoritarios.

**Tabla 9.2.**  
**El partido del Presidente y el formato de gobierno**

<b>Partido/ Presidente</b>	<b>Inicio período</b>	<b>Formato de Gobierno</b>	<b>Diputados Gobierno (%)</b>	<b>Ministros partido presidente</b>
PC. Julio Sanguinetti	1985	Partido sin mayoría (Entonación)	41%	8
PN. Luis Lacalle	1990	Coalición PN-PC (Coincidencia)	66%	8 (10)
PC. Julio Sanguinetti	1995	Coalición PC-PN	63%	7
PC. Jorge Batlle	2000	Coalición PC-PN	55%	8 (12)
FA. Tabaré Vázquez	2005	Partido con mayoría	53%	13

Fuente: elaborado en base a PNUD (2008)

Si miramos con atención la tabla 9.2 podemos apreciar esta tendencia. En particular, durante el gobierno del Presidente Luis Lacalle (1990-95), se inaugura una lógica de acuerdos postelectorales entre los principales partidos. Es desarrollo se acompañaría de una creciente competencia en términos de grandes bloques confrontados. La dinámica de confrontación ideológica se hace cada vez más nítida, con armados de gobierno cada vez más excluyentes, y al calor de la aplicación de los institutos de democracia directa. El centro ideológico del sistema político se convierte un mero lugar de tránsito, en el que pocos sectores políticos logran perdurar.

En esta situación tienen su cuota de responsabilidad los partidos tradicionales, quienes se desgastan hasta el límite en la práctica de gobierno. Las históricas prácticas de compartir el poder (la coparticipación) fueron limitadas tempranamente<sup>210</sup>, en función de la necesidad de implementar una agenda heterodoxa de liberalización económica. Pero más allá de la impronta liberal, las diversas reformas que se ensayaron en el

<sup>210</sup> En la salida de la dictadura, el Presidente Julio Sanguinetti (1985-1990) trató de aplicar el libreto consensual en su gobierno de “entonación nacional”. Los partidos de oposición fueron convocados a cumplir roles de contralor en los organismos estatales, también se convocaron a los Consejos de Salarios. Estas prácticas de concertación social, además de coparticipación política, fueron abandonadas posteriormente, excluyendo de esos ámbitos de gobierno a la izquierda política.

período, no dejaron nunca de reconocer el rol que el Estado tiene en la sociedad uruguaya<sup>211</sup>.

Pero también tiene que ver en esto la lógica expansiva de los partidos desafiantes al statu quo tradicional. De alguna manera se aplica la hipótesis de Moreira y González respecto al ascenso de la izquierda al poder. En la tabla 7.3 podemos ver esto en términos de la capacidad de control de votos en el Parlamento, tomando como referencia la integración de la Asamblea General. La Asamblea General resulta una buena foto, porque reúne las bancas del Senado y Diputados, y es presidida por el Vicepresidente de la república.

**Tabla 9.3.**  
**Partidos con representación parlamentaria, votos en la Asamblea General (1)**

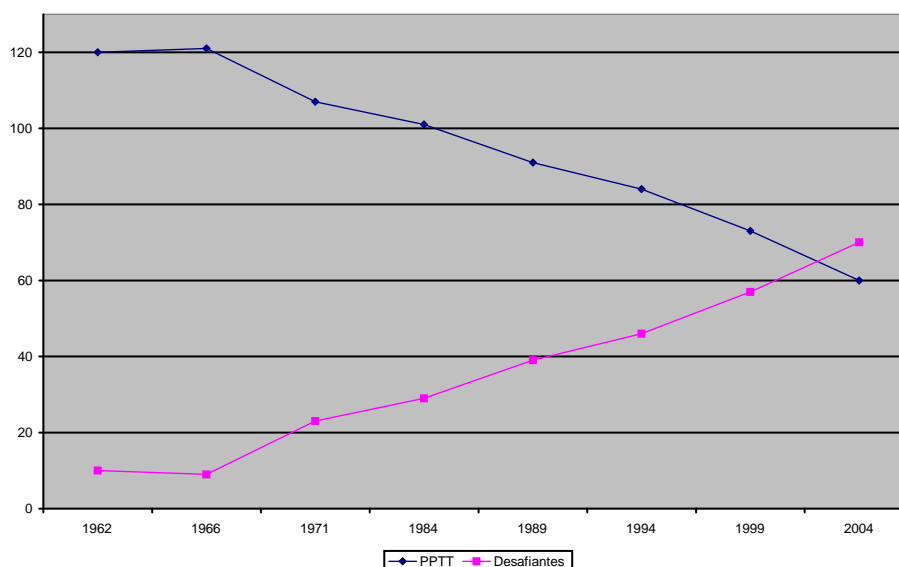
	1962	1966	1971	1984	1989	1994	1999	2004
Partido Colorado	57	67	55	55	39	43	44	13
Partido Nacional	63	54	52	46	52	41	29	47
Frente Amplio	0	0	23	27	28	40	52	69
Otros Partidos (2)	10	9	0	2	11	6	5	1
<b>TOTAL</b>	<b>130</b>	<b>130</b>	<b>130</b>	<b>130</b>	<b>130</b>	<b>130</b>	<b>130</b>	<b>130</b>
<b>Otros Partidos (2)</b>								
Frente Izquierda de Liberación FIDEL	4	6						
Partido Demócrata Cristiano PDC	4	3						
Unión Popular	2							
Unión Cívica				2				
Partido por el Gobierno del Pueblo PGP					11			
Nuevo Espacio						6	5	
Partido Independiente								1

Fuente: Corte Electoral del Uruguay. Notas: (1) Suman los escaños obtenidos en el Senado (30) y en Diputados (99), y se agrega el cargo del Vicepresidente, que preside el Senado y la Asamblea General. (2) En 1971 no hay otros partidos con representación. (3) El FA comienza a competir como coalición en 1971, bajo el lema PDC, y agregando también a los grupos que pertenecía al FIDEL en 1966.

El gráfico 9.1 muestra de manera diferente la información contenida en la tabla 7.3, organizándola en términos de dos grandes bloques. Por un lado los partidos tradicionales (PPTT), que representan la acción de gobierno, el statu quo. Por otro lado los partidos desafiantes, que pugnan por el acceso a la representación y a la participación en el poder. En nuestra opinión, la hipótesis de Moreira-González permite explicar razonablemente bien este fenómeno de recomposición de la competencia política, en un esquema de pluralismo moderado, pero con gobierno de partido.

<sup>211</sup> El único líder político que se atrevió a desafiar abiertamente esta noción fue el Presidente Luis Lacalle, quien trató de implementar una reforma con contenidos neoliberales, pero que fue bloqueada por la oposición política de sectores de partidos tradicionales, la izquierda y todo el movimiento social.

Gráfico 9.1. Partidos tradicionales y partidos desafiantes. Bancas en la Asamblea General, 1962-2004.



Si un rasgo definitorio podemos marcar en este ascenso de los partidos desafiantes, sería el de la afirmación de la izquierda como un espacio representativo de la sociedad civil. El sentimiento de exclusión, de lejanía y malhumor con la acción de gubernamental de los partidos tradicionales, comenzaría a ser canalizada crecientemente por estos nuevos espacios. Esto se acompañaría además de un proceso de ideologización creciente del sistema partidario, cambiando radicalmente el formato de la competencia política, tal cual veremos en la sección siguiente.

## 9.2. El progresivo ascenso del tercero excluido

Cuando en el año 2004 triunfa el FA-EP en la elección nacional, por primera vez en la historia política del Uruguay asume el gobierno un partido con una identificación ideológica netamente de izquierda. El arco ideológico partidario de esta organización recorre desde las visiones nacional- populares, socialdemócratas, hasta las variantes del marxismo más clásico. Con una estructura partidaria coalicional, que combina aspectos de movimiento político, con estructuras de partidos burocráticos de masas y de tipo Catch-All (Profesional Electoral, en la terminología de Panebianco, A. 1986).

Como fuera descrito por González, L.E. (2010) la izquierda en Uruguay “...en sus vertientes marxistas, siguió la evolución clásica: un Partido Socialista primero y luego un Partido Comunista escindido del anterior. Esta izquierda no fue electoralmente importante durante la mayor parte del siglo pasado. Pero tuvo creciente importancia política, porque controlaba un movimiento sindical autónomo, liderado por trabajadores activos, independiente de los partidos mayores y de los gobiernos. También hubo una presencia partidaria de raíz cristiana, católica. La izquierda tuvo sus ensayos de frentes populares no demasiado exitosos, hasta que en 1971 nació el Frente Amplio, inicialmente una coalición liderada por la izquierda que incluyó la

*Democracia Cristiana y también grupos escindidos de los partidos tradicionales. Esa coalición del grueso de los partidos menores fue adquiriendo rasgos cada vez más acentuados de “movimiento” primero, y de “partido” después (aunque de la misma forma que los partidos fundacionales, muy fraccionalizado)”. (González, L.E. 2010: 74)*

El ascenso de este partido puede ser inscripto dentro de lo que los analistas han denominado el giro a la izquierda en América Latina. En términos generales, los analistas vinculan este fenómeno de empuje de las nuevas izquierdas, con el agotamiento del ciclo reformista neoliberal<sup>212</sup>. En particular, lo asocian a los resultados sociales de esta estrategia de reforma política que ha sido el neoliberalismo, con incremento del desempleo, la pobreza y la desigualdad. Los partidos conservadores y liberales que debieron liderar la doble transición democrática y (neo) liberal, sufrieron un alto desgaste político, que en su momento debieron pagar electoralmente.

Para autores como Moreira, C. (2006 y 2009) las raíces de este fenómeno son profundas, y se encuentran en el proceso mismo de la consolidación de la Democracia en Latinoamérica. Para esta autora, lo que vive la región es una especie de florecimiento de los procesos de realineamiento partidario, que fueran bloqueados por las dictaduras militares durante las décadas del 60 y 70. De esta manera, la tercera ola de la democracia, en el sentido que le da Huntington, S. (1994) impulsa un proceso de realineamiento partidario, en términos del eje izquierda-derecha<sup>213</sup>.

En tal sentido, para el Frente Amplio, en tanto estructura partidaria, los elementos de elaboración programática son muy relevantes. Constituyen un elemento aglutinador, que concita para la acción política organizada. Los mecanismos de elaboración programática se basan en el aporte de sus militantes, pero también se nutren de los diversos aportes de la sociedad civil, en particular el movimiento obrero y los intelectuales formados en la Universidad estatal y otros institutos públicos<sup>214</sup>, con la cual el partido de izquierda mantiene numerosos y vitales vasos comunicantes.

El Frente Amplio no es cualquier tipo de partido, sino que es uno que se ubica dentro de lo que Lanzaro, J.L. (2013) ha caracterizado como la socialdemocracia criolla. En esos regímenes “...*social democratic governments are those made up of institutionalized left parties, with kinship to the labor movement and socialist leanings (although not necessarily having that label), which have undergone processes of political change and replaced their revolutionary ideologies with moderate but effective reformism, as a result of the political and electoral strategies that they adopt when acting in the framework of competitive and relatively institutionalized party systems*”. Este último aspecto es fundamental en su definición, porque “...*such parties are integrated into the process of electoral competition and the regime of representative democracy, within the frame of plural and competitive, more or less institutionalized, party systems. The*

---

<sup>212</sup> Según Lanzaro, J.L. (2008: 4) esta gran familia de las izquierdas latinoamericanas reconoce tres variantes fundamentales: los Populismos de nuevo cuño, los regímenes Nacional-Populares clásicos, y las Socialdemocracias criollas.

<sup>213</sup> Coincide con esta visión Smith, P. (2004), quien aplica para América Latina el esquema de olas de democratización de Huntington. Según este autor, la Democracia en AL estaría experimentado, desde fines de la década de los 80s, un período de florecimiento generalizado.

<sup>214</sup> En el circuito de producción y adaptación del conocimiento, a fin de establecer diagnósticos y propuestas de cambio, resulta fundamental el rol de los elementos intelectuales y científicos que se forman en los institutos públicos, en particular la Universidad. Este es un rasgo esencial para comprender la “embeddedness” del Estado uruguayo.



*effectiveness of pluralism and party competition shapes the route to office and the evolution of the governing left party. It also shapes the form of the government and the “policy style”.* (Lanzaro, J. L., 2013: 3)

A esto se agrega un liderazgo fuerte como el del Dr. Tabaré Vázquez. Ejemplo notorio de la movilidad social en el Uruguay, nacido en el seno de un hogar de trabajadores, en un barrio de fuerte impronta proletaria como es La Teja, y que llega ser un destacado profesor universitario en el campo de la medicina Oncológica. También empresario exitoso, siendo titular de una de las Clínicas Oncológicas más importantes del país. El perfil de la trayectoria política del Presidente Vázquez merecería un estudio pormenorizado, en cuanto a un ejemplo de liderazgo carismático de corte weberiano.

Esta figura está fuertemente asociada al primer gran éxito electoral de la izquierda, como fue la obtención de la Intendencia de Montevideo en 1989. Ese primer triunfo electoral se procesa en el marco histórico de la crisis del “campo socialista”, que impactaría fuertemente en la interna de la coalición. A esto agregar que un importante sector político del Frente amplio, se escindiría del partido previo a la elección de 1989<sup>215</sup>. Pese a todo ello, el FA bajo el liderazgo de Vázquez, logra imponerse en la capital del país, obteniendo el gobierno municipal.

A este partido también se le asocia una épica participativa, de movimiento social, que el Frente Amplio supo desarrollar durante los años 90, accionando diversos instrumentos de democracia directa. La aplicación sistemática de los institutos de democracia directa, se irían gestando de forma reactiva frente a los esfuerzos de los partidos gobernantes para introducir su agenda reformista. En este proceso, se irán tensando las capacidades de conexión democrática de este partido con la sociedad uruguaya. Este instituto permitiría canalizar el descontento popular frente a diversas políticas promovidas por el gobierno<sup>216</sup>.

---

<sup>215</sup> El Partido por el Gobierno del Pueblo (PGP) del Dr. Ángel Batalla, que era una vieja fracción del Partido Colorado, la lista 99, que había participado de la fundación del Frente Amplio en 1971. En el año 1994 el PGP conformaría una alianza electoral con el Partido Colorado, en una suerte de “regreso a casa”.

<sup>216</sup> A partir del análisis de Moreira, C. (2004: 117-118) sobre el punto, podríamos decir que con la aplicación del instituto de democracia directa, lo que se aprecia en la izquierda es una especie de “ir detrás del soberano”. La lógica de esas convocatorias fue la de defender a las instituciones del Estado y en ese proceso de movilización política masiva, la izquierda fue robusteciendo sus capacidades de conexión social.

**Tabla 9.4.**  
**Consultas populares en el Uruguay, 1985-2003**

<b>Tema</b>	<b>Mecanismo</b>	<b>Año</b>	<b>Resultado</b>
Ley 15848, de Caducidad	Referendum	1989	Se mantiene
Ajuste Jubilaciones	Plebiscito	1989	Aprobada
Ley 16211, de empresas públicas	Referéndum	1992	Derogada
Ajuste Jubilaciones y pensiones	Plebiscito	1994	Aprobada
Monto fijo de presupuesto para Educación	Plebiscito	1994	Rechazada
Minirreforma constitucional	PLebiscito	1994	Rechazada
Reforma constitucional	Plebiscito	1996	Aprobada
Promueve derogación Marco regulatorio energético	Referendum	1998	No alcanza mínimo
Ley de inversiones, reclamo de adeudos salariales	Referendum	1998-1999	No alcanza mínimo
Autonomía financiera Poder Judicial	Plebiscito	1999	Rechazada
Derogación ley AFAP	Plebiscito	1999	No logra firmas
Derogación de primer ley de urgencia	Referendum	2001	No alcanza mínimo
Derogación de normas ANTEL-ANCEL	Referendum	2002	Gobierno deroga
Derogación ley de ANCAP	Referendum	2003	Derogada

Fuente: elaborado en base a Moreira, C. (2004: 107-108)

En este proceso, se irían tejiendo además las alianzas sociopolíticas sobre la cual se asentaría el ascenso de la izquierda. Además, este proceso de conformación de alianzas también irían matizando los bríos de la izquierda sesentista, hasta plasmarse en la versión progresista que compite en la elección de 2004. De acuerdo a Garcé y Yaffé (2004) el giro centrista de la izquierda se inicia en 1994, con la paulatina moderación de su programa de gobierno. La creación del Encuentro Progresista, como un paraguas electoral más amplio, funcionó en esa etapa como puerta de entrada para nuevos sectores políticos y sociales.

Los Congresos Ordinarios y Extraordinarios del Frente Amplio procesan buena parte de la discusión ideológico programática, que se verá plasmada luego en la plataforma electoral del partido<sup>217</sup>. En particular, en los congresos extraordinarios, que se realizan en el año electoral, y en el cual se termina por aprobar la plataforma y la fórmula electoral que impulsará el partido. De acuerdo a Garcé y Yaffé (2004) entre 1987 y 2003 se realizan 4 Congresos Ordinarios y 4 Congresos Extraordinarios. Su análisis sobre este proceso de desarrollo programático, marca una paulatina moderación en las propuestas de la izquierda, en temas tales como la reforma agraria, nacionalización de la banca o el comercio exterior.

<sup>217</sup> En los artículos 93 y 94 del estatuto partidario se definen las competencias del Congreso (Frente Amplio, 1995).

Estos ámbitos partidarios, los congresos, funcionan como escenarios para la composición de los acuerdos intra-partidarios. Son también ámbitos con múltiples vasos comunicantes, que le permiten establecer conexión con otras instancias de la sociedad civil. La propia participación de los integrantes partidarios en otros espacios, como son los congresos de la Central Obrera (el PIT-CNT), de gremios y de organizaciones sociales diversas, genera una alta densidad plural de este bloque político-social que llegaría al gobierno.

En síntesis, el ascenso al poder de este partido marca la dilución de la idea de la “doble escena”, que permitía diferenciar los ámbitos de producción política, entre partidos, gremios y sindicatos. Se produce una suerte de simbiosis entre movimientos sociales, sindicatos y partido, en donde los ámbitos programáticos del Frente Amplio funcionan como una instancia de síntesis partidaria-electoral.

### **9.3. El armado del primer gobierno del Frente Amplio**

Durante la administración del Presidente Vázquez, el Gabinete del poder ejecutivo se convertiría en el punto focal del ejercicio de gobierno. El Consejo de Ministros, integrado por las principales figuras de los sectores del Frente, concentraría en buena medida los recursos de poder partidario. Esto le permitiría al Presidente concentrar los procesos de negociación y de coordinación política en su gabinete.

Acompañado a esto, se aprecia una profundización de los rasgos presidencialistas del régimen político, a través de la concentración del poder simbólico en la figura del mandatario. El mito del mandato, como fuera planteado por Robert Dahl, encarna a la perfección en la personalidad del primer presidente del Frente Amplio. Esto se vería agudizado por los rasgos estructurales del Partido Frente Amplio, un subsistema de unidades políticas diversas, en donde el Presidente debe operar constantemente como el fiel de la balanza.

Parece calzar a la medida de la caracterización del presidencialismo que realiza Lanzaro (2000), realizado por las competencias que le otorga la Reforma Constitucional de 1997. *“El presidente tiene un lugar de punta en el estado y en el gobierno. Orquesta la nominación del gabinete y de las jerarquías de la administración, obrando como conductor general de la acción política, con un papel determinante en la configuración de la agenda y caso a caso, en el tratamiento de los asuntos corrientes, con mayor o menor grado de concentración y formas distintas de intervención en los procesos decisivos”*. Lanzaro, 2000: 120)

El armado del Gabinete del Presidente Vázquez es una muestra de la complejidad de la estructura Frentista, que se refleja en el Gabinete monocolor. El Presidente logra comprometer a los líderes de los principales sectores, incorporándolos al ámbito Ejecutivo, e internalizando de esta manera la discusión partidaria en el ámbito del Consejo de Ministros. Debemos notar además la presencia de ministros que deben su cargo a la exclusiva confianza del Presidente: Salud, Educación, también Industria.

**Tabla 9.5.**  
**Armado del Gabinete del Presidente Vázquez. Composición**  
**partidaria, 2005-2010**

<b>Ministerio</b>	<b>Fracción partidaria titular</b>
Interior	Partido Socialista
Relaciones Exteriores	Partido Socialista
Economía y Finanzas	Asamblea Uruguay-→ Partido Socialista
Defensa	Partido Socialista -→Vertiente Artiguista
Transporte y Obras Públicas	Alianza Progresista
Salud Pública	Independiente
Ganadería, Agricultura y Pesca	Movimiento Participación Popular
Industria, Minería y Energía	Independiente-→ Partido Socialista
Educación y Cultura	Independiente
Trabajo y Seguridad Social	Movimiento Participación Popular
Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente	Vertiente Artiguista
Turismo y Deporte	AP
Desarrollo Social (creado en 2005)	Partido Comunista
Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP)	Vertiente Artiguista-→VA

Fuente: elaboración propia

La tabla 8.5 resume la variedad de sectores políticos presentes en el gabinete monocolor. Resulta interesante destacar que, a pesar de que se registrarían algunos cambios en el Gabinete, su composición sectorial es bastante estable. La excepción sería la del MIEM y el MEF, que culminarían con ministros Socialistas. Otro rasgo interesante, en el armado de gabinete, es la presencia de ministros independientes, que deben su presencia a la confianza política del Presidente<sup>218</sup>.

La composición sectorial también llama la atención respecto a la preeminencia partidaria de algunos sectores. Moreira, C (2009: 14-15) realiza una comparación entre las bancas parlamentarias de cada sector y la presencia del gabinete. Los datos muestran una relativa sobrerrepresentación del PS, y una notable sub-representación de la principal bancada parlamentaria del FA, como es la del MPP<sup>219</sup>.

<sup>218</sup> En dos áreas críticas, justamente, como fueron Educación y Salud, que procesaron importantes reformas sectoriales, aunque con suerte bastante disímil. En industria y Energía también hay presencia inicial de un ministro independiente, que debe su lugar al Presidente, como es Jorge Lepra.

<sup>219</sup> Para ser más preciso en este análisis, se debería considerar otros niveles de dirección ministerial, que caen dentro del rango de las designaciones políticas (los Directores de Unidades Ejecutoras). También se debería considerar a los directores de los organismos de la administración descentralizada.

#### 9.4. El Programa de Reformas del FA/ La plataforma electoral del FA

Como ya mencionamos anteriormente, la producción programática resulta fundamental para este partido. En el IV Congreso Héctor Rodríguez, el FA establece los lineamientos básicos para el período de gobierno 2005-2010. La plataforma electoral partidaria propone cuatro ejes temáticos de trabajo: i) Democratización de la Sociedad y el Estado; ii) País Productivo; iii) Políticas Sociales; iv) Inserción Internacional.

En el eje temático sobre Políticas Sociales se enumeran una serie de principios y lineamientos orientadores, tales como: justicia social, mejor calidad de vida, trabajo digno, equidad e inclusión, distribución solidaria, integralidad, participación y descentralización, salud para todos, educación para el desarrollo y la cultura ciudadana, seguridad social integral y vivienda popular.

En el capítulo sobre salud, el programa indica que se avanzará de forma sustantiva en “...la construcción de un Sistema Nacional de Salud con un Seguro Nacional de Salud, con amplia participación de los trabajadores y usuarios tanto en la conducción como en la base territorial.

*Priorizamos la atención primaria y preventiva como parte de un cambio del modelo de atención a la salud. A tal efecto se potenciarán al máximo las policlínicas barriales, coordinando las instituciones públicas, mutuales y comunitarias y los distintos niveles de atención.*

*Deberá asegurarse la cobertura de salud para toda la población, aprovechando todos los recursos humanos y materiales disponibles, regulando y controlando los medicamentos, insumos y tecnologías, consolidando un servicio sin fines de lucro dentro del sistema nacional integrado de salud”. (Programa FA, P. 17)*

Esto se completaba con una mirada relativa al rol del Estado dentro de la sociedad uruguaya. Para los frentistas, “...el Estado deberá asumir, sin dudas, el liderazgo del desarrollo haciendo efectivo un concepto del cual nuestra fuerza política ha tomado conciencia tempranamente: el de la estrecha vinculación entre reformar el Estado y democratizar la Sociedad”. El énfasis en el rol desarrollista del estado es muy fuerte, y se expresa en la aspiración de que éste sea “... una poderosa palanca del desarrollo nacional, a la vez que creador de las condiciones para que éste beneficie al conjunto de la sociedad. El Estado contribuirá a resolver las cada vez más grandes desigualdades sociales existentes en el país y tendrá una presencia activa y directa en las áreas estratégicas de la economía, desarrollando firmemente su función de articulación y su rol regulador”. (FA, 2004: 16. Líneas Programáticas)

Para Narbondo, P. (2012), estas líneas programáticas requieren de un “...un Estado proactivo en el desarrollo económico y en el bienestar social requiere un aparato ejecutivo técnicamente potente con personal seleccionado meritocráticamente por sus calificaciones y garantías para actuar con racionalidad legal y técnica y al mismo tiempo estrictamente subordinado al Gobierno representativo”. La experiencia demuestra que en nuestro país “...el sistema de garantías para los funcionarios y la ciudadanía está profundamente perforado, distorsionado y “by paseado” por múltiples mecanismos que amplían el margen de discrecionalidad de los jerarcas políticos, y con

*ello las posibilidades de negociación y acuerdos particularistas políticos y corporativos.”*

Narbondo va un poco más allá, para indicar que “*A nivel de la estructura organizativa, esto se ha traducido históricamente en la balcanización de la administración pública con duplicación y solapamiento de funciones y políticas estatales parciales, dispersas e incoherentes, centradas en objetivos particulares y que recomienzan de cero con cada nuevo jerarca político. En este terreno el programa con el que llega el FA al Gobierno, en los dos periodos, plantea la urgencia de reestructurar el aparato administrativo y de construir un sistema de recursos humanos con garantías procedimentales, destinadas a evitar la discrecionalidad clientelar de los jefes y el corporativismo particularista de los funcionarios, y al mismo tiempo reafirmar la estricta subordinación al Gobierno en el marco del Estado de Derecho*”. (Narbondo, P., 2012: 313-314)

Para el programa frentista está claro que a reforma de la salud debe ir de la mano de la reforma del Estado. En verdad, tienen muchos elementos superpuestos, más allá de las áreas de especificidad. Reformar el sistema de salud implica reformular la relación existente entre el mercado, la sociedad y el estado. Resulta evidente que la construcción de un estado que “guíe” el proceso de desarrollo económico y social, requiere del montaje de una estructura administrativa capaz de asumir el reto que se le plantea<sup>220</sup>.

---

<sup>220</sup> Como nos enseña Evans, P (1995) un estado desarrollista debe contar con una estructura burocrática que combine autonomía técnica con conexión social (embeddedness autonomy).

## Capítulo 10. El proceso de reforma de salud y creación del SNIS

Este capítulo trata sobre el proceso político de diseño e implementación de la reforma sectorial. El ascenso del Frente Amplio, su plataforma programática, la conformación de equipos de trabajo y la negociación política de la reforma. Se analiza el posicionamiento de los actores sectoriales frente a la reforma, así como la negociación de la reforma en la arena parlamentaria. Mostramos como el foco de la discusión se va trasladando, desde la negociación con los actores sectoriales, hacia los partidos de la oposición política, para finalizar en la negociación interna en el Frente Amplio.

El capítulo amplía el foco de análisis de la reforma de salud, identificando las diversas normas legales que contribuyeron, todas ellas y de diferentes maneras, al objetivo de la reforma sectorial. Si bien la ley 18211 es la norma constitucional de la reforma, las leyes previas y posteriores a ellas contribuyeron, de diferentes maneras, estructurar la nueva Gobernanza del sector salud. El proceso secuencial de implementación de las diferentes normas busco maximizar la factibilidad política y técnica de los pasos subsiguientes.

### 10.1. Agenda de cambios y equipo reformista

Como indicamos en el capítulo 9, con el ascenso del Frente Amplio, la política de salud se presenta como un área relevante para la intervención política. En Marzo de 2005 asume el nuevo gobierno, y el Presidente Tabaré Vázquez designa al frente del Ministerio de Salud a un equipo de alto perfil tecno-político. El grueso del gabinete político del MSP se integraría por personas de la más estrecha confianza del Presidente Vázquez. La mayoría de ellos habrían trabajado junto a él y se habrían forjado en las funciones del gobierno municipal de Montevideo.

<b>Gabinete MSP</b>	<b>Sector partidario</b>
Dra. María Julia Muñoz. Ministra	Independiente (Ex Vertiente Artiguista, VA) (*)
Dr. Miguel Fernandez Galeano. Subsecretario	Independiente (Ex Partido por la Victoria del Pueblo, PVP). (*)
Ec. Daniel Olesker. Director General de Secretaría	Espacio 90-Partido Socialista (**)
Dr. Jorge Basso Garrido. Director General de Salud	Partido Socialista (*)
Dr. Tabaré González. Director General de ASSE	CONFA (*)

Fuente: elaboración propia. (\*) Se desempeñan en la gestión municipal del FA. (\*\*) Ex asesor del PIT-CNT

El gabinete ministerial se integraría por técnicos partidarios, en su mayoría médicos, con trayectorias reconocidas dentro de la izquierda y el sector salud. La Ministra de Salud, Dra. María Julia Muñoz, había ocupado cargos de dirección en la Intendencia Municipal, llegando a ocupar la máxima jerarquía de la administración municipal (la

Secretaría General). Todos los otros integrantes también se habían fogueado en la gestión municipal, en las sucesivas administraciones del Frente Amplio.

El factor novedoso dentro de este equipo dominado por especialistas en salud, lo constituye la presencia del economista Daniel Olesker, un técnico partidario de reconocida trayectoria dentro del movimiento sindical. Profesor de economía en la Universidad de la República, fue director del centro de asesoramiento técnico de la central obrera del Uruguay (Instituto Cuesta Duarte del PIT-CNT), también asesor del Movimiento Cooperativo. Éste técnico partidario tendría un rol clave en la conducción de los equipos técnicos responsables de diseñar la arquitectura institucional y financiera del futuro seguro de salud.

Además de un equipo robusto, en términos técnicos y políticos, tenemos una agenda reformista para el sector salud que impresiona por su grado de estructuración. Los documentos partidarios, producto del IV Congreso Héctor Rodríguez, marcaban a la reforma de salud como uno de los ejes de intervención para el primer gobierno del Frente Amplio. Pero además de eso, la Unidad Temática en Salud (UTS) había realizado una planificación detallada de las políticas que se impulsarían desde el Ministerio de Salud, con definiciones y orientaciones muy concretas<sup>221</sup>.

El programa de políticas para el sector salud podría ser un buen ejemplo de lo que Garcé y Yaffé (2004) han caracterizado como el proceso de “moderación programática” del Frente Amplio. Uno de los puntos clave del programa Frentista lo constituye su idea de conformar un sistema que integre a todos los prestadores integrales de salud sin fines de lucro, tanto públicos como privados. Esto es un resultado de reconocer la propia historia del sector salud, la importancia del fenómeno mutual y su incidencia en las clases medias. Pero también es parte del tejido de alianzas sociales y políticas que componen el Frente Amplio, y que tuvieron un baño de fuego durante la crisis del sector salud de 2000-2004<sup>222</sup>.

Entonces, podemos decir que en términos generales el Frente Amplio se comporta como un partido político de apelación social amplia, con gran centralidad en los candidatos como elemento aglutinador, tal cual es característico de los partidos de tipo Catch-All. Sin embargo, los dispositivos de producción partidaria lo aproximan más hacia los clásicos partidos de masas, con una orientación muy fuerte de tipo “policy-seeking” y no tanto de “office-seeking”. En el caso del sector salud, la presión de la máquina partidaria, en lo que refiere a los aspectos programáticos, se puede apreciar con mucha nitidez.

En sentido estricto, los elementos programáticos recogen buena parte de los elementos diagnósticos y propositivos generados en el sector salud en los últimos cincuenta años. Se destacan elementos de racionalización y modernización sectorial, con una marcada

---

<sup>221</sup> Las Unidades Temáticas funcionan como comisiones que integran a militantes y técnicos partidarios, son responsables de establecer lineamientos más precisos, que los que están contenidos en el Programa y la plataforma electoral. Los documentos de las unidades temáticas son aprobados por el Congreso, y en tal condición integran el plan de gobierno.

<sup>222</sup> Los trabajadores no médicos del sector privado, nucleados en la FUS, son los principales defensores políticos de esta propuesta, que logran imponer en el Congreso del PIT-CNT de 2001. Ellos son los responsables de inclinar la balanza programática a favor de la idea de un sistema mixto, en contra de la opinión de los trabajadores estatales de la salud (FFSP). El Secretario General de la FUS, Jorge Bermúdez, es un reconocido dirigente del PCU, que tiene gran peso en la estructura militante Frentista.



orientación discursiva hacia la Atención Primaria en Salud (APS)<sup>223</sup>. En esta línea, uno de los elementos más innovadores se encuentra su apuesta a la participación social, comunitaria y ciudadana, en el sistema de salud. En realidad ésta es una orientación que no se restringe al plan de salud, sino que está presente en todo el programa Frentista, y se relaciona con la profundización de la democracia en las relaciones sociales y políticas del Uruguay. Democratizar las relaciones entre la Ciudadanía y el Estado, generando un gobierno y servicios públicos más abiertos, es un postulado fuerte en el programa Frentista.

## 10.2. Gestión política del programa Frentista

El IV Congreso Héctor Rodríguez, en sus sesiones de Diciembre de 2003, aprobó los lineamientos políticos generales del Frente Amplio para el período 2005-2010<sup>224</sup>. Dentro de los lineamientos generales para el sector salud, establecía como propósito la “...construcción de un Sistema Nacional de Salud con un Seguro Nacional de Salud, con amplia participación de los trabajadores y usuarios tanto en la conducción como en la base territorial”.

Además de ello, el sistema deberá priorizar “...la atención primaria y preventiva como parte de un cambio del modelo de atención a la salud”. Coordinando las “...instituciones públicas, mutuales y comunitarias y los distintos niveles de atención”. El programa propone aprovechar “...todos los recursos humanos y materiales disponibles, regulando y controlando los medicamentos, insumos y tecnologías, consolidando un servicio sin fines de lucro dentro del sistema nacional integrado de salud”. (Congreso FA, 2003: 17).

El IV Congreso también aprobó, como anexos al documento central, los aportes programáticos realizados por las unidades temáticas. El documento elaborado por la Unidad Temática de Salud del Frente Amplio (UTS) sorprende por su completitud, la integralidad del enfoque y la sofisticación de sus propuestas. En el marco de una campaña electoral en que predominan los eslóganes, las generalidades y buenas intenciones, el documento de la UTS es un plan político fundamentado, con líneas operativas muy precisas<sup>225</sup>.

El documento de la UTS (2004: 4) establece en su interior la idea de las “etapas de la reforma”. Para la UTS, la primera etapa estaría signada por los desafíos de la emergencia social, tal cual había sido definido por el Frente en su campaña electoral. En esta primera etapa, se deberían aprobar los instrumentos legales que definen a la reforma de salud. En un segundo momento, se pondrían en funcionamiento los instrumentos legales de la reforma. Finalmente, como tercera etapa, la readecuación de la planificación inicial, estableciendo el nuevo Plan Nacional de Salud.

---

<sup>223</sup> Al respecto, en el capítulo 8 presentamos una síntesis de los principales elementos de diagnóstico y propuestas en el sector salud, que se han producido en diversos documentos especializados. La idea de garantizar el acceso universal a través de un seguro de salud, y de organizar la provisión en un esquema mixto público-privado, está presente en prácticamente todos los documentos.

<sup>224</sup> Esta sección se nutre de documentos partidarios a los que pude acceder gracias a la generosidad del Dr. Miguel Fernández Galeano. En adelante serán citados como “Documentos Archivo MFG”.

<sup>225</sup> Este documento sería además publicado por “El Diario Médico”, órgano periodístico de FEMI, en el mes de noviembre de 2004. Evidentemente, hay una intensión muy clara de anticipar ante todos los actores la voluntad reformista del gobierno electo.

En tal sentido, el documento UTS-FA establece para el período, para la primera etapa de la reforma, cinco grandes objetivos:

- Fortalecer la atención en el primer nivel, en el marco de una estrategia de APS, estructurando un sistema de base territorial
- Gestar los instrumentos políticos y jurídicos que sustenten la nueva arquitectura institucional de gobierno y financiamiento
- Definir e implementar una política Nacional de Medicamentos y Tecnología, que asegure su acceso, calidad y racionalice costos
- Iniciar el cambio del modelo de gestión, promoviendo la democratización del sistema, transparencia en la gestión, e involucramiento de las organizaciones de trabajadores de la salud
- Iniciar el proceso de fortalecimiento del segundo y tercer nivel de atención, con foco en servicios de urgencia y emergencia

En lo que hace a la arquitectura del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud, el documento se propone como objetivo primero la conformación de Sistemas Locales de Salud (SLS). Estos SLS estarán enfocados en el primer nivel de atención, para territorios y poblaciones bien definidos, en los cuales se aplique una estrategia de APS. Estos SLS estarían integrados por proveedores públicos y privados del primer nivel, en el cual el efector público debe tener un rol de liderazgo. Tendrían también instancias departamentales y/o regionales para la coordinación de acciones.

En lo que respecta propiamente al objetivo dos, los nuevos instrumentos políticos y jurídicos, se propone crear un organismo público descentralizado, responsable de la conducción del SNIS. Este nuevo organismo se denominaría Junta Nacional de Salud, y sería presidida por el Ministro de Salud. También la integrarían el Superintendente de Salud, el Director de Salud y un representante electo por los Usuarios y otro por los Trabajadores. La Junta Nacional de Salud tendrá además una Comisión Consultiva, que funcionará como órgano asesor. En ella participaran “...representantes de las IAMC, Universidad de la República y área odontológica, entre otros”.

Además del organismo de gobierno del SNIS, se crearía una Superintendencia de Salud, responsable del gobierno del Seguro Nacional de Salud. La Superintendencia también dependería del Ministerio de Salud, y tendría un Consejo Directivo de tres miembros designados por el Poder Ejecutivo. Uno de los tres miembros sería el Superintendente. Este organismo sería responsable del control financiero y de la calidad de los servicios de las instituciones que se vinculen con el Seguro.

El esquema financiero se debería estructurar en torno al Seguro Nacional de Salud (SNS), y será administrado por la Superintendencia. El SNS canalizaría hacia un Fondo Público los aportes de las familias, las empresas y el Estado. El Fondo pagaría cuotas diferenciadas por riesgo (edad, sexo u otros criterios), a las instituciones de salud financiadas por el SNS. El Seguro también podría pagar *sobrecuotas*, destinadas a financiar nuevas actividades, que apoyen prioridades del sistema de salud<sup>226</sup>. Como

---

<sup>226</sup> Resulta interesante anotar que esta idea de las sobrecuotas, que luego se convertiría en las Metas Asistenciales, también estaban presentes en la lógica del Programa de Modernización del Sector Salud (PROMOSS), que el gobierno del Presidente Batlle intentó instrumentar durante 2000-2005 con fondos del BID, para enfrentar el problema de la crisis financiera del sector mutual. (BID, 2001)

podemos ver, el documento partidario anticipa buena parte de los rasgos de la arquitectura financiera del futuro sistema, aunque con algunas modificaciones.

Desde nuestro punto de vista, uno de los focos programáticos relevantes para la construcción del nuevo sistema, está en la estructuración del primer nivel de atención. La imagen fuerte es de SLS que articulen a los prestadores del primer nivel, y puedan recibir recursos directamente del SNS. El financiamiento de este esquema debería ser en base a un sistema de capitación, *combinado con el pago por prestaciones priorizadas de prevención, protección y promoción en salud*. Esto debería ser ejecutado por los servicios públicos y privados existentes, para lo cual la coordinación de recursos y prestaciones se establecerá mediante convenios, con protocolos y aranceles definidos a nivel nacional.

En los documentos políticos posteriores, se reafirma la idea del cambio de modelo de atención y de gestión como foco central de la reforma de salud. Los mecanismos financieros aparecen como un instrumento al servicio de un cambio de estructura y funcionamiento en el servicio de salud, con énfasis en un enfoque de APS<sup>227</sup>. En términos operativos, esto se expresa en el fortalecimiento de la puerta de entrada al sistema de salud, el primer nivel de atención, con fuertes mecanismos de referencia y contra-referencia. Esta línea de desarrollo se debería notar en la jerarquización de la actuación de las especialidades médicas generales (Médicos de Familia, Pediatría y Ginecología, equipos de salud).

### **10.3. El proceso reformista en el sector salud**

El primer año de gobierno, sería para las nuevas elites en el gobierno, un período de conocer las estructuras y planificar las acciones<sup>228</sup>. En el caso concreto del MSP, buena parte de las actividades estarían dirigidas a consensuar los lineamientos básicos para la reforma sectorial (Busquets y Setaro, 2006). En tal sentido, en Marzo de 2005 el MSP convoca, mediante Decreto 133/005, a un Consejo Consultivo para la Implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (CCI-SNIS). Este ámbito sería utilizado por el gobierno para la discusión y validación de los lineamientos políticos y técnicos para la reforma de salud.

El CCI-SNIS sería presidido por la Ministra de Salud, y participarían en él cuadros tecno-políticos del ministerio y del gobierno. El CCI-SNIS se integraría además por representantes de: Cámaras Empresariales de Montevideo e Interior; Federación Uruguaya de la Salud y Federación de Funcionarios de Salud Pública; Gremios Médicos (SMU y FEMI); Gremios Odontólogos y Psicólogos; Congreso de Intendentes; Organizaciones de Usuarios.

---

<sup>227</sup> En las publicaciones de MSP (2008 y 2009) se desarrolla en profundidad este enfoque, que relaciona el diseño de incentivos financieros, de compra estratégica, con la transformación estructural que supone la implementación de la APS.

<sup>228</sup> Moreira, C. (2009) caracterizaría a este período como el de los “desembarcos”, el momento en que las nuevas elites políticas toman control sobre el aparato estatal que habían creado y modelado los partidos tradicionales.

Se conformarían mesas de trabajo, sobre temas diversos, tales como: Seguro Nacional de Salud, Cambio de Modelo de Atención y de Estatuto del Trabajador de la Salud. Además habrían cuatro mesas sectoriales, orientadas al diálogo en temas específicos: Tecnología médica, Medicamentos, Emergencias Móviles y Seguros Privados. Como metodología de trabajo, cada mesa funciona en base a un documento disparador elaborado por el gobierno, sobre el cual se trabajaba para identificar potenciales acuerdos y conflictos. Los productos finales de esas mesas de trabajo son un insumo para la Ministra Muñoz, quien en este juego opera como la válvula de descompresión, frente a eventuales discordancias.

Cada una de las mesas de discusión generaría documentos con posicionamientos del gobierno, actores sectoriales, y las síntesis surgidas de la discusión colectiva. Se registran acuerdos y disensos, a fin de ser resueltas en las instancias de CCI-SNIS. En los hechos, estas instancias significaron para el gobierno una importante gimnasia política, un ejercicio de tomar contacto con los actores, conocer de primera mano sus intereses en profundidad y tratar de articularlos con su plataforma reformista. Los eventuales conflictos son administrados, para ser laudados por la intervención final de la Ministra de Salud<sup>229</sup>.

En términos político estratégicos, el CCI-SNIS permitiría fortalecer la posición de liderazgo del MSP sobre todo el proceso de reforma. Del análisis de las actas del Consejo, se puede percibir con claridad que los actores sectoriales van generando, progresivamente, una gran expectativa respecto a la implementación de la reforma de salud. Muchos ven en la reforma un camino de mejora y de concreción de viejas aspiraciones, algunos otros ven en ella la oportunidad de resolver los enormes problemas financieros. Resulta indudable que todos estos actores tienen luego la facultad de ejercer una gran presión estructural, en los diferentes espacios del Gobierno Nacional. Este ámbito le brinda a la Ministra Muñoz la oportunidad de construir su liderazgo sobre esta arena sectorial, lo cual se agregaría como un capital adicional al apoyo explícito que le brindaba el Presidente Vázquez<sup>230</sup>.

### **La conducción del proceso reformista: el fenómeno de los jóvenes economistas**

Cuando el Presidente Vázquez realiza su discurso de asunción, frente a la escalinata del Parlamento Nacional, dentro de las orientaciones principales para el sector salud, marca que el trabajo estará organizado en: *“...primera fase de una profunda reforma del sector Salud orientada hacia el cambio de los modelos de atención, gestión y financiamiento. (...) En segundo lugar, regulación del sistema de salud en el Uruguay. El Ministerio de Salud Pública debe de reasumir su rol de autoridad sanitaria nacional. En tercer lugar, creación del área de la economía de la salud para racionalizar el gasto en salud y para llevar una cuota de austeridad al manejo de los dineros públicos. Cuarto lugar, se creará un Consejo Consultivo para el Cambio; tenemos que cambiar*

---

<sup>229</sup> El análisis sobre el Consejo Consultivo pudo ser realizado gracias al Economista Daniel Olesker, quien me permitió acceder a su archivo personal de actas y notas del Consultivo. En adelante serán citados como: Documentos Archivo DO.

<sup>230</sup> Del análisis de nuestras entrevistas en profundidad surge, con mucha claridad, la importancia que tuvo este ámbito para la reforma. El CCI-SNIS permitió modelar la propuesta reformista, fortalecer la confianza, negociar los tiempos políticos, establecer un frente coordinado frente a actores externos con capacidad de veto.

*este sistema (...) por un sistema integrado de salud con un seguro nacional de salud...*” (Vázquez, T. 2005)

La reforma de la salud tenía por delante un primer gran desafío, que era el de elaborar el diseño financiero que le diera sustento. Originalmente, se había previsto su financiamiento a través de una alícuota del proyectado Impuesto a la Renta de las Personas Físicas (IRPF). Esto tenía la virtud indudable de resolver el problema de equidad en el financiamiento, asegurando el flujo de recursos necesario para financiar un seguro de salud de acceso universal. Para la Ministra Muñoz, y buena parte del equipo ministerial, éste era el camino más directo para la construcción de un sistema que garantizara un financiamiento equitativo y el acceso universal a prestaciones de calidad.

En principio, esto aparecía como un camino relativamente sencillo, por que permitía “montar” los dispositivos existentes de la seguridad social, las cotizaciones al seguro de enfermedad, con la ampliación de la base impositiva que proponía el IRPF. Sin embargo, en diciembre de 2010 estaba claro para el Gobierno que ese camino estaba vedado para la reforma de salud. Cambiar la estrategia de financiamiento “en el medio del río”, supuso un golpe duro para el equipo reformista. De acuerdo a entrevistas con informantes calificados, este cambio de estrategia exigió reformular el abordaje de la universalización. Se comienza a trabajar de manera acelerada en la búsqueda de diseños alternativos, que permitan financiar el plan del gobierno para el sector.

El Director General de Secretaría, Economista Olesker, había recibido el mandato de coordinar los trabajos de diseño de la reforma de salud. Para ello conforma un equipo integrado por jóvenes técnicos universitarios y militantes político-gremiales. La extracción de estos técnicos universitarios muestra una clara filiación partidaria, ya que varios son militantes partidarios, o con actividad gremial en la Universidad de la República<sup>231</sup>. Su inserción, dentro de la estructura burocrática ministerial, generaría una química similar al de la autonomía articulada que nos propone Peter Evans (recordar discusión de nuestro capítulo 3).

Un punto crítico en este proceso de trabajo es la coordinación del diseño de la reforma de salud, con los equipos que diseñan la reforma impositiva. En esta articulación, un Think-Tank vinculado al Gobierno tendría un rol muy destacado: el Centro de Investigaciones Económicas (CINVE). Este centro, relacionado tradicionalmente con intelectuales y científicos sociales de izquierda, tendría un papel relevante en la asesoría al diseño de reforma de salud e impositiva. Muchos de los cuadros del Gobierno del Frente Amplio, habían sido parte de los cuadros técnicos de este think-tank, lo cual facilitaría el diálogo técnico entre estas dos importantes reformas<sup>232</sup>.

En la interna del Ministerio, resulta fundamental la re-organización de su estructura, articulando los nuevos equipos, con los técnicos de la cartera. La Dirección General de Secretaría del MSP es el lugar desde el cual se brindan los servicios generales de apoyo

---

<sup>231</sup> El denominador común de estos técnicos estaría en su integración a redes gremiales estudiantiles, aspecto característico de la Universidad de la República y de la Facultad de Economía, sobre las cuales se superponen diversos canales ideológicos y partidarios.

<sup>232</sup> Esta coordinación habría limitado el riesgo de que se diera una competencia abierta entre los dos proyectos. Para evitar, evidentemente, resulta clave el rol de la Ministra Muñoz negociando con el Ministro de Economía

a la estructura ministerial (administración financiera, gestión de recursos humanos, adquisiciones, comunicaciones, etc.). Dentro de esta Dirección General, el Ec. Olesker comienza a estructurar los equipos técnicos responsables de diseñar la reforma. La Economía de la Salud, dentro de la Dirección General de Secretaría, se inserta como lo haría cualquier unidad de proyectos.

En realidad, este cuerpo técnico resulta un “cuerpo extraño”, en el marco de la Dirección de Secretaría, que funciona como el despacho directo de la Ministra, el que instrumenta sus decisiones a través de la administración. La Dirección General de Secretaría es la unidad más “política” del ministerio. El Director de Secretaría es el primer cargo que designa la Ministra, luego de designar a su Subsecretario, y funciona como el responsable del despacho ministerial, como el ámbito responsable de transmitir y coordinar las órdenes políticas del Ministro sobre la administración.

El corazón técnico del Ministerio de Salud, el que domina los aspectos relacionados con la policía sanitaria y la función de inteligencia, está en la Dirección General de la Salud (DIGESA). Además, en esta Dirección se encontraba la División de Servicios de Salud, responsable de regular y controlar el desarrollo y funcionamiento del sistema de servicios de salud. De acuerdo al Decreto 460/001, esta División es la responsable de: Habilitación de Servicios de Salud; Control de Gestión de Servicios de Salud; Evaluación de Calidad de Servicios de Salud; Habilitación y Control de Profesionales de la Salud<sup>233</sup>. Sus competencias se extienden sobre el funcionamiento del sector público y privado de servicios de salud.

Dentro de esta división se encuentre además el Sistema Nacional de Información en Salud (SINADI), creado en 1980, que centraliza la información de funcionamiento financiero y asistencial de las IAMC. El SINADI sistematiza la información relativa a los estados contables de las IAMC, además de un volumen relevante de informaciones relativas a la producción asistencial de estas instituciones. Cuenta con funcionarios de carrera, que realizan las tareas de recopilación, sistematización y análisis de estas informaciones referidas al funcionamiento del sistema mutual. Sobre estas unidades organizativas preexistentes, Servicios de Salud y el SINADI<sup>234</sup>, se engarza el equipo reformista responsable de realizar los trazos principales de la reforma de salud.

Los jóvenes técnicos de la “economía de la salud” provienen en su mayoría de la Facultad de Economía de la Universidad estatal<sup>235</sup>. Con actuación en los ámbitos de cogobierno universitario, de activa militancia gremial y político-partidaria. En su mayoría, se han fogueado en el asesoramiento a sindicatos de la salud, a la Federación Uruguaya de la Salud, pero también en algunas de las empresas bajo proceso de

---

<sup>233</sup> Algunos de los funcionarios técnicos de estas áreas son docentes e investigadores de diferentes institutos universitarios. Las competencias técnicas disponibles, según la opinión de nuestros entrevistados, eran bastante altas.

<sup>234</sup> El grueso de estos funcionarios técnicos se habían fogueado durante el proceso de crisis asistencial de 2000-2004, monitoreando el funcionamiento económico-asistencial y supervisando el proceso de cierre de varias instituciones mutuales, redistribuyendo los usuarios y funcionarios. Además, interactúan de manera intensa con el PROMOSS, la unidad ejecutora del proyecto BID para el fortalecimiento del sector mutual (2000-2005).

<sup>235</sup> Según nuestros entrevistados, estos nuevos técnicos tendrían edades que oscilan en un rango de 25-30 años, y se insertan en un marco integrado por funcionarios del estado, con amplia experiencia en las actividades de regulación sectorial. La formación predominante es económica, aunque también hay presencia de otros perfiles profesionales del área social y humanística y de la salud.

reestructura a fines de los 90s. La mayoría de ellos inicia sus actividades profesionales en el marco del Instituto Cuesta Duarte del PIT-CNT dirigido por el Ec. Olesker, durante un período crítico para las empresas privadas del sector salud y los servicios públicos de salud (1999-2005).

En síntesis, tenemos una combinación de alta formación técnica, conocimiento aplicado del funcionamiento del sector privado de salud, e inserción en redes académicas y políticas específicas. Los “jóvenes economistas” se insertan dentro de una estructura burocrática con capacidades técnicas de regulación sectorial<sup>236</sup>. Se genera entonces, un componente innovador, que dinamiza a la vieja estructura del Ministerio de Salud. Se genera una lógica de “autonomía articulada”, en un área eminentemente tecnocrática, que se embebe de un ethos sociopolítico muy especial.

### **El posicionamiento de los actores sociales frente a la reforma**

Como mencionamos anteriormente, el Consejo Consultivo es el ámbito en el cual se negocia con los actores sociales el diseño de la reforma de salud. En este ámbito el Director de Secretaría puede “testear” diferentes fórmulas y dispositivos institucionales. Los técnicos ministeriales, tanto los recién llegados como los de la casa, tienen un banco de pruebas muy importante. El consultivo permite auscultar la factibilidad técnica y política de las propuestas gubernamentales. A partir de estos elementos comienza a tomar forma un camino secuencial y graduado de implementación de la reforma, “acomodando” a los actores en el proceso.

A partir del análisis de las actas y documentos emanados del Consejo Consultivo, podemos identificar y describir el posicionamiento de los diversos actores frente a la reforma (Documentos Archivo DO y Archivo MFG). Para ello consideramos a los actores desde el punto de vista de sus intereses colectivos objetivos, en cuanto integrantes del proceso producción de salud. Debe notarse que esta descripción genérica requiere completarse con otras divisiones, generadas por clivajes propiamente políticos, regionales, históricos, etc. La tabla 10.2 siguiente resume el posicionamiento de los actores más importantes<sup>237</sup>.

---

<sup>236</sup> Desde la primera hora, en los pasillos del ministerio de salud, estos equipos serían etiquetados como los “Olesker Boy’s”. Resulta interesante notar que la etiqueta se aplica tanto a los jóvenes técnicos que se incorporan al proceso, como también a los funcionarios de carrera que se desempeñan en esta área.

<sup>237</sup> Los actores fueron “calificados” en nuestras entrevistas, según su poder y grado de apoyo al gobierno. En el anexo final incorporamos la pauta que aplicamos con nuestros entrevistados.

**Tabla 10.2.**

**Posicionamiento de intereses sectoriales en el CCI-SNIS, 2005-2007.**

<b>Actor</b>	<b>Interés Corporativo</b>	<b>Estrategia de incorporación y de gestión de bloqueos</b>	<b>Observaciones</b>
Laboratorios.	Evitar controles de precios y regulaciones excesivas sobre acceso a medicamentos. Mantener participación en el mercado y tasa de ganancia.	Ampliación del seguro e incremento del consumo. Estabilizar el financiamiento de estos insumos	Clivaje visible entre las cámaras de industria nacional y las transnacionales. Las primeras agregan el imperativo de la competitividad en el mercado exportador.
Tecnología Médica	Evitar regulaciones y controles excesivos. Facilitar el acceso crediticio a los prestadores.	Establecer un plan sistemático de equipamiento y renovación tecnológica, que sostenga el ritmo de incorporación de una manera racional.	En términos globales, el país es importador de tecnologías de complejidad
Seguros Privados Integrales	Captar fondos de aseguramiento colectivo, de la manera más directa posible	Incorporarlos al nuevo sistema (no previsto por el programa partidario). Establecer mecanismos transparentes de contratación con las IAMC	Concentrados en Montevideo, poseen una cuota pequeña del mercado asistencial, concentrada en sectores de altos ingresos.
Seguros Parciales (Emergencias Médicas)	Captar fondos de aseguramiento colectivo, de la manera más directa posible	Establecer mecanismos transparentes de contratación con las IAMC	Las Emergencias son el segmento más competitivo respecto a las IAMC
IAMC (Mutuales, Cooperativas)	Evitar el ingreso al Seguro Nacional de Salud a los seguros privados integrales y parciales, que puedan amenazar su posición histórica en el sistema de salud. Pero hay otros intereses competitivos.	Expansión de la cobertura y estabilidad de la misma. Regulación de la competencia, fomentando la complementación asistencial público-privado.	Los intereses competitivos: para FEMI limitar la competencia de ASSE en el interior; para IAMC pequeñas y en crecimiento de Montevideo es liberar la movilidad de los usuarios
Gremio Médico	Mejora de las condiciones laborales para el ejercicio de la profesión médica. Mantener, incrementar el grado de autonomía profesional	Ampliación del Seguro y mejora de las condiciones laborales. El Colegio Médico como estrategia para fortalecer la posición corporativa.	Tiene mucha fortaleza el clivaje territorial, especialidad médica y grado de participación en la gestión de las empresas.
Gremios No Médicos (Psicólogos y Odontólogos)	Ampliar la canasta de prestaciones del sistema de salud. Incorporarse al SNIS como miembros, transformándose eventualmente en prestadores parciales.	Ampliar canasta prestaciones. Establecer mecanismos transparentes de contratación entre prestadores integrales y estos profesionales. Ejercer vigilancia de estos acuerdos.	Su modelo ideal es el de la autonomía profesional médica, mejorar las condiciones económicas para el ejercicio profesional, y maximizar el control autónomo de su profesión.
Sindicatos trabajadores no médicos	Mantener puestos de trabajo. Conservar-mejorar condiciones laborales. Participar en el control general del sistema	Incorporarlos a los nuevos organismos de conducción. Establecer un marco fuerte de condiciones laborales (Estatuto Trabajador)	Los posicionamientos de trabajadores privados y públicos son diversos, pero coinciden en el punto de participación en el poder.

Fuente: elaboración propia, en base a entrevistas con elites políticas y Documentos de Archivo DO y Archivo MFG



Esta descripción genérica nos permite apreciar el posicionamiento de estos actores sociales, y también definir las posibles estrategias políticas, en el proceso de expansión del Seguro Nacional de Salud. En muchos casos, la introducción de otras variables, como por ejemplo los alineamientos ideológicos, partidarios o la propia titularidad partidaria del gobierno, tendrán impactos significativos en el diseño de las estrategias.

En el caso de la corporación médica, como ya vimos en el capítulo 8.6, la principal línea de divisoria se encuentra en el campo de las especialidades. Una reforma que apunta a implementar una estrategia de cambio del modelo de atención, con énfasis en la atención primaria en salud, significa quitarle protagonismo a la alta especialización médica. Asignarle mayor protagonismo a las especialidades generales y básicas, implica afectar a los intereses de las especialidades médicas. A esto se le superpone un clivaje territorial relevante, como es la división histórica entre las agremiaciones montevidéanas (el SMU y las SAQ) y las que se nuclean en FEMI.

Es interesante anotar que en Mayo de 2007, el Sindicato Médico realiza su elección de autoridades. Se presentan a votar en la elección abierta aproximadamente la mitad de los afiliados. En esta elección triunfa la Unión Gremial Médica (UGM), de extracción blanca, que se impone a la histórica lista Fosalba. Por primera vez, desde la salida de la dictadura, la lista de izquierda, Fosalba, pierde una elección en el SMU. El triunfo de UGM implica tomar el control sobre la organización gremial, y sobre el centro médico del SMU (CASMU). Para el gobierno del Frente, implica tener que asumir el diálogo político de la reforma con un actor inesperado<sup>238</sup>.

En el caso de los trabajadores no médicos, la línea de fractura principal radica en la distinción público y privado. Esta línea se afirma en la existencia de dos sindicatos con alta representatividad, como son la FUS y la FFSP, integrantes ambas de la central única de trabajadores (PIT-CNT). Esos dos sindicatos muestran visiones encontradas respecto a la reforma de salud que propone el gobierno. Mientras que la FUS es un actor relevante para impulsar la propuesta del gobierno, la FFSP muestra un posicionamiento con mayores matices críticos.

Estos dos sectores están marcados por las variantes ideológicas y político partidarias que surcan a la enorme mayoría de los gremios y sindicatos del Uruguay. Además de los intereses especiales, que dan forma y cohesión a estas diversas corporaciones, también se superponen y cruzan afinidades políticas que trascienden a los meros intereses funcionales. Como vimos en el capítulo 8.7, la sensación de estar frente a una “crisis terminal” del sistema de salud, opera en la moderación y el acercamiento de posiciones de los diversos actores sectoriales.

En el caso de las empresas de salud, el clivaje principal radica en la división Montevideo e Interior, en la escala económica de las empresas y en la situación financiera de las mismas. En particular este último punto resulta crítico, ya que la situación de endeudamiento de las IAMC, un fenómeno más o menos crónico, se torna en una situación explosiva merced los impactos de la crisis económica de principios de siglo. En la década del 90 se procesa una alta fragmentación de este sector, para volver a

---

<sup>238</sup> En los hechos, los primeros intercambios entre la Ministra Muñoz y el Presidente del SMU, Dr. Alfredo Toledo, fueron de gran rispidez. En pleno proceso de discusión parlamentaria de la reforma de salud, el MSP perdía apoyo político e ideológico dentro del histórico gremio médico.

tener cierto grado de coordinación para hacer frente común ante la crisis económico-asistencial que experimentan en 2000-2004.

En términos generales, más allá de posibles coincidencias ideológicas, la ampliación de la cobertura supone, para los actores con mentalidad empresarial, al menos “una mejora en el negocio”. Ampliar la base de financiamiento supone una mayor estabilidad de funcionamiento. Pero para otros actores, no pocos, la reforma supone la oportunidad de mantenerse “con vida” dentro del sector salud, para poder enfrentar los altos niveles de endeudamiento, generados durante el período previo a la reforma. Estas diferentes pulsiones, unas ideológicas y otras marcadas por el interés propio, definen la premura reformista de varias instituciones.

## 10.4. La negociación parlamentaria de la reforma de Salud

Como vimos en el capítulo nueve, el Frente Amplio logra acceder al Gobierno Nacional con las mayorías parlamentarias necesarias para procesar la reforma de salud. No obstante, desde un primer momento, el equipo reformista trata de construir los consensos necesarios, por ejemplo a través del Consejo Consultivo. Pero también en el campo partidario el gobierno trata de comprometer a los partidos de oposición en sus proyectos<sup>239</sup>.

---

**Tabla 10.3.**  
**Principales normas en la implementación de la primera etapa de la reforma de salud, 2005-2010**

---

Ley 17930 de Presupuesto Nacional de Diciembre de 2005, artículos 264 y 265. Establece las orientaciones generales para la futura reforma de salud.

Ley 18131, de Mayo de 2007. Crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Ley 18161, de Agosto de 2007: Descentralización de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)

Ley 18211, de Diciembre de 2007. Crea el Sistema Nacional Integrado de Salud y el Seguro Nacional de Salud (SNIS-SNS)

Ley 18439, de Enero de 2009. Crea un Fondo de Garantía para la reestructuración de los pasivos de las IAMC (Fideicomiso)

Ley 18440, de Enero de 2009. Adecuación de las Cooperativas Médicas al régimen general de Cooperativas de trabajo.

Ley 18591, de Octubre de 2009. Crea el Colegio Médico del Uruguay.

Ley 18731 Diciembre de 2010. Establece el cronograma de incorporación de Jubilados y Pasivos al SNS. Ajusta el sistema de contribuciones al Seguro. Modifica el marco de las Cajas de Auxilio.

---

Fuente: elaboración propia

El análisis de la agenda legislativa de la reforma permite apreciar un proceso secuencial y gradual de la reforma. Sobre cada paso se construye el siguiente, en una lógica similar a los juegos de encastre. Algunas de estas normas preparan el camino, anticipan la imagen objetivo a la cual apunta el gobierno. Otras normas realizan un aporte más específico al proceso, estructurando el juego y marcando ganadores. Por último, otras normas tienen la función de limitar y resolver algunos dilemas distributivos, amortiguando el posible impacto negativo de la reforma, sobre algunos de los actores.

Desde una perspectiva histórica, el proyecto de descentralización de ASSE viene a cerrar el proceso iniciado con la ley 15903 de 1987, que lo creaba como organismo desconcentrado del MSP. La experiencia de ASSE había sido la de un progreso gradual de construcción de la autonomía de gestión de la asistencia pública. Como bien muestran Piotti, D. (1998 y 2002), Setaro, M. (2005) este camino de la

---

<sup>239</sup> El Presidente Vázquez no lograría integrar a la oposición en el control de los organismos estatales. De todas maneras, luego de la notable victoria electoral nacional de octubre de 2004 y las departamentales de abril de 2005, la oposición partidaria se posiciona en un “dejar hacer” al nuevo titular del Gobierno Nacional.

descentralización de ASSE estuvo plagado de frenos y bloqueos. A la postre, la descentralización de ASSE se concreta con la aprobación de la ley 18161, y los Diputados del Partido Colorado y el Partido Nacional, Dres. Daniel Bianchi y Miguel Asqueta Sónora, integrantes de la comisión de salud de la Cámara de Diputados, tendrían un rol muy activo en el ajuste normativo del proyecto del Poder Ejecutivo.

De la misma manera, la ley 18131 que crea el FONASA contaría con una base de apoyo multipartidario relativamente amplia. Los partidos tradicionales, y el Partido Independiente, respaldan los grandes trazos de esta norma que crea el Fondo público. Además de ampliar la cobertura para numerosos trabajadores estatales, esta norma habilita a ASSE para que pueda contratar con el FONASA, y establece el futuro sistema de cápitás y metas. También habilita al Poder ejecutivo a iniciar el proceso de negociar la incorporación de los trabajadores estatales dentro del esquema de la Seguridad Social<sup>240</sup>.

Pero la discusión política de la ley 18211 sería mucho más compleja. Esta norma, que por su complejidad e importancia política debería ser llamada la “ley constitucional del SNIS”, requirió de una intensa negociación dentro de la bancada de gobierno. Como dijimos más arriba, las leyes de creación del FONASA y de ASSE contaron con apoyos de los partidos de oposición. A pesar de la distancia ideológica entre Gobierno y Oposición, se procesó un acercamiento pragmático por parte de los dos bloques. Pero esto no fue posible con la más importante de las normas, la ley 18211.

En esto tendría mucho que ver el procesamiento de la ley 18083 de reforma impositiva, que crea el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas (IRPF). Esta norma es aprobada por el Parlamento en Diciembre de 2006, había ingresado en Marzo, y se comenzaría a implementar durante 2007. Esta ley genera un gran impacto en la opinión pública, respecto al impacto redistributivo esperado de esta norma. Además, la discusión parlamentaria se había tensado al máximo, marcando la imposibilidad de establecer acuerdos interpartidarios sobre normas que propusieran aumentar impuestos.

Comienza a pesar cada vez más la discusión partidaria dentro del gobierno. El peso diferencial de las fracciones Frentistas, su alineación a lo largo del arco ideológico, son factores fundamentales a la hora de comprender las estrategias a disposición de la elite reformista. Estas diferencias dentro del partido de gobierno, no hacían más que reeditar lo que habían sido las confrontaciones dentro de la Central de Trabajadores (PIT-CNT) entre los sindicatos de trabajadores públicos y privados (FUS y FFSP). Ese acuerdo dentro del movimiento sindical había permitido impulsar la visión de un sistema mixto, con prestadores públicos y privados, que se impuso en el IV Congreso del FA<sup>241</sup>.

Estas diferencias resaltan dos visiones clásicas de la izquierda uruguaya respecto al cambio político y social. Una primer visión de corte estadocentrista, vinculado al papel del Estado como promotor del desarrollo, además de escudo de los débiles. Otra visión, de corte sociocentrista, que reconoce en la sociedad civil, en las organizaciones

---

<sup>240</sup> Hasta esa fecha, los trabajadores contaban con diferentes esquemas de protección social en salud, pero ninguno de ellos se articulaba directamente a través del fondo que administraba el BPS (DISSE).

<sup>241</sup> De acuerdo a la visión del ex Subsecretario de Salud y del Director de Secretaría, Miguel Fernández Galeano y Daniel Olesker, ese acuerdo básico fue el que hizo posible establecer un esquema de gradualidad en la implementación del SNIS.

sindicales y sociales, el auténtico germen de la transformación social. Estas dos visiones, de alguna manera, resumen por un lado la tradición política reformista del Batllismo, que le asigna al Estado un rol de componedor y articulador. Y por otro lado una tradición de cuño anarcosindicalista, que desconfía de la acción estatal, y de la cual es tributaria buena parte del pensamiento de varias corrientes sindicales que integran la Central obrera<sup>242</sup>. Estas dos visiones se mixturán dentro de esta compleja fuerza política que es el Frente Amplio.

Entonces, en la discusión parlamentaria, comienza a debilitarse el consenso partidario interno del Frente Amplio. La propuesta de fortalecer al Ministerio de Salud en la conducción y regulación del sector mutual, era algo que podía ser aceptado, con dificultad, por los actores sectoriales. Ahora, si el fortalecimiento estatal en el gobierno del sistema es interpretado como un paso intermedio hacia un sistema de salud estatal y público, en el cual se eliminen a los actores sociales y privados, entonces el juego de cooperación se suspende en ese mismo instante. La cuestión crítica radica en que la reforma procure la constitución de un sistema mixto, con proveedores públicos y privados en complementación y competencia, o si por el contrario esconde otras intenciones posteriores<sup>243</sup>.

### **El armado de la coalición reformista en el Parlamento**

En términos sistémicos, tenemos un sistema de partidos que exhibe una importante brecha en su centro ideológico, con una distribución de corte bimodal en lo que hace al posicionamiento ideológico de las elites partidarias. Las fracciones partidarias más centristas, el ala “derecha” del Bloque de Gobierno, y el ala “izquierdista” del Bloque Opositor, muestran una distancia importante. Sin dudas que esta situación tendrá efectos importantes respecto a la estrategia reformista a la cual debe apuntar el gobierno.

A partir de los datos de la Encuesta 2005 de Elites Políticas que releva el Instituto de Ciencia Política, establecimos el escenario de posicionamiento ideológico de las diferentes fracciones partidarias. Para ello seleccionamos como unidades significativas los subtemas partidarios con representación en el Senado (12 fracciones, 31 votos). El posicionamiento de cada fracción se construye a partir de la evaluación realizada por los miembros de la elite política que conforma la mencionada encuesta<sup>244</sup>.

Para la construcción de las coaliciones alternativas nos guiaremos por los siguientes supuestos:

1) Tomamos al Senado como el principal lugar para la articulación política. Sus miembros son personas destacadas dentro de su partido y tienen un rol importante en la

---

<sup>242</sup> Al respecto, las obras de D'Elía, G. (1986), antes las de Rodríguez, H. (1969), contienen elementos que permiten reconocer estas dos tradiciones. Claro que estas miradas se les superponen, de manera compleja, visiones anticapitalistas, que visualizan en este SNIS un paso previo a la instauración de un Servicio Nacional de Salud.

<sup>243</sup> Este punto es esencial para el progreso de la reforma, y del alguna manera puede ser una explicación de esta estrategia secuencial de la reforma. Plantear un escenario de constitución de un NHS significaba poner en la vereda del frente a las IAMC y a una inmensa porción del gremio médico.

<sup>244</sup> Para facilitar la exposición, se recodificó la escala original (extremos 1-10, con 11 como centro puro) con una escala simétrica de izquierda-derecha, con valores que van de 1 a 7, y 4 es el centro ideológico.

coordinación de acciones dentro de su fracción. Lograr el apoyo de la bancada de senadores se traduce con facilidad en el apoyo general de la Fracción partidaria (con sus votos en el Senado y Diputados).

2) El bloque parlamentario de gobierno es quien tiene la iniciativa para la construcción de una coalición reformista multipartidaria. En este caso, en que el FA controla una mayoría de gobierno, para activar la posición reformista es preciso lograr el control de una mayoría interna específica. Esto es, lograr una Subcoalición Reformista de Gobierno (SRG) compuesta por 9 o más votos en los 17 totales de la bancada<sup>245</sup>. La SRG se construye a partir del control de una mayoría simple o calificada de votos del Senado, esto es, nueve o más votos en 17.

3) Las coaliciones internas se construyen siguiendo el principio de la proximidad o adyacencia ideológica de las unidades partidarias. Esto quiere decir que las asociaciones políticas se arman con los socios más próximos (fracciones o partidos) en términos ideológicos<sup>246</sup>. Para construir una Coalición Reformista Multipartidaria (CRM), se requiere la presencia de una sub-coalición mayoritaria dentro del bloque parlamentario gobernante mencionada en el punto 2 (SRG). Las Coaliciones Reformistas Multipartidarias (CRM) también se construyen en base al principio de proximidad o adyacencia ideológica enunciado en el punto 3.

En términos analíticos, podemos reconocer 12 Fracciones en el Senado, que se distribuyen el total de 31 votos que componen el cuerpo (30 Senadores, más el Vicepresidente de la República que funge como Presidente del Senado y de la Asamblea General). Como ya sabemos, el FA controla una mayoría del Senado que le permite sustentar el proceso legislativo básico de la cámara (aprobación de leyes), sin embargo, en un partido de gran tamaño, es de esperar un cierto grado de heterogeneidad en las posiciones de sus fracciones constitutivas. De allí la importancia de las reglas de toma de decisión en la interna del bloque parlamentario de Gobierno, esto es, la regla para el armado de la sub-coalición reformista de gobierno.

---

<sup>245</sup> El supuesto básico consiste en lograr 9 o más votos de la bancada, para tener derecho a reclamar el apoyo unánime del partido. Esta situación, de la mayoría mínima para formar la subcoalición, depende de la importancia política del asunto en cuestión. Algunos temas pueden requerir el apoyo explícito de casi todas las fracciones. Para Moreira, C. (2009) los criterios decisionales en el FA buscan siempre aproximarse a la unanimidad.

<sup>246</sup> El principio de ordenación ideológica y de armado de coaliciones en base a la proximidad y adyacencia, está tomado de Lijphart, A. (2000).

**Tabla 10.4.**  
**Posición ideológica de las fracciones en el Senado (incluye posición del Presidente y PI)**

<b>Sigla</b>	<b>Fracción</b>	<b>Mediana</b>	<b>Media</b>	<b>Votos Sen.</b>
PC	Partido Comunista	1,333	1,588	1
PS	Partido Socialista	2	2,204	2
MPP	Movimiento Participación Popular	2	2,312	6
VA	Vertiente Artiguista	2,406	2,571	2
NE	Nuevo Espacio	2,542	2,881	1
VAZ	Presidente Vázquez	2,85	2,935	0
AP	Alianza Progresista	3,054	3,198	2
AU	Asamblea Uruguay	3,083	3,213	3
PI	Partido Independiente	5,667	5,635	0
CW	Correntada Wilsonista	6,111	5,691	2
AN	Alianza Nacional	6,083	6,081	6
FB	Foro Batllista	6,5	6,491	1
L15	Lista 15	6,583	6,496	2
HERR	Herrerismo	6,75	6,682	3

Fuente: elaboración propia, en base a datos de Encuesta de Elites ICP 2005.

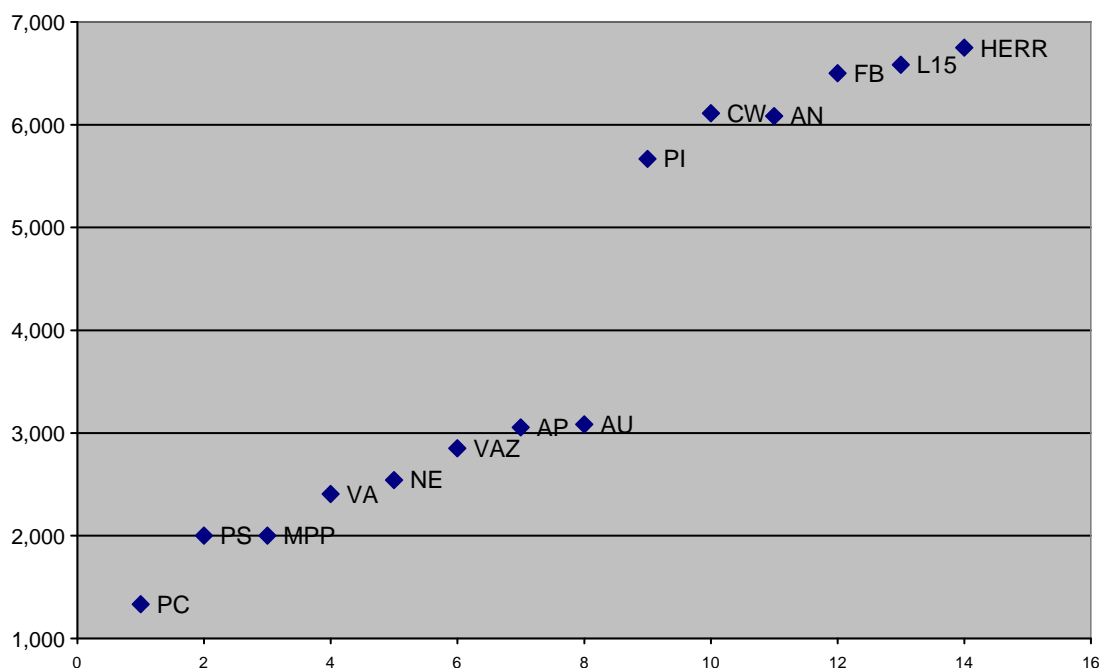
La tabla 10.4 también recoge el posicionamiento ideológico del Presidente Vázquez (VAZ) y del Partido Independiente (PI), el cual sólo tiene un representante en la cámara baja. La tabla está ordenada según el posicionamiento izquierda-derecha (escala 1 al 7) de los actores considerados, comenzando desde arriba hacia debajo de la tabla. En el gráfico siguiente se puede apreciar con mayor claridad el posicionamiento ideológico de las diferentes fracciones del Senado, más el Presidente Vázquez y el Partido Independiente.

En el gráfico 10.1 podemos destacar algunas cosas. En primer lugar la distribución ideológica del Bloque de Gobierno (BG) y el Bloque Opositor. Mientras que el BG se mueve en un rango que oscila entre 1,58-3,21 (PC-AU), el BO se mueve en un rango cuyos extremos son 5,63-6,68 (PI-Herrerismo). Si consideramos las fracciones que se posicionan más hacia el centro ideológico del sistema, aún tenemos una brecha de gran importancia. Basta con observar la distancia entre la Alianza Progresista y Asamblea Uruguay (FA), respecto a Correntada Wilsonista y Alianza Nacional (PN).

El otro dato a tener en cuenta es la fragmentación relativa del Partido Nacional, producto de su importante dispersión ideológica interna. En este caso, podemos ver que existe un grado importante de superposición del PC respecto al PN. Esto es producto de la distancia ideológica interna entre las fraccionistas centristas del PN y la fracción más derechista del Herrerismo, aún más a la derecha que las fracciones del Partido Colorado.

Finalmente, el Presidente Vázquez (VAZ) tiende a posicionarse en el ala derecha de su partido, seguramente producto del esfuerzo por posicionarse en el centro ideológico del sistema. Sin dudas que esta estrategia obedece a la posición institucional de la Presidencia, que no solo debe ejercer la Jefatura de Gobierno, sino también del Estado.

**Gráfico 10.1. Distribución ideológica fracciones en el Senado**



Con este escenario político, el proceso de construcción de apoyos reformistas no es sencillo. El primer desafío para el partido de gobierno es el de conformar una subcoalición reformista, que logre concitar el apoyo mayoritario del partido. El tamaño de la subcoalición reformista inicial es variable, depende de la importancia política del asunto y del grado de consenso interno que logre concitar ese asunto. Como hipótesis, suponemos que la subcoalición debe tener al menos 9 votos, para aspirar luego a un apoyo mayoritario del Bloque de Gobierno.

En términos políticos es muy difícil suponer que los partidos sean tan pragmáticos, al punto de permitirse el armado de cualquier tipo de coalición. Como ejemplo, es muy difícil pensar en la conformación de una coalición ganadora mínima (16 votos) que integre al PC-PS-MPP-Alianza Nacional-Foro Batllista. En términos políticos resulta absurdo, debido a la posición ideológica que estas fracciones ocupan en el sistema político.

La misma consideración vale para las fracciones que conforman el Bloque Gobernante. Las fracciones parlamentarias se agrupan tratando de alcanzar las mayorías mínimas necesarias que les permitan controlar el proceso legislativo. Pero en ese proceso siguen el patrón de la contigüidad ideológica. En síntesis, las fracciones se agrupan para conformar mayorías, siguiendo tres criterios políticos básicos: Coaliciones Ganadoras Mínimas (CGM), Mínimo Número de Jugadores (MNJ) y Fracciones Adyacentes Ideológicamente (FAI).



## Conclusiones del análisis de coaliciones parlamentarias

Existen al menos 64 formas diferentes posibles para conformar una subcoalición mayoritaria, compuesta por 9 o más votos del Senado Frentista. (Ver anexo B). Pero, en términos de subcoaliciones que se ajusten a los criterios de Mínimo Número de Jugadores (NMJ) y Fracciones Adyacentes Ideológicamente (FAI) el número se reduce a 12 subcoaliciones. De estas 12 coaliciones, al menos tres pueden ser catalogadas de Gran Coalición, es decir, incluyen a 7 o 6 de las fracciones que integran el FA y se traducen en 17 o 16 votos del Senado. Pero además, cualquier coalición mayoritaria dentro del FA requiere del concurso del MPP, que participa en las 12 coaliciones internas posibles (ver Anexo B). El peso de su bancada de 6 senadores determina esta situación, pero por sobre todo, pesa su posicionamiento ideológico dentro de la interna del FA.

Le sigue en importancia la VA, que integra 11/12 coaliciones. En tercer lugar vienen el PS y el NE que integran 9/12 coaliciones. Estas tres fracciones, por sus votos, pero principalmente por su ubicación ideológica en la interna del FA, resultan claves para el armado de una subcoalición ganadora junto al MPP. (ver Anexo B)

Finalmente, la fracción con menor potencial para el armado de coaliciones internas mayoritarias es AU, que participa solamente en 3 de 12 posibles. Para el armado de una coalición mayoritaria que integre tanto a AU como a la AP, las dos fracciones más centristas del gobierno, implica reunir al menos 5 fracciones y 14 votos del senado. Pero eso implicaría dejar por fuera al PS y al PC.

Finalmente, la construcción de una coalición reformista multipartidaria, que se ajuste al criterio de la adyacencia ideológica y al respaldo mayoritario interno de los partidos que integran la coalición multipartidista, esta debe incluir: 14 votos y 5 Fracciones, que van desde el MPP hasta AU. Sin embargo, importa destacar que esto no garantiza el logro de una coalición multipartidaria. La distancia del Partido Colorado y el Herrismo dentro del PN, hacen muy difícil pensar en esa opción.

La estrategia política óptima debería apuntar a fortalecer la coalición partidaria interna del FA y apostar a minimizar la oposición de los Partidos Tradicionales (reducir los daños). Como parte de esta última estrategia, mover con habilidad los respaldos dentro de la arena funcional-corporativa, es decir, Gremios, Sindicatos y Cámaras Empresariales. Esta es la única alternativa para evitar que el conflicto “estalle” en el parlamento: evitar que los intereses sectoriales afectados busquen apoyo en las fracciones del Bloque Opositor.

Para los conductores de la reforma, el proceso de coordinación intrapartidaria resultaría muy complejo. La negociación interna en la bancada de gobierno hace notar que la fractura entre las visiones sociocéntricas y estadocéntricas, están bien presentes. Para una fracción de la interna del partido de gobierno, el temor está en que la reforma de salud se limite a realizar un “salvataje” del sector mutual, sin que opere una mejora sustantiva de los servicios públicos que ofrece ASSE.. Para otros, el temor a crear un nuevo organismo en la administración del sistema, poderoso y autónomo que termine poniéndose por encima del Ministerio de Salud. Para todos, la preocupación de que la

mayor carga contributiva que supone el Seguro Nacional de Salud se convierta en un elemento de “mal humor” para las clases medias que apoyan al Gobierno<sup>247</sup>.

### 10.5. Los nuevos dispositivos legales: la secuencia reformista

Como anticipamos en la sección 10.3, para crear el SNIS y el SNS, el Gobierno debió realizar un camino relativamente sinuoso. En la tabla 10.3 marcamos que la ley del SNIS tiene tres antecedentes fundamentales. En primer lugar, la ley 17930 de Presupuesto Nacional, aprobada en 2005. También la ley 18131 de creación del FONASA, aprobada en 2007. Finalmente, la ley 18161 aprobada ese mismo año, termina de descentralizar a la ASSE. Cada una de ellas aporta un elemento político concreto, en este complejo puzzle que es la reforma de salud.

<b>Número de Ley</b>	<b>Entrada Parlamento</b>	<b>Aprobación Parlamento</b>
17934	01/09/2005	01/12/2005
18131	23/10/2006	18/05/2007
18161	10/08/2006	10/07/2007
18211	05/03/2007	21/11/2007

Fuente: elaboración propia en base actas parlamentarias

La Ley de Presupuesto 17930 de Diciembre de 2005, en sus artículos 264 y 265, establece el propósito del gobierno nacional de crear un Sistema Nacional Integrado de Salud. Es una norma esencialmente programática, que establece un propósito, una finalidad, pero que no avanza respecto a la forma de ejecución concreta. De acuerdo a estos dos artículos, el sistema a crear se organizará en base a la complementación de servicios públicos y privados, y será financiado en base a un Seguro de Salud, que nutrirá al Fondo Público Único y Obligatorio. Se establece de manera expresa que el propósito es crear un Seguro Social, según establece el artículo 67 de la Constitución de la República<sup>248</sup>.

Esta ley establece que el Fondo *pagará capitas ajustadas por riesgo, y metas de prestación de servicios, según nivel de atención*. La norma establece además que integrarán el SNS los prestadores privados sin fines de lucro. También podrán integrarlo las instituciones privadas con fines de lucro, pero esto sujeto a la reglamentación que determine el Poder Ejecutivo. De forma llamativa, no se menciona la forma de incorporación de los servicios al SNS, aunque si se marca que los reembolsos se realizarán a instituciones públicas y privadas.

<sup>247</sup> En Pérez, M. (2008) hay un buen análisis político de los elementos críticos que la reforma impositiva (IRPF) y la de Salud, en conjunción, suponen para los sectores medios de la sociedad uruguaya.

<sup>248</sup> En buen romance, establece que la reforma de salud es, ni más ni menos, una reforma del sistema de seguridad social. Por tanto, recuesta a la reforma contra este campo de la política, vinculado al mundo del trabajo, de los sindicatos.

Este “mensaje político”, contenido en la ley de presupuesto, será reafirmado por diversas autoridades del gobierno. En la presentación del proyecto de Ley de Presupuesto del MSP, el Ec. Olesker indicaría que el nuevo sistema será financiado por los “...aportes de los hogares que serán un porcentaje de sus ingresos que permitirá la cobertura familiar de las personas y cuyo diseño, reitero, va a estar ligado al diseño de la reforma tributaria. Entonces, hay una etapa de transición en donde una buena parte de los fondos va a ser recaudada por el propio seguro, a través del sistema de contribución a la Seguridad Social. Luego ese Fondo, que va a recibir los dineros públicos y privados que la sociedad uruguaya invierte en salud, va a pagar a los prestadores de la salud. Aquí hay un cambio sustantivo y radical en el funcionamiento del sistema, en tanto el pago va a estar intermediado por el fondo y no va a haber un pago directo de los usuarios a las instituciones que le brindan el servicio de salud”. (25 de Octubre de 2005, Comisión de Hacienda del Senado)

Posteriormente, la Ley 18131 de Mayo de 2007 crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en el ámbito del BPS. Esta ley incorpora a los trabajadores del Estado (unos 25 mil) dentro del régimen general de la seguridad social, administrado por el BPS<sup>249</sup>. Además, se incorpora a la ASSE como un prestador elegible por parte de los beneficiarios del nuevo FONASA. Se establece que la cuota de salud que pague el FONASA a los prestadores, por cada beneficiario, “podrá” estar asociada a la edad y el sexo e incluir pagos por cumplimiento de metas asistenciales. La ley faculta al Poder Ejecutivo para proceder a incorporar a otros trabajadores del Estado, sentando las bases para iniciar el proceso de negociación e incorporación de diversos colectivos de trabajadores estatales<sup>250</sup>.

Esta norma permite anticipar varios de los elementos técnicos que conformarán la futura ley marco de la reforma. El Ec. Olesker etiquetó esta norma como “ley chica”, lo cual tenía el sentido de ser una norma que anticipaba los lineamientos de la futura reforma. Esta ley tiene un sentido de oportunidad política, ya que estaba asociada a la negociación colectiva con los trabajadores del Estado, y la incorporación inicial de algunos de estos al sistema de seguro de salud administrado por el BPS (estimaba incorporar unos 26.500 mil trabajadores).

En su defensa del proyecto de creación del FONASA, el Subsecretario de Salud, Dr. Fernández Galeano, afirmaba ante una comisión parlamentaria que la reforma “...no se trata de un cuerpo único que resuelva de una vez el conjunto de desafíos que tiene el sistema sanitario de nuestro país (...) estamos planteando una reforma gradual que va a tener un conjunto de herramientas, como lo serán este proyecto de ampliación de la cobertura de la seguridad social y el que está a consideración del Senado, de constitución y conformación de un Sistema Nacional Integrado de Salud. (...) se trata de leyes que (...) toman en cuenta los activos, las capacidades y los desarrollos que hasta el presente ha tenido el sistema de salud”. (C.H.S.P y A.S, Diputados. 2007)

---

<sup>249</sup> En realidad, en esta instancia se incorpora a los funcionarios de la Administración Central, Tribunal de Cuentas, Corte Electoral, Tribunal de lo Contencioso Administrativo e Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay. El resto de la administración descentralizada, entes industriales, comerciales y educativos, serán postergados.

<sup>250</sup> Uno de los artículos de esta ley prevé la creación de una comisión de seguimiento, que sería reglamentada por el Poder Ejecutivo. El espíritu del ejecutivo, en sus comparencias a las comisiones, es de que se integre por representantes de trabajadores, proveedores de servicios, MSP, MEF y BPS. En esencia, anticipaba la integración de la futura Junta Nacional de Salud.

## La creación del servicio público de salud

La ley 18161 de Julio de 2007 descentraliza a la ASSE del MSP. La separación de la función de provisión de servicios de salud, tiene el efecto de diferenciar y fortalecer las funciones de conducción y regulación sobre todo el sector salud. La ley crea un Directorio, integrado por tres representantes que proponga el Poder Ejecutivo al Parlamento, de acuerdo al procedimiento previsto por la Constitución de la República en su artículo 187. También se incorpora el principio de la participación social en el directorio ASSE, que incluye un representante de los trabajadores y otro de los usuarios.

Para la Ministra de Salud María Julia Muñoz, *“...un Servicio Descentralizado tiene la fundamental ventaja de que el Ministerio de Salud Pública puede ejercer su rol de rectoría en iguales condiciones tanto para el sector público como para el privado. Si mantenemos la situación actual, es decir un servicio desconcentrado dentro del propio Ministerio de Salud Pública, el sector privado -llámese Institución de Asistencia Médica Colectiva u otra- podría sentir que el sector ASSE es un privilegiado y que nuestra Cartera -como muchas veces se ha dicho y también es real- habilita o controla servicios privados, pero no lo suyos propios”*.

Esta separación de funciones permitiría que el Ministerio se concentre en sus funciones esenciales, pudiendo *“...obrar con mucha mayor libertad dedicándose exclusivamente al contralor y a la rectoría y no a la ejecución de los servicios de salud. Para nosotros, esa es la gran ventaja por la cual ASSE debe ser descentralizada, lo que creemos que incide en la mejor calidad de los servicios...”*.

Esta construcción no es vista como la obra en solitario del Gobierno. Para la Ministra de Salud, *“...el servicio descentralizado no lo planteamos exclusivamente nosotros, sino que ya lo habían hecho, desde la salida a la democracia, anteriores Ministros y Partidos políticos, también figura en los programas “Un compromiso con usted” y en el del Partido Colorado y fue planteado con mucha fuerza por el entonces Ministro Solari, quien vio estas mismas ventajas”*. (Comisión de Salud Pública del Senado, Repartido 1200. 3 de Octubre de 2006)

La visión que alienta a esta ley es la de conformar un organismo con capacidad de incidir dentro de la dinámica del sistema. Pero la cuestión radica en el grado de incidencia de este organismo sobre el funcionamiento global del sistema. En la reunión de la Comisión de Hacienda y Asistencia Social de Diputados, donde se trata el proyecto de ASSE, se registraría el siguiente diálogo entre el Presidente de la Comisión y uno de los miembros, perteneciente al partido de gobierno:

*“ SEÑOR PRESIDENTE Diputado Olano Llano: (...) la mayor independencia posible del Ministerio de Salud Pública para que se asemeje más a aquellos con quienes va a competir, que son las instituciones privadas, y para que cuando el Ministerio fiscalice -que creo que debe ser su función principal; debe fiscalizar, dirigir, todo lo concerniente a la salud de los uruguayos- no sienta que fiscaliza al vecino cuando lo hace con las IAMC y al hijo predilecto cuando fiscaliza a ASSE. (...) Mal ayuda le daríamos a los pobres e indigentes de este país -que, seguramente, va a ser la principal población que*

*se asista en ASSE-, si el Ministerio fuera firme y exigente con las IAMC y blando y contemplativo con ASSE”.*

(...)

*SEÑOR PRESIDENTE.- Mañana cada hospital podría celebrar un contrato con la Dirección de ASSE y tener la autonomía que tiene una mutualista de un departamento...*

*SEÑOR Vega Llanes.- Me encantaría poder consignarlo en la ley.*

*SEÑOR PRESIDENTE.- (...) en definitiva, pasar a ser una especie de mutualista pública”. (Comisión de Hacienda y Asistencia Social de Diputados. 7 de Marzo de 2007)*

En síntesis, la visión de los legisladores consiste en la creación de un organismo público que, por la vía de la competencia, dinamice el funcionamiento de todo el sistema de salud. Sobre estos consensos se asentaría luego la idea de concretar la “mutualista pública”. En realidad, buena parte de esta visión ya se venía desarrollando desde largo tiempo atrás, con la propuesta de descentralizar ASSE de 1987, o con el malogrado proyecto del Ministro Solari de 1995<sup>251</sup>.

Sin embargo, debemos hacer notar que los documentos programáticos del Frente Amplio no plantean esta idea de un organismo público competitivo. En realidad, como pudimos ver en los capítulos 9.4 y 10.2, el énfasis está en el papel estructurante y conductor que tendría el sector público sobre el sistema de salud. En ese marco, la complementación y la cooperación para la estructuración del primer nivel de salud, como entrada al sistema integrado, tenía su lógica. En cualquier caso, la ley aprobada viene a cerrar el largo camino, iniciado en 1987 con la creación del desconcentrado ASSE, el cual siempre estuvo plagado de resistencias respecto a conceder mayor protagonismo al estado en la provisión de servicios.

## **10.6. La ley Constitucional del SNIS**

La ley 18211 crea el SNIS y el SNS, estableciendo las reglas básicas de funcionamiento y los principales dispositivos para la Gobernanza del nuevo sistema. La ley 18211 es la norma “constitucional” del sistema por que en ella se encuentran, además de los principios rectores, los mecanismos institucionales básicos de financiamiento, de coordinación de los actores, de incentivos que modulan la conducta de los actores del sector salud.

En Diciembre de 2007 se aprobaría la ley 18211 que crea el SNIS. Consta de ocho capítulos y setenta y siete artículos. La ley le asigna al MSP el comando de la construcción del SNIS (art. 5). También crea una Junta Nacional de Salud, que subsume en un único organismo las competencias que el programa Frentista preveía para dos organismos públicos diferenciados (Junta Nacional de Salud y Superintendencia

---

<sup>251</sup> En todas estas circunstancias, el freno a estas iniciativas de descentralizar ASSE y convertirla en un prestador más de sistema, se genera a partir del temor de que ASSE se convirtiera en un organismo competitivo dentro del sistema. Este temor era justificado en algunas zonas del país, aunque no en todo el país. En Piotti, D. (1998 y 2002) hay un buen relato de la causas de estos bloqueos.

Nacional de Salud). Evidentemente, esto supone una importante concentración de poder, fusionando las competencias de conducción del SNIS, con las de administración de los recursos del Seguro de Salud.

**Tabla 10.6.**  
**Contenidos de la ley constitucional del SNIS: 18211 de 2007**

<b>Capítulo</b>	<b>Contenidos</b>
1. Disposiciones generales	Derecho a la salud. Principios rectores y cometidos del SNIS. El MSP como rector del SNIS.
2. Integración del SNIS	Condiciones para ser prestador del SNIS. Obligaciones y controles del MSP y la JUNASA
3. Junta Nacional de Salud	Se crea la Junta como órgano desconcentrado del MSP. Establece su integración.
4. Red de Atención en Salud	Define la red asistencial, y sus tres niveles. Establece el principio de la complementación.
5. Cobertura de Atención Médica	Define la atención integral, en base a programas de salud
6. Usuarios del SNIS	Define derechos y obligaciones de los usuarios
7. Financiamiento del SNIS	Se establece el financiamiento, tasas de aportación, estructura de las cuotas de salud

Fuente: ley 18211

El capítulo 3 y 7 son el corazón de la discusión política de esta ley. Estos capítulos contienen las instituciones políticas centrales de la reforma, desde las cuales podrá hacerse cumplir toda la enunciación de derechos y obligaciones que contiene la ley. En primer lugar, el capítulo 3 define el comando del Estado sobre el desarrollo global del sistema de salud, que se expresa en la creación de una nueva institución estatal como la JUNASA. En segundo término, el capítulo 7 define los nuevos mecanismos de financiamiento del sistema, asociados a la seguridad social, que permitirán ampliar la cobertura, pero que además habilitan el desarrollo de una postura más activa del estado sobre el funcionamiento del sistema.

En el mensaje original del Poder Ejecutivo, se proponía crear a la JUNASA como un organismo descentralizado del Ministerio de Salud (finalmente sería un desconcentrado). Integrado por representantes del PE y de la sociedad, sería un organismo con las competencias adecuadas para orientar el desarrollo del SNIS, y para administrar el SNS. El directorio de la JUNASA se integra por 7 miembros: 2 del MSP, 1 del MEF, 1 del BPS, 1 de los Prestadores de Salud, 1 de los Trabajadores, 1 de los Usuarios. Uno de los miembros designado por el MSP sería el presidente de la Junta.

Con este proyecto, el MSP lograba traer para dentro de su estructura a los principales organismos públicos de la Gobernanza económica sectorial, como son el MEF y el BPS. Además, incorpora a representantes sociales en el directorio de la Junta, involucrándolos ya haciéndolos partícipes de las políticas y el contralor que se ejerza desde la Junta. El MSP se reserva dos lugares y la Presidencia del organismo, conservando una posición de preeminencia dentro de esta arena sectorial.

En lo que respecta al mecanismo de financiamiento, el Seguro prevé tasas progresivas, que oscilan entre 3 y 6%, dependiendo del nivel de ingreso y la integración del núcleo familiar. La ley amplía la cobertura a los hijos menores de 18 años dependientes de los trabajadores. También prevé la incorporación progresiva de los cónyuges y de los jubilados. El trabajador conserva la cobertura del SNS cuando se jubila. El proyecto de ley aplica el mismo sistema creado por el FONASA, en el sentido del pago de cápitas y por metas asistenciales a los prestadores de salud. Los usuarios podrían elegir anteverse en prestadores públicos y privados.

### **El proceso parlamentario: el fin de la luna de miel**

La ley del SNIS despertaría el debate desde el primer momento. En la votación de la Cámara de Senadores del 9 de Octubre de 2007, podemos observar que de 77 artículos del proyecto, en 37 casos se registra apoyo multipartidario (48%). Esto es, la votación de cada uno de los 37 artículos logra al menos 18 votos del Senado, al menos uno más que la bancada total del gobierno. El punto aquí es que los votos multipartidarios se concentran, casi todos, en los capítulos 4 y 5 que refieren a la Red de Atención y a los Usuarios del SNIS. Los artículos referidos a la creación de la JUNASA, en el capítulo 3, o al financiamiento, son aprobados gracias a los votos de la mayoría de la bancada de gobierno.

El tratamiento en la Cámara de Diputados confirma la imposibilidad de lograr un acuerdo interpartidario para esta importante ley. Las dudas referidas a los aspectos de Gobernanza y financiamiento que propone la ley 18211, comienzan a amplificarse y a impactar en la interna de la bancada de gobierno. Esto genera un cierto retraimiento, privilegiando la negociación partidaria interna. Como en todas las leyes que son verdaderamente importantes, el Frente Amplio actúa como lo haría cualquier partido racional en el gobierno: trata primero de asegurarse el apoyo interno<sup>252</sup>.

La tabla 10.6 siguiente describe las organizaciones que participan y se hacen sentir en el proceso de elaboración parlamentaria de la ley. Tenemos trece organizaciones representativas, y en todas ellas se percibe el temor hacia la mayor regulación estatal, el potencial redistributivo del SNS, y la orientación en las políticas de cambio de modelo de atención y gestión.

---

<sup>252</sup> Según Moreira, C. (2009: 16-17), la regla de decisión predominante en el Frente Amplio, para todos los asuntos que no sean procedimentales, es la del consenso y/o la unanimidad.

---

**Tabla 10.7. Organizaciones participantes en las Comisiones Parlamentarias que tratan Ley 18211**

---

Sociedad Anestésico Quirúrgica (SAQ)  
Directorio de la Caja Notarial  
Plenario de trabajadores de Seguros Convencionales  
Centro de Farmacias del Uruguay (CFU)  
Asociación de Farmacias del Interior (AFI)  
Mesa Coordinadora de Servicios Sociales y Seguros por Enfermedad  
Movimiento Nacional de Usuarios de Salud Pública y Privada  
Federación Médica del Interior (FEMI)  
Unión de la Mutualidad del Uruguay (UMU)  
Cámara de Emergencias y Asistencia médica Extra-Hospitalaria  
Plenario de Instituciones de Asistencia Médico Colectiva  
Red de Sindicatos de Emergencias Móviles (FUS-PIT-CNT)  
Decanato de Facultad de Medicina de la UDELAR

---

Fuente: elaboración propia en base actas parlamentarias

En este plano, los ejes principales del conflicto recorren dos andariveles principales. En primer lugar, la bancada de gobierno había sentido el desgaste ocasionado por la ley de reforma impositiva, que creaba el IRPF. La reforma impositiva, plasmada en la ley 18.803, concentró la atención política durante todo el año 2006, para empezar a implementarse durante 2007. La oposición indicaba que el IRPF significaba un “mazazo impositivo sobre los trabajadores”, y la postura de los legisladores frentistas es cautelosa, ya que los impactos impositivos del nuevo marco tributario todavía no eran percibidos con claridad por la ciudadanía.

Por otra parte, el nuevo esquema de Gobernanza que propone el gobierno, plantea un esquema de alta regulación estatal, a través de un organismo descentralizado. Esto es resistido por los actores sectoriales, y es canalizado por los representantes de los partidos de oposición. Se percibe que la JUNASA es, potencialmente, un organismo todopoderoso, que puede regimentar y burocratizar a todo el subsistema de salud mutual. Todo esto, sumado al potencial redistributivo del SNS, que seguramente impactará en los sectores de mayores ingresos.

Finalmente, en el tratamiento definitivo del proyecto en la Cámara de Diputados, los partidos de oposición plantearían su neto rechazo al proyecto de reforma. Para el Partido Nacional, en su informe final al plenario de la Cámara, este proyecto genera:

*“...una poderosa centralización política de las decisiones; conceptualización estatista de la gestión; y, lo que tal vez sea más preocupante -dentro de lo tanto que no compartimos-, al manejo de un fondo público, único y obligatorio, financiador de un seguro nacional, que eleva la carga tributaria de las personas, amenaza la legítima autonomía de las empresas, y pone un manto de duda -y sospecha- sobre los fines loables que se presumen: acceso universal, equidad, oportunidad, calidad, eficacia social y económica, gestión democrática - entre otros- de tantos que se dictan en la exposición de motivos”. (...)*



*“En definitiva, por los múltiples argumentos esgrimidos, por la inexistente discusión en Comisión correspondiente, por las opiniones diversas y prácticamente unánimes de rechazo y mayor diálogo en cuanto a construcción de un verdadero Sistema Integrado; pero sobre todas las cosas, por haber violado el más elemental de los preceptos democráticos que es intentar la búsqueda de entendimientos entre quienes piensan diferente, es que proponemos el rechazo de este proyecto. Quedará en los anales parlamentarios -y se quiere dejar expresa constancia- la carencia de ética política, al haber deliberado durante meses en forma inconsulta -estando el proyecto aprobado en Comisión de Cámara de Senadores- exclusivamente entre legisladores del partido de Gobierno y miembros del Poder Ejecutivo; las modificaciones que, en forma sumaria, se aprobaron en dicha Cámara”.*

(Informe en Minoría del Partido Nacional. Cámara de Diputados. Comisión de Hacienda integrada con la de Salud Pública. **1 de Noviembre de 2007**)

Para el Partido Colorado, el informe sobre el proyecto también es negativo, y muestra diversos puntos en común respecto al informe del Partido Nacional. En particular, la excesiva centralización de poder en la Junta, y el aumento de la presión impositiva sobre la población. El informe, entre otras cosas, indica que:

*“..El proyecto tiende a una nivelación hacia abajo de la calidad de la salud, no porque así lo quiera la iniciativa, ya que los propósitos son buenos, sino porque los efectos prácticos serán esos. Una vez leída con atención la filosofía del proyecto de ley podemos decir que es centralista, estatista y concentrador del poder de las decisiones y del poder del dinero. Se ha dicho que se trata de un Sistema Nacional Integrado de Salud concebido como una articulación de servicios públicos y privados entregados en forma de red, con un órgano central de Gobierno que es la Junta Nacional de Salud, a la que el Partido Colorado, considera una Junta "todopoderosa", que sabe mejor que cada uno de nosotros que es lo mejor y lo peor para cada uno. (...)*

*En cuanto al Impuesto que se le impone a los trabajadores uruguayos, nuestro Partido cree es volver a gravar los sueldos con una tasa adicional del 1.5% (uno y medio por ciento) al 3% (tres por ciento), luego del injusto impuesto a la Renta a las Personas Físicas que recientemente impusiera el actual Gobierno. Estamos ante un nuevo impuesto general a los sueldos brutos, donde en la mayoría de los casos la solidaridad está invertida”.*

(Informe en Minoría del Partido Colorado. Cámara de Diputados. Comisión de Hacienda integrada con la de Salud Pública. **1 de Noviembre de 2007**)

Finalmente, la crítica del Partido Independiente agrega notas diferentes a las valoraciones negativas de los partidos tradicionales. En realidad, su crítica es más aguda y explícita que la de los partidos tradicionales, polemizando respecto a la importancia de esta ley para el sector salud y para el sector privado mutal en particular. Entre otros aspectos, el Diputado del Partido Independiente señala:

*“El proyecto en cuestión, más que una propuesta de cambio sustancial en el modelo de atención y en el modelo de gestión del sistema de salud, apunta exclusivamente a formular un nuevo modelo de financiamiento, con el fin de atender la crítica situación económico-financiera de gran parte del sistema asistencial privado del departamento de Montevideo.*

*El proyecto promovido por el Gobierno consolida el statu quo, buscando a través del financiamiento de la sociedad, proceder al salvataje de las entidades privadas cuestionadas en su viabilidad. Nada se ha informado a la ciudadanía al respecto. Sin embargo, basta analizar los estados contables de la globalidad del sistema mutual de Montevideo para conocer la gravedad de la situación.*

*Para administrar el conjunto de los recursos que integran el Seguro Nacional de Salud, se crea una Junta todopoderosa, una nueva entidad burocrática, integrada por siete miembros, de los cuales cuatro serán designados por el Poder Ejecutivo, uno que representará a la corporación de los trabajadores de la salud, otro en representación de la corporación médica. Un séptimo miembro representará a los usuarios. Por las dudas, la propia coalición de gobierno prohijó el nacimiento de una nueva asociación de usuarios (Movimiento Nacional de Usuarios de Salud Pública y Privada). Los integrantes de esta Junta Nacional de Salud serán honorarios. Como no se puede vivir del aire, y menos cuando se tiene la responsabilidad de administrar cuantiosos recursos, por algún lado cobrarán, y seguramente, todos pagaremos.*

*Mientras, las causas generadoras de la crisis del sistema mutual seguirán intactas. El modelo de gestión intocado. Y el empresariado médico, al margen de todo, seguirá comercializando sus servicios y obteniendo pingües ganancias. ¡El Seguro Nacional de Salud paga! Nuestro país pierde otra oportunidad de hacer de las políticas de salud, políticas de Estado”.*

**(Informe en Minoría del Partido Independiente. Cámara de Diputados. Comisión de Hacienda integrada con la de Salud Pública. 1 de Noviembre de 2007)**

En síntesis, las críticas pasan por la excesiva concentración de poder, burocratización del sistema, aumento de la presión impositiva. También se menciona, desde el Partido Independiente, el rol de esta ley para el saneamiento del sistema mutual de salud. También se establece la crítica respecto a que la ley “no alcanza” a las causas profundas de la crisis mutual, en su modelo de gestión y en el rol del empresariado médico.

Pero además, la declaración del Partido Nacional también establece una crítica al Frente Amplio, por haberle dado la espalda al trabajo de las comisiones parlamentarias. Esto evidencia que la discusión política sobre la ley 18211 se trasladó hacia la interna del gobierno, dejando por fuera de la discusión a los partidos de oposición. Resulta claro que el proyecto del Poder Ejecutivo no lograba despertar unanimidades dentro de la bancada de gobierno.

En realidad, las críticas de la oposición al proyecto están bien orientadas en muchos aspectos. La ley apuesta efectivamente a aumentar el control del Estado sobre el funcionamiento del sistema a través de la JUNASA. También aumenta la presión impositiva, con la contrapartida de ampliar la cobertura a los hijos de los trabajadores, cónyuges y jubilados. También se espera una mayor eficiencia en el gasto en salud y una mayor progresividad en las contribuciones. También se pretende modificar las relaciones de poder dentro del sistema, a través de la promoción de la participación social.

En cuanto a las causas profundas de la crisis del sector mutual, la reforma le proporciona herramientas al Estado para promover el necesario cambio estructural del sector, pero la ley no resuelve los problemas críticos. La ley no soluciona los problemas del sector, sino que apenas establece el marco institucional para enfrentarlos. Para esta altura, queda claro que el gobierno apuesta a reformular radicalmente la estructura de gobierno del sector salud, para dinamizar la reestructura de los prestadores de salud. El Estado Social Desarrollista comienza a tener una silueta más clara.

### **10.7. Se completa el circuito de la Gobernanza**

Como ya habíamos dicho, la ley 18211 es la norma constitucional del sistema. En el camino de su discusión e implementación, algunas normas jugaron el rol fundamental de preparar el camino, de anticipar la resolución de algunos problemas. Pero hay otras cuatro normas posteriores a la 18211, que tienen un peso relevante en la estructuración del sistema y en el montaje de su Gobernanza sectorial.

En realidad, estas otras normas tienen la finalidad de resolver algunos dilemas distributivos y redistributivos, que la ley 18211 había dejado postergados. Esto es, los problemas de las IAMC con alto endeudamiento, la autorregulación profesional, la rediscusión respecto a la naturaleza cooperativa de las IAMC y la incorporación de los colectivos pendientes en el SNS.

### **El Fondo de Garantía y la reconversión institucional**

La ley 18439 de Diciembre de 2008 crearía el “*Fondo de Garantía para la Reestructuración de pasivos de las IAMC*”. Éste es otro de los instrumentos clave en el diseño global de la reforma de salud. Este fondo permite establecer los mecanismos para superar los efectos de la crisis económico-financiera del sector, generado por el endeudamiento masivo de las IAMC. Permite a las IAMC cumplir con sus compromisos financieros y asistenciales, reduciendo el riesgo de caer en insolvencia y sufrir el cierre por bancarrota.

El artículo 1 de la ley 18439 establece que el Fondo de Garantía es “...*un patrimonio de afectación independiente, destinado a garantizar el repago del financiamiento que obtengan aquellas instituciones integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud (...) que se encuentren en situación de insolvencia o de grave dificultad económica, en los términos que determine la reglamentación, y presenten además planes de reestructuración que vuelvan viable a la institución*”. Este nuevo Fondo será administrado por el Ministerio de Economía y Finanzas, y se integra por recursos públicos, provenientes de Rentas Generales.

El MEF y el MSP son responsables de determinar los lineamientos necesarios para las reestructuras organizativas y financieras de las instituciones que apliquen al fondo. También son los responsables de aprobar los planes presentados por las instituciones. Mediante estos instrumentos, las instituciones podrán redefinir el perfil de sus deudas, renegociando plazos y mejorando las tasas de pago por intereses. Las instituciones establecen un Fideicomiso, un fondo con autonomía jurídica patrimonial, que se integra

con por un activo, como por ejemplo el flujo de ingresos proveniente de las cápitas del FONASA.

La discusión de la ley en las comisiones parlamentarias, establece con claridad el objetivo de esta norma. Para la Ministra de Salud, Dra. Muñoz, este instrumento está orientado hacia aquellas IAMC “...que estén en estado de insolvencia o grave dificultad económica, y presenten planes de reestructuración. (...)” “...si bien se basa, en lo inmediato, en una institución como el CASMU, la norma puede servir para otras que eventualmente deseen hacer uso de ese Fondo de Garantía. Por su parte, el resto de los artículos de la iniciativa establece algunas particularidades que deben cumplir las instituciones”. Como por ejemplo, “...la separación del CASMU del propio SMU, en la medida en que el SNIS hace a la necesidad de que los médicos agremiados luchen por sus derechos y por las condiciones de trabajo y salario de todas las instituciones que integran el sistema, y no precisamente deban tener una institución como modelo de las prestaciones...” (...)” “...esta es una de las condiciones que entendemos necesaria para el acceso al fideicomiso que también está planteado en el presente proyecto de ley”.

En tal sentido, el Ministro interino de Economía y finanzas, Ec. Andrés Masoller, destaca que este instrumento “...busca facilitar los procesos de reestructuración de instituciones con problemas financieros severos y apoyar a aquellas otras que, aunque no enfrenten dificultades por insolvencia, estén interesadas en reestructurar sus pasivos. El objetivo del Fondo de Garantía es facilitar los procesos de reestructuración, en particular aquellos que tienen que ver con dotar a los procesos de negociación financiera de mayores garantías que permitan de algún modo reducir los costos financieros de estas reestructuras y alargar los períodos de amortización de las deudas. En este Fondo se vierten recursos de Rentas Generales (...) lo que permitirá garantizar estos procesos de reestructuración”.

La viabilidad asistencial y financiera está en el corazón del proyecto. Para la Ministra de Salud, la viabilidad asistencial requiere, entre otras cosas “...más allá de los insumos, también exige dotación de personal especializado para cada uno de esos servicios”. Por otra parte, para el Ministro de Economía<sup>253</sup>, la viabilidad económica financiera viene dada por la capacidad institucional “...para asumir los compromisos financieros establecidos. En la medida en que una institución genera resultados operativos que permiten atender esos compromisos, podemos decir que es viable. Y está cuestionada la viabilidad de la institución cuando por alguna situación particular deja de atender determinados compromisos”.

Esta nueva ley se “empalma” con un proyecto anterior del Gobierno, el de la Ley 18387 de “Declaración judicial del concurso y reorganización empresarial”, aprobada en octubre de 2008. Este marco jurídico, de más de 250 artículos, reformula globalmente el esquema de declaración de quiebra y liquidación de empresas. La nueva ley permite la venta en bloque de los emprendimientos productivos, a través de procesos licitatorios, y los trabajadores puedan participar como compradores, haciendo valer sus créditos laborales impagos. La ley establece además que el comprador del emprendimiento,

---

<sup>253</sup> Las actas de la comisión parlamentaria indican que el MEF estima el endeudamiento total del sector mutual en unos 90 millones de dólares. En realidad, esa cifra debe representar el endeudamiento del CASMU, y no de todo el sector mutual.

mediante este procedimiento, no debe hacerse cargo de las deudas acumuladas por la empresa<sup>254</sup>.

(Actas Parlamentarias. Sesión Comisión de Salud del Senado. 16 de Diciembre de 2008)

Evidentemente, esta norma se vincula fuertemente con el problema del Centro Médico del SMU (CASMU), uno de los prestadores más fuertes de todo el sistema de salud. Esta institución, como vimos en la sección histórica, tiene un valor muy importante para la corporación médica, ya que es un elemento importante en la estructuración de los médicos como actor colectivo. No obstante ello, esta institución enfrenta gruesos problemas de sustentabilidad financiera, los cuales se vinculan a la mixtura de la administración asistencial y la política gremial de los médicos<sup>255</sup>. De esta forma, la separación del poder gremial de la administración del CASMU aparece como una de las condiciones para el salvataje de esta institución.

La implementación de este instrumento, mediante el fideicomiso que realiza el CASMU, se establece con el apoyo de la AFAP República, fondo de pensiones propiedad de organismos estatales. En una primera instancia se realiza una emisión de bonos que genera ingresos por 50 millones de dólares. En 2012 se lanza una segunda emisión, que genera ingresos por 35 millones de dólares. Esos fondos deberían permitir reperfilear la deuda del CASMU con numerosos proveedores, y afrontar compromisos con trabajadores e inversiones necesarias<sup>256</sup>. En palabras del tesorero de la institución, el fideicomiso permitió “...poner en funcionamiento la empresa y poder mirar el futuro de otra manera, poder hacer las reformas necesarias para que la institución pueda seguir funcionando en el futuro y que se adapte a los nuevos criterios que marcar el país, como es el FONASA”. (Caras y Caretas, 17 de Mayo de 2013, p. 35. “El fideicomiso le permitió funcionar al CASMU”)

En síntesis, este instrumento está direccionado a solucionar los problemas de endeudamiento de las instituciones, que estallaron durante el período 1999-2004. La lectura de las actas parlamentarias nos indica además que esta ley se confecciona prácticamente a medida para las necesidades del CASMU<sup>257</sup>. En su proceso de implementación, con activa participación de un fondo de pensiones estatal, como es la AFAP República, también podemos apreciar una intervención decidida desde actores estatales. Otra vez, la política de diseño global del sistema, se mixtura con la negociación de los problemas específicos de los diferentes *Veto Players* del sistema.

---

<sup>254</sup> La ley establece un procedimiento, controlado por un Tribunal Judicial, en el que se establece los mecanismos de pago a los acreedores del emprendimiento, en base al producido de su venta.

<sup>255</sup> Por ejemplo, durante muchos años el SMU ha hecho valer en los ámbitos de negociación colectiva sus posiciones gremiales respecto a los laudos médicos, y en este juego el CASMU ha sido la punta de lanza de las reivindicaciones salariales médicas.

<sup>256</sup> Dentro de su largo proceso de crisis, el CASMU estableció un sistema de retenciones salariales entre trabajadores médicos y no médicos, a fin de paliar el déficit de la institución. En particular, para los trabajadores médicos se difundió un sistema de préstamo y de capitalización, con retención de un porcentaje salarial a los médicos.

<sup>257</sup> De la lectura de prensa de la época, se puede verificar la presión que se ejerce desde el gobierno para que el SMU implemente la separación del CASMU. La situación financiera crítica del centro médico, los indicios de deterioro institucional, son los elementos que terminan de decidir a los médicos a concretar esto.

## El Colegio Médico: el poder médico de auto-regulación

La ley que crea el Colegio Médico termina de saldar el proceso de separación del SMU respecto al CASMU. La corporación médica adquiere con esto un nuevo instrumento, que le permite establecer los lineamientos básicos para la autorregulación de la profesión, determinar sus códigos éticos, resolver procesos disciplinarios, etc.<sup>258</sup>. La ley 18.591 confiere a los médicos un instrumento para la autorregulación profesional, generando un nuevo actor institucional dentro del sistema.

El proyecto de creación del Colegio Médico tiene una larga historia dentro del gremio. Sus antecedentes se remontan a las décadas del 30 y 40, con diversas iniciativas generadas por gremios y convenciones médicas. Recién en el año 1988 ingresa al Parlamento un proyecto sobre colegiación, presentada por un grupo de parlamentarios e impulsado por los gremios médicos. Este proyecto pasaría a reposar en los archivos de la Cámara de Diputados. El proyecto fue desarchivado y vuelto a archivar por las comisiones de salud de diputados de todas las legislaturas posteriores.

En octubre de 2006, nuevamente, se desarchiva este proyecto por parte de la Comisión de Salud de Diputados. Allí tendría un largo tratamiento, con numerosas consultas a diversos actores del sector salud. Pero de forma súbita, en agosto de 2009 el proyecto es aprobado por Diputados, y en el mes siguiente es aprobado por el Senado. El Poder Ejecutivo reglamenta la ley 18591 el 25 de Febrero de 2010, mediante el Decreto 83/010. De manera simultánea al tratamiento de esta norma, el SMU va procesando internamente su proceso de separación del CASMU, de acuerdo a lo que establecen sus normas estatutarias.

Resulta claro que el Colegio Médico es otra de las obras que componen este enorme fresco que es la reforma de salud. Según la delegación del SMU, en su comparecencia a la comisión de salud del Senado, hasta ese momento el país estaba carente de un marco regulatorio ético sobre la actividad médica. Es claro que *“...existe un marco regulatorio administrativo a través de la Comisión Honoraria de Salud Pública y, en los ámbitos gremiales -que son limitados en cuanto a sus afiliados- hay tribunales de ética que tienen la potestad de imponer sanciones de carácter moral”*.

Pero, según el Sindicato Médico, *“...no existe un ámbito donde los profesionales médicos puedan eventualmente ser juzgados en los aspectos éticos, aspecto que se superpone -aunque no totalmente- con lo que son las faltas administrativas o los delitos. Son tres áreas distintas, con superposiciones parciales pero no totales. Por lo tanto, uno de los puntos de partida es, precisamente, la ausencia de ese marco ético”*.

Además de eso, la delegación del SMU señala el problema de la *“...mala relación que existe hoy en día entre el médico y la sociedad, más precisamente entre el equipo de salud y la sociedad, y el núcleo básico que es la relación médico - paciente. Si bien hay muchas causas y, por lo tanto, distintos abordajes para resolver este conflicto, que es muy grave y tiene consecuencias muy importantes para ambas partes, el Colegio*

---

<sup>258</sup> Evidentemente, el Colegio Médico muestra cierto grado de superposición con las funciones de la vieja Comisión Honoraria de Salud Pública, creada por la ley 9202. La implementación política de este nuevo instituto mostrará, por la vía de los hechos, el grado de superposición que pueda generarse entre estos dos organismos.

*Médico es una de las formas*”. Entonces, el fundamento de este Colegio Médico radica en que “...garantiza a la sociedad y al médico una actuación profesional enmarcada en reglas previamente establecidas en el Código de Ética Médica”.

La ley 18591 termina por crear el Colegio Médico como un organismo público no estatal, que entiende en todos los aspectos que hacen a la ética del ejercicio profesional médico. Tiene como organismo de conducción un Consejo Nacional, y cinco Consejos Regionales, electo por los afiliados al Colegio Médico. El Consejo es responsable de gestionar el Registro de Títulos, que se constituye en una condición necesaria para el ejercicio profesional de los médicos. También tiene competencia en la promoción de la formación profesional continua, en temas relacionados con sus cometidos.

El Consejo cuenta también con un Tribunal de Ética Médica, que entiende en las denuncias relativas a temas de ética y deontología médicas. Estos temas están regulados en el Código de Ética Médica, que es elaborado por el Colegio, plebiscitado entre sus miembros y elevado al Poder Ejecutivo y Parlamento, para su aprobación como ley. El Tribunal puede observar a los infractores al código, y puede llegar a excluirlos de su registro hasta por 10 años<sup>259</sup>.

El Colegio se financia con aportes obligatorios de sus miembros, en hasta un 0,5% de sus ingresos salariales. Las instituciones públicas y privadas están obligadas a retener los aportes correspondientes entre sus trabajadores médicos. Los trabajadores independientes, deben aportar de manera individual, a través de las oficinas recaudadoras habilitadas por el Estado.

En síntesis, este nuevo instituto opera como un elemento de “apaciguamiento” a la corporación médica, especialmente la que se nuclea en torno al eje SMU-CASMU. La separación de estas dos organizaciones fue una condición impuesta por el Gobierno, para poder acceder al Fondo de Garantía que creó la ley 18439. El Colegio Médico viene a tratar de sanar las heridas de la corporación, reforzando los elementos de autorregulación de la profesión médica, al centralizar en este nuevo instituto los elementos de regulación profesional. Evidentemente, estamos frente a la constitución de un nuevo actor político institucional, que seguramente tendrá un rol relevante en el funcionamiento del sistema de salud.

### **Sobre fines de lucro y movimiento cooperativo médico**

En diciembre de 2008 se aprueba la ley 18440 que crea una nueva figura organizativa dentro del sector salud. Esta ley busca levantar las limitaciones generadas por la ley 18407 de Cooperativismo, que establece las condiciones que definen una cooperativa y su acceso a a beneficios impositivos. La ley 18440 crea las Instituciones de Asistencia Médica Particular Privada (IAMPP), que permite mantener los beneficios en materia tributaria. En esencia, es una modificación al marco regulatorio IAMC definido por la ley 15181 de 1981.

Para la Ministra de Salud, este proyecto ley busca crear “...un marco regulatorio a esas

---

<sup>259</sup> El Colegio también excluye del registro, en forma automática, a aquellos miembros que fueran sancionadas por la Comisión Honoraria de Salud Pública, que funciona en el ámbito del MSP.

*cooperativas de profesionales, que pasarían a ser instituciones de asistencia médica colectiva de profesionales. Con tal fin, se les otorga un plazo para que adecuen sus estatutos a los de las cooperativas y se les otorgan todas las exoneraciones que ya tenían estas cooperativas de atención médica, igualándolas a las instituciones de asistencia médica colectiva o mutualistas preexistentes”.*

Para el Director de Secretaría del MSP, Ec. Olesker, la ley crea “...una nueva forma jurídica porque, por un lado, no podían mantenerse en el estatus de cooperativa, dada la nueva ley aprobada y la exigencia de no tener más de un 20% de personal en relación de dependencia –cosa que para una cooperativa de profesionales que tiene un número de dependientes no profesionales muy importante, sería imposible– y, por otro, debían conservar el carácter de ser instituciones sin fines de lucro. No podían estar comprendidas en la Ley N° 16.060 de Sociedades Comerciales, porque justamente la Ley N° 15.181 define a las instituciones de salud como instituciones sin fines de lucro. Entonces, la manera de compatibilizar el hecho de que no podían seguir estando amparadas por la ley de cooperativas y, al mismo tiempo, no debían pasar a un régimen de sociedades con fines de lucro, fue crear esta forma de instituciones de asistencia médica colectiva profesional sin fines de lucro que, de alguna manera, se integran (...) al artículo 6° de la Ley N° 15.181, que tenía otras formas también sin fines de lucro”.

A estas nuevas instituciones “...le competen todas las exigencias en materia asistencial, de contralor, de inspección y de contabilidad asistencial (...) que tienen las demás instituciones de la Ley N° 15.181. Por eso esta ley crea un nuevo instituto jurídico que, por un lado, mantiene la lógica de la Ley N° 15.181 en materia asistencial y, por otro, las exoneraciones tributarias que las IAMC tuvieron en la Ley N° 18.083. (...) Como las instituciones que se encuentran en esta situación son muchas –todas las del interior y tres de Montevideo– se incorpora el plazo para la adecuación porque se debe hacer un estatuto tipo y una serie de normativas sin perder la continuidad asistencial durante el período de transición hacia la nueva forma jurídica”.

La nueva ley establece un plazo de 2 años para que las instituciones cooperativas adapten su marco a un nuevo estatuto tipo, a ser definido por el Poder Ejecutivo (en el siguiente período de gobierno). En ínterin, estas instituciones continuarán gozando de las exoneraciones y beneficios fiscales asignados a mutuales y cooperativas, además de eximir las de aportar al instituto rector del cooperativismo, el INACCOP. Esta solución política es una respuesta a un desarrollo generado desde un área de política diferenciada, que no se amolda a la “especificidad” del sector salud. El tratamiento particular dado a esta norma, pone de relieve, de alguna forma, la amplitud que tiene el concepto de instituciones “sin fines de lucro” dentro del sector del cooperativismo médico.

## **10.8. Se completa la base financiera: ¿un caballo de Troya en el SNIS?**

Para muchos actores de Gobierno, durante la administración del Presidente José Mujica (2010-2015) se terminan de consolidar las reformas iniciadas por la administración del Presidente Vázquez. Para el caso del sector salud, con ley 18731 de 2011 se termina de delinear el camino de incorporación de colectivos al Seguro Nacional de Salud (SNS). Las Cajas de Auxilio, la Caja Notarial y los Profesionales que ejercen de manera independiente son incorporados como cotizantes al SNS. Este movimiento permitió a su



vez financiar el ingreso de los jubilados al SNS, en un proceso de incorporación graduado temporalmente, según nivel de ingresos<sup>260</sup>.

La incorporación de estos trabajadores de altos ingresos (profesionales y sectores dinámicos de la economía), se concreta con un dispositivo ingenioso que permite graduar el aporte total de estos sectores al SNS. La Ley definió un tope en la aportación de los cotizantes al SNS. También habilita al Banco de Previsión Social (BPS) para devolver los aportes realizados por encima de ese tope. Al día de hoy se estima que más de 85.000 personas recibirán devolución de aportes, que ronda un fondo de unos 1.000 millones de pesos, que distribuye unos \$ 11.000 promedio por cotizante<sup>261</sup>.

El procedimiento para determinar el tope, consiste en la definición del valor de una capita promedio del SNIS (estimada en unos \$ 1.450 en 2011), contra la cual todos los cotizantes aportan. Se le agrega a esta capita promedio, un 25 % adicional por encima. Ese 25 % adicional constituye el aporte solidario, en el caso de que el cotizante no tenga hijos o cónyuge a cargo.

Evidentemente, esta medida tiene un impacto negativo sobre el potencial redistributivo del Seguro, el cual debe ser analizado de manera cruzada con el funcionamiento del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas (IRPF). La devolución de aportes por el SNS supone un incremento del nivel de ingreso de los trabajadores, y esto se traduce en que los mismos pasen a aportar a IRPF por franjas superiores de ingreso. Las informaciones del BPS indican que se ha incrementado el número de trabajadores que aportan al IRPF, porque la mejora de ingreso los empuja hacia arriba y los hace caer dentro de las franjas de aporte progresivo<sup>262</sup>.

A esto se agrega el comportamiento diferencial del Índice Medio de Salarios (IMS) y la Base de Prestaciones y Contribuciones (BPC), en la cual el primero ha tenido un crecimiento superior a la BPC, lo cual pesa también para el aumento del número de aportantes al IRPF.

Durante la discusión realizada en el Senado sobre esta ley, el Ministro de Economía y Finanzas sería el responsable de establecer los principios que deben guiar este proyecto. Desde la visión del MEF, este proyecto busca evitar que el SNS desarrolle,

*(...) ...componentes impositivos en los aportes personales de los trabajadores y transferencias interpersonales e intergeneracionales en el sistema. La filosofía de esto es separar el sistema tributario del seguro de salud que financia el Fondo Nacional de Salud. En ese sentido, se prevé que puedan ocurrir dos tipos de situaciones. En una de ellas se pretende que las contribuciones, los aportes personales del beneficiario del sistema, sean inferiores al costo de la cobertura que la ley obliga a asegurar, esto es, la propia y la de quienes están a su cargo, ya sean hijos o cónyuges. En ese caso, obviamente, sus contribuciones personales van al Fondo Nacional de Salud y lo que se*

---

<sup>260</sup> Buena parte de esta sección se basa en el artículo de Setaro, M. y Fuentes, G. (2012).

<sup>261</sup> Esto implica que los trabajadores y los jubilados con ingresos mensuales promedio superiores a \$ 35.000 mensuales durante 2011 recibirán devoluciones de aportes, en montos variables según su nivel de ingresos y los familiares beneficiarios incluidos en su seguro.

<sup>262</sup> Estamos hablando de trabajadores cuyos ingresos caen dentro de las franjas de aportación al IRPF en los intervalos de 7 a 10, 11 a 30 y más de 30 BPC. El valor de la BPC durante 2011 era de unos \$ 2.300.

*debe adicionar para asegurar esas coberturas está adjudicado a los otros dos componentes de financiamiento que originalmente están previstos en la ley.*

*La otra situación tiene que ver con qué sucede si las contribuciones que se realizan exceden los costos. En este caso, la eliminación del componente tributario que pudiere existir, (...) se realizará básicamente computando los aportes realizados, que en este caso se constituirán como una suerte de anticipos o, si se quiere, retenciones, que se compararán con la suma de los costos imputables a las coberturas de las que se hace cargo cada uno de los contribuyentes. De esta forma, cuando los aportes realizados excedan los beneficios recibidos, habría un mecanismo de restitución (...)*

*Ahora bien; puede ocurrir que a lo largo del ciclo de vida de los trabajadores o de los contribuyentes, haya momentos en los que no contribuyen y que a pesar de ello la ley les otorgue estos beneficios. Entonces, es lógico realizar una corrección de lo que serían las contribuciones actuarialmente justas para cubrir esas circunstancias. Se trata de contingencias de riesgo que no están calculadas cuando se calculan las cápitas; es imposible hacerlo, porque no estamos hablando de los costos de los riesgos sanitarios sino de otro tipo de riesgos y de costos. En ese sentido, está previsto que, como máximo, un beneficiario del sistema deberá realizar aportes superiores en un 25% al necesario para cubrir las cápitas en cada momento. (...)*

A partir de esta exposición del Ministro de Economía, se registra un interesante intercambio entre un Senador del Partido de Gobierno y el Ministro de Economía, que permite calibrar en justo término la reforma sobre el Seguro Nacional de Salud que se estaba realizando,

*“Senador Couriel: Para poder entender lo que el señor Ministro está señalando, me gustaría poner un ejemplo concreto. Alguien que gana \$ 200.000 por mes estaría pagando \$ 9.000, o sea, un 4,5%. A su vez, el costo promedio de las prestaciones que debería recibir es de \$ 4.000, y si a este monto se le adiciona un 25%, ¿lo que le devolverían es la diferencia?”*

**Ministro MEF, Ec. Lorenzo:** *Exactamente, señor Senador.*

**Senador Couriel:** *Entonces, la pregunta que me surge es: ¿esto no estaría afectando la solidaridad del modelo?*

**Ministro MEF:** *El modo de financiamiento del sistema prevé una contribución de Rentas Generales. Naturalmente, este aporte de Rentas Generales está vinculado a los impuestos que recauda el Estado. Entonces, la justicia del sistema impositivo en su conjunto es la que está financiando y haciéndose cargo del concepto de justicia vinculado con el financiamiento del propio sistema. Y en la medida en que tenemos un sistema tributario cada vez más justo -al que aportan más quienes reciben mayores ingresos; esa es la lógica del sistema- esos componentes están haciendo que la propia solidaridad y equidad del sistema tributario se traslade directamente al componente de aporte de Rentas Generales, que cierra el financiamiento del sistema. (...)*”

(Actas de la Comisión de Hacienda del Senado de la República. Distribuido N° 571 de 2010. Comparecencia del MEF, MSP y MTSS)

Resulta evidente que esta medida de política permitió descomprimir el peso de las contribuciones que realizan sectores de ingresos medio-altos al seguro, todavía pendientes de incorporación al Seguro, como las Cajas de Auxilio, Caja Notarial y Profesionales independientes, entre otros. De esta forma, se podría mejorar el “humor tributario” de estos sectores. El punto crítico es que esta política de topeo en los aportes al SNS se realiza sin terminar de definir los mecanismos de incorporación al FONASA de la población amparada por ASSE. En conclusión, parece claro que la incorporación total de la población de ASSE al FONASA se debe continuar procesando por la vía de los incrementos en los aportes presupuestales al prestador público.

Los planes del gobierno del Presidente Mujica<sup>263</sup>, establecían la idea de incorporación progresiva al FONASA de los usuarios de ASSE (desempleados o trabajadores que no cotizan a la seguridad social). Por la vía de este mecanismo, se mejorarían los ingresos económicos por usuario de ASSE, pero también se les brindaría la posibilidad de elección de prestador a todos los usuarios. Esto debería generar mayor presión a los prestadores, incluido ASSE, por tratar de retener a sus usuarios a través de la mejora de la calidad de la atención.

El esquema de ampliación del aseguramiento social en salud parece estar llegando a los límites de sus posibilidades. En realidad, como pudimos ver en el capítulo 6, todos los sistemas de Seguros Sociales de base Bismarckiana (SHI) incorporan diferentes sistemas de topes en la aportación a los seguros, como forma de establecer un freno al incremento global del gasto en salud y para limitar las distorsiones al mercado de trabajo. Los Fondos Sociales de salud tienden a invertir en asistencia el total de sus ingresos, funcionan siempre sobre el límite de sus posibilidades, ya que son muy sensibles a las demandas de los cotizantes. Por otra parte, los trabajadores de altos ingresos tienen siempre la tentación de asociarse con sus empleadores para “subdeclarar” ingresos, como forma de reducir el peso neto de la cotización.

En síntesis, si la libertad de elección de un prestador integral es un valor relevante, si la competencia es una consecuencia de ello y si la mejora presupuestal de ASSE es una condición para la equidad, entonces el sistema enfrenta un gran problema. Por diversos factores, equilibrar esos tres aspectos será una ardua tarea. En cualquier caso, con la aprobación de esta norma queda claro que la incorporación al FONASA de esta población deberá quedar planteada para una administración posterior a la del Presidente Mujica, mejorando la posición de ASSE dentro en el FONASA o dentro del Presupuesto Público.

### **Conclusión: el sinuoso camino para la construcción del SNIS**

El paquete legislativo de la reforma de salud se implementa como un puzzle, en el que las diversas piezas se van encastrando progresivamente. Este procedimiento permitió gestionar diversos temores y conflictos respecto a la reforma, que terminaron impactando dentro de la interna del propio gobierno, en la bancada parlamentaria. Por eso resulta fundamental observar la reforma de salud como un juego dinámico, en el que

---

<sup>263</sup> La plataforma de gobierno del Presidente Mujica fue definida en 2008, en el V Congreso del Frente Amplio Zelmar Michelini.

cada movimiento va modelando las expectativas de los actores y reconfigurando la arena de poder sectorial.

El fortalecimiento estatal en la conducción del sistema podría ser interpretado como un paso intermedio hacia un sistema de salud estatal y público, en el cual se tienda a eliminar a los actores sociales y privados que participan en la provisión. Pero entonces, si ese fuera el caso, el juego de cooperación se suspendería antes de comenzar el juego. La cuestión crítica radica en que la reforma procure la constitución de un sistema mixto, con proveedores públicos y privados en complementación y competencia, o si por el contrario esconde otras intenciones. Este punto es esencial para el progreso de la reforma, ya que plantear un escenario de constitución de un NHS significaba poner en la vereda del frente a las IAMC y a una inmensa porción del gremio médico.

Como pudimos ver, el programa Frentista se adopta e implementa de una manera bastante plástica. Por ejemplo, se simplifica notablemente la propuesta de la UTS que hablaba de crear una Junta Nacional de Salud, responsable de la conducción del SNIS, y una Superintendencia de Salud responsable de la regulación del Seguro Nacional de Salud. En el proceso de discusión del Poder Ejecutivo, se terminan fusionando los cometidos de regulación económica y conducción del SNIS, creando un solo organismo. La JUNASA pasa a centralizar el pago de capitales, los mecanismos de Contratos de Gestión y el pago por Metas Asistenciales, generando un dispositivo con alto poder de tracción de todo el sistema.

En términos estrictos, el SNIS y su SNS tienen poco que ver con los esquemas clásicos de estructuración del Welfare en salud, tal cual analizáramos en el capítulo seis. Tiene una clara familiaridad con los esquemas corporativos de tipo SHI, por que es un sistema que se vincula con el mundo del trabajo y se financia en base a cotizaciones. Pero la reforma crea un Seguro Social centralizado, a diferencia de los esquemas clásicos que son multifondo. Además, las aportaciones en los SHI son obrero-patronales, pero en el SNS son aportes tripartitos, lo cual cambia la naturaleza de la contribución.

La existencia de un fondo centralizado es un rasgo que aproxima más al sistema uruguayo a los esquemas de bienestar socialdemócratas, con sistemas de tipo NHS. Pero la provisión es mixta, combinando servicios públicos y privados, además, se define una canasta básica de prestaciones obligatorias (PIAS). Estos dos elementos son totalmente extraños para los esquemas NHS. El control social de los cotizantes sobre los fondos de salud es una figura muy poderosa de los esquemas SHI, que defiende las prestaciones en cuanto derechos y que no están presentes en los esquemas NHS.

Por otra parte, el fortalecimiento de la autoridad central del Estado en el comando del sistema, es un rasgo propio de los esquemas NHS. Los NHS tienen que tienen un poder jerárquico muy fuerte para conducir la provisión de servicios, que son esencialmente grandes burocracias profesionales. Pero, en la reforma uruguaya el comando incorpora actores sociales, trabajadores y usuarios, más próximo a la naturaleza de los SHI, que se basan fuertemente en el acuerdo de las partes. La Gobernanza del SNIS es sumamente democrática, lo cual le agrega enorme complejidad al proceso de conducción sectorial.

Lo que nos importa destacar aquí es que hay un fortalecimiento de los mecanismos de conducción estatal. Estos mecanismos no son todos estrictamente jerárquicos. Si lo analizamos como un cambio del “régimen de producción sectorial”, tal cual describimos

en el capítulo 4.4, podemos apreciar una reconfiguración profunda de las formas de financiamiento productivo, de pago de servicios, de coordinación productiva de los actores sectoriales.

En el balance, no resulta fácil establecer referencias respecto a los modelos de servicios de salud clásicos. La reforma de salud uruguaya toma un rumbo propio, más preocupada por aprovechar sus activos históricos, que por innovar radicalmente. En términos del cambio institucional, el se ajusta a los patrones descritos en el capítulo 2.4 de cambio institucional incremental con impacto radical. Hay elementos de innovación relevantes, pero que son potenciados o contrabalanceados por elementos muy claros de continuidad institucional. Comienza a consolidarse la imagen de un Estado interventor, con las herramientas necesarias para promover la reestructura de las empresas del sector salud, acompañado de una reconfiguración activa de la arena de poder sectorial. Combina elementos de tipo SHI y NHS, que son forjados al impulso de la coalición reformista: es un Estado Social Desarrollista para el sector salud.

## **Capítulo 11. El Sistema Integrado: un Estado Social Desarrollista**

En este capítulo presentamos la imagen del SNIS y del nuevo Estado que surge con la reforma de salud. Se analizan los nuevos actores institucionales, y los dispositivos que la reforma genera para la conducción del SNIS, tales como la JUNASA, las Cuotas de Salud, Metas Asistenciales y Contratos de Gestión. La participación social juega un papel destacado en el nuevo sistema, por tanto se analizan los nuevos espacios institucionales para la participación social que genera la reforma. La última sección presenta una revisión de algunos indicadores significativos, que marcan el desempeño del sistema de salud en algunas áreas priorizadas de la reforma.

### **11.1. El novedoso Sistema Nacional Integrado de Salud**

En términos sintéticos, podemos decir que la reforma de salud supone un salto respecto a la vieja organización institucional del sistema de salud. Supone el pasaje de un esquema de bienestar en salud de alta cobertura pero “estratificado”, hacia un esquema de bienestar “integrado”. Para esta tesis, resulta de particular interés la transformación de los mecanismos institucionales que afirman el rol de conducción estatal, que son los que propiciarían este pasaje desde un esquema estratificado hacia uno integrado. Dentro de los rasgos a destacar, merece destacarse los siguientes puntos.

En primer lugar, la reforma de la salud instala la lógica de un sistema nacional integrado de salud (SNIS), en donde no existía tal lógica de sistema. Como vimos en los capítulos siete y ocho, el sistema se desarrolló históricamente sobre la base de una variedad de subsistemas fragmentados y sin conexión, inequitativos en su acceso y sin vínculos de complementariedad. La concurrencia y el solapamiento de estos actores, determinan que los recursos del sistema no sean aprovechados en su plenitud, generando inequidad e ineficiencia.

En segundo término, la reforma creó un seguro nacional de salud (SNS) en el que se aporta por ingresos, incluyendo dentro de él a toda la población y no sólo a los trabajadores privados que estaban incluidos en el viejo DISSE. Establece un proceso de universalización del aseguramiento social, de manera planificada y por etapas. La reforma incluye a los familiares en la cobertura de aseguramiento social, de manera inmediata a los hijos y a partir de 2010 a los cónyuges y jubilados en forma progresiva.

Por otra parte, desde el punto de vista de los prestadores es un sistema mixto que incluye a prestadores privados sociales y prestadores públicos en régimen de complementación-competencia, dando opción a los asegurados de elegir entre prestadores públicos o privados. Esto es una gran diferencia respecto al antiguo DISSE, que sólo permitía elegir prestadores privados. Los seguros lucrativos son aceptados como una realidad del sistema, aunque se incorporan de una manera restrictiva, que trata de no fomentar su desarrollo dentro del SNIS<sup>264</sup>.

---

<sup>264</sup> El artículo 22 de la 18211 prevé que aquellos usuarios amparados por el FONASA que deseen acceder a la prestación de un Seguro Privado Lucrativo podrán hacerlo. El Fondo pagará la cuota salud de

Desde el punto de vista del pago a los prestadores, el SNS paga por riesgo y no por cuota única, como en el viejo DISSE. Los ciudadanos aportan en función de su capacidad contributiva y reciben asistencia según sus necesidades en salud. Además, transforma el seguro de salud en un seguro de por vida, ya que no se pierde la cobertura del aseguramiento en salud cuando el beneficiario se jubila.

El esquema apunta a la transformación del modelo de atención avanzando en la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, en base a normativas que estimulan dichas estrategias. Para eso se establecen pagos adicionales por performance (Metas), ligado a metas de atención que deben ser cumplidas por el primer nivel de atención. El sistema apunta a nivelar la calidad y cantidad de las prestaciones a través de la definición taxativa del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), que se convierte en una garantía explícita y exigible ante la autoridad sanitaria.

La reforma también establece una verdadera política de Rectoría y Contralor, que tiene una de sus expresiones en la definición de contratos de gestión y su marco sancionatorio que define compromisos de las instituciones prestadoras con el cumplimiento de los programas sanitarios prioritarios, en el cual la JUNASA es un actor clave. La participación social se incorpora como un eje clave de la conducción de la reforma, con la participación de usuarios y trabajadores del SNIS en el nivel macro de la JUNASA y en el nivel micro de los Prestadores Privados y Públicos (Consejos Consultivos Asesores en los prestadores privados y participación en el Directorio de ASSE). (MSP, 2009: 67-68)

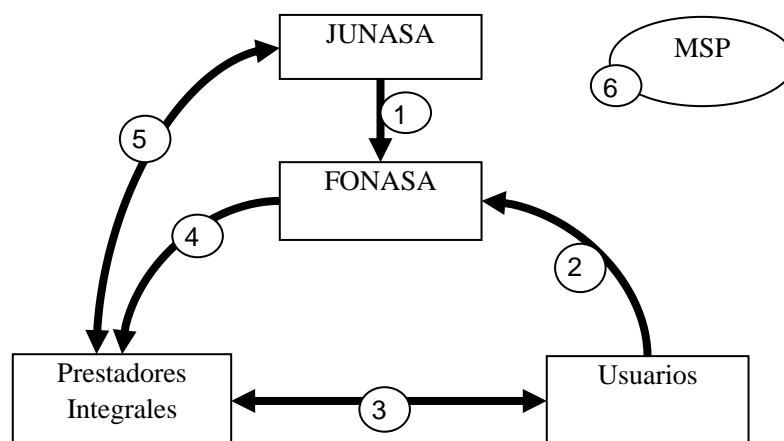
## **11.2. El nuevo esquema de Gobernanza en el SNIS**

En Setaro, M. (2010: 202-22) anticipábamos nuestra idea de que con la reforma de salud se configura un Estado de nuevo tipo. Es un Estado orientador del desarrollo del sector salud, que administra estratégicamente los incentivos económicos para la conducción del sistema, que está orientado por la universalización del derecho a la salud. La figura 11.1 trata de mostrar la estructura, los pilares fundamentales, de este nuevo Estado Social Desarrollista para el sector salud.

---

beneficiario, siempre y cuando ésta no supere el monto de las aportaciones obrero-patronales que perciba por este usuario. Además, el FONASA descontará a los Seguros Privados, por concepto de gastos de administración, un 6% de la transferencia de la cuota.

Figura 11.1. Gobernanza del SNIS desde la JUNASA



Fuente: elaboración propia, en base a Setaro, M. (2010)

En lo que respecta a su estructura institucional, el nuevo sistema se sustenta en los siguientes pilares (Ver figura 11.1). En primer lugar, el FONASA reúne los aportes económicos del Estado, empresas y familias. Los Usuarios del Fondo aportan según su capacidad contributiva y su estructura familiar (2). Los porcentajes van desde 3% hasta 8% de sus ingresos. Las Empresas y el Estado aportan un 5% por sus trabajadores en todos los casos. El Fondo paga (4) directamente a las instituciones de salud una cuota de salud ajustada por riesgo, por cada uno de sus beneficiarios, de manera independiente de lo que éstos aporten al Fondo. Finalmente, los usuarios eligen libremente el prestador de salud preferido para recibir atención (3).

En este esquema, el Fondo de Salud (FONASA) oficia como cajero, pagando a los Prestadores Integrales Cuotas de Salud ajustadas por riesgo, además del componente por Meta Asistencial (4). El Fondo recibe las órdenes de pago (1) de la JUNASA, que es quien asiste al Poder Ejecutivo para definir la estructura de las Cuotas y Metas en el SNIS. La JUNASA acuerda con los Prestadores Integrales un Contrato de Gestión, en el cual se establecen las obligaciones que serán monitoreadas por la Junta (5).

Esta modalidad contractual busca explicitar obligaciones, transparentar incentivos económicos y penalizaciones. Todo bajo una lógica que busca alentar el mejor desempeño de los prestadores, antes que ser un mero dispositivo de control y castigo. Se pretende con esto orientar la modificación de las prácticas asistenciales de las instituciones, generando estímulos para el logro de acciones que vayan en el sentido del nuevo modelo de atención sanitaria que se plantea el SNIS.

En el esquema ideal, el Seguro Social de salud apunta a combinar justicia contributiva, eficacia sanitaria y eficiencia económica. Los individuos aportan según su capacidad contributiva y reciben atención según sus necesidades de salud. Además, el Fondo redistribuye los recursos financieros, desde los grupos de población con utilización baja de servicios de salud (menor riesgo), hacia otros grupos que deben hacer un uso más intensivo de los servicios (mayor riesgo). Los incentivos económicos, mediante las



Cuotas de Salud y el pago de las Metas Asistenciales, buscan alentar la calidad y la eficiencia asistencial, mitigando las prácticas empresariales de selección de usuarios menos riesgosos.

La jerarquía democrática esta presente dentro de este esquema con rasgos de autorregulación corporativa. El Ministerio de Salud (6) tiene un rol de supervisión general de todo este esquema. Determina el PIAS que los prestadores deben brindar a los usuarios, negocia con el MEF los ajustes de las Cuotas de Salud y los niveles de aportes del Gobierno Central al SNS, aprueba los contratos y las metas que la JUNASA acuerda con los prestadores, entre otros.

La ley obliga al MSP a determinar el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), en el cual se definen las prestaciones y programas de salud prioritarios. Además, el MSP debe determinar la estructura de las Cuotas de Salud y las Metas Asistenciales. Se espera que estas tres herramientas tengan un especial impacto sobre la organización de los prestadores y sus estrategias asistenciales. La JUNASA, organismo desconcentrado del MSP, es el responsable de supervisar el funcionamiento de esos tres dispositivos.

El PIAS garantiza el acceso del ciudadano a los programas prioritarios y a las prestaciones de salud fundamentales. El hecho de que el PIAS sea un plan explícito contribuye a instalar una lógica de derechos, de consecuencias muy relevantes para la conducta de los prestadores de salud. El ciudadano puede recurrir ante la autoridad sanitaria si un efector de salud no cumple con las prestaciones obligatorias en cuanto a calidad y oportunidad, tal cual deben estar definidas por el PIAS<sup>265</sup>.

El PIAS funciona como el elemento de cohesión de todo el sistema, ya que la ley lo define como el plan único y obligatorio para todos los prestadores de salud. En sentido estricto, es el elemento de cohesión de todos el SNIS, ya que están obligados a brindarla tanto los prestadores públicos como los privados. La ley 18211 establece la obligatoriedad del PIAS, que incluye el Formulario Terapéutico Médico (FTM) y las prestaciones de alta complejidad a cargo del FNR. La transferencia económica que realiza la JUNASA está determinada por la estructura del PIAS, por los servicios incluidos y sus costos.

Según el Banco Mundial (2012), el PIAS es la pieza que permite suturar todo el SNIS, al establecer el plan básico que todo ciudadano debe recibir, de parte de cualquiera de los prestadores del sistema. De allí que resulte vital la adecuada protocolización del PIAS, para garantizar la equidad en el acceso. Pero también es muy importante la adecuada administración de las incorporaciones de las prestaciones y su protocolización, por que eso luego se refleja en el precio de la Cuota de Salud, impactando directamente en la salud financiera de los prestadores de salud o del FONASA.

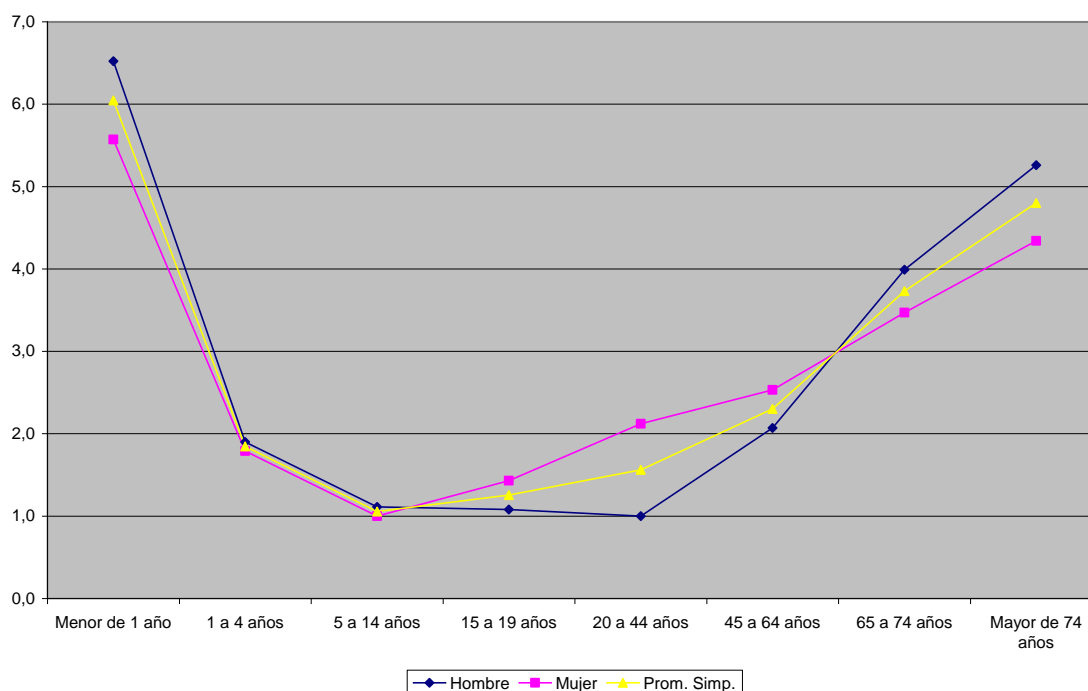
Por otra parte, tenemos la estructura de la Cuota de Salud, que tiene la virtud de transparentar los costos de atención esperados para diferentes grupos de población,

---

<sup>265</sup> La ley 18211 establece que el MSP y la JUNASA deben elaborar y publicar el Decreto que establece el PIAS. Además, los obliga a publicar los resultados asistenciales de las instituciones públicas y privadas, y el grado de cumplimiento de las Metas Asistenciales.

diferenciados por edad y sexo<sup>266</sup>. Los grupos de mayor costo se concentran en los tramos de niños menores de 1 año y en los individuos mayores de 65 años. En 2009, un prestador de salud recibe por un recién nacido unos 2500-2900 pesos mensuales, según el sexo, lo cual es casi el triple del valor de lo que recibiría por un adulto varón de 45-64 años (940\$). Esta estructura de pagos tiene como finalidad que los prestadores de salud no incurran en práctica de “selección de riesgos”. El gráfico 11.1 muestra la estructura de la cuota de salud ajustada según riesgo<sup>267</sup>.

**Gráfico 11.1. Estructura relativa de las cápitas del FONASA**



El esquema de Cuota ajustada por riesgo establece incentivos fuertes a los prestadores para tener una política muy activa de promoción y prevención en salud en estos grupos de población. Los administradores de salud tienen ahora estímulos muy fuertes para mantener a la gente sana, porque eso evita los costos de la atención de la enfermedad. El nuevo esquema de cuota de salud supone un aliciente específico al desarrollo de la Atención Primaria en Salud. Además, contribuye a evitar el desfinanciamiento de los prestadores, al retribuir de manera diferencial, según los costos esperados de la atención de poblaciones con necesidades diferentes.

<sup>266</sup> El sexo y la edad son principios básicos de diferenciación. La ley habilita a que el MSP pueda incorporar otros elementos asociados al riesgo asistencial, como ser las condiciones socioeconómicas o medioambientales en que viven los individuos.

<sup>267</sup> En Setaro y Koolhas (2008) hay una buena descripción del sesgo generacional, por sexo y territorio que establece el sistema de capitas. En los primeros dos casos resulta muy evidente en la lectura del gráfico. En el tercer caso, el sesgo territorial viene dado por que el FONASA paga una única cuota en todo el país, y la estructura de costos en el Interior es inferior a la de Montevideo.

Por último, el componente Meta Asistencial está dirigido a establecer incentivos para el mejor desempeño asistencial de los prestadores que contratan con la JUNASA. Es decir, si la estructura de la Cuota de Salud no es un incentivo suficiente, la Meta puede corregir esa situación, asociando el pago al desempeño asistencial. En la primera etapa de la reforma, el MSP ha establecido sus prioridades en la salud Materno-infantil, el Adulto Mayor y las de capacitación del personal de salud y la definición de Médicos de Referencia. Todas estas acciones, además de la prioridad sanitaria, están fundamentadas en razón de su efecto esperado en el cambio de modelo de atención.

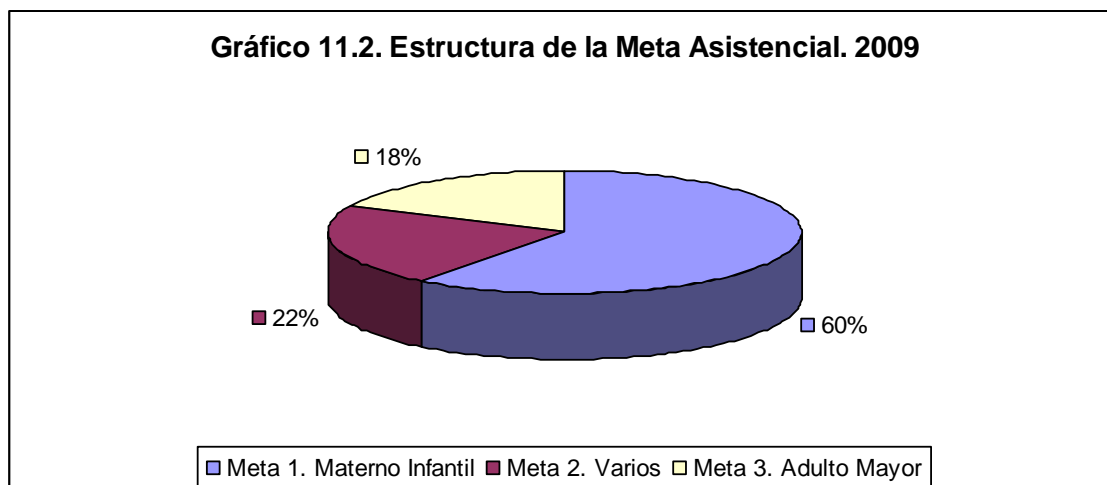
**Tabla 11.1.**  
**Metas en el Seguro Nacional de Salud, 2008-2012**

<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
Meta 1. Salud Materno Infantil	Captación del Recién Nacido Visita domiciliaria para nacidos de riesgo Controles en salud, de niños de un año según pauta Controles en salud, de niños de dos años según pauta Controles en salud, de niños de tres años según pauta Ecografía de Cadera Acreditación en BPA Control del Embarazo Historia clínica Perinatal básica completa Control de VDRL y HIV en el embarazo Captación precoz del embarazo Pesquisa de violencia doméstica
Meta 2.i. Estructura RRHH	Médicos Generales, Pediatras y Ginecólogos cada mil habitantes, en prestadores del SNS
Meta 2.ii. Capacitación	Programas de capacitación para trabajadores de salud en temas de: hipertensión, diabetes, tabaquismo y violencia doméstica
Meta 2.iii. Médico de Referencia	Población 15-19 y 45-64 años referenciada a Médico General de primer nivel de atención
Meta 3. Adulto Mayor	Usuarios mayores de 65 años captados en SNIS, con Carné del Adulto Mayor y controles de salud

Fuente: MSP, 2009: 62-70 JUNASA, 2012

La tabla 11.1 muestra en detalle la estructura de las Metas y sus indicadores de seguimiento. En 2008 se comenzó a aplicar la Meta 1 y la Meta 2.i. Las otras metas se comienzan a aplicar a partir de Julio de 2009. Al día de hoy, dentro de la meta 2 se mantiene vigente la meta número 2.iii. La JUNASA le paga a los prestadores integrales, según las actividades y resultados alcanzados. En caso de no cumplir la Meta, la Junta está habilitada a suspender, de forma total o parcial, el pago de este incentivo económico. El peso económico de la Meta es significativo en las finanzas de los prestadores, ya que representa algo sí como el 10% del valor de la Cuota Salud promedio que paga la JUNASA. El gráfico 11.2 siguiente muestra la estructura relativa, con el peso que tienen las tres metas en el esquema.

**Gráfico 11.2. Estructura de la Meta Asistencial. 2009**



De acuerdo a Buglioli, Dean, Esponda y Rafaelle (2009), la metodología seguida para determinar el valor de las Cuotas Salud, consistió en determinar los costos de atención de los usuarios del sistema. Para ello se seleccionaron prestadores de salud, que reunían condiciones aceptables de eficiencia y calidad de información, estimando su costo asistencial por usuario. A partir de esta estimación de costos, surge una diferencia, entre el costo asistencial esperado, y el financiamiento que surge de las cotizaciones de estas poblaciones. Frente a este dato, las autoridades se plantean establecer un pago atado al cumplimiento de objetivos asistenciales, que operen como metas de desarrollo institucional de los prestadores de salud. (Buglioli, et al 2009: 57-69)

El mecanismo de metas, por su propio diseño, fija el estímulo a nivel de los gestores institucionales (nivel gerencial, la administración), quienes son responsables de “movilizar” a la institución en la búsqueda del resultado buscado. El mecanismo es interesante y novedoso, ya que la experiencia internacional está concentrada en la implementación de mecanismos de tipo P4P (Pay For Performance)<sup>268</sup>.

Dentro de este esquema, resulta de gran interés analítico el diseño e implementación de la Meta Asistencial número 1. En su diseño podemos apreciar la orientación dirigida al cambio de modelo de atención. Las autoridades del MSP definieron, en primer lugar, una línea de base en cuanto a la actuación de los prestadores de salud respecto al Programa Nacional de Salud del Niño (PNSN). Esta actuación se define en términos de los controles obligatorios que establece el PNSN, sobre los cuales cada prestador del SNS determina su línea de desempeño base. El paso siguiente consiste en la determinación de una meta de mejora por parte de los prestadores de salud, a través de un diálogo técnico y negociación entre prestadores y MSP. De esta forma la Meta establece una línea de mejora institucional en el área seleccionada<sup>269</sup>.

<sup>268</sup> En realidad, la bibliografía se focaliza principalmente en la aplicación del P4P al personal de salud, con la idea de que los estímulos económicos debe estar lo más próximo posible a quienes proveen el servicio de salud. Un caso interesante es el Plan NACER de la República Argentina, que establece objetivos en salud Materno-infantil entre prestadores del sector público, y pagos asociados al cumplimiento de resultados

<sup>269</sup> Este procedimiento es muy interesante, por que procura preservar la autonomía de gestión de cada prestador, pero establece además un espacio para la negociación, que permita determinar un objetivo

### 11.3. La JUNASA y los Contratos de Gestión

Los Contratos de Gestión, definidos por el artículo 15 de la 18211, establecen las obligaciones que los prestadores de salud se comprometen a realizar ante la JUNASA. Los Contratos establecen una serie de obligaciones para los prestadores de salud y beneficios para los usuarios del SNS, que son de naturaleza adicional a las que establece el PIAS. El Contrato de Gestión es un elemento clave en el funcionamiento del SNIS, por que en él se incluye el mecanismo de sanción ante incumplimiento de los prestadores de salud. Las obligaciones incluidas en el Contrato de Gestión pueden generar, en caso de incumplimiento de alguna cláusula, la aplicación de una sanción o penalización económica<sup>270</sup>.

Con el primer Contrato, los prestadores se obligan a brindar el PIAS, FTM y los programas de salud obligatorios (Decreto PE 464/008). Incluye el pago de las Cuotas Salud y las Metas Asistenciales. Establece los beneficios de todos los usuarios del SNIS, también define beneficios extra para usuarios del SNS. El Contrato tiene una duración de tres años, se puede prorrogar y también rescindir por las partes, pero esto implica la pérdida y redistribución de sus usuarios, hacia otros prestadores que contraten con JUNASA. Esta primera versión del Contrato tiene un carácter inaugural, de introducir a los prestadores en una nueva lógica. Con la excepción de las Metas Asistenciales, la implementación de esta primera herramienta fue relativamente “suave”. (Entrevistas Elites)

El último Contrato de Gestión aprobado por la JUNASA, por el Decreto PE 81/002, incorpora un nuevo enfoque a la relación con los prestadores. Se incorporan aspectos relacionados con dimensiones de la gestión institucional de los prestadores. Por ejemplo, referidos a la calidad de la atención y seguridad del paciente. El prestador se compromete a instalar los siguientes dispositivos internos: Comité de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina COSEPA; Comité de infecciones hospitalarias; Comité de Gestión de Residuos Hospitalarios; Estrategia de Cirugía Segura.

Además, el último Contrato de Gestión incorpora una diversidad de nuevos dispositivos. Se constituye un grupo de trabajo para el seguimiento de los ajustes de Cuotas Salud en el sector, y para analizar la evolución de la incorporación de jubilados y su impacto en la situación financiera, integrado por: 2 MSP, 2 MEF, 2 IAMC y 1 FEMI. También se conforma una Comisión Asesora de Metas Asistenciales, que entenderá en la revisión, actualización o renovación de metas asistenciales, integrada por: 5 del MSP, 3 IAMC (1 es FEMI) y 1 ASSE.

---

de mejora concreto. En sentido estricto, guarda una relación muy estrecha con las metodologías de mejora de la calidad de los procesos (TQM) y los procesos de Bench-Marking.

<sup>270</sup> Este procedimiento está reglamentado por Decreto 464/008 del Poder Ejecutivo. Las sanciones van desde una simple observación, la retención de los montos de las Cuotas Salud, o la expulsión del Seguro.

Se acuerda un proceso de modificación del PIAS, estableciendo un procedimiento técnico para la consulta a las instituciones de salud, que se realizará sobre la base de una propuesta fundamentada técnicamente por la JUNASA, con estudios de financiamiento realizados por el MSP y el MEF. También se acuerda un procedimiento para modificación del FTM, delimitando las responsabilidades de la Comisión Asesora del FTM. En el caso de Medicamentos de alto costo, se estará a lo que define el Decreto 4/010, que le asigna la mayor carga de responsabilidad al FNR.

El proceso de negociación de este Contrato provoca la introducción de un mecanismo nuevo para el financiamiento de proyectos de inversión. El sistema consiste en la introducción de una sobre-cuota de inversión, de hasta el 3% del valor de las cuotas salud que ingresan a las instituciones. Los proyectos serán presentados por las instituciones ante la JUNASA, para ser evaluados por el MSP y el MEF en cuanto a su factibilidad asistencial<sup>271</sup> y económico-financiera. La ley 18922 de 2012, en su artículo 17, establece el marco general de este sistema. El Poder Ejecutivo prevé un fondo máximo de unos 90 millones de dólares, para financiar proyectos a ser ejecutados en 2013-2014, Los proyectos de inversión deberán ser financiados en un 30% por recursos propios de las instituciones.

Como podemos ver, en términos comparativos, podemos ver que el segundo Contrato de Gestión se introduce de lleno en los aspectos micro de las instituciones de salud. Hay una actitud mucho más intervencionista del Estado sobre la gestión de los Prestadores del SNIS. Pero, en contrapartida, también hay un involucramiento mayor de los Prestadores de Salud en los procesos críticos de Gobernanza del Sistema, que comienzan a participar en los grupos técnicos relacionados con la determinación de las Cuotas de Salud, PIAS y el FTM. Jerarquía y participación social se mixturán, en un proceso de conducción que podríamos caracterizar de “Coproducción Regulatoria”.

#### **11.4. La participación social en la Gobernanza del sistema**

El SNIS le asigna un rol fundamental a la participación social para el ejercicio del control sobre este esquema de política pública. La reforma incorpora la participación de usuarios, trabajadores y gestores de servicios de salud, en diversos ámbitos de gestión del sistema. Se configura una arena participativa para la formulación y, muy especialmente, el control de la política de servicios de salud. En la tabla 11.2 siguiente se muestra la diversidad de ámbitos institucionales de participación, que se generaron desde la asunción del Frente Amplio, y en particular con la reforma de salud. Todos estos dispositivos tienen un impacto directo en la configuración de la política de salud.

Como podemos ver, se introduce la participación de los principales actores sociales en todos los procesos relevantes del funcionamiento del SNIS. No solo en la JUNASA, que es muy importante, sino en una diversidad de espacios, que van generando toda una

---

<sup>271</sup> La reglamentación de esta norma establece que se deberá considerar muy especialmente la existencia de proyectos de complementación asistencial en la formulación de estos proyectos. Entonces, este fondo crea una herramienta muy potente (dinero público) para fomentar la “complementación cooperativa” entre prestadores de salud privados y públicos.

capilaridad social en el proceso de elaboración de políticas. La participación puede enfocarse hacia el control de las políticas, pero la propia participación en los ámbitos de dirección, ofrece a los actores la oportunidad de incidir en la propia formulación de las políticas. Se estaría planteando un esquema similar al de la *autonomía articulada*, como el propuesto por Evans, P., (2007), en donde políticos, técnicos del Estado y organizaciones representativas, participan en pie de igualdad. Se genera capacidad de conducción sectorial, en el relacionamiento con la sociedad para la definición de objetivos generales.

Como vimos en el capítulo 3, en particular el enfoque de Peter Evans, esto viene a cuenta de las posibilidades de un accionar autónomo del estado, que evite ser capturado por intereses particularistas. En la visión de Evans, las estructuras de los Estados Desarrollistas logran un accionar que es autónomo técnica y políticamente, pero que a su vez se imbrica con la sociedad, para gestionar posibles bloqueos y para construir las coaliciones que sustentan la implementación exitosa de las políticas. En este esquema de Evans, juega un rol fundamental la figura del técnico estatal, del burócrata de carrera, que por su propia especialidad técnica y centralidad institucional, puede imprimir a las políticas una orientación generalista sostenida en el tiempo.





**Tabla 11.2.**  
**Ámbitos de participación social en el SNIS**

<b>Ámbito</b>	<b>Actores</b>	<b>Observaciones</b>
Consejo de Salarios-Sector Privado *	MTSS, MEF, Trabajadores privados, Empresarios (MSP)	Según el sector regulado, se suman otros ministerios, como por ejemplo el MSP en la negociación del Laudo del Sector salud.
Consejo de Salarios-Sector Público *	MTSS, MEF, OPP, ONSC, Trabajadores estatales (MSP-ASSE)	En el sector salud, ASSE, está adquiriendo lentamente especificidad dentro de esta negociación general.
Consejo Consultivo para implementación del SNIS	MSP, UDELAR, BPS, Consejo de Intendentes, Trabajadores, Usuarios, Empresarios, etc.	De suma importancia para la negociación de las leyes de reforma, en la actualidad ha perdido relevancia como ámbito negociador.
Directorio JUNASA	MSP, MEF, BPS, Usuarios, Trabajadores y Gestores del sector salud	Ejercen la administración del Seguro Nacional de Salud. La representación de los trabajadores corresponde a la Central de trabajadores, los médicos como cuerpo reclaman participación en este ámbito.
Directorio de ASSE	2 integrantes del Poder Ejecutivo, 1 integrante de la Oposición + Usuarios y Trabajadores	Sociales integran el directorio y participan de las decisiones de la empresa ASSE. La representación de los trabajadores corresponde a la Central de trabajadores. Los médicos como cuerpo reclaman participación en este ámbito.
Consejos Honorarios Departamentales	Director Departamental de Salud-Intendencia-Actores sector salud local: usuarios, trabajadores no médicos y gremios Médicos	Supervisan la implementación del SNIS a nivel Departamental, se articulan a nivel nacional con el MSP y la JUNASA. Médicos logran incorporarse en este ámbito.
Consejos Consultivos de las IAMC	Usuarios, Trabajadores y Gestores de las IAMC	Fiscalizan el correcto funcionamiento de las IAMC, denunciando desvíos ante el MSP.
Consejos Consultivos de ASSE	Usuarios y Trabajadores	Pendiente de reglamentación, aunque existen varios organizados en diversos lugares
Comités de Bioética	Técnicos, trabajadores y usuarios de la institución de salud	Entender y asesorar en aquellos procesos que implique valoraciones desde el campo de la bioética
Comités de Seguridad del Paciente	Técnicos, trabajadores y usuarios de la institución	Entender y asesorar en todos aquellos aspectos que hacen a la seguridad de los procesos de atención en salud

Fuente: elaboración propia. (\*) Corresponde a la política de relaciones laborales que promovió el gobierno, desde el MTSS. El impacto sobre la política de salud es muy relevante.

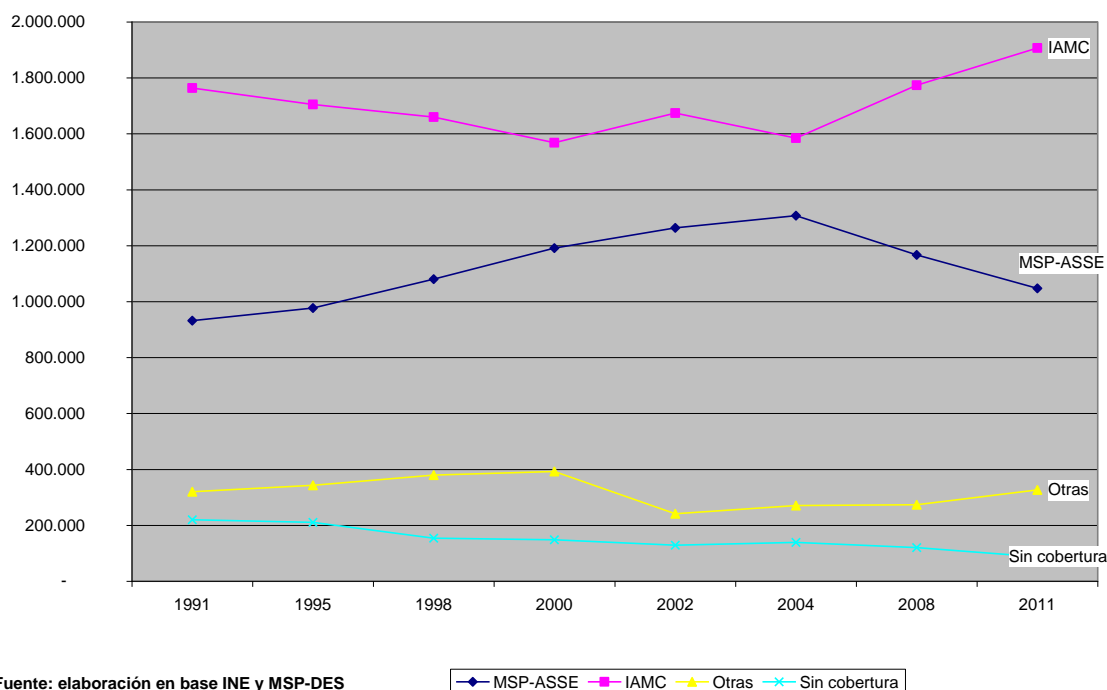
## 11.5. Avances en la implementación del sistema integrado

En la revisión teórica sobre sistemas de salud que realizamos en el capítulo cuatro, presentábamos algunas dimensiones relevantes para evaluar el desempeño de los sistemas de salud (capítulo 4.2). En esta sección seleccionamos algunos indicadores, que se relacionan con ese enfoque de evaluación de desempeño de sistema de salud. Sin embargo, como dejamos consignado en la introducción de este capítulo 11, la selección de indicadores se basa en el puro criterio de disponibilidad y accesibilidad. No obstante, tratamos de dar cuenta de algunas de las dimensiones significativas en términos del análisis de la estructura institucional del nuevo SNIS: cobertura de salud, protección social en salud, equilibrio provisión público privado, producto asistencial del sector salud, orientación de los servicios de salud.

### Ampliación de la cobertura y la protección social en salud

La ampliación de la cobertura explícita de servicios de salud es uno de los objetivos más importantes para un sistema de salud. Si revisamos las series históricas que hemos presentado en este trabajo, podemos apreciar una ampliación sistemática, con una reducción significativa del porcentaje de personas que declara carecer de cobertura de atención en salud. El gráfico 11.3 confirma la reducción del porcentaje de personas que declara carecer de cobertura, pasando de 6.8 a 2,6% entre 1991-2011. (Jorcín, Arbulo, Pagano, Rak, Rivas, 2013a)

Gráfico 11.3. Tendencia cobertura salud. 1991-2011



La gráfica 11.3 nos permite apreciar además la variación en las coberturas, con gruesas oscilaciones, que se produce durante el período 1991-2004. Como podemos ver en la gráfica, entre 2000 y 2005 se produce un importante traslado de usuarios desde el sector mutual a ASSE. Esto tiene el efecto, descrito en el capítulo 8.7, de debilitar las finanzas de las IAMC y de saturar los hospitales públicos. A partir de 2006 comienza a recomponerse esta situación, retornando a las coberturas previas a la crisis, generándose un nuevo equilibrio entre ambos sectores.

En este punto, debemos tener presente dos aspectos relacionados con la cobertura asistencial. En primer lugar, el valor de la cobertura como un derecho que puede ser accionado por los usuarios. En segundo término, el diferencial en términos de producción asistencial que tiene el sector IAMC en relación a ASSE. La idea de que las personas que carecían de cobertura formal estaban cubiertas por los servicios de atención pública del MSP es parcialmente cierta. En primer lugar, porque los servicios de salud públicos estaban limitados a prestar atención a quien demuestra carecer de medios económicos suficientes. En segundo término, por el diferencial enorme en cuanto a la disponibilidad de medios y recursos, que muestran los establecimientos privados respecto a los públicos. En muchos casos, el servicio público se limitaba a brindar una cobertura frente a episodios agudos.

Evidentemente, esta expansión de la cobertura se monta sobre el fuerte dinamismo del mercado de trabajo. La reducción del desempleo y la formalización del mercado de trabajo van de la mano de la mejora en las remuneraciones. La tabla 11.3 siguiente muestra la evolución del Índice Medio de Salarios (IMS) y de los indicadores de actividad, tomando como referencia el período 1996-2012. La tabla nos permite apreciar el fluctuante proceso de mejora salarial que se registra en los años 90s, seguido del período de deterioro que arranca con la crisis de Brasil (1999) y luego de Argentina (2002). Recién en 2010 el país lograría recuperar los niveles salariales previos a la crisis.

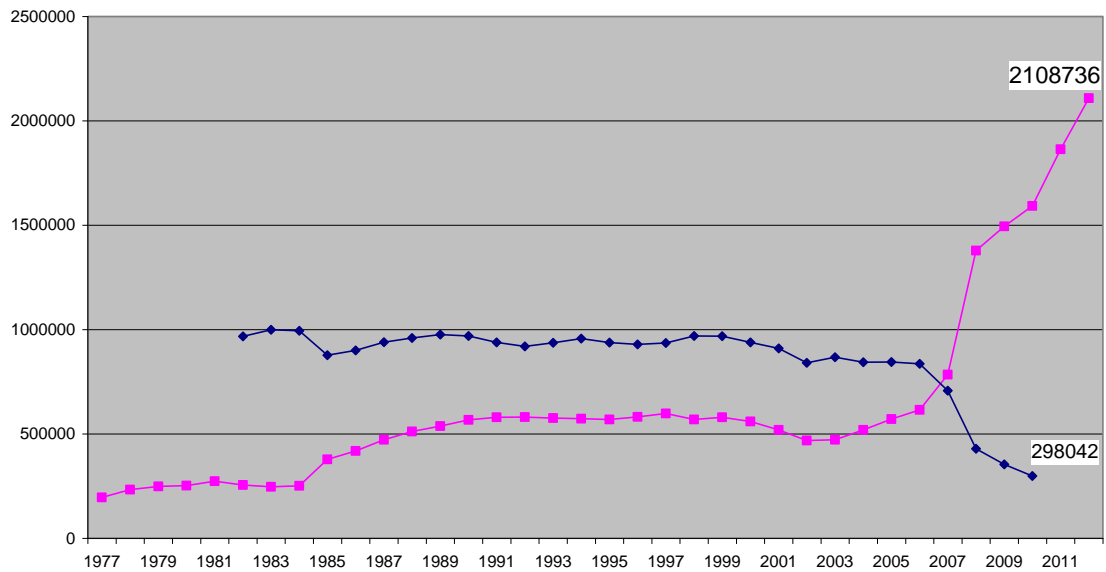
Año	PEA	Tasa empleo	Tasa Desempleo	IMS (1)
1996	59,1	52,2	11,6	120,0
1997	58,5	52,5	10,3	120,3
1998	60,0	53,8	10,3	122,5
1999	59,4	52,6	11,4	124,4
2000	59,5	51,1	14,2	122,8
2001	60,6	51,6	14,9	122,4
2002	58,4	47,6	18,6	109,3
2003	58,9	49,8	15,4	95,7
2004	58,3	51,3	12,1	95,6
2005	59,0	51,9	12,1	100,0
2006	60,9	53,9	11,4	104,4
2007	62,7	56,7	9,6	109,4
2008	62,6	57,6	8,0	113,2
2009	63,3	58,4	7,7	121,4
2010	63,5	58,8	7,5	125,5
2011	65,0	60,7	6,6	130,5
2012	64,0	59,6	6,7	136,1

Fuente: INE. (1) Año base 2005=100

Lo más interesante de la tabla 11.3 refiere al ciclo de stop-and-go de la economía uruguaya. Si miramos con atención la tabla, el ciclo de expansión de la cobertura de la protección social en salud se acompaña al ciclo de recuperación económica. Este proceso de depresión, seguido por recuperación, opera como un elemento facilitador en la expansión del Seguro Nacional de Salud, por que la redistribución se realiza en un contexto de “ganamos todos”. El período muestra un proceso de ampliación de beneficios para los trabajadores, en la forma de mayores beneficios en servicios de salud.

Como pudimos ver, la economía uruguaya, en términos de sus indicadores de empleo y salarios, muestra una estructura muy diferente en los dos períodos (previo y posterior a la crisis). La expansión económica se acompaña de una ampliación de bienestar importante, pero bajo una estructura totalmente diferente. En el caso del sector salud, la ampliación de la cobertura de salud resulta de potenciar los mecanismos de aseguramiento colectivos. En el gráfico 11.4 siguiente, podemos ver como se modifica radicalmente la estructura de financiamiento de la provisión en salud. El pago directo de las personas, mediante pago de cuotas o convenios, se reduce radicalmente a partir de la implantación del FONASA en 2007.

**Gráfico 11.4. Evolución cobertura Fondo de Salud y de afiliación individual IAMC. 1977-2012**



Fuente: INE y JUNASA

■ BPS/FONASA    ◆ Individuales IAMC

Como ya mencionamos, la expansión que provoca la reforma de salud tiene un impacto muy fuerte, en particular sobre las IAMC, produciendo un nuevo equilibrio en el sistema. Esto se aprecia además en el cambio de la estructura sociodemográfica de estas instituciones. La tabla 11.4 siguiente muestra la notable expansión de la cobertura IAMC en todos los grupos de edad (casi un 50%), pero muy especialmente, como era de esperarse, entre los menores de 18 años. La cobertura en estos grupos de población llega a triplicarse en algunos caso (niñas del grupo 5-14 años, crece un 312 por ciento).

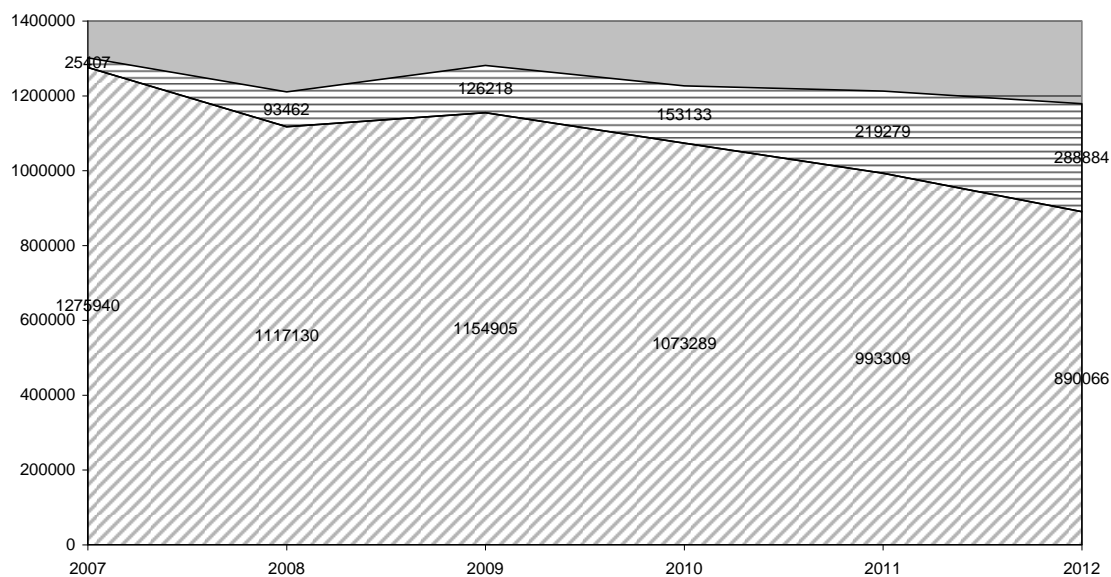
**Tabla 11.4.**  
**El cambio de la estructura poblacional de las IAMC, 2005-2012**

	EDAD	2005	2012	Dif-05-12	Multiplicador
SEXO MASCULINO	< 1	7.291	14.325	7.034	1,96
	1 a 4	21.461	63.305	41.844	2,95
	5 a 14	55.037	171.384	116.347	3,11
	15 a 19	36.977	70.471	33.494	1,91
	20 a 44	298.885	390.834	91.949	1,31
	45 a 64	183.637	227.905	44.268	1,24
	65 a 74	59.183	61.639	2.456	1,04
	> 74	46.314	54.378	8.064	1,17
	Total	708.784	1.054.241	345.457	1,49
SEXO FEMENINO	< 1	6.863	13.572	6.709	1,98
	1 a 4	20.767	60.859	40.092	2,93
	5 a 14	52.466	163.775	111.309	3,12
	15 a 19	31.631	62.592	30.961	1,98
	20 a 44	250.517	369.413	118.896	1,47
	45 a 64	180.336	214.166	33.830	1,19
	65 a 74	78.926	69.830	-9.096	0,88
	> 74	85.260	100.288	15.028	1,18
	Total	706.765	1.054.495	347.730	1,49
<b>TOTAL PAIS</b>		1.415.549	2.108.736	693.187	1,49

Fuente: SINADI

Esta expansión de las IAMC se acompaña de un fortalecimiento de los servicios de ASSE. La introducción de un esquema de aseguramiento obligatorio, financiado por un Fondo único, motiva a los prestadores tener políticas activas de captación y retención de usuarios. En 2012 ASSE se convierte en el primer prestador de servicios de salud dentro del FONASA. Como podemos ver en el gráfico 11.5, unos 288 mil usuarios de ASSE están financiados por el seguro de salud en 2011, lo cual representa el 25% del padrón de usuarios de la institución. Esto se ve acompaña por un proceso de depuración del padrón de usuarios, lo cual le permite a la ASSE realizar una planificación adecuada de los recursos y del proceso asistencial.

**Gráfico 11.5. Usuarios de ASSE, según tipo de afiliación. 2007-2012**



Fuente: JUNASA y ASSE

□ Presupuesto ■ FONASA

### **Administración de la economía política en la expansión de cobertura**

Como pudimos ver a lo largo de esta tesis, la reforma se implementó de forma secuencial. La lectura de la tabla 11.5 siguiente nos permite apreciar este proceso de incorporación de diferentes colectivos en el FONASA. En este proceso resulta clave la administración de los tiempos y la secuencia de ingresos. En ese proceso de incorporación, se van ampliando y reconfigurando las coaliciones de beneficiarios de la reforma (los niños, sus padres, y los jubilados son los más notorios).

Como vimos más arriba, en el período 2005-2012 la expansión del mercado de trabajo, así como las políticas activas de formalización del empleo, tienen un impacto grande en la expansión de la cobertura. Este elemento es fundamental, para explicar la exitosa expansión del seguro de salud. Los mayores controles del Estado, y las garantías que vienen de la mano de la negociación colectiva, tienen un impacto muy importante. Pero también hay que contar la implementación de políticas asociadas al empleo formal, como la expansión del SNS, que generan un circuito de interacción positiva, entre empleo, formalización y protección social.

**Tabla 11.5.**  
**Población en el FONASA. 2007-2012**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Trabajadores privados</b>	671781	741691	791108	829555	955824	954879
<b>Bancarios</b>	0	7690	14935	24599	18874	19432
<b>Notarial</b>	0	0	0	0	6085	6056
<b>Trabajadores públicos</b>	24480	120610	130220	133246	138086	141906
<b>Pasivos</b>	52560	72088	89064	112379	146586	319530
<b>Menores</b>	0	435664	469108	491490	567162	593926
<b>Cónyuges y/o Concubinos</b>	0	0	0	629	31484	73007
<b>Total</b>	748821	1377743	1494435	1591898	1864101	2108736

Fuente: JUNASA-MSP (2013: 37-38). Los datos son a Diciembre de cada año.

Las políticas de promoción del empleo de calidad tienen gran responsabilidad, de forma directa e indirecta, en la expansión del FONASA. Como vimos en el capítulo 10, con la aprobación de la ley 18131 en 2007, comienza el ciclo de incorporación de los trabajadores estatales al ámbito del fondo público único. Esta ley tuvo en su origen un convenio colectivo entre el gobierno y los trabajadores del Estado. El armado de este convenio dio lugar a la formulación de esta ley, en la que además de prever la expansión de beneficios, se anticipaban los grandes trazos de la futura reforma de salud<sup>272</sup>.

El gran salto sería en 2008, con la ley 18211, en que se incorpora a todos los hijos menores de 18 años de trabajadores cotizantes al Seguro Nacional de Salud. La ampliación de beneficios a este colectivo, niños y jóvenes, tiene un efecto político y social muy fuerte. Los trabajadores que se incorporan al FONASA pueden sentir que sus cotizaciones son más altas que las que realizaba previo a la reforma. Sin embargo, estos trabajadores también perciben, con mucha claridad, que hay una ampliación de la cobertura a este especial grupo de población.

En 2011, la ley 18731 incorpora a profesionales y Escribanos en el régimen general del FONASA. También se incorporan los seguros convencionales o Cajas de Auxilio, ampliando notablemente la cobertura del Fondo de Salud. Lo más importante de esta ley, es que permite financiar la incorporación progresiva de cónyuges y jubilados al régimen del FONASA. Estamos hablando de los colectivos de trabajadores con mayores niveles de ingreso dentro de la sociedad uruguaya, y su incorporación permite financiar la incorporación de estos colectivos deficitarios (Jubilados y Cónyuges). Pero además de la redistribución, esta incorporación tiene un valor político fundamental, ampliando la noción de ciudadanía social a sectores cada vez más amplios de la sociedad uruguaya.

### **Expansión del gasto y de la protección en salud**

De acuerdo a un estudio realizado por Llambí, Oddone et al (2010: 37-45), en el período 2004-2008 se observa un importante incremento en la progresividad del gasto público en salud. La mejora del presupuesto de ASSE y de otros servicios públicos, más el

<sup>272</sup> Entre 2007 y 2012 la expansión de la cobertura de trabajadores estatales se multiplica casi por seis. Además del valor político de esta incorporación, es importante tener en cuenta que en términos globales son trabajadores con ingresos superiores a la media, lo cual permite fortalecer la capacidad redistributiva del Fondo.

subsidio público al FONASA, tiene un impacto muy positivo en las familias ubicadas dentro de los primeros deciles de la distribución del ingreso. Además, la implementación del SNS y la ampliación de la cobertura para los menores de 18 años, también tiene un sesgo progresivo. Este último caso, la instalación del FONASA tiene un sesgo evidente hacia la protección de las clases media y baja<sup>273</sup>.

El comportamiento del gasto público en salud demuestra una notable expansión en el período. La tabla 11.6 siguiente muestra la expansión del gasto público, por la vía de la provisión pública directa o a través de proveedores IAMC. En el caso del FONASA y FNR, históricamente sus fondos se ejecutaban a través de las IAMC y de éstas con los IMAE. A partir de 2007 se incorpora ASSE como un proveedor más, siendo en 2012 el más importante del FONASA.

**Tabla 11.6.**  
**Gasto público en salud, según institución financiadora (en millones de pesos de 2010)**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ministerio de Salud Pública	472	451	703	713	866	849	958	901
ASSE	6.474	6.753	7.710	8.968	11.277	12.532	13.800	15.251
San. Militar y San. Policial	1.998	1.980	1.967	2.181	2.376	2.684	2.761	2.947
Hospital de Clínicas	780	830	885	976	1.175	1.285	1.261	1.411
DISSE-FONASA	6.628	7.439	8.273	9.195	14.460	15.690	17.728	19.750
Fondo Nacional Recursos	1.121	1.205	1.313	961	1.033	1.334	1.228	1.130
<b>Total</b>	<b>17.473</b>	<b>18.658</b>	<b>20.851</b>	<b>22.994</b>	<b>31.187</b>	<b>34.374</b>	<b>37.736</b>	<b>41.390</b>

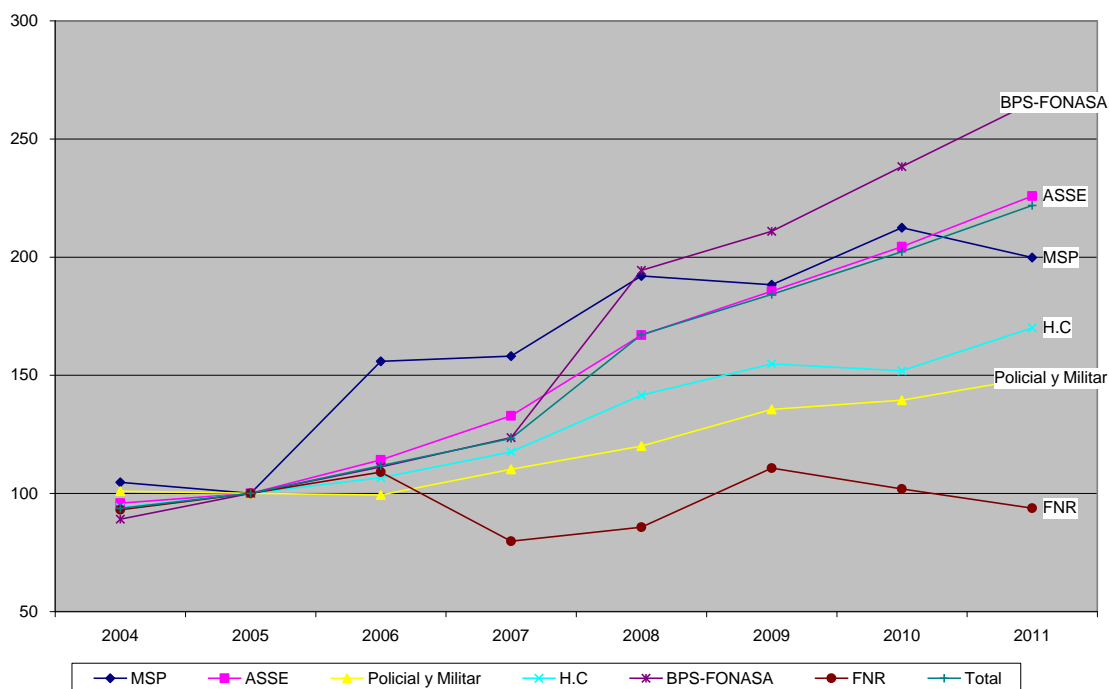
Fuente: Estimación de Banco Mundial (2013) según datos de la CGN.

El gráfico siguiente muestra la expansión del gasto público, tomando como referencia el año 2004 (Base= 100). Se aprecia un crecimiento muy importante del gasto público en salud, especialmente el que se canaliza a través de la seguridad social. Debe tenerse presente que esta serie no considera el gasto en salud de bolsillo, que los usuarios puedan realizar de manera “privada” con estos u otros efectores del sistema de salud. El gasto del FONASA casi se triplica, y el de ASSE se multiplica en 2 y media veces, en términos reales.

<sup>273</sup> Los trabajadores informales no tienen acceso a esta cobertura, aunque son amparados por ASSE, si es que sus ingresos lo justifican.

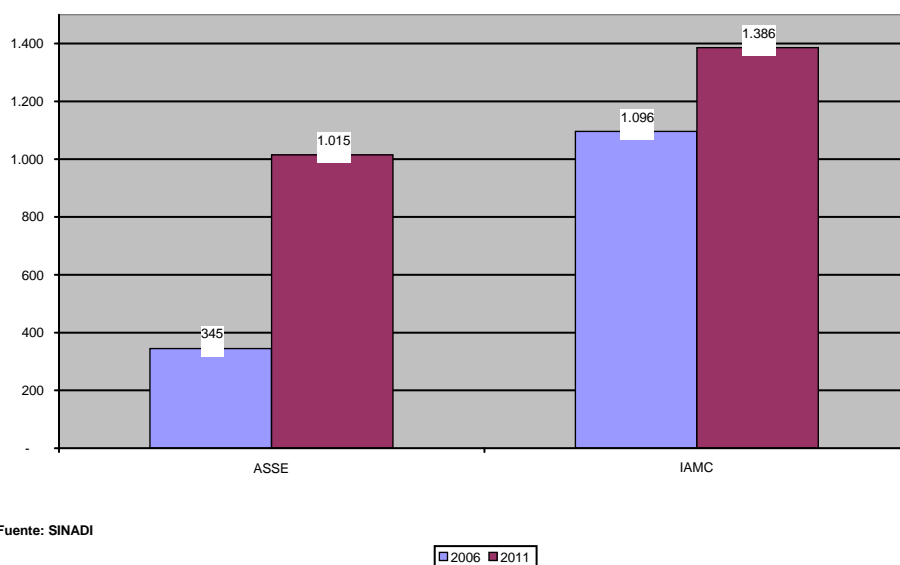


Gráfico 11.6. Índice de crecimiento del Gasto Público en Salud. 2004-2011. (2005=100)



Debe tenerse presente, en la lectura del gráfico 11.6, pero también de la tabla 11.6 anterior, que parte del gasto del FONASA y del FNR se canaliza, en combinaciones diferentes, a través de ASSE y las IAMC. Debemos recordar además que ASSE es el primer prestador del Seguro Nacional de Salud, el que tiene el mayor número de usuarios con cargo al FONASA (en 2012 son unas 288 mil personas). En el gráfico 11.7 siguiente se puede apreciar el acercamiento de los recursos destinados por ASSE a los usuarios, con los que las IAMC destinan a su población. Esta relación de recursos IAMC por usuario en relación a recursos ASSE por usuarios, pasa de 3,2 a 1 en 2006 a 1,4 a 1 en 2011.

Gráfico 11.7. Gasto mensual promedio, en pesos corrientes, por usuario. 2006-2012



Fuente: SINADI

■ 2006 ■ 2011

El fortalecimiento de ASSE se verifica a través de la mejora presupuestal, aunque no se agota en ello. También se percibe un cambio importante en la estrategia de desarrollo institucional. La tabla 11.7 siguiente muestra, además de la expansión del gasto presupuestal, la variación en la estructura del mismo. En especial, el peso del gasto en funcionamiento en relación al gasto en recursos humanos, que pasa de ser más del doble a ser 40% superior, entre 2004-2011. Esto demuestra una mayor tendencia a “hacer las cosas en casa”, a proveer los servicios directamente por parte de ASSE<sup>274</sup>.

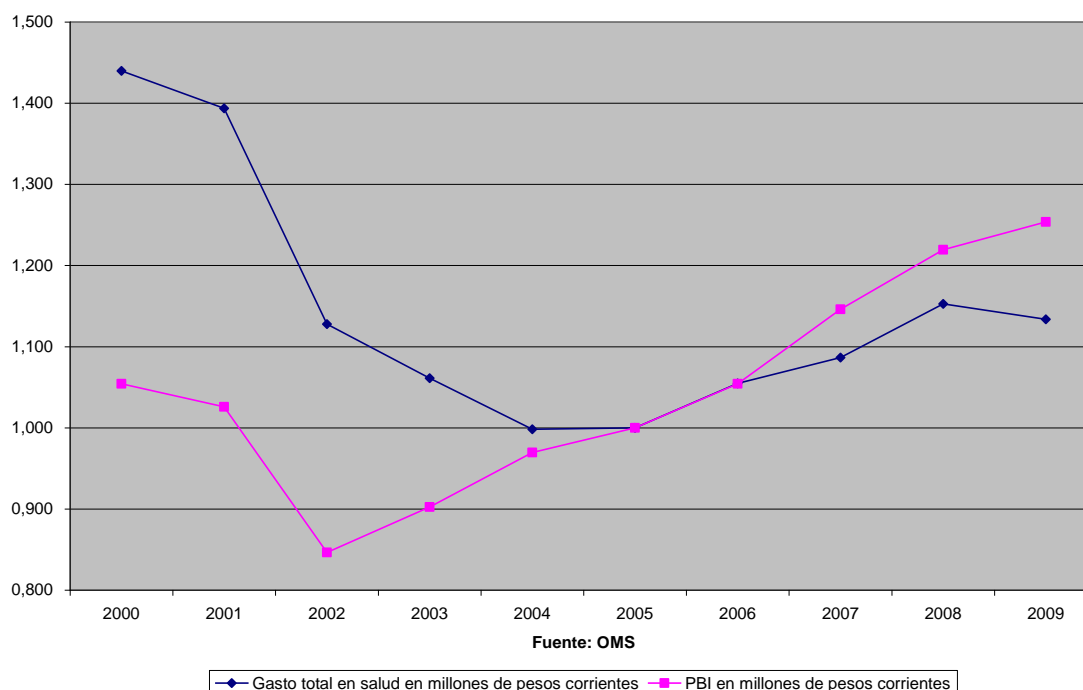
<sup>274</sup> De acuerdo a nuestros entrevistados, esta tendencia “hacer las cosas en casa” tiene que ver con una voluntad de fortalecer al proveedor público, y de reducir la compra de servicios externos. También se verifica en el período un cambio de fuente de financiamiento de los recursos humanos propios de ASSE, que dejan de ser contratados bajo régimen privado y se convierten en funcionarios del presupuesto público.

	2004	2007	2009	2010	2011
Remuneraciones	2.084	3.386	4.973	5.453	6.142
Gastos Operativos	4.344	5.229	6.918	7.874	8.461
Inversiones	119	352	639	471	649
Total	6.547	8.967	12.530	13.798	15.252

Fuente: estimación del Banco Mundial (2013) según datos de la CGN.

Un dato para nada menor tiene que ver con el ritmo de expansión del gasto en salud, en relación con el desarrollo de la economía nacional. El gráfico 11.8 siguiente nos muestra el comportamiento del índice de crecimiento del PBI Per Cápita y el del Gasto en Salud (Base 2005=100). El gráfico muestra dos fenómenos diferentes y muy interesantes. En primer lugar, que la crisis económica de 2000 provocó una caída muy pronunciada en el PBI (superó el 20%, en términos reales). Pero la contracción del gasto en salud fue mucho más aguda, mucho más profunda que la caída del PBI real (superior al 40%).

**Gráfico 11.8. Evolución del PBI y del Gasto en Salud (2005=100)**



El gráfico 11.8 nos estaría mostrando la mayor sensibilidad del gasto en salud ante los fenómenos de depresión económica. Pero además, el gráfico 11.8 nos muestra la recuperación económica posterior a 2004, marcando la senda de ascenso del PBI y del gasto en salud. El dato sobre el que tenemos que prestar atención es el del crecimiento del gasto en salud, que acompaña claramente a la tendencia del PBI, pero con una velocidad muy inferior. Este gráfico podría estar sugiriendo que la introducción de

nuevos mecanismos de coordinación y asignación del gasto en salud, esto es el FONASA, tendría un bienvenido efecto amortiguador en la expansión del gasto en salud<sup>275</sup>.

### **El fortalecimiento de los prestadores sociales**

La prolongada crisis económico-financiera de las IAMC había sido un factor relevante, en la explicación del tipo de coalición social que se estructura en el sector salud. Como pudimos ver en el capítulo 8.7 en el cual realizamos un diagrama sobre los factores causales y los canales de propagación de esta crisis a todo el sector salud público y privado. Las razones de la crisis son diversas, y muchas de ellas están fuera del funcionamiento del sistema de salud. Pero lo importante a señalar es el efecto sistémico que tuvo ese proceso de deterioro progresivo, que explota en el período 1999-2004.

De acuerdo a un estudio técnico del MSP publicado en 2010, las instituciones de salud privada pueden ser clasificadas en tres grandes grupos, de acuerdo a los principales rasgos económicos y organizacionales. El grado de integración vertical de las instituciones<sup>276</sup>, su localización geográfica y su tamaño poblacional, son las principales variables diferenciadoras. Si realizamos una mirada comparativa de la evolución financiera de las IAMC, podemos apreciar una mejoría en todos sus indicadores de funcionamiento.

El estudio de evaluación toma como referencia el período 2004 a 2009, en base a las informaciones que produce el SINADI del MSP. Marca el importante crecimiento de afiliados al sector mutual, principalmente de usuarios menores de 18 años, con un importante fenómeno de rejuvenecimiento del padrón de usuarios de las IAMC. Esto impacta positivamente sobre la salud de todas las instituciones, al ampliar y diversificar el pool de riesgo de estas instituciones. Además, la población incorporada posee un perfil de utilización de servicios similar a los patrones históricos de las IAMC, lo cual determina una disminución en los costos operativos promedio de las instituciones.

El crecimiento de nuevos usuarios no es homogéneo dentro del sector IAMC. Algunas instituciones muestran una alta capacidad para captar a esta nueva población. El estudio no establece una explicación firme, aunque adelanta que esto podría estar asociado a los diferenciales en términos de copagos y a la capacidad de establecer una oferta de servicios adecuada al perfil de la nueva población que se incorpora en el período estudiado (menores de 18 años). De esta manera, si bien el resultado global es de ganancia para las instituciones, algunas son más claramente ganadoras que otras.

La reforma permite romper con un comportamiento previo del sector, en el que el crecimiento de los costos lo hacía a mayor velocidad que los ingresos. En este fenómeno de la reducción del crecimiento de los costos, se asocia la importante reducción del peso de los costos financieros (endeudamiento) de las instituciones. La

---

<sup>275</sup> Lo que muestra la evidencia comparativa muestra que, controlado por nivel de ingreso, el gasto en salud es mayor en los esquemas nacionales en los que predomina el gasto de bolsillo. Los sistemas con esquema de Fondo pagador, como los NHS, muestran mayor control del gasto con excelentes resultados de salud.

<sup>276</sup> Instituciones con un bajo nivel de contratación externa de servicios. El grado de integración estaría marcando el control institucional de toda la línea de producción de servicios para sus usuarios.

mejor alineación de ingresos con costos, fortalece a las instituciones e incrementa la sostenibilidad global del sistema. La regulación de precios en el sector incorpora nuevos criterios, reconociendo la nueva escala del sistema, y tratando de alentar la eficiencia de estas instituciones<sup>277</sup>.

De acuerdo a nuestros entrevistados, el rejuvenecimiento del padrón de usuarios tiene un efecto positivo en la ecuación financiera de las IAMC, sobre todo por su asociación a Cuotas ajustadas por riesgo. También incide, aunque dilatado en el tiempo, la incorporación progresiva de los jubilados al FONASA, mejorando notoriamente los ingresos económicos de las instituciones. Por último, el mecanismo del Fondo de Garantía, creado por la ley 18439 de 2008, favorece la reconversión de las deudas de las IAMC, provocando una reducción en cuanto a los egresos por concepto de pago de intereses (apalancamiento)<sup>278</sup>.

El aumento de ingresos de fuente Seguridad Social mejora la estabilidad de los ingresos de las instituciones, lo cual permite planificar el desarrollo de la asistencia. Además, desde el punto de vista de los usuarios, la mayor participación del Estado opera en el sentido de establecer exigencias y garantías más fuertes en el cumplimiento de los derechos de los usuarios.

Los copagos pierden peso dentro de los ingresos totales de las instituciones. Su peso sobre los ingresos operativos de las IAMC se reduce desde un 12,1% a un 8,5%. Esta reducción se localiza en los ingresos por tickets de medicamentos, para lo cual el MSP tuvo en el período una política activa para promover el acceso a determinados medicamentos de uso habitual para patologías priorizadas. En términos de copagos, se aprecia entonces una reducción global en las barreras de acceso económico a los servicios de salud, con reducción marcada en algunas patologías seleccionadas<sup>279</sup>.

En el período se registra también un aumento del peso de las remuneraciones en el sector. Esto por dos vías, la primera por el aumento de la demanda de servicios y la necesidad de contar con una mayor dotación de recursos humanos para dar respuesta. En segundo término, por la mejora salarial que se registra en el período. El estudio del MSP indica que en el período analizado hay un aumento en 45% del número de trabajadores y un crecimiento del salario real, con un crecimiento de 21% por encima de la inflación (MSP, 2010: 48-49).

Finalmente, las instituciones muestran un resultado operativo positivo, en términos globales, con algunos diferenciales según tipo de institución y territorio. El endeudamiento del sector también muestra signos de mejoría, ya que el pasivo de las instituciones en relación al número de usuarios, se reduce significativamente. En

---

<sup>277</sup> La ley habilita al MEF y al MSP a realizar ajustes de precios que consideren las ganancias de escala que han tenido estas instituciones gracias a la ampliación de la cobertura.

<sup>278</sup> Algunas instituciones importantes de Montevideo todavía mantienen situaciones financieras comprometidas, ya que su estructura de afiliados está sumamente envejecida y sus estructuras asistenciales han quedado sobredimensionadas. De acuerdo a nuestros entrevistados, es de esperar una mejoría, en la medida de que ingresen los jubilados al FONASA y que las instituciones continúen ajustando sus altos costos fijos.

<sup>279</sup> Además de las rebajas globales en tickets de medicamentos, se producen reducciones selectivas en los medicamentos de referencia para la atención de salud mental, hipertensos y diabéticos, salud materno-infantil y estudios preventivos dirigidos a diversos cánceres (mamografía, colpocitología, PAP).

términos económico-financieros, el informe concluye señalando que la reforma de salud mejoró las condiciones de funcionamiento del sector IAMC.

### Mejora de la producción asistencial en el SNIS

La implementación de una nueva arquitectura financiera, con una orientación hacia la cobertura universal, es un rasgo sobre el cual no existe mayor controversia. Tampoco el hecho de que el Estado pasa a contar con mecanismos de orientación del gasto, de Gobernanza sectorial, mucho más poderosos que los anteriores. Los puntos de mayor discusión refieren a la redistribución de población hacia las IAMC, y la capacidad de respuesta asistencial de estas organizaciones, frente a la explosión de la demanda.

Esta dimensión, referida a la transformación del modelo de provisión de servicios en salud, aparece como la más compleja de dimensionar. La producción de estadísticas e informaciones, desde nuestro conocimiento, todavía no alcanzan a transmitir la magnitud de los cambios y su sentido. A pesar de ello, se pueden identificar algunos datos dispersos y fragmentados, que transmiten una visión de transformación sectorial.

Las informaciones contenidas en el SINADI de la Economía de la Salud, nos permiten elaborar algunas afirmaciones. Estas observaciones están limitadas por las series temporales accesibles al público. La tabla 11.8 siguiente nos permite apreciar, la expansión asistencial en indicadores seleccionados. El número de intervenciones quirúrgicas y de egresos hospitalarios, marcan una expansión del producto asistencial, en particular en ASSE y los SIP. Las IAMC logran mantener, con mayor población a cargo, estos indicadores de producción asistencial.

**Tabla 11.8.**  
**Indicadores de producción asistencial, prestadores del SNIS. 2005-2012**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Intervenciones Quirúrgicas por 1000 Afiliados</b>								
IAMC	69,5	69	67,5	65,9	65,1	67,3	68,6	68,5
Seguros integrales			76,8	75,3	84,4	86,6	88,2	
ASSE			31,8	40,2	42,6	43	44,5	44,2
<b>Total de egresos cada 1000 afiliados</b>								
IAMC	138,4	136,5	136,9	127,5	111,5	118,4	119,1	118,2
Seguros integrales			115,2	115,5	111,9	112,5	102,6	
ASSE			126,6	133,6	125,4	131,4	134,1	127,8
<b>Número de Consultas anuales por afiliado</b>								
IAMC	6,5	6,5	6,8	6,8	6,8	6,9	6,9	6,7
Seguros integrales			7,4	7,4	7,8	7,6	7,7	
ASSE (1)	4,1	4,2	4,7	5	5,6	5,8	6,4	4,8

Fuente: SINADI Asistencial del MSP. Nota (1) los datos de la serie 2005-2011 de ASSE fueron tomados del informe de

Banco Mundial (2013). El dato 2012 es del SINADI-MSP y su construcción difiere metodológicamente de la serie histórica.

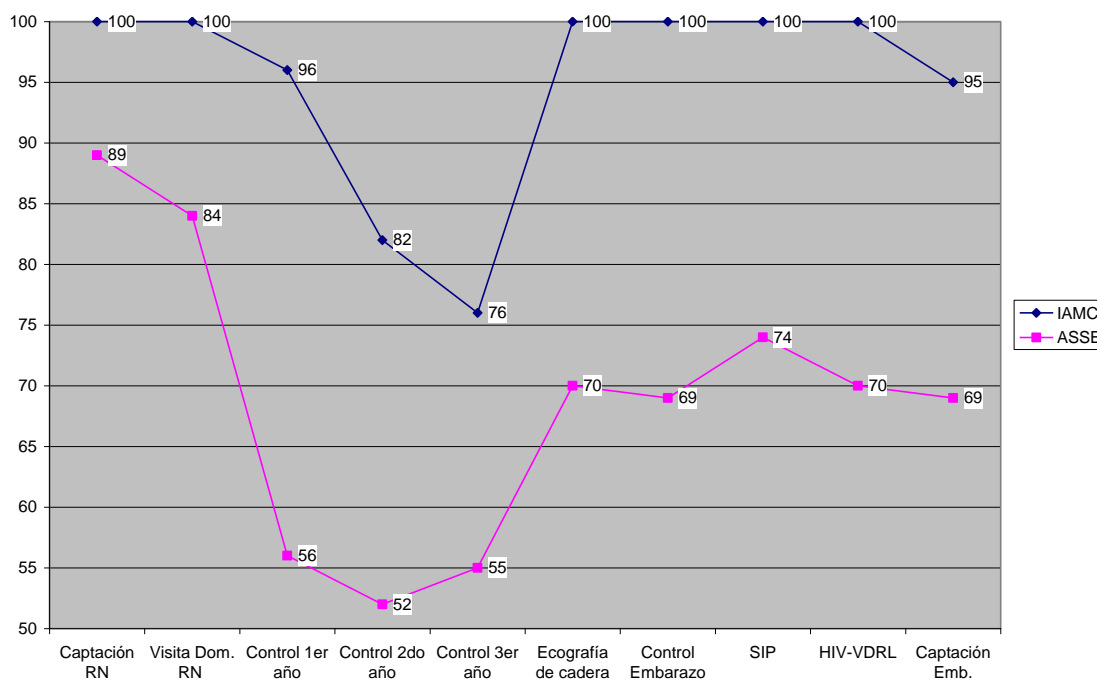
En términos del número de consultas realizadas por usuarios del SNIS, podemos apreciar dos cosas. En primer lugar, que las IAMC, con un número de usuarios mucho mayor, logran mantener y mejorar el número promedio de consultas por usuarios. En segundo término, que ASSE también experimenta una expansión importante de la producción de consultas en el período. Debe tenerse en cuenta que el dato ASSE 2012 difiere de la serie histórica, ya que su construcción metodológica se ajusta a los criterios que establece el SINADI. En cualquier caso, la expansión de ASSE es evidente, si bien todavía existe una brecha importante respecto a los SIP y las IAMC, en la observación correspondiente a 2012.

Los otros dos indicadores, intervenciones quirúrgicas y egresos hospitalarios, son bastante más simples de medir, y los datos son comparables. Podemos ver que el sector IAMC mantiene en sus niveles históricos la tasa de intervenciones quirúrgicas, mientras que ASSE mejora notablemente su indicador. En términos de la tasa de egresos, se percibe una tendencia hacia niveles más bajo, lo cual indicaría un aumento de la capacidad de resolución en los niveles básicos.

Las Metas Asistenciales es otro de los instrumentos desde los cuales podemos apreciar el comportamiento de los prestadores del SNIS. En particular, la Meta 1 referida a salud materno-infantil (ver capítulo 11.2), nos permite comparar el desempeño de ASSE y las IAMC. El gráfico 11.9 muestra el desempeño efectivo por sector prestador de servicios, tomando como referencia la mediana de desempeño. La información disponible en JUNASA (2013), permite apreciar el importante desempeño que registran las IAMC.

También podemos ver, claramente, la brecha entre el efector público y los privados. En realidad, esto es un resultado esperado, ya que responde a las características diferenciales de la población que atienden los dos subsectores. La Meta 1 ofrece incentivos fuertes para el desempeño asistencial, el cual se ve facilitado si la población “participa activamente” del proceso asistencial. En verdad, las características de las poblaciones atendidas por ASSE, cada vez más, la hacen menos proclive a participar activamente del proceso asistencial. La segregación territorial, la precariedad laboral, el desnivel cultural, y otros diversos factores de “riesgo social”, definen a un importante segmento del padrón de usuarios de ASSE.

Gráfico 11.9. Meta Materno-Infantil JUNASA. 2012.



En síntesis, podríamos decir que la Meta uno ha resultado funcional a la expansión y desarrollo del sector IAMC. Evidentemente, supuso un impulso desarrollista muy fuerte para que las IAMC ajustaran su estructura asistencial, exitosamente, a su nueva estructura de población. La reforma provoca una expansión muy fuerte de la demanda de servicios, en particular de los nuevos grupos de población que se incorporan al circuito IAMC (mujeres y niños, ver tabla 12.2). En tal sentido, la Meta en salud materno-infantil habría anticipando esta expansión de la demanda, impulsando a las instituciones a reformularse hacia la nueva población que ingresa. La expansión en los servicios de pediatría y de gineco-obstetricia, son la respuesta necesaria frente a la expansión de demanda de estos grupos de población.

Pero, por otra parte, podemos apreciar que el instrumento Meta Materno-Infantil resulta de bajo impacto para captar la población más vulnerable que se localiza en ASSE. Evidentemente, el diseño de este instrumento no permite incorporar esta especificidad poblacional<sup>280</sup>. En realidad, ASSE ha contado con una estrategia definida para trabajar con la población materno-infantil de riesgo, como es el histórico Plan Aduana que se focaliza estrictamente en los embarazos y recién nacidos de alto riesgo<sup>281</sup>. De forma más reciente, el gobierno ha reformulado su estrategia para con la población Materno-Infantil, mediante el diseño de un plan mucho más ambicioso denominado “Uruguay Crece Contigo”, que depende directamente de la Presidencia de la República.

<sup>280</sup> En realidad, ASSE cuenta con una estrategia definida para trabajar con la población materno-infantil de riesgo, como es el histórico Plan Aduana (Ver descripción de este programa en: Setaro y Koolhaas, 2009).

<sup>281</sup> Ver descripción del Programa Aduana en: Setaro y Koolhaas, (2009).



## Otras dimensiones asistenciales

Una de las críticas más importantes a la reforma de salud refiere a la escasa preparación de la estructura asistencial para responder a la masificación de la demanda que supuso la implantación del SNS-SNIS. En realidad, como marcábamos anteriormente, el sistema ha tenido una respuesta expansiva. En la tabla 11.9 siguiente, para los indicadores asistenciales, podemos ver que casi todos han crecido o se han mantenido en guarismo históricos (columna índice). En algunos pocos indicadores se puede apreciar una retracción, aunque esto se asocia, seguramente, al “rejuvenecimiento” de la población de las IAMC.

<b>Tabla 11.9.</b>							
<b>Indicadores de producción asistencial del sector IAMC, 2005-2012</b>							
	<b>2005</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>Indice</b>	<b>Rel M/I</b>
<i><b>Atención Ambulatoria</b></i>							
Consultas amb. No urgentes consultorio por afiliado por año	5,2	5,3	5,3	5,3	5,2	1	0,93
Total consultas (urgentes y no urgentes) por afiliado por año	6,5	6,7	6,7	6,9	6,7	1,03	0,97
Recetas expedidas en at. Ambulatoria por afiliado por año	S/D	12,4	12,2	13,3	13,7	1,1	0,72
Recetas expedidas en at. Ambulatoria por consulta (urg y no urg)	S/D	1,9	1,8	1,9	2	1,05	0,78
<i><b>Servicios de internación</b></i>							
Egresos internación domiciliaria por mil afiliados por año	6,1	10,6	8,7	11,3	13,6	2,23	1,44
Egresos internación cuidados cti-ci por mil afiliados por año	13,2	12,7	10,6	9,9	9,5	0,72	1,49
Total egresos por mil afiliados por año	138,4	136,9	111,5	119,1	118,2	0,85	0,91
Días cama ocupados internación domiciliaria por mil afiliados por año	S/D	S/D	130,7	145,7	153,6	1,18	0,83
<i><b>Atención Quirúrgica</b></i>							
Intervenciones quirúrgicas coordinadas ambulatorias por mil afiliados por año	16,8	16,2	17,8	11,3	20,4	1,21	1,01
Intervenciones quirúrgicas coordinadas total por mil afiliados por año	50,1	48,5	46,1	48,2	46,5	0,93	0,91
Intervenciones quirúrgicas total por mil afiliados por año	69,5	67,5	65,1	68,6	68,5	0,99	0,96
<i><b>Servicios de Diagnóstico</b></i>							
Exámenes de laboratorio en consulta externa por afiliado por año	2,9	3,4	3,86	4,3	4,6	1,59	1
Total exámenes de laboratorio por afiliado por año	4,3	4,8	4,57	5,1	5,4	1,26	1,04

Fuente: SINADI Asistencial, página WEB MSP

En términos de la producción asistencial comparada entre Montevideo e Interior (Rel M/I), los guarismos resultan muy similares. La atención ambulatoria muestra un sesgo en el interior, en el sentido de mayor producción de servicios por usuario. También en términos de servicios quirúrgicos, lo cual sin duda se asocia a la diferente organización del trabajo en el interior del país<sup>282</sup>. Por otra parte, la estructura de las IAMC de Montevideo, muestran una mayor producción en términos de internación institucional. En contrapartida a esto último, en el interior del país se estarían desarrollando modelos de internación domiciliaria, de una manera mucho más intensa<sup>283</sup>.

Entonces, los indicadores de producción asistencial estarían demostrando una relativa estabilidad e incluso mejoras. Pero, en este punto, la cuestión central refiere a si el SNIS ha logrado modificar las lógicas históricas de provisión de servicios. En buen romance, si el cambio de modelo de atención empieza a mostrar resultados visibles. El cuadro 11.10 siguiente muestra algunos indicadores seleccionados del SINADI, que están referidos a esta cuestión.

**Tabla 11.10.**  
**Indicadores de prioridad del cambio de modelo**

	2005	2007	2009	2011	2012	Rel M/I
<b>Atención Ambulatoria. Estructura de la consulta</b>						
Porcentaje de consultas policlinica medicina general	S/D	S/D	32,1	32	31,7	0,76
Porcentaje de consultas policlinica cirugía general	S/D	S/D	3,4	3,4	3,1	0,78
Porcentaje de consultas policlinica pediatría	S/D	S/D	10,7	10,9	10,9	0,65
Porcentaje de consultas policlinica ginecología	S/D	S/D	8,3	8,5	8,9	1,11
Porcentaje de consultas policlinica especialidades médicas	S/D	S/D	28,9	28,6	28,4	1,35
Porcentaje de consultas policlinica especialidades quirúrgicas	S/D	S/D	16,5	16,5	17	1,35
<b>Calidad y Cambio de Modelo de Atención</b>						
Tasa de Reconsultas en Urgencia Centralizada	4,2	4,5	5,5	5,2	5,8	0,77
Índice de Cesáreas	43,2	45,8	46,4	49,2	50,5	1,2
Embarazos captados en el primer Trimestre	S/D	68,8	76	84,1	87,6	1,09

Fuente: SINADI Asistencial, página WEB MSP

<sup>282</sup> Como mostramos en el capítulo 8.4, cirujanos y anestesiistas del interior del país no han incorporado el pago por acto médico con la misma energía que sus colegas de Montevideo. Esta diferencia, según diversos estudios, estaría explicando un comportamiento asistencial y financiero diferente.

<sup>283</sup> En dos estudios del Banco Mundial (2012 y 2013) se llama la atención sobre el desarrollo de esta estrategia asistencial para la gestión de pacientes, con una valoración muy positiva en términos de su relación de costo-efectividad.

La información disponible sobre la estructura de producción asistencial, para la atención ambulatoria, no permite apreciar cambios rotundos. La estructura asistencial del Interior del país (Rel M/I) parece mostrar una mayor fortaleza, respecto a Montevideo, en términos de las especialidades médicas referidas al primer nivel de atención (Medicina General y Pediatría). Pero en realidad, es más probable que esto tenga que ver con diferencias históricas en términos de estructuras asistenciales de Montevideo e Interior, y de la disponibilidad relativa de especialistas (mayor en la capital).

Los indicadores de calidad y cambio de modelo de atención, que recoge el SINADI, estarían confirmando esta intuición de la diferencia de modelos en Montevideo e Interior. Por un lado, hay una expansión en la captación de embarazos en el primer trimestre, lo cual sin duda se asocia al impacto de la Meta 1. Pero, también hay una expansión del índice de cesáreas, con un sesgo importante en Montevideo, asociado a las diferencias en los laudos anestésico-quirúrgicos. Por otra parte, la tasa de reconsulta a urgencias marca un crecimiento, marcando un sesgo en el interior del país<sup>284</sup>.

---

<sup>284</sup> Según el Manual SINADI de indicadores asistenciales, es la segunda consulta en el servicio de urgencia de la institución, en un lapso de 72 horas. Se entiende que un valor bajo indica buenos niveles de resolución en la puerta de emergencia; generalmente, se toma como un valor de referencia la tasa de 4 por mil.

## 11.6. Conclusión: el nuevo Estado Social Desarrollista

El capítulo 11 muestra el nuevo esquema de Gobernanza sectorial. La JUNASA como responsable de administrar el Seguro de Salud y de definir los dispositivos contractuales mediante los cuales se compromete a los prestadores del SNIS a cumplir con las Metas Asistenciales y otras obligaciones. La Junta vigila el cumplimiento de las obligaciones asistenciales, verifica el cumplimiento, y emite las órdenes de pago con cargo al FONASA. Es un esquema de Gobernanza por Contratos, que apunta a la mejora progresiva de la calidad de la asistencia y al cambio del modelo de atención, mediante la fijación de metas y la administración de premios y castigos.

Desde nuestra perspectiva, este nuevo esquema de incentivos genera un tipo de Estado diferente. Es un Estado que fija metas de desempeño sectoriales, que luego audita y fiscaliza, aprobando o negando el pago de premios económicos a los prestadores. Es un Estado para la performance, que alienta y premia la mejora del rendimiento de las organizaciones, en función del cumplimiento de objetivos sanitarios establecidos. Es un nuevo formato estatal, que lidera la transformación del modelo de atención en salud a través de la administración de incentivos económicos al desempeño, pero también mediante la participación y el control social sobre el funcionamiento del sistema.

Este nuevo Estado implica una importante reconfiguración de la relación entre lo estatal, lo social y lo privado lucrativo. Es un Estado que oficia como Rector en el proceso de implementación y desarrollo del sistema de salud, es un estado *con rasgos desarrollistas*. El Estado, gana peso en la conducción del sistema por su incidencia en la administración de los recursos económicos. Hay un claro redimensionamiento político, con mayor presencia del Estado, de las esferas técnicas del Ministerio de Salud y de la Sociedad Civil, en el nuevo proceso regulatorio.

Además, en este capítulo 11 también tratamos de mostrar el desempeño de este nuevo formato. Para ello repasamos diversos indicadores de desempeño del sistema de salud. En primer término, pudimos verificar la ampliación de la cobertura y de la protección social en salud. La cobertura a través del FONASA, con los nuevos dispositivos de Gobernanza sectorial (PIAS, Cuotas, Metas, Contratos) transparentan los derechos de los usuarios, y pone en manos del MSP-JUNASA los instrumentos adecuados para ejercer el control sobre el cumplimiento de los derechos de los usuarios.

Por otra parte, se verifica un importante aumento del gasto en salud, con reequilibrio entre los prestadores privados y la ASSE. Los recursos por usuario tienden a equipararse, y el producto asistencial aumenta en los prestadores privados y públicos, reduciendo la brecha existente entre ambos. También se aprecia una mejora notoria en los estados contables de las IAMC, mejorando su estabilidad financiera.

La reconversión de las fuentes de financiamiento del sistema de salud, determina que exista una gran reducción del componente gasto de bolsillo de las familias. La principal fuente de financiamiento para los proveedores privados son los recursos provenientes de la seguridad social, el FONASA. Esto también se verifica para ASSE, que recibe recursos del FONASA por sus usuarios del SNS, más financiamiento proveniente del Presupuesto Nacional para la población no cotizante. La ampliación del Fondo de Salud

lo convierte en el mayor pagador de servicios de salud en el país. Las posibilidades de rectoría sectorial para la JUNASA son enormes.

Finalmente, se observa un aumento del producto asistencial global. Tanto las IAMC como ASSE aumentan el volumen de los servicios ofrecidos a su población. Esto es muy claro en los servicios de ASSE, que muestran mejoras muy importantes en sus indicadores de producción asistencial, reduciendo la brecha respecto al sector privado. El aumento de servicios es menos notorio en las IAMC, aunque mantiene y mejora sus promedios, con mayor población a cargo. Los indicadores de cambio de modelo de atención, los que logramos recabar, todavía no muestran resultados concluyentes.

En síntesis, están pasando cosas en el SNIS y la orientación parece ser positiva. Además de un nuevo diseño institucional, se aprecian cambios en la estructura y el desempeño de los servicios de atención en salud. Las estructuras de los servicios de salud no han sido inmunes a los cambios introducidos por la reforma de salud. Evidentemente, todavía queda un largo camino para recorrer, para dar por cumplidos los ambiciosos objetivos que se planteó la reforma de salud. El Estado ha cambiado su rol dentro del sector salud, y los prestadores ajustan el paso, frente a la lógica de que *“el que pone el dinero es el que elige la música”*<sup>285</sup>.

---

<sup>285</sup> Esta frase esta tomada de una entrevista con el Dr. Miguel Fernández Galeano, quien la utiliza para describir el enorme poder regulatorio que genera la creación del FONASA y las posibilidades de transformación sectorial que se abre con ello.

## **Capítulo 12. CONCLUSIONES. El Estado como una obra de arte**

En este capítulo final revisamos las principales conclusiones de nuestro estudio. Para ello revisamos las tres hipótesis generales del estudio, que tratan explicar las características de la reforma de salud del Uruguay y del nuevo tipo de estado que emerge en el sector salud. Para ello esta tesis trató de contrastar tres tipos de cuestiones.

En primer lugar, la pertinencia e importancia de los enfoques basados en los Recursos de Poder y en la Centralidad de las Instituciones Políticas. Estos tienen un importante valor en la explicación de la expansión de las políticas de bienestar y en la coordinación de procesos complejos de reforma estatal. Las reformas que apuestan a la universalización de derechos en clave ciudadana, que reformulan el rol del Estado y su relación con la sociedad y el mercado, solo pueden ser comprendidas como fenómenos políticos.

En segundo término, en correspondencia con el párrafo anterior, la necesidad de profundizar en la comprensión de los procesos causales sobre los cuales se asientan las reformas del bienestar. El proceso de implementación de reformas, la cadena del proceso reformista, debe ser considerado como una variable, que marca y resalta la importancia de la conducción política en procesos complejos de cambio político. La administración del proceso, de los tiempos y secuencias reformistas, pueden generar (o minar) las bases de factibilidad política.

En tercer lugar, la importancia de la comprensión de los procesos de cambio en sistemas altamente institucionalizados, que son necesariamente de naturaleza incremental. En este sentido, en los resultados reformistas se puede apreciar una hibridación de las viejas instituciones con los nuevos pactos de poder, que pueden darle una orientación y funcionamiento novedoso. El cambio institucional incremental puede tener un impacto altamente innovador, y ello resulta de su capacidad para reconfigurar la arena de poder que está en la base de su funcionamiento.

Nuestras conclusiones cierran con algunas breves reflexiones respecto a posibles líneas de desarrollo del SNIS, que todavía son incipientes, pero que pueden terminar de modelar su fisonomía definitiva.

### **Recursos de poder y centralidad de las instituciones políticas**

Esta tesis tuvo como foco de análisis la reforma de la salud implementada por el Frente Amplio durante 2005-2012, considerando las administraciones del Presidente Vázquez y la primera parte del Presidente Mujica. Nuestro trabajo demuestra la importancia de los posicionamientos programáticos de los partidos de izquierda y el efecto determinante de las coaliciones sociopolíticas asociadas a ellos. Esto es compatible con los enfoques teóricos sobre el origen y expansión de los Estados de Bienestar, que marcan la importancia del análisis de clases, de los recursos de poder. La reforma del Frente Amplio confirma la plausibilidad analítico-explicativa de ese enfoque. Sin el triunfo del Frente Amplio y sin la presencia de esa amplia coalición sociopolítica que impulsa su ascenso, no habría sido posible una reforma de salud de estas características.

Nuestro análisis histórico sobre la implantación de esquemas de protección en salud universalistas en los países desarrollados (capítulo 6), demuestran la validez de esta teoría para explicar la expansión histórica de los sistemas de salud. El caso uruguayo también confirma esa visión, en cuanto al papel de los partidos de izquierda y las coaliciones sociales de base obrera en la expansión de las políticas de protección social en salud. Efectivamente, la presencia de partidos de izquierda que lideran amplias coaliciones sociales redistributivas, son un elemento fundamental en la explicación de las reformas de salud.

Pero la política no responde de forma mecánica, como un simple reflejo, frente a los deseos de las coaliciones que logran llegar al poder. Las instituciones políticas, en sistemas altamente institucionalizados como es el uruguayo, tienen un poderoso efecto sobre los procesos de reforma. El grado de centralización-descentralización de las instituciones políticas tiene un efecto determinante sobre la capacidad de las élites políticas para conducir y coordinar procesos complejos de reformas. Las peculiaridades del ascenso político de la izquierda al poder en el Uruguay, es un factor relevante a la hora de explicar el grado de centralización política que mostraron las instituciones de gobierno durante la administración del Frente Amplio.

El análisis de la reforma de salud uruguaya confirma la hipótesis sobre la importancia de las instituciones políticas para el procesamiento de las políticas innovadoras. El gobierno de Tabaré Vázquez asume el poder en el marco de una circunstancia política excepcional. El largo camino que la izquierda realiza en nuestro país para llegar al poder, termina siendo impulsado de manera determinante por la crisis económica y social que el país vive en el período 1999-2004. Esta crisis previa, determina una coyuntura electoral excepcional, que alumbró el arrollador triunfo electoral del Frente Amplio en 2004.

Esto demuestra la importancia de la interacción existente entre los actores políticos y las instituciones políticas. Efectivamente, las instituciones políticas tienen la facultad de modelar el cambio, facilitando u obstaculizando el acceso a determinados caminos. El modelo de producción política uruguayo tiene un diseño que de alguna manera promueve un funcionamiento consensual. Sin embargo, la excepcional circunstancia que rodea a la elección del año 2004 determina la conformación de un formato netamente mayoritario. Este elemento, es una condición facilitadora de la capacidad de conducción del proceso de reforma.

La concentración de poder operada durante la Administración Vázquez operó como un elemento facilitador para impulsar y coordinar el complejo paquete legislativo que hace a la reforma del sector salud. Estos elementos son de naturaleza excepcional, y trascienden la propia circunstancia del triunfo electoral en primera vuelta, con mayorías parlamentarias propias. El carácter de recién llegados, la novedad del poder, imprime una particular presión sobre la disciplina partidaria del Frente Amplio. Además, la acumulación política programática realizada junto a la sociedad, durante los largos años de ejercer la oposición política, difícilmente puede ser repetida por algún partido.

Nuestro análisis también describió la importante densidad político-institucional que tiene el sector salud en Uruguay, el cual lo convierte en una arena muy resistente al cambio. La fortaleza y dinamismo histórico de su sector privado social, reconocido apreciado por el grueso de la población, determinan esta resistencia. También la

asociación temprana que mutuales y cooperativas desarrollan con la clase médica. Estas organizaciones sociales han sido el ámbito privilegiado desde el cual los médicos se han podido desarrollar como profesión y como gestores, al incorporarse a los directorios de las mutuales (1943) o en la creación posterior de las cooperativas de servicios de salud.

Pero todo este desarrollo institucional no ha sido un producto de la generación espontánea. El Estado ha tenido un rol fundamental en la temprana regulación y promoción del sector mutual. Favoreciendo su acceso a exoneraciones fiscales que comprenden a las organizaciones sociales, estableciendo políticas para el financiamiento de sus inversiones, alentando su temprana y exclusiva relación con los seguros sociales por enfermedad y luego a través de DISSE, facilitando su acceso a insumos sanitarios diversos, etc. Todos estos elementos dispersos determinan un marco de funcionamiento concreto, con incentivos específicos al desempeño del sector mutual en el Uruguay.

El Estado también ha tenido un rol activo en la provisión de servicios y en la formación de los recursos humanos necesarios para el sector salud, a través de la conjunción de la Universidad de la República y los Hospitales públicos como lugar de práctica. Pero el Estado, en su faz productora de servicios de salud, jamás se llega a plantear cuestionar esta hegemonía del sector social. Sus servicios de salud se focalizarían en la asistencia de los sectores carentes de recursos humanos. El sector proveedor de servicios estatales jamás buscó cuestionar la primacía de las IAMC, en su papel de modelo de referencia para la clase media uruguaya, manteniendo siempre un rol subsidiario frente a las mutuales y cooperativas<sup>286</sup>.

Todo esto termina de demostrar que el sector salud es, efectivamente, una arena política altamente institucionalizada y resistente al cambio. Toda transformación profunda que quiera procesarse en un sector de esta naturaleza, sólo puede ocurrir en circunstancias muy especiales, bajo una presión política excepcional. El triunfo electoral de 2004 del FA, el alineamiento del modelo de producción política bajo una lógica mayoritaria, determinan esa presión política excepcional.

### **El proceso causal de la reforma de salud**

En esta tesis mostramos que las circunstancias políticas de ascenso al poder del Frente Amplio, unido a la situación previa que vivía el país y el sector salud en particular, generaron las circunstancias para la conformación de una coalición redistributiva amplia. Lo que hasta ese momento había funcionado como una eficaz coalición defensiva, frente a las enormes tensiones de liberalización y achique sectorial, se convierte en la base de una coalición reformista con vocación universalista. En muchos aspectos, el primer gobierno del Frente Amplio representó una *coyuntura crítica* en la historia reciente, a partir de la cual se desarrolla una *ventana de oportunidad* para generar respuestas innovadoras frente a la situación sectorial.

Esta tesis destaca la importancia que tiene el tipo y composición de la coalición sociopolítica sobre la cual se asienta e impulsa la reforma del sector salud. En el caso uruguayo, esta coalición tiene algunos rasgos específicos, que le diferencian de la

---

<sup>286</sup> En realidad, la única vez que intento cuestionar esta preeminencia de las IAMC, con un proyecto que apuntaba a fortalecer a la ASSE como proveedor, fue durante la gestión del Ministro Solari en 1995-1997



coalición sociopolítica más amplia que respalda al Frente Amplio en su asunción del poder. En primer lugar, porque hay un rol muy relevante de los trabajadores privados de la salud. Su fortaleza organizativa y su capacidad propositiva es un rasgo fundamental en esta coalición. Esta coalición sectorial se logra articular exitosamente con la coalición sociopolítica más amplia que respalda al Frente Amplio, en la cual hay un peso político determinante de los sindicatos de trabajadores estatales<sup>287</sup>.

En segundo término, porque el actor excluyente de las reformas de salud, como es la clase médica, muestra una posición por lo menos ambigua respecto a la reforma de salud. Si bien, por un lado, muestra su entusiasmo con un proyecto que apunta a fortalecer la salud financiera del sector salud, por otro lado muestra su desconfianza respecto al avance regulatorio que se propone llevar a cabo el MSP. En cualquier caso, como mostramos en el capítulo 8.5, la elección del SMU de Abril de 2007 demuestra que los médicos, en cuanto colectivo gremial, estaban por lo menos tan preocupados por sus particulares circunstancias profesionales, como por el destino de la reforma de salud.

Por tal motivo, por esta densidad institucional del sector salud, es que resulta fundamental la explicación de la cadena causal que logra establecer el vínculo entre recursos de poder y nuestra variable dependiente. El “process tracing” de la reforma de salud demuestra que la implementación graduada y secuenciada del paquete legislativo de reforma, permitió ir sumando aliados al proceso, aislando y neutralizando a los posibles actores con capacidad de veto. La estructura político institucional general, que funciona bajo un tónica mayoritaria, así como la estructura productiva sectorial y sus esquemas de representación de intereses, “facilita” este proceso de toma de decisiones.

La tradición corporativa liberal del sector, con su intensa gimnasia negociadora que provocan los Consejos de Salarios, es uno de los activos principales del sector. Desde esta perspectiva, el Consejo Consultivo para la implementación del SNIS resulta un dispositivo clave en la implementación de la reforma, el cual se monta sobre estos activos sectoriales. Sobre este ámbito, el gobierno pudo “armar” la coalición reformista sectorial, haciéndolos partícipes del diseño del proyecto global. El diálogo directo con los actores permite negociar contenidos, graduar los tiempos, y establecer garantías para los diversos actores.

Pero no resulta menor el proceso de negociación política parlamentaria. Visto con cierta perspectiva, la reforma de salud se implementa en un período de tiempo récord. En verdad, las principales leyes se aprueban todas en 2007. Sin embargo, hay una serie de normas previas y posteriores, que son las que le dan viabilidad y determinan realidad política al diseño general establecido con tanta claridad durante el año 2007. No podemos hablar de un proceso de tipo Big-Bang, en la cual una gran reforma provoca un cambio radical de la noche a la mañana. No podría ser de otra forma, porque durante este proceso secuenciado, el equipo que lidera la reforma logra meter dentro de la bolsa del financiamiento general a diversos colectivos con alta capacidad contributiva, que son los que terminan financiando el ingreso de sectores deficitarios (niños, ancianos).

---

<sup>287</sup> Este es un rasgo específico del desarrollo de nuestro sector salud. Como ya hemos mencionado, se vincula a la fortaleza institucional de las IAMC y la permanencia de los mecanismos de negociación colectiva en el sector privado de salud. La mayoría de los trabajadores estatales, por diversas vías, tienen cobertura de salud en estos prestadores privados-sociales que son las IAMC.

Como mostramos en el capítulo 11, este proceso de ampliación progresiva de colectivos cotizantes y poblaciones amparadas por el SNS, es “aceitado” por la expansión que experimenta la economía uruguaya a partir de 2004. Claramente, no es cualquier tipo de expansión económica, ya que es una que sucede a una profunda recesión, como la que experimentó el país entre 1999-2003. Además, esta fase de expansión resulta totalmente diferente, de los períodos de auge anteriores. Resulta muy evidente la correlación positiva entre las políticas de empleo y la reforma de salud: negociación colectiva, formalización del empleo, mejora salarial general y de salarios sumergidos en particular, ampliación de los beneficios colectivos para los trabajadores, como ser las prestaciones de salud dirigidas al núcleo familiar.

Entonces, la reforma de salud, debe ser comprendida en el marco de la alianza sociopolítica más amplia que sustenta el ascenso al poder del Frente Amplio. Eso se aprecia en el claro sesgo político hacia la expansión de beneficios a los trabajadores de menores ingresos, que determinan las políticas laborales, de salud e impositiva<sup>288</sup>. Pero también hay elementos ambientales que son aprovechados eficazmente por las elites políticas.

Los elementos de “critical juncture”, definidos por la crisis sectorial previa, son un factor que permite fluidificar el denso marco institucional del sector, que lo hace tan resistente al cambio. El sentido de amenaza, de crisis terminal, modifica radicalmente las posturas de los actores claves. Pero además de ello, hay claros elementos de “policy window”, determinados por la conformación de una coalición promotora y de abogacía en favor del sistema “integrado”. A estos elementos se unen otros elementos políticos y estructurales, como el ascenso de un partido programático de corte socialdemocrático como es el Frente Amplio, y el que ciclo expansivo de la economía que acompaña y facilita la expansión de la política de derechos sociales.

### **El path-dependence en el sector salud**

Esta tesis resalta la importancia de las instituciones políticas en general, pero también se reconoce el muy especial papel que juegan las instituciones de coordinación productiva sectorial. Como señalamos en los capítulos 2 y 3 de esta tesis, las instituciones políticas son arreglos de poder, son reglas y dispositivos para la resolución de conflictos distributivos, asignación de recursos escasos, determinar el acceso a las posiciones valoradas por una sociedad. El punto relevante es que estos arreglos institucionales son resultados de pactos políticos, de formas institucionalizadas de resolver conflictos, en donde su transformación está condicionada por el path-dependence sectorial. Su cambio, de no mediar una coyuntura crítica o una ventana de oportunidad, es incremental.

En términos de cambio institucional, como mencionamos más arriba, no podemos plantear que lo que se dio con la reforma fue un proceso de innovación radical de tipo Big-Bang. En realidad, sería más razonable afirmar que lo que se aprecia es un proceso de cambio incremental, con impactos profundos, pero que se basa en la mixtura de procesos de desplazamiento, adición estratificada y conversión institucional que describimos en el capítulo 2.4. En esencia, la reforma de la salud se monta sobre los

---

<sup>288</sup> Al respecto, resultan ilustrativos los datos que se presentan en la publicación de Olesker, D. 2004, que describe los impactos redistributivos de las políticas del Frente Amplio en 2005-2010.

institutos creados durante 1960-1990, en el marco del cual tiene un impacto fundamental el impulso del desarrollista liberal que surge a partir de la experiencia de la CIDE.

La tabla 12.1 muestra una síntesis de los principales dispositivos institucionales que estructuran el SNIS. Dentro del conjunto de nuevos dispositivos de la reforma tenemos dos tipos de mecanismos asociados al papel del Estado dentro del sector salud. El primero tiene que ver con la provisión pública de servicios de salud y el otro con el rol del estado en la conducción sectorial. Existe un tercer tipo de dispositivo, que está asociado a la autorregulación de la profesión médica (el Colegio Médico).

El primer mecanismo consiste en los servicios de salud que brinda ASSE, libre de costos en el momento de uso. Todos los usuarios del SNIS tienen derecho de acceder a sus servicios por la vía del FONASA. En el caso de que el usuario se vea limitado en sus posibilidades de acceso, debido a dificultades en el acceso económico (copagos) o las IAMC no le brinden servicios adecuados, el usuario puede cambiarse de prestador. En esta faceta, el Estado funciona como regulador de la calidad de los servicios de salud, determinando el piso básico para todo el sistema. En términos crudos, es la regulación del funcionamiento global del sistema, mediante la oferta de servicios públicos.

En realidad, la tradición estatal en la provisión de servicios de salud podría tomar como punto de inicio la creación de la Asistencia Pública Nacional, que en 1910 consagra el “derecho a la asistencia”. Este organismo, que sería puesto bajo la égida del Ministerio de Salud en 1934, tendría que esperar hasta 1987 para ser “redescubierto”. La creación de ASSE en 1987, como organismo desconcentrado del MSP, supone la especialización de la función estatal de garantizar el acceso a la salud a quienes “carezcan de medios suficientes”. El servicio de salud para pobres, encierra el potencial de ser el garante universal del acceso a la atención, por la simple “conversión” de sus objetivos.

En segundo término, la acción del Estado a través de los nuevos dispositivos de conducción del SNIS. Tal como fuera descrito en el capítulo 10, estos dispositivos institucionales son como palancas, desde las cuales el órgano rector del sistema puede ejercer su conducción. Lo que interesa destacar aquí, más bien cuestionar, es el carácter verdaderamente novedoso de estos institutos. En realidad, si prestamos atención, la mayoría de estos dispositivos han sido parte de la estructura institucional del sector salud desde larga data, con la excepción del mecanismo de Metas Asistenciales.

El tercer dispositivo, de naturaleza “no estatal”, refiere a la instauración del Colegio Médico. Este nuevo instituto apunta a fortalecer los mecanismos de autorregulación de la clase médica, principalmente en lo que refiere a los aspectos éticos del ejercicio profesional y a la formación médica permanente. Este instituto constituye un dispositivo con enorme potencial, porque establece un sistema de control sobre la práctica médica, sobre la base del principio de la autonomía profesional. El viejo sistema, basado en el control gremial de la asistencia médica (caso del SMU-CASMU y de FEMI), es reemplazado por este nuevo dispositivo.

El Fondo Nacional de Salud y el Seguro Nacional de salud se montan sobre la estructura institucional del BPS (la antigua DISSE), haciendo uso del seguro de salud de los trabajadores y del fondo pagador a las IAMC creado por la Dictadura en el año 1974.

Este esquema ya financiaba a los prestadores IAMC cápitas no diferenciadas (cuotas de salud), y existía un contrato que vinculaba a las IAMC con el BPS, por los servicios que se obligaban a brindar a los usuarios.

El nuevo PIAS, que todos los prestadores están obligados a brindar, se construye sobre la diversidad de catálogos de procedimientos y tratamientos que los técnicos del MSP venían desarrollando desde larga data. Lo mismo puede decirse de los Programas Prioritarios de Salud, que tienen un impulso importante durante la Administración de la Ministra Muñoz, pero que también tienen un importante desarrollo técnico previo.

Sobre este esquema básico se incorporan nuevos instrumentos de conducción, de asignación estratégica que promueve la reforma. Las cuotas de salud se convierten en cápitas diferenciadas por riesgo, los “excedentes” generados por la nueva forma de cálculo de las capitas, se transforman en pagos adicionales asociados a resultados específicos (Metas Asistenciales). Además, se crea un organismo específico dentro del MSP, la JUNASA, con el mandato legal de supervisar el funcionamiento de este esquema.

En el análisis de este esquema general no podemos dejar de reconocer la experiencia del FNR como un importante antecedente. Como ya mencionamos anteriormente, éste Fondo paga desde 1980 por servicio, a efectores públicos y privados, con prestaciones definidas e indicadores de calidad explícitos. El acceso es universal a la canasta de servicios definida explícitamente. Además, desde fines de los años 90s el FNR viene desarrollando un completo esquema de evaluación y seguimiento de sus actividades, a través de la protocolización y la definición de indicadores de calidad de las prestaciones. Sin dudas que el FNR es un referente ineludible para las políticas de reforma sectorial<sup>289</sup>.

A esto debemos agregar la incorporación de la participación social, de trabajadores y usuarios, en el comando del sistema. Este sí es un elemento totalmente novedoso en la lógica del sistema, que sólo puede explicarse por las características de la coalición reformista (trabajadores organizados) y por la postura política del partido de gobierno respecto a la democratización de las políticas públicas (usuarios). Estos actores vienen a reforzar el poder institucional del organismo responsable de controlar el desarrollo del SNIS: la JUNASA.

En síntesis, esta tesis confirma las tesis referidas a los procesos de cambio institucional incrementales, determinados por el *path-dependence*. Esto no debería sorprendernos; como indicamos en el capítulo 3, el estilo de cambio en los ambientes altamente institucionalizados como es el sector productor de servicios de salud, resulta necesariamente incremental. La velocidad del cambio puede verse influido por la existencia de una situación de crisis, de una coyuntura crítica que introduzca presión por el cambio.

Podríamos decir que la reforma aplica un esquema de cambio institucional de tipo incremental, que tiene un impacto definido sobre el funcionamiento del sistema. Pero

---

<sup>289</sup> El Ministro de Salud preside al FNR, o quién éste designe. Durante el período de reforma, la Ministra Muñoz designa al Subsecretaría Fernández Galeano al frente de este organismo. De nuestras en profundidad, resulta claro que el FNR es una referencia importante para los responsables de la conducción política de la reforma de salud.

esta innovación no es tan radical como uno supone a primera vista. En realidad, las experiencias sectoriales y los dispositivos institucionales preexistentes, son la base sobre la cual se establece el nuevo SNIS. La adición de nuevos dispositivos, el reemplazo de otros y la reformulación de viejos institutos, establecen el nuevo sendero para la construcción del sistema integrado.

En esto opera de manera determinante la naturaleza de la coalición sectorial que participa e impulsa a la coalición política más amplia sobre la cual se monta el proceso reformista. Conservar la autonomía de gestión de asistencial, es un valor central para la autonomía de la profesión médica. El desarrollo del nuevo marco regulatorio, y de las funciones de conducción y control, debe considerar cuidadosamente estas restricciones.



**Tabla 12. 1.**  
**Los “novedosos” dispositivos institucionales del ESD**

<b>Dispositivo institucional</b>	<b>El efecto esperado</b>
Seguro Nacional de Salud	Establece un mecanismo obligatorio para el financiamiento obligatorio del sistema de salud, facilitando la redistribución entre las poblaciones comprendidas en el Fondo.
Fondo Nacional de Salud	Centraliza en el Estado el financiamiento del sector salud, ampliando la conducción económica del Estado sobre el sector
Administración de Servicios de Salud del Estado	Determina el estándar de base en términos de la calidad de los servicios de salud que se deben brindar en el SNIS. Asiste a la población no incorporada al SNS.
Cápitax ajustada por riesgo	Se evita que los prestadores seleccionen riesgos. Los prestadores redistribuyen sus recursos hacia la asistencia de los grupos de población priorizados por la cápita.
PIAS	Establece la forma de acceso a las prestaciones de salud, atención médica, servicios diagnósticos, medicamentos, alta tecnología, entre otros.
Metas Asistenciales	Refuerza o corrige el efecto de las cápitax, al establecer un pago por actividades priorizadas, pautadas por programas de salud.
Programas de Salud	Establece normas referidas a las formas de organizar la atención en salud de la población: promoción, prevención, diagnóstico, asistencia, rehabilitación, etc.
Contrato de Gestión	Establece como obligaciones adicionales, además de las Metas y los Programas de Salud. Explicita El mecanismo de sanción administrativa o económica ante incumplimientos de los prestadores
Participación Social	Trabajadores y Usuarios de servicios de salud participan en el comando y el control del SNIS, provocando un reequilibrio entre el poder de médicos, administradores, empresas, etc.
Fondo de Reconversión	Establece un mecanismo alternativo para acceder a financiamiento de proyectos de reconversión de las instituciones de salud
Colegio Médico	Fortalece la autoregulación profesional médica, separando al gremio de la función de administrar un prestador (CASMU)
Junta Nacional de Salud	Articulación de los principales actores instituciones y sociales: MSP, MEF, BPS, Prestadores, Trabajadores y Usuarios. Administra el SNS y desarrolla la conducción del SNIS.

Fuente: elaboración propia en base a leyes de reforma.

La pregunta que debemos plantearnos es si este impulso regulador de reforma se verá luego normalizado, neutralizado, como ha sido la historia característica del sector salud. La lógica histórica ha sido la de la expansión regulatoria como respuesta a las crisis sectoriales, que luego es reemplazada en los períodos de normalidad por una actitud prescindente, que favorece la autoregulación del sector IAMC. Si un elemento a favor tiene la reforma, éste consiste en su proceso de implementación, que hizo énfasis en los elementos de construcción política, asentando los nuevos dispositivos sobre la nueva estructura de poder sectorial.

En el balance, la reforma se presenta como un producto mixto, en el cual se combinan diferentes institutos. Si bien aprecia un claro avance en términos de vocación desmercantilizadora, de universalización de derechos, el SNIS combina elementos de NHS y SHI. En realidad, como podemos ver en la tabla 12.2 siguiente, el sistema uruguayo parece tomar los mejores elementos de cada uno de esos dos modelos ideales.

<b>Tabla 12.2. El ESD en perspectiva comparativa</b>			
	SHI	NHS	ESD
Provisión	Privada y Social	Pública	Pública, Social y Privada
Financiamiento	Seguridad Social	Impuestos	Seguridad Social e Impuestos
Mecanismos de asignación de recursos	Multifondos	Fondo público único	FONASA y Presupuesto
Beneficios	De acuerdo al Fondo. Niveles altos	Homogéneos. Diferencias territoriales según disponibilidad	Diferencias de calidad territorial y público-privado
Médicos Generales	SI. No GK	SI. Contratados por NHS. Si GK	NO. No GK (en proceso de implementación)
Plan de Beneficios definido	SI	NO	SI
Capacidad para determinar prioridades asistenciales	Baja	Alta. Gran poder Ministerio de Salud	Media. MSP
Pago por Resultados (P4P)	Profesionales de la salud	Profesionales de la salud	Profesionales de la salud/ Prestadores de servicios

Fuente: elaboración propia

Esta nueva institucionalidad estatal, esta marcando un rol conductor del Estado en el sector salud. Al igual que los estados desarrollistas del sudeste asiático, que han jugado un papel determinante en la transformación productiva sectorial, aquí también el rol de un aparato estatal que trata de conducir la reestructuración productiva y el desarrollo sectorial. Para ello apuesta a la misma fórmula: alta competencia técnica en el aparato



burocrático estatal, que se combina con una interfase especial con los actores relevantes de este sector productivo.

### **Futuras líneas de investigación**

En esta tesis hemos afirmado el poder explicativo de las coaliciones sociopolíticas y los liderazgos partidarios en los procesos de ampliación de las políticas de bienestar con orientación universalista. Además de ello, el rol principal que juegan las instituciones políticas para procesar el cambio en sectores complejos. En particular, pudimos apreciar la forma que asume el cambio institucional en una arena altamente institucionalizada, como es la del sector productor de servicios de salud. La forma de cambio que observamos remite a un patrón de cambio incremental, en el que las viejas instituciones se embeben de nuevos contenidos y orientaciones.

Nuestro estudio también muestra una variedad de temas que la reforma de salud deja como temas abiertos, como capítulos pendientes. Uno de los más importantes tiene que ver con la construcción del servicio público de salud, y la determinación del lugar que éste debe desempeñar dentro del SNIS. Si efectivamente es un prestador más, que imprime competencia en el sistema y establece estándares determinados en la provisión pública de servicios, dinamizando de esta forma todo el sistema. O, por el contrario, si se convierte en un servicio que brinda la infraestructura básica de funcionamiento de todo el SNIS, facilitando de esta manera los procesos de complementación asistencial en un sistema de salud en el que la IAMC mantienen su rol de agente dinamizador.

No podemos dejar de reconocer el desafío que supone el hecho de que las IAMC mantengan el rol “dinámico” dentro del SNIS. Ser los prestadores que incorporen las innovaciones tecnológicas, que brinden los servicios de mayor diferenciación y especialización asistencial, con mayor sensibilidad a la demanda de los usuarios de la salud, le brinda un enorme poder dentro del sistema. Resignar ese rol en los prestadores privados, por ejemplo en lo que refiere a la incorporación tecnológica, significa delegar el control sobre un factor generador de gasto sectorial, que muchas veces puede no estar adecuadamente justificado.

En cualquiera de estos dos extremos, como un servicio competitivo o como una infraestructura básica sobre la cual se articula la complementación en todo el SNIS, queda planteado la necesidad y el desafío del fortalecimiento institucional de la “empresa pública”. Establecer un estatuto adecuado para su fuerza de trabajo, las rutinas burocráticas esenciales de gestión y controlar asistencial, los mecanismos para la designación de gestores competentes, todos esos elementos básicos para establecer una administración eficiente. Por supuesto, la realidad nos puede ofrecer mayor complejidad a estos dos simples extremos, estableciendo diferentes gradaciones o combinaciones, de acuerdo al contexto geográfico en que operan los servicios de salud locales.

Esto implica no descartar de plano la experimentación con nuevos formatos de organización de la provisión de servicios públicos, en los que la descentralización de unidades competitivas pueda contribuir a dinamizar el “sector proveedor de servicios”. La reforma de salud ha mantenido la atención de los usuarios a través de “prestadores

integrales”, como forma de garantizar la asistencia de la forma más costo eficiente posible. Sin embargo, se ha perdido referencia respecto a un asunto que clave para el usuario de la salud: la relación médico-paciente. Reforzar este vínculo de confianza requiere de estructurar la provisión de servicios a partir de un fuerte primer nivel de atención, en el que Médico Generalista y equipo de salud tenga un rol de entrada al sistema, basado en la confianza que el usuario tenga sobre la capacidad resolutoria. En ese plano, es muy difícil cuestionar el derecho del usuario a la elección de su prestador de salud, que se traslada luego a la relación de confianza entre médico-paciente.

Claramente, esto debería estar acompañado de procesos de recentralización de servicios que requieran escalas adecuadas, en el plano asistencial, pero también en el de la dirección y el ejercicio del control. Evidentemente, la empresa pública debe jugar el doble rol, de levantar el piso de la calidad asistencial de todo el sistema, sin descuidar la asistencia de las poblaciones que carecen de aseguramiento FONASA. Esto implica pensar en las escalas asistenciales necesarias para el adecuado funcionamiento de maternidades, puertas de emergencia, blocs, bancos de sangre y otros servicios de alta complejidad, por ejemplo. Mantener el actual esquema de superposición de estos servicios, supone gasto y falta de eficiencia asistencial.

Un segundo capítulo, tiene que ver con la universalización definitiva del FONASA, con la incorporación de las poblaciones que están excluidas del mercado de trabajo formal. Todavía puede existir cierto margen para presionar esa relación virtuosa entre mercado de trabajo y ciudadanía social, por ejemplo a través de diversas formas de empleo protegido, como ensayan en la actualidad el MTSS y MIDES. Pero la experiencia indica que el techo de las posibilidades está bastante cerca. Necesariamente, se deberá continuar avanzando en el desarrollo de mecanismos de incorporación por vías no contributivas (como ha sido históricamente el funcionamiento de ASSE).

Pero, antes que eso, lo más importante es reconocer que la definición de un mecanismo de incorporación de los ciudadanos al esquema del SNS implica resolver satisfactoriamente el capítulo anterior, sobre el lugar del efector público en el SNIS. Si todos los ciudadanos tienen el derecho de elegir su prestador dentro del SNIS, cual cliente frente a la góndola del supermercado, es importante valorar el atractivo del servicio para el ciudadano medio. En tal sentido, si ASSE no puede competir en este concurso de belleza, entonces el pronóstico necesario sería el ajuste de la institución a un número menor.

Pero además, si ese fuera el caso, deberíamos plantearnos con franqueza la siguiente pregunta: ¿las IAMC están en condiciones de responder a las necesidades de salud de poblaciones que viven en situaciones de exclusión social, que históricamente han sido responsabilidad de ASSE? En tal sentido, podríamos enfrentarnos a la disyuntiva de que la libertad de elección “vaya en contra de los intereses superiores de las personas”. Estamos frente a una disyuntiva de proporciones, que el SNIS deberá procesar políticamente.

Un tercer capítulo se relaciona con el desarrollo de las nuevas instituciones, para el desarrollo de la Rectoría política sobre el sistema de salud. Todavía existe un campo fértil para la generación de nuevos dispositivos institucionales, que se hagan cargo de

temas relevantes como la mejora de la calidad de los procesos asistenciales, la seguridad de los pacientes, la formación continua de los trabajadores de la salud, por mencionar algunos. O para el desarrollo de dispositivos relacionados con la priorización de necesidades y la racionalización del gasto dentro del sector salud.

En este plano, un mensaje fuerte de esta investigación es que la reforma se propone como un proceso dinámico, de cambio y ajuste permanente de las estructuras y procesos asistenciales a las necesidades poblacionales. Este cambio sectorial está “guiado” por esta forma de Estado Social de corte desarrollista, que establece una forma particular de interface con los intereses regulados. El punto clave es que este tipo de estado requiere de burocracia profesional, de alta competencia técnica y capacidad relacional, que cumpla los requisitos de insularidad técnica y de relacionamiento sectorial (embedded autonomy). La existencia de una burocracia técnico profesional fuerte, es un requisito necesario, aunque no suficiente, para sostener este tipo de desarrollo sectorial que se propone.

La reforma del Estado sigue siendo un capítulo pendiente para el sistema político uruguayo. Los aspectos de macrodiseño sectorial, que apuestan a la estructuración de un sistema integrado, deben ser acompañados de componentes técnico-burocráticos que ejerzan funciones de coordinación y supervisión. De no poderse lograr esto, el estado volverá a sus viejas prácticas de regulación normativa y de control a la distancia, y el sector privado mantendrá sus lógicas competitivas y de autorregulación que le han sido características históricamente.

Como mensaje final, parece claro que el SNIS ingresa en una fase de normalización de su funcionamiento, de institucionalización de los dispositivos creados, de ajustes y cambios marginales. Culmina la fase heroica de la reforma, de la construcción del sistema y del estado, para dar paso a la etapa de los fiscalizadores y de los analistas. Parecería ser una etapa de rutina y tedio, sin embargo, es la hora de la puesta a prueba del ESD, de demostrar si efectivamente puede provocar la integración del aún estratificado sistema de protección social en salud del Uruguay.



## **Bibliografía**

AESM, (1979). La Asociación Española Ira Socorros Mutuos. Publicación institucional. Uruguay.

Albrecht, G., Fitzpatrick, R., Scrimshaw, S., (2000) Handbook of Social Studies in Health and Medicine. SAGE. UK.

Amsden, A. H. (2001). The Rise of “The Rest”. Challenges to the West from Late-Industrializing Economies. Oxford University Press.

Anderson, P. (1974) El Estado Absolutista. Editorial Siglo XXI. España.

Anduiza Perera, E., Crespo, I., Méndez Lago, Mo., (1999) Metodología de la Ciencia Política. Cuadernos Metodológicos N°2 88. CIS. España.

Armstrong, D., (2000). Social Theorizing about Health and Illness. En: Albrecht, G., Fitzpatrick, R., Scrimshaw, S., (2000) Handbook of Social Studies in Health and Medicine. SAGE. UK.

Baccaro, L. (2002). What is dead and what is alive in the theory of corporatism. DP/143/2002. International Institute for Labour Studies. Geneva.

Banco Mundial (2012) Gobernanza y servicios de salud: políticas de gestión performance en el sector salud en la región de América Latina y el Caribe. Estudio de caso Uruguay. Informe final. Uruguay

Banco Mundial (2013). “Gasto Público en el sector de la salud”. En: Informe de Análisis del gasto público en el Uruguay. Capítulo 3. Páginas 50-65. Uruguay.

Barrán, J.P., Nahum, B. (1984) “El problema nacional y el Estado: un marco histórico”. En: La crisis uruguaya y el problema nacional. CINVE-EBO. Uruguay

Barrán, J.P. (1992) Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. El Poder de Curar. Ediciones de la Banda Oriental. Uruguay.

Becoña, C., Jorcin, G., Setaro, M., (2009) La Junta Nacional de Salud. Una pieza clave en la construcción de la capacidad de rectoría sectorial. En: MSP (2009) Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Páginas 100-117. Uruguay.

BID (2001). PROGRAMA DE REFORMAS DEL SECTOR SALUD. Préstamo Sectorial UR-O1 33. BID-MSP-OPP-BID. Uruguay.

Blondel, J. (2006). “About Institutions, Mainly, but not Exclusively, Political”. Edited by Rhodes, R. A. W., Binder, S.A., and Rockman, B.A. The Oxford Handbook of Political Institutions.716-731.

- Blumel, M., (2012). The German Health Care System 2012. In: International Profiles of Health Care Systems, 2012. The Commonwealth Fund. USA.
- Bobbio, N. (1986). ESTADO, GOVERNO, SOCIEDADE. Para uma teoria geral da política. Paz e Terra. Brasil.
- Borsotti, C.A. (2007). Temas de metodología de la investigación en Ciencias Sociales empíricas. Miño y Dávila Editores. Argentina.
- Levy, J. ()
- Boyle, S., (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. United Kingdom.
- Buglioli, M., Lazarov, L., Portillo, J. (2001). Servicios de salud en el Uruguay. Documento de Trabajo. CINVE. Uruguay.
- Buglioli, M., Dean, A., Esponda, F., Raffaele, E., (2009) El pago de los servicios de salud por parte del Seguro Nacional de Salud. En MSP (2009) Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Páginas 48-71. Uruguay.
- Buño, W. (1986) Historia de la Vacunación Antivariólica en el Uruguay. Ediciones de la Banda Oriental. Uruguay.
- Burckhardt, J. (1946). La cultura del Renacimiento en Italia. Editorial Iberia.
- Busquets, J.M., Setaro, M. (2007) El reformismo se abre paso en la política de salud. En: La hora de las reformas. Gobierno, actores y políticas en el Uruguay 2006-2007. Informe de Coyuntura del ICP. Ediciones de la Banda Oriental. Uruguay.
- Busquets, J.M., Setaro, M. (2008) El Sistema Nacional Integrado de Salud: ¿uno de los trofeos de la administración de Tabaré Vázquez? En: Encrucijada 2009. Gobierno, actores y políticos en el Uruguay 2007-2008. Informe de Coyuntura ICP. Editorial Fin de Siglo. Uruguay.
- Busse, R., Riesberg, A., (2004). *Health care systems in transition: Germany*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. United Kingdom.
- Clavell, E., Rodríguez, M., (2009) “La participación social en el SNIS: opciones y debates”. En: MSP (2009) Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Páginas 118-138. Uruguay.
- Collier, B. R., and Collier, D. (1991). Shapping the political arena. Critical junctures, the labor movement and regime dynamics in Latin America. Indiana University Press.
- Collier, D. (2011). Understanding Process Tracing. Political Science and Politics 44, N°4, pp. 823-830. USA.

- Collier, D., and Gerring, J., (2009) *Concepts and Method in Social Science. The tradition of Giovanni Satori*. Routledge. USA.
- Commonwealth Fund (2012). *The United States Health Care System 2012*. In: *International Profiles of Health Care Systems, 2012*. The Commonwealth Fund. USA.
- Chevreur, K., Durand-Zaleski, I., Bahrami, S., Hernández-Quevedo, C., Mladovsky, P., (2010). *France: Health system review. Health Systems in Transition*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. United Kingdom.
- Christensen, T., Laegreid, P., Roness, P., Arne Rovik, K., (2007). *Organization Theory and the public sector. Instrument, culture and myth*. Routledge.
- Dahl, R. (1992). *Los dilemas del pluralismo democrático. Autonomía versus Control*. Alianza Editorial. México.
- D' Elia, G., Miraldi, A., (1986) *Historia del Movimiento Obrero en el Uruguay. Desde sus orígenes hasta 1930*. Ediciones de la Banda Oriental. Uruguay.
- Dibarboure Icasuriaga, H. (1989) *Pasado y presente de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva*. *Revista Médica Uruguay*, 1989; 5: 66-73
- Docteur, E. and H. Oxley (2003), "Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience", *OECD Health Working Papers*, No. 9, OECD Publishing.  
<http://dx.doi.org/10.1787/865047648066>
- Donatini, A., (2012). *The Italian Health Care System 2012*. In: *International Profiles of Health Care Systems, 2012*. The Commonwealth Fund. USA.
- Durán, A., Kutzin, J., Martin-Moreno, J., and Travis, P., (2012). *Understanding health systems: scope, functions and objectives*.
- Durand-Zalesky, I., (2012). *The French Health Care System 2012*. In: *International Profiles of Health Care Systems, 2012*. The Commonwealth Fund. USA.
- Elias, N. (1993). *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. Fondo de Cultura Económica. México.
- Esping-Andersen, G. (1993) *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Edición Alfons El Magnanim. Valencia. España.
- Esping-Andersen, G. (2000) *Fundamentos sociales de la economías postindustriales*. Editorial Ariel. España.
- Evans, P. (1995). *Embedded Autonomy. States and Industrial Transformation*. Princeton University Press.
- Evans, P. (2005). *Harnessing the State: Rebalancing Strategies for Monitoring and Motivation*. *En: Lange, M., and Rueschemeyer, D. States and Development. Historical Antecedents of Stagnation and Advance*. Chapter 2. Palgrave Macmillan. USA.

Evans, P., (2007). “El Estado como problema y como solución”. En Acuña, C. H., (Compilador). *Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: Retomando el debate de ayer para fortalecer el actual*. Jefatura de Gabinete, Gobierno de la Nación Argentina.

Evans, P., Rueschemeyer, D., Skocpol, T., (1985) *Bringing the State Back In*. Cambridge University Press. USA.

Faral, L. (2005). 1984-2004: los “clásicos” de la salud. En: Caetano, G. (Compilador): *20 años de Democracia. Uruguay 1985-2005: miradas múltiples*. Ediciones Santillana. Uruguay.

Fearon, J. (1991). Counterfactuals and hypothesis testing in Political Science. *World Politics*, Vol.43, N°2, pp. 169-195.

Ferrari, J.M. (2010). *A cien años de la ley de Asistencia Pública Nacional*. Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina. Uruguay

Figueras, J., Lessof, S., McKee, M., Durán, A., Menabde, N., (2010). Health Systems, health, wealth and societal well-being: an introduction. En: Figueras, J., Lessof, S., McKee, M., Durán, A., Menabde, N., (2010). *Health Systems, health, wealth and societal well-being*. WHO European Region. Open University Press. Reino Unido.

Figueras, J., McKee, M., (2012). *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being: Assessing the case for investing in health systems*. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University. Inglaterra.

Filgueira, F. (2011) *Pasado, presente y futuro del Estado Social latinoamericano: coyunturas críticas, decisiones críticas*. En: *Protección social en salud en América Latina y el Caribe*. IRDC. Canadá

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*. EBO-ICP. Uruguay.

Finch, H. (2000) *La economía política del Uruguay contemporáneo, 1870-2000*. Ediciones de la Banda Oriental. Uruguay.

Fischer, F. (2003) *Reframing public policy. Discursive politics and deliberative practices*. Oxford University Press. USA.

Fleury, S. (2000). *Remodelando los servicios de salud en América Latina. Un análisis comparativo de la reforma en México, Argentina y Brasil*. IRDC-CIID.

Flora, P., and Heidenheimer, A., (1982). *The development of Welfare States in Europe and America*.

Flora, P. Kuhnle, S., and Urwin, D. (1999) *State formation, Nation-Building, and Mass Politics in Europe. The Theory of Stein Rokkan*, Oxford University Press.



Flyvbjerg, B., (2011). "Case Study", en Denzin and Lincoln Eds. The SAGE Handbook of Qualitative Research. 4<sup>th</sup> Edition. Chapter 17, ps. 301-316.

Freeman, R. (2000). The politics of health in Europe. Manchester University Press. USA.

Frega, A., Maronna, M., TRochón, Y., (1987) Baldomir y la restauración democrática (1938-1946). Ediciones de la Banda Oriental. Uruguay.

Freidson, E. (1978). La profesión médica. Ediciones Península. España.

Frente Amplio (1995) Estatutos del Frente Amplio. Aprobado por el Plenario Nacional el 4/12/1993. Impreso por la Comisión Nacional de Propaganda. Uruguay.

Frente Amplio (2003). Grandes Lineamientos Programáticos para el Gobierno 2005-2009. Porque entre todos otro Uruguay es posible. IV Congreso Extraordinario del Frente Amplio, Compañero Héctor Rodríguez. 20 y 21 de Diciembre de 2003.

Frente Amplio (2004). Plan de Gobierno en Salud. Propuesta de la Unidad Temática de Salud. Frente Amplio. 20 de Mayo de 2004. Archivo Documental MFG.

Frisina Doetter, L., Götze, R., (2011). *The Changing Role of the State in the Italian Healthcare System*. TranState Working Papers, 150. Bremen

Frisina Doetter, L., Götze, R., (2011). *The Changing Role of the State in the Italian Healthcare System*. TranState Working Papers, 150. Bremen

Fuentes, G., (2010). "El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible" En: Revista Uruguay de Ciencia Política, Vol. 19, N° 1, pags. 119-142.

Fuentes, G., Setaro, M., (2011). "Segunda etapa de la reforma de la salud. Primeros pasos en la Administración Mujica" en ICP: *Política en tiempo de Mujica. En busca del rumbo*. Estuario Editora. Montevideo.

Garcé, A. (2000) La partitura, la orquesta, el director y algo más. En: Lanzaro, J. (Comp.) La segunda transición en el Uruguay. Gobierno y partidos en un tiempo de reformas. CSIC-FCU-ICP. Uruguay.

García-Armesto, S., Abadía-Taira, M.B., Durán, A., Hernández-Quevedo, C., Bernal-Delgado, E., (2010). Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. United Kingdom.

Gerring, J., (2007). Case Study Research. Principles and Practices. Cambridge University Press. USA.

Glennard, A., (2012). The Swedish Health Care System 2012. In: International Profiles of Health Care Systems, 2012. The Commonwealth Fund. USA.

Goertz, G. (2005). *Social Science Concepts: a user's guide*. Princeton University Press. USA.

González, T., y Olesker, D., et al (2009). *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, 2005-2009*. Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

Guterman, S., Davis, K., Stremikis, K., Drake, H. (2010). *Innovation In Medicare And Medicaid Will Be Central To Health Reform's Success*. Health Affairs. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/content/29/6/1188>

Hall, P. A., (2003). *The political economy of Europe in an era of interdependence*. En : Kitschelt, H., Lange, P., Marks, G., Stephens, J.D., (2003). *Continuity and change in contemporary capitalism*. Cambridge University Press. USA.

Hall, P. A., and Soskice, D. (2001) *Varieties of Capitalism. The Institutional Foundations of Comparative Advantage*. Oxford University Press. USA.

Harrison, A., (2012). *The English Health Care System 2012*. In: *International Profiles of Health Care Systems, 2012*. The Commonwealth Fund. USA.

Haute Autorité de Santé. France. Disponible en: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_5443/english](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5443/english)

Healy, J., Mckee, M., (2002) *Hospitals in a changing Europe*. WHO-European Health Observatory. Open University Press. United Kingdom.

Hemerijck, A.C. and Vail, M.I. (2004). *The Forgotten Center: The State as Dynamic Actor in Corporatist Political Economies*.

Hirschmann A. O., (1977) *Salida, Voz y Lealtad. Respuestas al deterioro de empresas, organizaciones y estados*. Fondo de Cultura Económica. México.

Huntington, S. P. (1994). *La tercera ola. La democratización a finales del siglo XX*. Paidós. España.

Huntington, S. P. (1996) *El orden político en las sociedades en cambio*. Paidós. España.

Immergut, E. M. 1990. *Institutions, veto points, and policy results: a comparative analysis of health care*. *Journal of Public Policy*, 10: 391–416.

**Jacobs, A. (1998)** Seeing Difference: Market Health Reform in Europe. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 23: 1-33

Jorcín, G., Arbulo, V., Pagano, J., Rak, G., Rivas, L., (2013a). *Análisis de la cobertura población del SNIS y de la incorporación de colectivos al SNS*. OPS-OMS-MSP. Uruguay.

Jorcín, G., Arbulo, V., Pagano, J., Rak, G., Rivas, L., (2013b). *Evaluación y revisión del financiamiento del sistema de salud uruguayo*. OPS-OMS-MSP. Uruguay.

- Katz, R., Mair, P. (2004) El partido cartel. La transformación de los modelos de partidos y de la democracia de partidos. *Revista Zona Abierta*. Número 108-104. Páginas 9-39. España.
- Katzenstein, P. (1985) *Small Nations in an Open International Economy: The Converging Balance of State and Society in Switzerland and Austria*. En: Evans, P., Rueschemeyer, D., Skocpol, T., *Bringing the State Back In*. Cambridge University Press. USA.
- King, G., Keohane, R.O., Verba, S., (2000). *El diseño de la investigación social. La inferencia científica en los estudios cualitativos*. Alianza Editorial. España.
- Kingdon, J. W., (2003). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Longman. USA.
- Kitschelt, H. (1999) Panoramas de intermediación de intereses políticos: Movimientos Sociales, Grupos de Intereses y Partidos a comienzos del siglo XXI. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*. Universidad de Santiago de Compostela. Volumen 2. Número 001. España.
- Kitschelt, H. (2004) Diversificación y reconfiguración de los sistemas de partidos de las democracias postindustriales. *Revista Española de Ciencia Política*. Número 10. páginas 9-51. España.
- Kitschelt, H., Lange, P., Marks, G., Stephens, J.D., (2003). *Continuity and change in contemporary capitalism*. Cambridge University Press. USA.
- Korpi, W. (2001). *Contentious Institutions: An Augmented Rational-Action Analysis of the Origins and Path Dependency of Welfare State Institutions in the Western Countries*. Forthcoming in *Rationality and Society*, Vol. 13 (2), 2001.
- Kruse, H.C. (1994) *Los orígenes del mutualismo uruguayo*. Ediciones Populares para América Latina. Uruguay
- Labadie, C. (1997). *Regulación y desempeño comparado de dos subsistemas privados de salud en el Uruguay*. Documento de Trabajo R-307. Uruguay.
- Lange, M., and Rueschemeyer, D. (2005) *States and Development: Historical Antecedents of Stagnation and Advance*. Palgrave Macmillan. USA.
- Lanzaro, J. (1986). *Sindicatos y Sistema Político. Relaciones corporativas en el Uruguay: 1940-1985*. FCU. Uruguay.
- Lanzaro, J. (2000) *La “segunda” transición en el Uruguay. Gobierno y partidos en un tiempo de reformas*. CSIC-ICP-FCU. Uruguay.
- Lanzaro, J. (2008) *La “tercera ola” de las izquierdas latinoamericanas: entre el populismo y la social-democracia*. Working Paper 91. Universidad Autónoma de Madrid. España.

Lanzaro, J. (2013) Social Democracy in Latin America: Uruguay compared to Brazil and Chile. Paper to be delivered at the XXXI International Congress of the Latin American Studies Association (LASA). Washington. USA.

Leftwich, A. (2008). Developmental states, effective states and poverty reduction: The primacy of politics. UNRISD.

Leftwich, A., Wheeler, C., (2011). Policy and Practice for Developmental Politics, Leadership and Coalitions in Development. Findings, insights and guidance from the DLP's first Research and Policy. Workshop. Frankfurt 10 -11 March 2011.

Lehmbruch, G., (1992). Corporativismo Liberal y Gobierno de Partidos. En: Schmitter, P.C., y Lehmbruch, G. (Compiladores) Neocorporativismo I. Más allá del Estado y el mercado. Alianza Editorial. México.

Levcovitz, E., (2013) Economía Política y dinámica de cambio en los sistemas de salud. Conferencia pronunciada en la Escuela de Gobierno en Salud Pública. MSP-OPS-UDELAR. Uruguay.

Levitsky, S. (2009). "Institutionalization. Unpacking the concept and explaining party change". En: Collier and Gerring (Edit.) Concepts and Method in Social Science. The tradition of Giovanni Satori. Routledge.

Levy, J. (2008) Counterfactuals and Case Studies. In Box-Steffensmeier, Brady and Collier (Edits) Oxford Handbook of Political Methodology. Oxford University Press. USA.

Lijphart, A., (2000) Modelos de Democracia. Formas de gobierno y resultados en treinta y seis países. Ariel Ciencia Política. España.

Lo Scalzo A, Donatini A, Orzella L, Cicchetti A, Profili S, Maresso A. (2009) *Italy: Health system review. Health Systems in Transition*. United Kingdom. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. United Kingdom.

Londoño, J.L., Frenk, J., (1997). Pluralismo Estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Documento de trabajo número 353.

Lynch, J. (2001). Las revoluciones hispanoamericanas. 1808-1826. Editorial Ariel. España.

Llambí, C., Oddone, G., Perera, M., Velázquez, C., (2010) Estudio sobre el impacto distributivo del gasto público social en Uruguay. Notas Técnicas. Banco Interamericano de Desarrollo. Uruguay

Mahoney, J., (2001). The legacies of Liberalism. Path dependence and political regimes in Central America. Johns Hopkins University Press.

Mahoney, J., Thelen, K., (2010) Explaining Institutional Change. Ambiguity, Agency and Power. Cambridge University Press. USA.

- Maquiavelo, N. (1986) *El Príncipe*. Fundación de Cultura Universitaria-Centro de Estudiantes de Derecho. Uruguay.
- March, J., Olsen, J. (1996) Institutional perspectives on political institutions. *Governance*, 248-64.
- Margolis, E., Piazza, N., (1989). *Organización de la Atención Médica en el Uruguay*. OPS-OMS y Editorial Nordan. Uruguay.
- Marset Campos, P. y Saez Gómez, J. (1997) *La Evolución Histórica de la Salud Pública*. En: Martínez Navarro. F., Antó, J.M., Castellanos, P., Gili, M., Marset, P., Navarro, V., (1997). *Salud Pública*. McGraw Hill Interamericana. España.
- Marset Campos, P., Saez Gómez, J., Sánchez Moreno, A. (1997) *Análisis Comparados de Sistemas Sanitarios*. En: Martínez Navarro. F., Antó, J.M., Castellanos, P., Gili, M., Marset, P., Navarro, V., (1997). *Salud Pública*. McGraw Hill Interamericana. España.
- Marshall, T.H., (1991). *Ciudadanía y Clase Social*. Conferencias A. Marshall, Cambridge 1949. Editorial Alianza. España.
- Martínez Franzoni, J. (2007) *Regímenes de Bienestar en América Latina*. Fundación Carolina. España.
- Martínez Navarro. F., Antó, J.M., Castellanos, P., Gili, M., Marset, P., Navarro, V., (1997). *Salud Pública*. McGraw Hill Interamericana. España.
- Martínez, J. (2007). *La Salud, el Mutualismo y la Seguridad Social en el Uruguay: Pasado, Presente y Futuro*. Unión de la Mutualidad del Uruguay.
- Martinón Quintero, R. (2007) *La incorporación de las ideas al análisis de políticas públicas en el marco de las coaliciones promotoras*. *Revista Gestión y Política Pública*. Volumen XVI, número 2, segundo semestre 2007.
- Mazucca, S. L. (2007) *Rent Seeking*. Ver en: Bevir, M. (Editor) *Encyclopedia of Governance*. Páginas 822-823. SAGE.
- McKeown, T., Lowe, C. (1981). *Introducción a la Medicina Social*. Editorial Siglo XXI. México.
- Mesa-Lago, C. (2008). *Reassembling Social Security. A Survey of pensions and healthcare reforms in Latin America*. Oxford Press. EUA.
- Mesa-Lago, C., Bertranou, F., (1998) *Manual de Economía de la Seguridad Social Latinoamericana*. Centro Latinoamericano de Economía Humana. Uruguay.
- Mieres Gómez, G. (1997). *El sector salud: 75 años de un mismo diagnóstico*. Sindicato Médico del Uruguay.

Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S., McKee, M. (2012). Health Policy responses to the financial crisis in Europe. WHO-European Observatory on Health Systems and Policies. Dinamarca.

Moore, B., (1973) Los orígenes sociales de la Dictadura y la Democracia. El seño y el campesino en la formación del mundo moderno. Ediciones Península. España.

Morás, L. E., (2000) De la Tierra Purpúrea al Laboratorio Social. Reformas y proceso civilizatorio en el Uruguay (1870-1917). Ediciones Banda Oriental. Uruguay

MSP (2009). La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, 2005-2009. Ministerio de Salud Pública. Uruguay. Disponible en:

MSP (2009). Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud. MSP. Uruguay.

MSP (2010). Informe sobre recursos humanos en salud 2010. MSP-DIGESNIS. Uruguay. Disponible en:

MSP (2010) El desempeño del Sector Mutual 2004-2009. Informe técnico de la División de Economía de la Salud. Uruguay. Disponible en: [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas\\_desempeIAMC04-09.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_desempeIAMC04-09.pdf)

Myles, J., Quadagno, J., (2002). Political Theories of the Welfare State. *Social Service Review* (March 2002). The University of Chicago.

Narbondo, P. (2012) Las reformas de la matriz de funciones socioeconómicas y de la reestructura organizativa del Estado y el sector público en los gobiernos del Frente Amplio. De próxima publicación.

Narbondo, P., Fuentes, G., Rumeau, D., (2010) La reforma de la administración central: marchas, contramarchas y bloqueo. En: Mancebo y Narbondo, Reforma del Estado y políticas públicas de la administración Vázquez: acumulaciones, conflictos, desafíos. Fin de Siglo-CLACSO-ICP. Uruguay

Narbondo, P., Ramos, C. (2002) La reforma de la administración central en el segundo gobierno de Sanguinetti: realizaciones y déficit de un enfoque gerencialista. En: Mancebo, Ramos, Narbondo (Compiladores) Uruguay: la reforma del estado y las políticas públicas en la democracia restaurada. EBP-ICP. Uruguay

Navarro, V. (1997) Sistemas de Salud en los países desarrollados. En: Martínez Navarro, F., Antó, J.M., Castellanos, P., Gili, M., Marset, P., Navarro, V., (1997). Salud Pública. McGraw Hill Interamericana. España.

Notaro, J., Chevalier, M., Fernández Caetano, C., Motta, V., Viera, M., (2011). El origen del sistema de relaciones laborales en el Uruguay. Instituto de Economía, Serie Documentos de Trabajo, DT 1/11. Uruguay.

- Notaro, J., Fernández Caetano, C., (2012). El origen de los Consejos de Salarios en Uruguay. *Revista Latino-americana de Estudos do Trabalho*, Año 17, nº 28, 2012, 161-185. Brasil.
- North, D.C. (1990). *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge University Press. USA.
- O'Donnell, G., (1975) *Reflexiones sobre las tendencias generales de cambio del Estado burocrático-autoritario*. CEDES/CLACSO. Argentina.
- Offe, C. (1988) “Democracia de competencia entre partidos y el Estado de Bienestar keynesiano. Factores de estabilidad y de desorganización”. En Offe, C.: *Partidos Políticos y Nuevos Movimientos Sociales*. Editorial Sistema. España.
- Olesker, D., Oreggioni, I., Setaro, M., (2009) “La reforma de salud: una síntesis final”. En: MSP (2009) *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Páginas 166-172. Uruguay.
- Olshansky, S., Ault, B. (1986) The fourth stage of epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *The Milbank Fund Quarterly*.
- Olson, O., (1971) *La lógica de la Acción Colectiva. Bienes públicos y la teoría de grupos*. Limusa-Noriega Editores. México.
- Omran, A. (1971). The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Fund Quarterly*.
- OMS (1998). *Promoción de la Salud Glosario*. OMS. Ginebra. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- OPS (2002). *El desempeño de las funciones de la Salud Pública en el Uruguay*. MSP-OPS. Uruguay.
- OMS (2010). *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Suiza.
- Panbianco, A. (1990). *Modelos de Partido. Organización y poder en los partidos políticos*. Alianza Editorial. España
- Paramio, L. (2009). El modelo europeo: ¿modelo económico o modelo social? *Revista Nueva Sociedad* N 221, Mayo-Junio de 2009.
- Pérez, M. (2008) *La reforma del sistema de salud en el primer gobierno de izquierda en la historia del Uruguay. Los desafíos del cambio*. Tesis Ciencia Política. ICP-FCS-UDELAR. Uruguay.
- Peters, G.P., (2003) *El Nuevo institucionalismo. La teoría institucional en Ciencia Política*. Gedisa. España.

Pierson, P. (1994). *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*. Cambridge University Press. USA.

Pierson, P. (2001) *The new politics of Welfare State*. Oxford University Press. USA.

Pierson, P. (2004). *Politics in Time: history, institutions and social analysis*. Princeton University Press. USA.

Piotti, D., (1998) *La dimensión centralización-descentralización y el proceso de reforma en el sistema de salud en el Uruguay*. Documento de trabajo Nro. 6. ICP-FCS. Uruguay

Piotti, D., (1998) *Historia de la Salud en el Uruguay. 1830-1995*. OPS. Uruguay

Piotti, D., (2002) *La reforma del Estado y el sistema de salud*. En: Mancebo, M., Narbono, P., Ramos, C., (2002). *Uruguay: la reforma del Estado y las políticas públicas en la restauración democrática (1985-2000)*. Colección Política Viva. EBO-ICP. Uruguay

Poggi, G. (1997) *El desarrollo del Estado Moderno. Una introducción sociológica*. Universidad Nacional de Quilmes. Argentina.

Polanyi, K., (1989). *La gran transformación. Crítica del liberalismo económico*. Ediciones de La Piqueta. España.

Portillo, J. (1995). *Historia de la medicina estatal en Uruguay (1724 - 1930)*. Revista Médica Uruguay, 1995; 11: 5-18

Rama, C. M., (1969) *Obreros y Anarquistas*. Enciclopedia Uruguaya. Número 32. Editores Reunidos y Editorial Arca. Uruguay.

Rama, G. W. (1969) *El ascenso de las clases medias*. Enciclopedia Uruguaya, número 36. Editores Reunidos y Editorial Arca. Uruguay

Rama, G. W. (1995) *La Democracia en el Uruguay. Una perspectiva de interpretación*. Arca. Uruguay

Real de Azúa, C. (2000). *Uruguay ¿Una sociedad amortiguadora?* Ediciones de la Banda Oriental. Uruguay.

Rhodes, M. (2001). *The political economy of Social Pacts: Competitive Corporatism and European Welfare Reform*. En: Pierson, P. (Ed.). *The New Politics of the Welfare State*. Oxford University Press. USA.

Rhodes, R.A.W., (2006). "Old Institutionalism". Edited by Rhodes, R. A. W., Binder, S.A., and Rockman, B.A. *The Oxford Handbook of Political Institutions*. P. 90-108.

Rivett G. C. (1998). *From Cradle to Grave, the first 50 years of the NHS*. King's Fund. London.



- Rizzi, M. (2007). Bicentenario de la expedición de la vacuna antivariólica y su introducción en el Río de la Plata. *Revista Médica Uruguay*, 2007; 23: 7-18
- Rochaix, L., Xerri, B., (2009) National Authority for Health: France. The Commonwealth Fund. USA.
- Rodríguez, H. (1969) El arraigo de los Sindicatos. *Enciclopedia Uruguaya*. Número 51. Uruguay.
- Rodríguez Araujo, M., (2011). Democratización de la gestión pública en el gobierno del Frente Amplio. El caso de la participación social en la Reforma del Sector Salud. Tesis de grado. ICP-FCS-UDELAR. Montevideo.
- Rodríguez Araujo, M., Toledo, T., (2009) “La construcción del pilar normativo del SNIS: su proceso político”. En: MSP (2009) Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Páginas 140-165. Uruguay.
- Rodríguez Machado, A. (2013) Estructura de gastos y financiamiento de la salud pública en el Uruguay, 2000-2012. De próxima publicación.
- Roemer, M.I. (1985). National Strategies for Health Care Organization. A World overview. Health Administration Press. USA.
- Rosen, G. (1984). De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud. Siglo XXI Editores. México.
- Royol, J. (1969). La Salud Pública. Colección Nuestra Tierra, número 48. Uruguay.
- Rubio, R., y Rosero, A., (2010) El Advocacy Coalition Framework, de Paul A. Sabatier: un marco de Analisis de Política Publica basado en coaliciones promotoras. En: Roth Deubel, A. (Editor). Enfoques para el análisis de políticas públicas. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Rueschemeyer, D. (2005) *Building States—Inherently a Long-Term Process? An Argument from Theory*. En: Lange, M., and Rueschemeyer, D. *States and Development. Historical Antecedents of Stagnation and Advance*. Chapter 7. Palgrave Macmillan. USA.
- Sabatier, P. & Weible, C. (2007). "The Advocacy Coalition Framework: innovations and clarifications", en Sabatier, Paul (Ed.), *Theories of the policy process*. Boulder: Westview Point Boulder, 2nd Ed., pp. 189-220.
- Saltman, R., Allin, S., Mossialos, E., Wismar, M., and Kutzin, J., (2012). Assessing health reform trends in Europe
- Sánchez, D. (1992). Evolución de la tecnología médica en el Uruguay. *Revista Médica Uruguay*, 1992; 8: 108-119.

Sartori, G. (1992). *Partidos y Sistemas de Partidos. Marco para un análisis. Segunda edición ampliada.* Alianza Editorial. España

Sartori, G., (2009) . What is Politics? En Collier, D., and Gerring, J., (Editores) *Concepts and Method in Social Science. The tradicon of Giovanni Satori.* Routledge. USA.

Sartori, G., (2009) . Concept misformation in comparative politics, En Collier, D., and Gerring, J., (Editores) *Concepts and Method in Social Science. The tradicon of Giovanni Satori.* Routledge. USA.

Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma W, van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W., van Ginneken E. (2010). *The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition.* World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies. United Kingdom.

Schmitter, P.C. (1992). ¿Continúa el siglo del Corporativismo? En: Phillippe C. Schmitter y Gerhard Lehmruch (Compiladores) *Neocorporativismo I. Más allá del Estado y el mercado.* Alianza Editorial. México.

Schmitter, P. C. (1994). ¡El Corporativismo ha muerto! ¡Larga vida al Corporativismo! *Revista Zona Abierta.* Número 67-68. Páginas 61-84. España.

Segura-Ubiergo, A. (2007) *The Political Economy of the Welfare State in Latin America: Globalization, Democracy, and Development.* Cambridge University Press. USA.

Setaro, M. (2002). *Elites e Instituciones. La CIDE como una estrategia para el desarrollo, 1960-1967.* Documento de Trabajo Número 32. FCS-ICP. Uruguay.

Setaro, M. (2005). *Vigilar y Cuidar del bien común. El de rectoría del sistema de salud desde una perspectiva comparativa.* Documento de Trabajo Número 47. Facultad de Ciencias Sociales-Departamento de Ciencia Política. Uruguay.

Setaro, M., Rodríguez Araujo, M., (2012). “Gobernanza participativa en el sistema de salud uruguayo: la Junta Nacional de Salud y los nuevos espacios de participación social”. Artículo de próxima publicación en libro compilación sobre participación social, coordinado por el Dr. Javier Pereira para el programa CIVIS de UCUDAL.

Setaro, M., (2010). “La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y el nuevo Estado para la performance”. En Narbondo, P., y Mancebo, M.E., (Coord.). *Reforma del Estado y políticas pública de la Administración Vázquez: acumulaciones, conflictos y desafíos.* Fin de Siglo-CLACSO-ICP.

Setaro, M., y Fuentes, G., (2012) *Segunda etapa de la reforma de salud. Navegando entre Escila y Caribdis.* En: *Política en tiempo de Mujica II. Un balance en mitad de camino.* Informe de Coyuntura Número 11. Páginas 260-274. Editorial Estuario-ICS-FCS-UDELAR. Uruguay

Setaro, M., y Koolhas, M., (2009). Políticas de salud para la infancia y la adolescencia. Cuadernos de la Estrategia Nacional para Infancia y Adolescencia. MIDES. Uruguay

Shepsle, K.A., (2009). "Old Questions and New Answers about Institutions: The Riker Objection Revisited". En: Wittman, D., and Weingast, B., *The Oxford Handbook of Political Economy*. Oxford University Press.

Shonfield, A. (1968) *Capitalismo Moderno. El cambio de equilibrio de los poderes público y privado*. FCE. México.

Siegrist, J. (2000) *The Social Causation of Health and Illness*. En: Albrecht, G., Fitzpatrick, R., Scrimshaw, S., (2000) *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. SAGE. UK.

Skocpol, T. (1985) *Bringing the State Back In: Strategies of Analysis in Current Research*. En: Evans, P., Rueschemeyer, D., Skocpol, T., *Bringing the State Back In*. Cambridge University Press. USA.

Skocpol, T., (2007) "El Estado regresa al primer plano. Estrategia de análisis en la investigación actual", En Acuña, C. H., (Compilador). *Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: Retomando el debate de ayer para fortalecer el actual*. Jefatura de Gabinete, Gobierno de la Nación Argentina.

Smith, P. (2004) Los ciclos de democracia electoral en América Latina, 1900-2000. *Revista Política y gobierno*. Vol. XI, núm. 2, segundo semestre de 2004. México.

Smith, P.C., Mossialos, E., and Papanicolas, I. (2012). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*

Smith, P., Mossialos, E., Papanicolas, I., and Leatherman, S., (2009). *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*. Cambridge Press. USA

SINADI (S/F) *Manual de indicadores asistenciales del SINADI*. Consulta en página web de MSP-Economía de la Salud.

Soskice, D., (2003). *Divergent Production regimes: Coordinated and uncoordinated market economies in the 1980s and 1990s*. En : Kitschelt, H., Lange, P., Marks, G., Stephens, J.D., (2003). *Continuity and change in contemporary capitalism*. Cambridge University Press. USA.

Starfield, B. (2002). *ATENÇÃO PRIMÁRIA: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO-Ministerio de Salud de Brasil.

Starr, P. (1991) *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. Biblioteca de la Salud. Fondo de Cultura Económica. México.

Streeck, W., Thelen, K., (2005) *Beyond Continuity. Institutional Change in Advanced Political Economies*. Oxford University Press.

Terris, M. (1980) Tres sistemas mundiales de atención médica. CUADERNOS MÉDICO SOCIALES N° 14. Argentina. Disponible en:  
<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/regionsanitaria6/files/2012/05/MedicinaSanitaria5.pdf>

Tilly, C. (1985) War Making and State Making as Organized Crime. En: Evans, P., Rueschemeyer, D., Skocpol, T., Bringing the State Back In. Cambridge University Press. USA.

Tilly, C. (1990) Coercion, Capital, and European States, AD 990-1990. Basil Blackwell. USA.

Tsebelis, G. 2002. Veto Players: How Political Institutions Work. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Turner, B. S., (2000). The History of the Changing Concepts of Health an Illness: Outline of a General Model of Illness Categories. En: Albrecht, G., Fitzpatrick, R., Scrimshaw, S., (2000) Handbook of Social Studies in Health and Medicine. SAGE. UK.

Turnes, A. L., (2008). Los 75 años del proceso fundacional del Ministerio de Salud Pública. Publicaciones del Sindicato Médico del Uruguay. Uruguay.

Van Evera, S. (1997). Guide to methods for students of Political Science. Cornell University Press

Van Waarden, F. (1992). Dimensions and types of policy Networks. European Journal of Political Research. 29-52. Holanda.

Vázquez, T. (2005) Discurso del Presidente Tabaré Vázquez tras asumir la Presidencia de la república. Explanada del Palacio Legislativo. 1° de marzo, 2005. Disponible en:

[http://archivo.presidencia.gub.uy/\\_web/pages/vazquez06.htm](http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/pages/vazquez06.htm)

Veronelli, J., Nowinsky, A., Haretche, A., Roitman, B., (1994) La Salud de los uruguayos. Cambios y Perspectivas. Editorial Nordan-Comunidad. OPS. Uruguay.

Veronelli, J.C., y Veronelli Correch, M., (2004). Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina. Tomo I. OPS-OMS. Argentina.

Villar, H. (2003). La Salud una política de Estado. Hacia un Sistema Nacional de Salud. Marco conceptual, el contexto, situación actual y propuestas de cambio. Imprenta Grafinel. Uruguay.

Von Beyme, K. (2006). "Political Institutions. Old and New". Edited by Rhodes, R. A. W., Binder, S.A., and Rockman, B.A. The Oxford Handbook of Political Institutions.743-756.

Wade, R. (1990). Governing the Market. Economic Theory and the role of Government in East Asian industrialization. Princeton University Press.

Weber, M. (1967) *La política como vocación*. Alianza Editorial-Fundación de Cultura Universitaria. Uruguay.

Weir, M., and Skocpol, T., (1985). *State Structures and the Possibilities for "Keynesian" Responses to the Great Depression in Sweden, Britain, and the United States*. En: Evans, P., Rueschemeyer, D., Skocpol, T., *Bringing the State Back In*. Cambridge University Press. USA.

Weir, S., Skocpol, T. (1993). *Las estructuras del Estado: una respuesta "keynesiana" a la Gran Depresión*. *Revista Zona Abierta*. Nro. 63-64. Páginas 73-153. España.

Wendt, C., Rothgang, H., Helmert, U. (2005) *The self-regulatory German health care system between growing competition and state hierarchy*. *TranState Working Papers*, 32. Bremen. Alemania.

Wendt, C., Kohl, J., Thompson, T., (2006) *Modes of Regulation and their Effects on Financing and Service Provision in OECD Health Care Systems*. *TranState Working Papers No. 32*. Mannheim. Alemania

Westert, G., (2012). *The Dutch Health Care System 2012*. In: *International Profiles of Health Care Systems, 2012*. The Commonwealth Fund. USA.

Weyland, Kurt (2005). *Theories of Policy Diffusion. Lessons from Latin American Pension Reform*. *World Politics*, Vol. 57, N°2.

Whiteford, :, Lacivita, L., (2000). *Comparative Health Systems: Emerging Convergences and Globalization*. En: Albrecht, G., Fitzpatrick, R., Scrimshaw, S., (2000) *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. SAGE. UK.

Whitehead, L. (2006). *Latin America: A New Interpretation*. PALGRAVE-Mac Millan. United Kingdom.

Wiarda, H.J., (2008). *The Political Sociology of a Concept: Corporatism and the "Distinct Tradition"*.

Wittman, D., Weingast, B., (2009). *Old Questions and New Answers about Institutions: The Riker Objection Revisited*. *The Oxford Handbook of Political Economy*. Oxford Handbooks. USA.

Wolin, S. S., (1960) *Política y Perspectiva. Continuidad y cambio en el pensamiento político occidental*. Amorrortu. Argentina.

Ying, R. K. (2009) *Case Study Research. Design and Methods*. Fourth Edition. SAGE.



## ANEXOS

## **Anexo 1. Expertos y actores políticos consultados**

### **1.1. Actores políticos**

Dra. María Julia Muñoz. Especialista en Salud Pública e Infectología. Ministra de Salud Pública (2005-2010). Fue Gerente General del CASMU (2001-2004). Secretaria General de la IMM (1995-2000). Actual Presidente de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. (Entrevista en Profundidad)

Dr. Miguel Ángel Fernández Galeano. Subsecretario de Salud Pública y Presidente del Fondo Nacional de Recursos durante el período de reforma (2005-2010). Fue Director de Políticas Sociales en IMM. Actualmente es Consultor de OPS. (Entrevista en Profundidad)

Ec. Daniel Olesker. Director General de Secretaría de MSP (2005-2010) e integrante de la JUNASA (2008-2010). Ministro de Salud Pública (2010-12). Actual Ministro de Desarrollo Social. (Entrevista en Profundidad)

Dr. Hugo Damasco. Fue asesor de los Ministros: Dr. Pablo Purriel (1971-73), Dr. Armando Scavino (Subsecretario, 1980), y en las administraciones del Ministro Dr. Alfredo Solari. Especialista en Administración y Salud Pública. Fue Gerente de CASMU y de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos. (Entrevista en Profundidad)

Dr. Alfredo Solari. Ex Ministro de Salud Pública (1990-92 y en 1995-1997). Especialista en Salud Pública, Administración Hospitalaria y Economía de la Salud. Funcionario del MSP durante 1979-1995. Fue consultor del Banco Interamericano de Desarrollo. Actual Senador de la República por el Partido Colorado (2010-2015). (Entrevista en Profundidad)

Dr. Conrado Ramos. Especialista en Administración Pública y Reforma del Estado. Ex Subdirector de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (2008-2010, 2010).

Dr. Luis Orlando Pérez. Médico. Especialista en Sistemas de Salud. Gerente de Proyectos de Salud del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF). 2005-2013.

### **1.1. Técnicos consultados**

Cra. Giselle Jorcin. Especialista en financiamiento de instituciones de salud y negociación colectiva en el sector salud. Funcionaria del MSP. (Consulta sobre SINADI Económico y Asistencial)

Ec. Ida Oreggioni. Especialista en Economía de la Salud. Funcionaria del MSP. (Consulta sobre opciones de financiamiento en la reforma de salud)

Dra. Marisa Buglioli. Especialista en Salud Pública y Economía de la Salud. Directora del Departamento de Medicina Preventiva de la UDELAR. Funcionaria del MSP.



(Consultas sobre opciones de financiamiento y organización de servicios de salud en la reforma de salud)

Lic. Martín Rodríguez. Especialista en Ciencia Política. (Consulta construcción del IDAL)

Lic. Martín Sacchi. Especialista en Ciencia Política. (Consulta construcción del IDAL)

Dr. Guillermo Fuentes. Especialista en Ciencia Política. (Consulta construcción del IDAL)

## **Anexo 2. Fuentes documentales consultadas**

### **Archivos personales**

Archivo Documental de Miguel Fernández Galeano (AD-MFG). Documentos partidários de FA. Documentos vários de gestión política em MSP.

Archivo Documental de Daniel Olesker (AD-DO). Documentos partidários de FA. Documentos vários de gestión política em MSP.

### **Sistemas de información**

Sistema de Información Parlamentaria (SIP). Actas de Comisiones Parlamentarias y de Sesiones de Cámaras. Registro de Leyes. Disponible em: [www.parlamento.gub.uy](http://www.parlamento.gub.uy)

Archivo de Notas de Prensa escrita nacional sobre Salud. Ministerio de Salud Pública, DIGESE-Departamento de Comunicación Institucional. . 2005-2012. Uruguay

### **Prensa Nacional. Información política**

Archivo electrónico de notas de prensa diario “El País”. Disponible en: [www.elpais.com.uy](http://www.elpais.com.uy)

Archivo electrónico de notas de prensa diario “El Observador”. Disponible en: [www.observa.com.uy](http://www.observa.com.uy)

Archivo electrónico de notas de prensa diario “La República”. Disponible en: [www.lr21.com.uy](http://www.lr21.com.uy)

Semanario Búsqueda. 2005-2012. Colección de la Biblioteca Nacional. Uruguay.

Semanario Brecha. 2005-2012. Colección de la Biblioteca Nacional. Uruguay.

**Registro de Leyes y Decretos. Biblioteca Nacional. Uruguay.**

### **Anexo 3. Pauta general para entrevista elites sectoriales**

Introducción para el entrevistado: las siguientes preguntas son de índole confidencial, y tienen como propósito contribuir a chequear las hipótesis principales de un trabajo académico. Nos interesa conocer su percepción respecto a diversos aspectos relacionados con la Reforma de Salud en el período 2005-2012,

1. ¿Podría enumerar los principales problemas que tenía el sistema de salud en 2005? ¿Está de acuerdo con las prioridades que estableció el gobierno del Frente Amplio para el sector salud?
2. ¿Cuáles eran las principales prioridades del gobierno nacional para el período 2005-2010? ¿Eran compatibles los problemas y prioridades que se planteaban para el sector salud?
3. ¿Podría mencionar los principales actores sectoriales en el proceso de reforma de salud? ¿Podría describir los principales intereses de estos actores? ¿Cómo se posicionan frente al plan de reforma del gobierno? (Presentar aquí un listado de actores si es necesario)
4. Profundizando respecto al rol de los Médicos en el SNIS y la reforma, ¿Cómo caracterizaría el rol de los Médicos en la reforma de salud? ¿El apoyo a la reforma era unánime y sostenido en el tiempo?
5. En términos de los actores proveedores de servicios de salud y el objetivo de construir un SNIS, ¿En qué aspectos marcaría la importancia/ fortalezas/ debilidades de las IAMC para el sistema? ¿En qué aspectos marcaría la importancia/ fortalezas/ debilidades de ASSE para el sistema?
6. Señale los principales espacios de negociación sectorial de la reforma de salud e indique su importancia (Por ejemplo, Consejo de Ministros, Consejo Consultivo SNIS, Comisiones Parlamentarias, etc.)
7. ¿Cuáles son los principales objetivos que persigue el sistema de pago por Cuotas de Salud ajustadas y Metas Asistenciales en el SNIS?
8. La ley 18211 crea la JUNASA ¿Cuál es el rol esperado de este organismo en el proceso de implementación del SNIS?
9. ¿Por qué razón la reforma de salud le asigna tanta importancia a la participación social en el SNIS? ¿Los usuarios fueron un actor relevante en el proceso de reforma?
10. En términos prospectivos, ¿En dónde diría usted que se encuentran los principales desafíos para la reforma de salud en 2012? Gracias por su colaboración

Gracias por su colaboración

#### **Anexo 4. Pauta para la elaboración de perfiles sistemas de salud del capítulo 6**

Se tomó como referencia las pautas metodológicas de las siguientes instituciones, que elaboran perfiles nacionales de países de la OCDE:

European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transition (HIT). Disponible en: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

The Commonwealth Fund. International Profiles of Health Care Systems, 2012. USA. Disponible en: [www.commonwealthfund.org](http://www.commonwealthfund.org)

Dentro de los aspectos que se tomaron para la elaboración del Capítulo 6:

- I. Datos nacionales básicos: economía, demografía, sociedad
- II. Aspectos generales del sistema de gobierno
- III. Historia del sistema de salud. Forma básica del sistema de salud: SHI o NHS.
- IV. Características de las funciones de Financiamiento y Provisión de servicios
- V. Aspectos básicos de Gobernanza Sectorial nacional
- VI. Principales reformas de los últimos 10 años

## **Anexo 5. Índice de Democracia de Arend Lijphart (IDAL)**

Se realizó una consulta por vía electrónica con tres expertos en Ciencia Política. Se les solicitó que evaluaran el posicionamiento del Uruguay en las 10 dimensiones del IDAL, cuyo valor oscila entre 0 y 1 (variable Dummy).

Los valores próximos a 1 indican proximidad al Modelo de Democracia Mayoritaria. Los valores próximos a 0 indican proximidad al Modelo de Democracia de Consenso. Se asume que el diseño institucional, en términos de la letra de las normas y del proceso histórico de construcción, corresponde claramente a la Democracia de Consenso. Sin embargo, como se muestra en este trabajo, la dinámica de la competencia política es la que termina por determinar el funcionamiento de la democracia uruguaya.

La evaluación solicitada se refirió a tres períodos históricos de Uruguay, a fin de que los expertos “calibraran” sus juicios de acuerdo a la experiencia histórica: 1958-1971; 1985-2000; 2005-2012. El objetivo de la secuencia histórica era simplemente “calibrar” las evaluaciones de los expertos consultados, la única puntuación que se realizó corresponde al período 2005-2012.

Se les pidió que asignaran valores netos en cada una de las 10 dimensiones. El índice total se calcula por el promedio de los valores asignados por los expertos en cada una de las dimensiones. Los valores finales de cada dimensión, en los casos en que existe al menos una discrepancia, son redondeados por el investigador responsable de esta tesis. El índice final surge del promedio de las diez dimensiones.

## Anexo 6. Coaliciones parlamentarias Frentistas. 2005-2010

Para la realización de este ejercicio de aplicó el esquema propuesto por Lijphart, A. (2000: 96-116).

El número de coaliciones posibles, para siete sectores Frentistas de diversa magnitud, resulta de la Combinatoria (Coeficiente Binomial) de este conjunto de siete elementos, con dos opciones para cada fracción (Presente-Ausente= 1-0). La fórmula para este cálculo es 2 a la 7ma ( $2*2*2*2*2*2*2=164$ ).

**Tabla 10.4.1. Coaliciones Senado Frentista**

Nro Coal	PC	PS	MPP	VA	NE	AP	AU	VOTOS	Nro Participantes
1	1	2	6	2	1	2	3	17	7
2	0	2	6	2	1	2	3	16	6
17	1	2	6	2	0	2	3	16	6
3	1	0	6	2	1	2	3	15	6
9	1	2	6	0	1	2	3	15	6
18	0	2	6	2	0	2	3	15	5
33	1	2	6	2	1	0	3	15	6
4	0	0	6	2	1	2	3	14	5
10	0	2	6	0	1	2	3	14	5
19	1	0	6	2	0	2	3	14	5
25	1	2	6	0	0	2	3	14	5
34	0	2	6	2	1	0	3	14	5
49	1	2	6	2	0	0	3	14	5
65	1	2	6	2	1	2	0	14	6
11	1	0	6	0	1	2	3	13	5
20	0	0	6	2	0	2	3	13	4
26	0	2	6	0	0	2	3	13	4
35	1	0	6	2	1	0	3	13	5
41	1	2	6	0	1	0	3	13	5
50	0	2	6	2	0	0	3	13	4
66	0	2	6	2	1	2	0	13	5
81	1	2	6	2	0	2	0	13	5
12	0	0	6	0	1	2	3	12	4
27	1	0	6	0	0	2	3	12	4
36	0	0	6	2	1	0	3	12	4
42	0	2	6	0	1	0	3	12	4
51	1	0	6	2	0	0	3	12	4
57	1	2	6	0	0	0	3	12	4
67	1	0	6	2	1	2	0	12	5
73	1	2	6	0	1	2	0	12	5
82	0	2	6	2	0	2	0	12	4
97	1	2	6	2	1	0	0	12	5
5	1	2	0	2	1	2	3	11	6
28	0	0	6	0	0	2	3	11	3
43	1	0	6	0	1	0	3	11	4
52	0	0	6	2	0	0	3	11	3
58	0	2	6	0	0	0	3	11	3
68	0	0	6	2	1	2	0	11	4

74	0	2	6	0	1	2	0	11	4
83	1	0	6	2	0	2	0	11	4
89	1	2	6	0	0	2	0	11	4
98	0	2	6	2	1	0	0	11	4
113	1	2	6	2	0	0	0	11	4
6	0	2	0	2	1	2	3	10	5
21	1	2	0	2	0	2	3	10	5
44	0	0	6	0	1	0	3	10	3
59	1	0	6	0	0	0	3	10	3
75	1	0	6	0	1	2	0	10	4
84	0	0	6	2	0	2	0	10	3
90	0	2	6	0	0	2	0	10	3
99	1	0	6	2	1	0	0	10	4
105	1	2	6	0	1	0	0	10	4
114	0	2	6	2	0	0	0	10	3
7	1	0	0	2	1	2	3	9	5
13	1	2	0	0	1	2	3	9	5
22	0	2	0	2	0	2	3	9	4
37	1	2	0	2	1	0	3	9	5
60	0	0	6	0	0	0	3	9	2
76	0	0	6	0	1	2	0	9	3
91	1	0	6	0	0	2	0	9	3
100	0	0	6	2	1	0	0	9	3
106	0	2	6	0	1	0	0	9	3
115	1	0	6	2	0	0	0	9	3
121	1	2	6	0	0	0	0	9	3
8	0	0	0	2	1	2	3	8	4
14	0	2	0	0	1	2	3	8	4
23	1	0	0	2	0	2	3	8	4
29	1	2	0	0	0	2	3	8	4
38	0	2	0	2	1	0	3	8	4
53	1	2	0	2	0	0	3	8	4
69	1	2	0	2	1	2	0	8	5
92	0	0	6	0	0	2	0	8	2
107	1	0	6	0	1	0	0	8	3
116	0	0	6	2	0	0	0	8	2
122	0	2	6	0	0	0	0	8	2
15	1	0	0	0	1	2	3	7	4
24	0	0	0	2	0	2	3	7	3
30	0	2	0	0	0	2	3	7	3
39	1	0	0	2	1	0	3	7	4
45	1	2	0	0	1	0	3	7	4
54	0	2	0	2	0	0	3	7	3
70	0	2	0	2	1	2	0	7	4
85	1	2	0	2	0	2	0	7	4
108	0	0	6	0	1	0	0	7	2
123	1	0	6	0	0	0	0	7	2
16	0	0	0	0	1	2	3	6	3
31	1	0	0	0	0	2	3	6	3
40	0	0	0	2	1	0	3	6	3
46	0	2	0	0	1	0	3	6	3
55	1	0	0	2	0	0	3	6	3

61	1	2	0	0	0	0	3	6	3
71	1	0	0	2	1	2	0	6	4
77	1	2	0	0	1	2	0	6	4
86	0	2	0	2	0	2	0	6	3
101	1	2	0	2	1	0	0	6	4
124	0	0	6	0	0	0	0	6	1
32	0	0	0	0	0	2	3	5	2
47	1	0	0	0	1	0	3	5	3
56	0	0	0	2	0	0	3	5	2
62	0	2	0	0	0	0	3	5	2
72	0	0	0	2	1	2	0	5	3
78	0	2	0	0	1	2	0	5	3
87	1	0	0	2	0	2	0	5	3
93	1	2	0	0	0	2	0	5	3
102	0	2	0	2	1	0	0	5	3
117	1	2	0	2	0	0	0	5	3
48	0	0	0	0	1	0	3	4	2
63	1	0	0	0	0	0	3	4	2
79	1	0	0	0	1	2	0	4	3
88	0	0	0	2	0	2	0	4	2
94	0	2	0	0	0	2	0	4	2
103	1	0	0	2	1	0	0	4	3
109	1	2	0	0	1	0	0	4	3
118	0	2	0	2	0	0	0	4	2
64	0	0	0	0	0	0	3	3	1
80	0	0	0	0	1	2	0	3	2
95	1	0	0	0	0	2	0	3	2
104	0	0	0	2	1	0	0	3	2
110	0	2	0	0	1	0	0	3	2
119	1	0	0	2	0	0	0	3	2
125	1	2	0	0	0	0	0	3	2
96	0	0	0	0	0	2	0	2	1
111	1	0	0	0	1	0	0	2	2
120	0	0	0	2	0	0	0	2	1
126	0	2	0	0	0	0	0	2	1
112	0	0	0	0	1	0	0	1	1
127	1	0	0	0	0	0	0	1	1
128	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia.

De 128 Subcoaliciones posibles, sólo 64 cuentan con al menos 9 Senadores, lo cual es lo que se requiere para conformar una mayoría interna de bancada, suficiente como para accionar la disciplina partidaria.



**Tabla 10.4.2. Coaliciones Senado Frentista. Aplicación del criterio CMG, FAI, MNJ**

Nro. Coal	PC	PS	MPP	VA	NE	AP	AU	Senadores	Nro. Fracciones	Tipo Coalición
121	1	2	6	0	0	0	0	9	3	Izquierda
100	0	0	6	2	1	0	0	9	3	Centro
114	0	2	6	2	0	0	0	10	3	Centro-Izquierda
113	1	2	6	2	0	0	0	11	4	Centro-Izquierda
98	0	2	6	2	1	0	0	11	4	Centro
68	0	0	6	2	1	2	0	11	4	Centro-Derecha
97	1	2	6	2	1	0	0	12	5	Centro-Izquierda
66	0	2	6	2	1	2	0	13	5	Centro
65	1	2	6	2	1	2	0	14	6	Gran Coalición
4	0	0	6	2	1	2	3	14	5	Centro-Derecha
2	0	2	6	2	1	2	3	16	6	Gran Coalición
1	1	2	6	2	1	2	3	17	7	Gran Coalición

Fuente: Elaboración propia.

Del total de 64 Subcoaliciones, reconocemos 12 coaliciones que cumplen con los criterios de Coalición Mínimo Ganadora (CMG), Fracciones Adyacentes Ideológicas (FAI) y Mínimo Número de Jugadores (MNJ). En realidad, en sentido estricto solamente las coaliciones número 121 y 100 son las que se ajustan simultáneamente a los tres criterios de CMG, FAI y MNJ.

Finalmente, en términos de caracterización, podemos decir que estas dos coaliciones que se ajusta a los tres criterios, una es Izquierdista (121) y la otra es Centrista (100). En términos generales, de 12 coaliciones posibles, tenemos que: Tres son de Gran Coalición (6 o 7 Fracciones), Tres son Centro-Izquierda, Dos son Centro Derecha, Tres de Centro y Una de Izquierda.

**Anexo 7. Gobernanza Sector Salud. Estructura de las Comisiones Honorarias de Salud**

<b>Tabla 8.5.1. Participación social en la conducción de la política de salud</b>					
<b>Organismo</b>	CHLC Cáncer	CHS Cardiovascular	CH FNR	CH Zoonosis	CH Antituberculosa
<b>Ley</b>	16907	16626	14897	16106	10709
<b>Integración</b>					
<b>Presidente</b>	Delegado del PE	Delegado del PE	Ministro SP	Ministro SP	Ministro SP
<b>Vicepresidente</b>		Delegado de F.Medicina			
	Delegado Registro Nacional de Cáncer-CHLCC	Delegado BPS	Delegado MSP	Delegado MSP (Sección Zoonosis).	Decano F.Medicina
	Delegado F.Medicina	Delegado MSP	Delegado MSP	Delegado MGAP (Dirección de Servicios Veterinarios).	Director Instituto Tisiología F.Med-UdelaR
	Delegado ANEP	Delegado SMU	Delegado MEF	Delegado del MI	Director de Asistencia y Preservación Antituberculosa
	Delegado FEMI	Delegado Sociedad Uruguay de Cardiología	Delegado BPS	Delegado de la Facultad de Medicina.	12 Ciudadanos designados por el PE-MSP, entre quienes participaron en la primera Cruzada Antituberculosa
	Delegado SMU	Delegado FEMI	Delegado IAMC	Delegado de la Facultad de Veterinaria.	
		Delegado Procardias	Delegado FEMI	Delegado de ANEP	
			Delegado Empresas Salud	Delegado de las Intendencias Municipales.	
			Delegado IMAE	Delegado de la Sociedad de Medicina Veterinaria del Uruguay.	
				Delegados designados por el Poder Ejecutivo a propuesta de organizaciones representativas de los empresarios rurales.	

				Cinco delegados regionales de las Comisiones Departamentales Honorarias de la Lucha contra la Hidatidosis.	
Fuente: elaboración propia en base al registro de leyes y decretos.					

## **Anexo 8. Características de la provisión de servicios de salud en países de OCDE**

**Tabla 6.1. Características de la provisión de servicios de salud. Países seleccionados OCDE (I)**

<b>País</b>	<b>Rol del Gobierno</b>	<b>Sistema de financiamiento público</b>	<b>Rol del aseguramiento privado</b>	<b>Beneficios: topes copago; protección menores ingresos</b>
Inglaterra	NHS	Impuestos generales (incluye aportes sobre trabajo)	11% de los servicios se compran a privados	No tope copago. Hay tope en los Medicamentos para crónicos. Beneficios en costos de transporte y medicamentos para personas con bajos ingresos, ancianos, niños, embarazadas, y algunas patologías crónicas.
Francia	SHI. Todos los Fondos participan de un esquema nacional de intercambio.	Cotizaciones obrero patronales; impuestos generales; impuestos afectados	90% de la población compra o recibe vouchers del gobierno para compra de seguros suplementarios	No tope copago. Hay un tope para el deducible en las consultas. Beneficios de exención de pagos para personas con bajos ingresos, enfermos crónicos y discapacitados y niños.
Alemania	SHI. 154 Fondos que participan de un esquema nacional de intercambio. Las personas de mayores ingresos pueden optar por cobertura privada.	Cotizaciones obrero patronales; impuestos generales.	Un 20% del gasto se canaliza en servicios complementarios. El 10% de la población de altos ingresos opta por seguros privados.	Hay topes: 2% del ingreso; en caso de bajos ingresos o enfermos crónicos el tope es 1%. Los niños están exentos de realizar pagos.
Italia	NHS	Impuestos nacionales a las empresas y al valor agregado, afectados a la salud; impuestos generales nacionales y regionales	15% de la población paga seguros complementarios por beneficios adicionales	No. Copagos limitados en atención ambulatoria y medicamentos. Exenciones de pago para personas de bajos ingresos, ancianos, embarazadas, enfermos crónicos.
Holanda	SHI privado, con sistema de intercambio nacional	Impuestos a las nominas, primas de aseguramiento comunitarias; impuestos generales	Planes privados proveen beneficios generales. 90% adquiere beneficios adicionales	No tope copago. El deducible anual es alto. Exenciones para niños; primas subsidiadas para población bajos ingresos.
Suecia	NHS	Impuestos generales	Menos del 5% adquieren seguros para servicios complementarios	Hay topes de copagos para servicios y medicamentos. Exenciones de pago para niños y embarazadas.

Estados Unidos	Medicare para mayores de 65 años y algunos discapacitados; Medicaid para población de menores ingresos. Mayoría de la población tiene seguro privado. 16% carece de seguro de salud.	Medicare: aportes sobre nóminas, primas e impuestos federales. Medicaid: impuestos federales y estatales.	El 56% de la población tiene cobertura primaria por aseguradores privados (seguro basado en el empleo o individual)	No hay topes. Para el Medicare hay exenciones para los de menores ingresos. Para el Medicare
----------------	--	---	---	--

---

**Tabla 6.1. Características de la provisión de servicios de salud. Países seleccionados OCDE. (II)**

País	Atención Primaria	Hospitales	Pago Atención Primaria	Pago a Hospitales	Registro Médico de Referencia (GP)	Gatekeeping (Incentivos GP Puerta de Entrada)
Inglaterra	Privada en forma mayoritaria. Los GP son empleados independientes o socios en centros de práctica privada.	Mayoría públicos, algunos privados	Mixtura de capitación, FFS y P4P. Trabajo asalariado para una minoría (en servicios privados, no en el NHS)	Mayormente Pagos por Casos Relacionados (incluye los costos médicos), más contratos de servicios	SI	SI
Francia	Privada	Mayoría públicos o privados sin fines de lucro. Una minoría son privados con fines de lucro.	Mixtura de FFS y P4P	Mayormente Pagos por Casos Relacionados (incluye los costos médicos), más subvenciones destinadas a financiar educación, investigación, etc.	NO. Hay incentivos financieros fuertes para registrarse.	Aumenta pago del usuario en las visitas y prescripciones, cuando no existió la coordinación de un GP.
Alemania	Privada	El 50% de las camas son Públicas; 33% privadas sin fines de lucro; 17% privadas lucrativas.	FFS	Presupuesto global, Pagos por Casos Relacionados (incluye los costos médicos)	NO	En algunos programas de Fondos de Salud
Italia	Privada (GP y Pediatras son trabajadores autónomos)	Mayoría pública	Mixtura de capitación con FFS	Presupuestos Globales, más Pagos por Casos Relacionados (incluye costos médicos)	SI	SI
Holanda	Privado	Mayoría privado sin fines de lucro	Mixtura capitación con FFS	Presupuestos Globales, más Pagos por Casos Relacionados (incluye costos médicos)	SI	SI
Suecia	Mixto	Casi todo público	Mixtura capitación, FFS y P4P	Presupuestos Globales, más Pagos por Casos Relacionados (incluye costos médicos)	SI (Excepto Estocolmo)	Hay incentivos

Estados Unidos	Privado	70% de las camas son privadas sin fines de lucro; 15% son públicas; 15% son privadas lucrativas	Mayoría FFS, hay capitación en algunos planes privados	Pago por estadía, más Pagos por Casos Relacionados (incluye costos médicos)	NO	En algunos seguros
----------------	---------	---	--	---	----	--------------------

---

Fuente: Thompson, Osborn, Squires, Jun ( 2012). International Profiles of Health Care Systems.

Notas: GP General Practitioner, son Médicos Generales; FFS, Fee For Service, Pago por Servicio; P4P, Pay For Performance, Pago Por Desempeño; Pagos por Casos Relacionados, refieren a diferentes versiones de Grupos Relacionados de Diagnóstico.



## Anexo 9. Historia del sector salud en el Uruguay. 1750-2012

**Tabla 7.1.1. Desarrollo institucional del sector salud, 1750-2010.**

Período	Hito de impacto institucional en el sector salud
1750-1780	Hospitales Reales, destinados al cuidado de soldados y marinos movilizados hacia el Río de la Plata. Se estima que existían al menos dos establecimientos.
1788	Hospital de Caridad. Destinado a la atención de población indigente o movilizada. Existían otros establecimientos, creados con anterioridad, destinados a la atención de la población militar.
1779	Protomédicato Real. Primera forma de autoridad sanitaria en el Río de la Plata, creado por cédula real. Residía en la capital virreinal, tenía delegados en la Banda Oriental. Deja de funcionar en 1822.
1805	Junta de Sanidad Marítima (JSM). Entiende en los aspectos relativos a la sanidad marítima y portuaria.
1829-1838	Consejo de Higiene Pública (CHP). Entiende en los aspectos relativos a la sanidad territorial, control de profesiones y administración de la vacuna. Coexiste con la JSM. Cambia sucesivamente de nombre e integración entre 1830-38, pero mantiene los cometidos.
1853	Asociación Española Primera Socorros Mutuos. Surge como forma de seguro social, destinado a proteger a colectivos de españolas respecto a los impactos económicos generados por problemas de salud y sociales.
1875-76	Facultad de Medicina. Se crean las primeras cátedras que funcionarían en el Hospital de Caridad. El financiamiento sería compartido entre la Universidad y la administración de la Caridad.
1889	Comisión de Caridad y Beneficencia Pública (CCBP). Organismo colegiado, creado por ley 2059. Es responsable de la conducción y administración de los establecimientos que brindan servicios de protección social. Su antecedente es un decreto de 1886.
1895	Consejo Nacional de Higiene (CNH). Creada por ley 2408. Fusiona a las instituciones y cometidos de las JSM y CHP. Depende del Ministerio de Gobierno y tiene consejos dependientes en todos los departamentos. Sus funciones son normativas y de control.
1899	Tesoro de la Caridad Pública. Creada por ley, establece diversos impuestos destinados al financiamiento de los establecimientos de caridad, además de la administración de algunos juegos de azar.
1902	Liga Uruguay contra la Tuberculosis. Creado como un organismo mixto, en 1913 pasa a depender de la APN.
1905	Inspección Sanitaria de la Prostitución. Reglamentada en 1905, es responsable de la Fiscalización y control de estas actividades.
1908	Cuerpo Médico Escolar. Responsable de ejercer la inspección de las condiciones higiénicas de las escuelas.
1910	Asistencia Pública Nacional (APN). Creado por ley XXX. Sustituye a la CCBP, completando el proceso de secularización de la asistencia. Organismo colegiado, con presencia en cada departamento del país. Con 21 miembros, participa la Universidad, la CNH, y el personal técnico.
1917	Instituto Profiláctico de la Sífilis (IPS). Acción preventiva, fiscalización y control. Profilaxis y tratamiento de esta enfermedad. Estaba bajo la superintendencia del CNH, pero actuaba en coordinación con la APN.
1931	Consejo Nacional de Salud Pública. Creada por ley 8766. Fusiona los a la CNH, APN y IPS, como parte de un proceso de reorganización de los Entes autónomos, creados por la Constitución de 1917.
1934	Ministerio de Salud Pública. Creado por ley 9202. Sustituye al Consejo Nacional de Salud Pública por un Ministerio. Establece cometidos, crea la Comisión Honoraria de salud pública, como tribunal de ética y responsable de fijar aranceles profesionales.
1934	Constitución de la República. Establece en su artículo 43, el actual artículo 44.
1935	Ley orgánica Municipal. Le asigna competencia en materia de prevención en salud a los Municipios y de inspección sanitaria, bajo la superintendencia del MSP.
1935	Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU)

- 1936 Comisión honoraria de Atención del Psicópata. Ley 9581. Crea el Inspector General de la atención del psicópata, con funciones de contralor de la atención.
- 1936 Creación del registro de instituciones de salud. Creado por decreto, en el marco de un acuerdo surgido de la Conferencia Sanitaria Panamericana.
- 1937 Carné de Salud. Creado por Ley 9697. establece Obligación del Carné de salud para los trabajadores, y para quienes necesiten asistir en los hospitales públicos.
- 1939 Convención Médica Nacional
- 1941 Ley 10004, de accidentes y enfermedades profesionales. Establece la reponsabilidad patronal, y la necesidad de contar con un seguro del BSE sobre este tema.
- 1943 Marco Regulatorio de las IAMC. Ley 10834. Establece incentivos y controles sobre el funcionamiento de las instituciones mutuales y similares. El Estado los reconoce como un actor fundamental del sistema de salud. Fortalece la posición de los médicos dentro de los consejos directivos de las mutuales.
- 1943 Consejos de Salarios y Cajas de Compensaciones de Asignaciones Familiares. Creada por ley 10449. Impulsa de manera rotunda la organización del movimiento obrero, también la organización colectiva de servicios de salud.
- 1943 Convención Médica Nacional, segunda.
- 1944 Convenio con el Instituto de Asuntos Interamericanos de EUA. Creada por ley 10526. Crea el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública en el MSP, responsable de la ejecución del Plan de Salud pública y sanidad. Financiamiento es binacional. Es antecedente del área de programas y de promoción en salud del MSP.
- 1946 Fondo Permanente para la Lucha contra la Tuberculosis. Creada por ley 19709. Establece una Comisión Honoraria Administradora. Además del control de esta enfermedad, establece un sistema de ayudas sociales para los enfermos y sus familias.
- 1948 Contralor de Medicamentos. Creado por ley 11015. Establece listado de medicamentos, sueros y vacunas como artículos de primera necesidad. El Estado se compromete en garantizar su acceso, haciendose cargo de la producción si fuera necesario. Se crea la Comisión Honoraria de contralor de medicamentos, para actualizar el listado, asesorar en precios y compras estatales de medicamentos. Lo integran el MSP, Universidad, SMU, Mutuales, Consejo de Subsistencias. Crea el registro obligatorio de medicamentos, y la fiscalización ministerial.
- 1948 Patronato del Psicópata. Creado por ley 11139. Entiende aspectos relacionados con la reinserción social del paciente, y el apoyo a su familia. Es una comisión inspirada en principios de rehabilitación y de asistencia social al enfermo y su entorno.
- 1944 Registro de IAMC y normas de contralor. Creado por decreto. Reglamenta la 10384 y establece la obligación del registro de instituciones, y normas de contralor ministerial sobre su funcionamiento.
- 1953 Inauguración de las primeras 50 camas del Hospital de Clínicas. Comienza el proceso de desarrollo progresivo de este centro.
- 1954 Organización de establecimientos de salud públicos, según circunscripciones y distritos sanitarios. Decreto.
- 1958 Publicación del Informe John HALL. Diagnóstico de la estructura organizativa del MSP y elaboración de recomendaciones de mejoras. Estudio encargado por el Ministerio de Salud al Instituto de Asuntos Interamericanos, con sede en EUA.
- 1973 Decreto 736/1973. El Estado interviene los Seguros de Enfermedad. Se crea comisión interventora integrada por el Poder ejecutivo, y una comisión consultiva obrero-patronal.
- 1974 Regulación la creación y/o supresión de servicios de atención médica y de infraestrura en las IAMC. Ley 14164.
- 1975 Centralización de los seguros de salud en la Administración de Seguros Sociales por Enfermedad (ASSE), un organismo descentralizado. Ley 14407.
- 1979 Creación de FNR y los IAME. Ley 14897.
- 1981 Marco regulatorio del sector IAMC. Ley 15181. Establece el segundo marco regulatorio, y recoge varios de las orientaciones de trabajo establecidas por el MSP entre 1973-1980.

1981-1983	Se reglamenta la 15181 con una variedad de decretos, que regulan el funcionamiento de las IAMC. Todo esto en el marco de una gran crisis sectorial.
1983	Decreto de obligación de las IAMC de reportar información al Sistema Nacional de Información (SINADI).
1984	Decreto 546/1984. Amplía los beneficiarios al sistema DISSE, con la incorporación de trabajadores rurales, domésticas e industrias y comercio. Unas 130 mil personas.
1975-1980s	Surgimiento y expansión de los seguros parciales de salud. En 1979 se crea la primera emergencia móvil (UCM). Ya en 1960s existían seguros quirúrgicos, pero focalizados en poblaciones de altos ingresos. La novedad es su progresiva ampliación y concentración en sectores de bajos ingresos.
1984	Convención Médica Nacional VII
1984-1985	Concertación Nacional Programática, CONAPRO, elabora documentos de reforma para el sector salud.
1989	Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Ley 16097. La reglamenta como un organismo público no estatal, establece sus cometidos y sus recursos afectados.
1994	Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular. Ley 16652. La crea como un organismo público no estatal, establece sus cometidos y sus recursos afectados.
1987	Creación ASSE como desconcentrado del MSP. Ley de Presupuesto 15903. Se reglamenta su funcionamiento en 1989 por Decreto.
1990	Decreto 189/1990. Comisiones de Apoyo de las UE del MSP. Organismos no estatales, responsables de administrar fondos públicos, focalizada en primera instancia en el desarrollo de la atención crítica en ASSE.
2002	Documento Sectorial Salud. Acuerdo MSP, IAMC y FUS....
2003	Proyecto del Banco Interamericano de Desarrollo para la reestructura del Sector Salud. Establece orientaciones generales para el proceso de reestructuración de los pasivos financieros en el sector mutual, condicionado a la reformulación de sus estructuras organizativas.
2005	Ley 17.973 de Presupuesto Nacional. En los artículos 264 y 265 se establecen los principios programáticos sobre los cuales se construirá el futuro SNIS y el SNS.
2007	Creación del Fondo Nacional de Salud. Ley 18131.
2007	Creación de la Administración de Servicios de Salud del Estado como organismo descentralizado del MSP.
2007	Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y el Seguro Nacional de Salud. Ley 18211. Establece la arquitectura general del sistema de salud, mecanismos de gobernanza, sistema de financiamiento, derechos de las personas, etc.

---

Fuente: elaboración propia en base a registro de leyes y decretos, Mieres (1997), Veronelli et al (2004), MSP (2009)

## 10.- Aspectos metodológicos construcción Gráfico 7.1.

Para la construcción del Gráfico 7.1 nos basamos en estimaciones y supuestos extraídos de Barrán, J. P. (1992), Mieres Gómez (1997). A partir de las estimaciones de estos autores para diversas épocas, referidas a la cobertura de mutuales y seguridad social en salud, ajustamos líneas de tendencia por método de mínimos cuadrados entre diversos puntos. Para las estimaciones de población total utilizamos las informaciones del INE.

Para la estimación de cobertura, la minuciosa obra de Mieres Gómez (1997) destaca algunos de esos puntos en diversos pasajes:

*“...No existen datos acerca de cuántos eran los beneficiarios de la atención mutual en este período. De todas formas parece razonable estimar que no más del 10% de la población del país estaba afiliada al mutualismo en 1935. Del total de la población entonces, aproximadamente, 204.000 personas estarían afiliadas a instituciones mutuales, otro tanto recurrían a la medicina particular y la gran mayoría, 1.632.000 (80%) se atendían en las dependencias del M.S.P. o carecían de cobertura.*

*Habría habido en este período de poco más de veinte años, un aumento considerable de la población atendida por el mutualismo (que paso de 4,2% a 10%) en función de una discreta desgravitación del sistema público que pasa de atender a casi 90% de la población a 80%. Este fenómeno es diferente en la Capital y en el Interior. En Montevideo adquiere gran relevancia la atención mutual, aproximadamente 30% de la población es atendida en esas instituciones, en tanto los servicios públicos cubren 60% de la población. En el interior la presencia de la atención colectivizada era prácticamente nula. El Ministerio se encargaba de la atención de la gran mayoría de la población y por lo tanto la situación no sufrió modificaciones”.*

*“...Se estima que en 1912 había cerca de 45.000 afiliados a las sociedades mutualistas lo que representaba un 12,6% del total estimado para Montevideo. (15) A su vez, puede pensarse que si en 1930 se estimaba que no más del 10% de la población podía acceder a la atención particular, ese valor no sería mayor en la década de 1910. En consecuencia, la gran mayoría (77,4%) era tributaria de las instituciones de asistencia pública. La población tributaria de los servicios estatales en el interior era aún mayor y probablemente alcanzase valores cercanos al 90%.*

*De acuerdo a los datos del censo de 1908, estos porcentajes representarían que sólo cerca de 105.000 personas se atendían con su médico particular, 45.000 lo hacían a través del sistema mutual y 892.500 en la Asistencia Pública.*

*“...la población de Montevideo (donde se concentraba el fenómeno mutual) puede estimarse para ese año en 800.000 personas. Por otra parte, en 1952 el número de afiliados a las mutualistas según los registros del MSP (cuya confiabilidad en esos años puede ser dudosa) era 398.052 (34). No obstante, al margen del número concreto de afiliados, debe tenerse presente que uno de los fundamentos del decreto es el reconocimiento del creciente aumento del número de beneficiarios. Otro dato relevante que habla de su crecimiento, lo constituye el hecho que el SMU en 1946 reconocía que el 80% de los médicos se desempeñaban en sociedades mutualistas”.*