

Reformas de salud bajo gobiernos de centro-izquierda El caso del Frente Amplio en Uruguay

Introducción

La primera década del Siglo XXI trajo aparejada para América Latina la llegada al gobierno de una serie de partidos políticos identificados con los postulados ideológicos y programáticos tradicionales de la izquierda como el PT en Brasil, el FA en Uruguay, y el Partido Socialista dentro de la Concertación chilena; abriendo una serie de expectativas en relación a la promoción de diversas reformas estructurales que lograran impactar sobre los niveles de pobreza y desigualdad en una región caracterizada por bajos niveles de cobertura y fuerte fragmentación de los servicios sociales brindados en la mayoría de los sectores tradicionales de bienestar.

En particular, el sector de la atención sanitaria ofrece un excelente ámbito donde indagar si efectivamente estos gobiernos han podido introducir cambios de envergadura. Esta arena es una de las más complejas debido por ejemplo a la cantidad de recursos que involucra y la diversidad de intereses que mueve (políticos, económicos, sindicales, empresariales, entre otros). En definitiva, los sistemas sanitarios presentan un complejo esquema de puntos de veto para cualquier iniciativa de reforma.

El cambio generado por el primer triunfo electoral de un partido de izquierda en Uruguay generó una ventana de oportunidad para el desarrollo de reformas de corte estructural, cuya necesidad estaba presente en la agenda política a partir de la segunda mitad del siglo XX. El caso del sector salud es particular en ese sentido, ya que sólo registró modificaciones sustanciales bajo regímenes autoritarios. Sin embargo, en este contexto poco propicio para los cambios, el Frente Amplio logró comenzar a instrumentar un Sistema Nacional Integrado de Salud en un marco de debilidad estatal y fortaleza de los principales actores colectivos (trabajadores, profesionales, empresarios).

Sin embargo, en este escenario de virtual bloqueo, el Frente Amplio aprobó y comenzó a implementar una reforma que tuvo como objetivos principales, cambios en el financiamiento, el modelo de atención y la gestión del sistema, reforzando el rol del Estado como rector del mismo. La ponencia pretende aportar luz sobre los factores que han favorecido la aprobación y dificultado la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

1. Reformas y cambio institucional desde una perspectiva histórica

Buena parte de la literatura especializada en los regímenes de bienestar en general, y las diversas políticas sectoriales en particular, se ha preocupado en entender cómo sistemas que experimentan las mismas condiciones coyunturales y los mismos problemas sociales, finalmente terminan adoptando estrategias de reforma o nuevas iniciativas que difieren sustantivamente entre sí. Parafraseando a Sven Steinmo, un número importante de académicos ha respondido a esta interrogante a partir de la siguiente consigna: *"It's the institutions stupid!"* (Steinmo & Watts, 1995). En definitiva, los marcos institucionales como el régimen de gobierno, el sistema electoral o la estructura organizativa del Estado, promoverán o no los incentivos necesarios para alcanzar tal o cual solución, al tiempo que también determinarán las condiciones que permiten o no el éxito de los cambios.

Página | 2

Otros autores como Ellen Immergut sostienen que a pesar de que un mismo actor – por ejemplo las corporaciones médicas – pueda tener los mismos intereses y las mismas capacidades de poder y presión a lo largo del tiempo o en diferentes países, sus posibilidades de éxito en el ejercicio de ese veto dependerán fundamentalmente de si los arreglos institucionales existentes permiten o no dicha acción (Immergut, 1992). Por eso, Immergut propone centrarse en los “puntos de veto” y no en los “actores de veto”, entendidos los primeros como aquellos espacios existentes dentro de las instituciones que permiten ciertas actividades de promoción o bloqueo de cambios.

Otro punto a tener en cuenta es que los diferentes marcos institucionales generan por sí mismos estructuras de poder asimétricas, con ganadores y perdedores. Generalmente, los ganadores de un marco institucional dado, tenderán a reforzar su predominio apoyándose en este contexto, lo que posiblemente redundará en una tendencia a la perpetuación de dicho escenario, inhibiendo por tanto los intentos reformistas. Como bien señala Steinmo (2008), en los últimos años se han estado desarrollando importantes avances entre los académicos que utilizan este enfoque de análisis en dos cuestiones: un mejor entendimiento de los procesos de cambio institucional; y asociado a esto, un mayor esfuerzo por comprender y dimensionar el rol de las ideas dentro las políticas y la historia. Para poder salvar el problema de la visión estática de los procesos, se vuelve absolutamente necesario adoptar una perspectiva de cambio dinámica.

El sentido común de muchos institucionalistas indica que el cambio de y en las instituciones es complicado y difícil. Resumidamente, cualquier institución está inserta en un complejo marco con otras instituciones, por lo que un cambio en una de ellas puede significar cambios en el resto. Esto genera resistencias. Además, las personas y los grupos invierten tiempo y recursos en adaptarse al funcionamiento de las instituciones, y cada cambio implica entonces mayores costos, y esto también

despierta resistencias (Steinmo, 2008). Si se da por válida esta situación, entonces efectivamente el cambio institucional dependerá de un shock externo, y en él, los individuos no tendrán ninguna capacidad de intervención. Esta es la postura que muchos académicos han comenzado a rechazar.

También es necesario tener en cuenta que muchas otras veces los cambios pueden ser una respuesta a adaptaciones a cambios en el contexto socioeconómico o político, que lleven por ejemplo a que una institución con un papel residual pase a tener un rol predominante en la nueva coyuntura; o que la misma institución termine adoptando nuevos objetivos y/o funciones como consecuencia de ciertos cambios en los intereses de los actores, o el ingreso de nuevos actores (Thelen & Steinmo, 1992).

Esta idea de que las instituciones en la mayoría de los casos pueden cambiar casi exclusivamente a partir de períodos o hechos de crisis se apoya entre otras cosas en otros instrumentos aportados por el Institucionalismo Histórico como la noción de *increasing returns* (Pierson, 2000). Este concepto alude a la idea de que a una serie de mecanismos que tienen las instituciones para reforzar su funcionamiento y poder continuar cumpliendo con sus cometidos, entre los que se encuentran los costos asociados a cualquier tipo de cambio, como consecuencia de los procesos de aprendizaje y adaptación en los que incurren los diferentes actores u otras instituciones del entorno.

Por otra parte, para explicar los cambios que se producen en cualquier tipo de institución, más allá de los bloqueos o resistencias presentadas, esta corriente de pensamiento se ha apoyado en la noción de coyunturas críticas. A lo largo de la historia de las instituciones, la mayoría del tiempo se caracteriza por situaciones de estabilidad, pero también existen momentos en los que dicha estabilidad se ve desafiada por alguna circunstancia particular que incorpora instancias de conflicto – que puede ser de diversa índole – que determina que se produzcan cambios en dichas instituciones.

Para Collier y Collier (1981) una coyuntura crítica puede ser definida como “...a period of significant change, which typically occurs in distinct ways in different countries (or in other units of analysis) and which is hypothesized to produce distinct legacies.” El elemento que desencadena esta situación proviene en líneas generales del entorno político y social y generalmente consisten en instancias excepcionales como una revolución o un golpe de Estado. Son en esos momentos en los que se producen el tipo de decisiones que terminarán condicionando los desarrollos posteriores de manera determinante.

Sin embargo, a los efectos de este trabajo esta conceptualización parece todavía demasiado restringida para determinar qué tipo de acciones o momentos son considerados “válidos” o lo suficientemente trascendentes como para introducir

cambios sustanciales en el sistema institucional. Por este motivo, para esta investigación se ampliará el enfoque incluyendo como instancias importantes a la hora de generar espacios para la innovación institucional, la noción de “ventanas de oportunidad” (Kingdon, 1995). Esta noción incorpora momentos políticos que si bien también alteran la estabilidad, los mismos no alcanzan a ser tan rupturistas como las coyunturas críticas. Así, reformas constitucionales, cambios del signo del gobierno después de varios años de hegemonía partidaria, o la generación de amplios pactos sociales o mayorías parlamentarias pueden dar lugar también a fuertes innovaciones o incluso retrocesos en materia institucional y en la elaboración y gestión de las políticas públicas.

Este es el caso del tema que ocupa este trabajo: el acceso al gobierno del Frente Amplio es considerado una ventana de oportunidad para introducir cambios estructurales importantes por varios motivos: fue el primer gobierno de la historia del Uruguay dirigido por un partido de centro-izquierda; lo hizo gozando de mayoría absoluta en ambas cámaras del Poder Legislativo; claramente presentaba afinidades importantes con las propuestas de la principal organización sindical del país; y existía tanto en el sistema político en su conjunto como en la ciudadanía en general, un consenso importante acerca de la necesidad de introducir una serie de reformas en determinadas áreas clave para el bienestar y el desarrollo del país.

Este enfoque ha resultado, y resulta, extremadamente útil, por ejemplo para comprender las razones del fracaso de muchas de las iniciativas de recorte a los Estados de Bienestar durante las décadas del ochenta y noventa del Siglo pasado. Debido a que el centro del enfoque está en la estabilidad y resistencia institucional, dicho rendimiento para casos de reacción o bloqueo político-institucional parece más que lógico. Pero los resultados ya no son los mismos cuando se utiliza el modelo para intentar explicar o entender fenómenos más asociados al cambio.

Autores como Streeck & Thelen (2005) han planteado los límites y problemas asociados a la adopción de este corte tan brusco entre la estabilidad y el cambio institucional. Para ilustrar los diferentes énfasis distinguen entre procesos de cambio, que pueden ser incrementales o abruptos; y los resultados del cambio, que pueden implicar tanto continuidad como discontinuidad (Streeck & Thelen, 2005). Dicha distinción se observa claramente en la Figura 1.

Figura 1. Tipos de cambio institucional

		Resultado del cambio	
		Continuidad	Discontinuidad
Proceso de cambio	Incremental	Reproducción por adaptación	Transformación gradual
	Abrupto	Supervivencia y retorno	Quiebre y reemplazo

Fuente: Streeck & Thelen, 2005.

Desde el modelo de Path Dependence y “equilibrio puntuado” al que se viene aludiendo, el único cambio institucional propiamente dicho es aquel que implica un quiebre y reemplazo, al tiempo que aquellos movimientos incrementales que puedan aparecer son los que responden a la reproducción por adaptación señalados en la Figura 1. Pero justamente dicha figura deja en evidencia un tipo de cambio institucional que no es considerado por este modelo, y que es el referido a procesos de cambio que se van dando de forma incremental a lo largo del tiempo, pero que eventualmente llevan a un quiebre en la continuidad institucional. *“Rather than big changes in response to big shocks, we will be looking for incremental change with transformative results.”* (Streeck & Thelen, 2005).

Este enfoque de ninguna manera niega las explicaciones anteriores respecto a la fuerte resistencia al cambio de las estructuras institucionales, sino que de alguna manera lo matizan, ya que el solo reconocimiento de este hecho puede estar “escondiendo” de alguna manera importantes transformaciones en las actividades que esas estructuras realizan, y que también hacen a la realidad de la misma. Bajo este marco, los cambios realmente fundamentales, en el sentido de quiebres en la lógica existente, se pueden producir de forma incremental e inclusive independientemente de que existan o no cambios exógenos a la institución, siempre y cuando los mismos impliquen necesariamente la adopción de nuevas lógicas de acción por parte de los actores involucrados con la misma. Este proceso puede ocurrir de diferentes maneras, que son sintetizadas en los siguientes cuatro tipos de cambio institucional gradual.

El Reemplazo o *Displacement* puede ocurrir cuando nuevos modelos organizacionales se imponen al cuestionar las prácticas existentes, o bien cuando a nivel político se producen cambios en el balance de poder entre los diferentes actores. Este reemplazo podría provenir desde dentro de la propia organización a través de este redescubrimiento de opciones; o bien puede ser resultado de una “invasión” de ideas a partir de la importación de prácticas o instituciones foráneas (Deeg, 2005). Bajo esta lógica, podrían ser analizados algunos cambios de política pública en el contexto latinoamericano a partir de la influencia o la implementación directa de soluciones provenientes de los equipos técnicos de algunos organismos financieros

internacionales como el Banco Mundial en el caso de muchas iniciativas de reforma del sector sanitario en la región durante la década de los noventa.

El cambio por capas o *Layering* parte del reconocimiento del efecto lock in: dado que efectivamente existen estos espacios tan resistentes al cambio, muchos actores con intenciones de reforma han aprendido a moverse alrededor de estas estructuras, y por eso este cambio se va dando “por capas”. Una de las virtudes de este tipo de esquema de cambio radica en que debido a que los cambios no se meten directamente con los esquemas ya existentes, por lo general dichas iniciativas carecen de resistencias u oposiciones fuertes (Streeck & Thelen, 2005).

En tercer lugar, habrá desvío o *Drift* cuando se producen desfases entre los cometidos formales de las políticas o instituciones, y la realidad a la que deben hacer frente las mismas. Muchas veces, este tipo de cambios se produce sin necesidad de que existan maniobras implícitas, o también a partir de “no decisiones”, en el sentido de definir políticamente no intervenir en una nueva coyuntura o problema social. En algunas ocasiones, la preocupación por evitar recortes o reconfiguraciones de las políticas existentes no tomó en cuenta el conjunto de decisiones tomadas alrededor de las mismas y que las condicionan de forma importante. De esta forma, al no actualizar beneficios o beneficiarios, las políticas pueden morir o sencillamente pasar a cumplir un rol marginal al interior de la matriz de protección por ejemplo (Streeck & Thelen, 2005).

Finalmente, a diferencia del desvío o del cambio por capas, en la transformación, las instituciones nunca llegan a los niveles de decaimiento o deterioro de los primeros. En este caso lo que se produce es un redireccionamiento de los objetivos o funciones producido ya sea por cambios en el ambiente que llevan a una reorientación de los recursos, o bien debido a cambios en las relaciones de poder entre los actores involucrados o por el ingreso de nuevos actores. De alguna manera, la transformación institucional operaría con una lógica inversa a la asociada con el efecto lock in: aquí, los actores no adaptan sus estrategias a las instituciones existentes, sino que las instituciones se transforman para adecuarse a los nuevos intereses y objetivos de los actores (Streeck & Thelen, 2005).

2. Reformas de los regímenes de bienestar en el siglo XXI

Las últimas décadas del siglo XX y la primera década del siglo XXI han sido testigo de diversos cambios en materia social, económica y política. Dichas transformaciones han influenciado y presionado la realización de muchas reformas en áreas como las relacionadas con los regímenes de bienestar. Las actividades económicas que predominan actualmente – relacionadas con la innovación tecnológica, el saber especializado y los servicios – poco se parecen al entorno de industrialización de

mediados del siglo XX. Así, “...los sistemas de protección social basados en los seguros sociales (...) se muestran mal adaptados para proteger las vidas laborales más móviles, más caóticas, muchas veces más precarias, típicas de la nueva economía.” (Esping Andersen & Palier, 2010)

Si se parte de la ya clásica tipología desarrollada por Gosta Esping Andersen (1990) se puede advertir cómo son las estructuras de carácter corporativo o conservador, las que presentan mayores dificultades a la hora de ser reformadas. Este hecho se explica por el lado de que estos son los esquemas que tienen mayores intereses en juego, lo que determina que alcanzar ciertos equilibrios es mucho más complicado. La directa consecuencia de este tipo de arreglos tan complejos es que de la misma manera, una vez alcanzados se tiende a configurar una fuerte red de asuntos e intereses que termina oficiando como un importante número de puntos y actores con capacidad de veto.

Es por eso que en la literatura se suele identificar a estos tipos de regímenes de bienestar como “*frozen landscape*” en el sentido de que es muy complicado asumir una reforma de carácter estructural. Esta mención a los regímenes de bienestar corporativos adquiere relevancia porque, como se verá más adelante, Uruguay ha construido históricamente una matriz de protección social con muchas de las características de este tipo ideal.

A la hora de observar cómo se han ido reformando las diferentes políticas sociales asociadas a la idea de un Estado de Bienestar, resulta particularmente rendidor el esquema de reestructuración ofrecido por Paul Pierson. De acuerdo a este autor, uno de los problemas que ha presentado el estudio de los cambios en los regímenes de bienestar radica en que se ha tendido a medir los mismos en términos de más o menos, es decir: entre un sistema que se mantiene inmune y resiste a las reformas y uno que ha sido totalmente desmantelado. Para intentar resolver este escollo, Pierson propone analizar los cambios de estos sistemas en torno a tres dimensiones: remercantilización, contención de costos y recalibración (Pierson, 2006).

En la primera dimensión se está aludiendo básicamente a la vuelta atrás de la desmercantilización - proceso que como ya se vio está asociado a la tipología de EB - a través de varios mecanismos que logren “...restringir las alternativas a la participación en el mercado de trabajo, ya sea endureciendo las condiciones de elegibilidad o recortando la cuantía de las prestaciones.” (Pierson, 2006) La segunda dimensión está haciendo referencia a un proceso que en la actualidad está presente en cualquier política pública, debido a que hoy en día no existe prácticamente ningún Estado que no tenga como prioridad la contención de sus costes debido entre otras cosas a que los ciudadanos se niegan a asumir cargas impositivas más altas. Finalmente por recalibración Pierson entiende “...reformas que tratan de hacer que los EB contemporáneos sean más coherentes con los objetivos y demandas de provisión social

contemporáneas. Este proceso puede implicar tanto la reforma de programas ya existentes como forma de hacerlos más efectivos (racionalización) como la creación de nuevos programas cuyos objetivos sean la satisfacción de nuevas demandas sociales (actualización).” (Pierson, 2006)

El problema con este marco de análisis es que al estar pensado para un contexto de “austeridad permanente” con gobiernos cuya agenda reformista pasa por la retracción de estos esquemas, por lo que no toma en cuenta la posibilidad de que existan contextos en los cuales se puedan procesar reformas que pretendan reforzar las estructuras de protección social existentes, ya sea vía ampliación de derechos, o mediante mejoras en la calidad y funcionamiento de los servicios. Este ha sido el caso de muchos de los países de América Latina en los últimos años. La cuestión por lo tanto, es la siguiente: ¿operarán también en contextos expansivos las resistencias al cambio institucional mencionadas anteriormente?

Por otra parte, de forma complementaria para los objetivos de este trabajo, otros analistas han centrado sus estudios en la observación de los condicionantes políticos e institucionales presentes en las iniciativas de reforma. Un ejemplo de este tipo de análisis es el aportado por Del Pino & Colino (2006) quienes identifican como principales condicionantes para determinar el éxito o fracaso de una propuesta de reforma: (i) la *path dependency* de las propias políticas públicas (cantidad de beneficiarios, organización de los grupos de presión, mecanismos de financiación, etc.); (ii) la condicionante electoral, que hace que los actores político-partidarios consideren los costos o beneficios políticos; (iii) existencia de puntos de veto y el grado de fragmentación del poder; (iv) el nivel de involucramiento de los actores sociales en el gobierno de las políticas (mayor nivel de participación social en la gestión, implica más margen de negociación para el gobierno); (v) la orientación ideológica del gobierno, (vi) el estilo de la reforma, más o menos flexible (Del Pino y Colino, 2006).

Sobre este último punto, los autores anotan que “...es especialmente relevante en las reformas de las políticas sociales que son susceptibles de alcanzar gran visibilidad pública y, en consecuencia, precipitar el conflicto” (idem: 28), como es el caso de la política de salud. La búsqueda del consenso en relación a los cambios propuestos, reduce el riesgo electoral y es más sostenible temporalmente. Para el logro de esos consensos es inevitable que los promotores gubernamentales adopten un estilo flexible de reforma. El mismo está caracterizado por: la inclusión de oportunidades para la negociación en lugar de la imposición, la multiplicidad de elementos del paquete reformista pero que estos no se presenten como un bloque indisociable – involucrando así el interés de varios actores – y, la utilización de argumentos y evidencias para convencer al resto de los actores – evitando forzar un resultado por la vía de la imposición.

Esta relevancia del consenso entre diversos actores con relativo poder de veto se torna un punto casi imprescindible para promover cualquier tipo de cambio en el sector sanitario en particular. Esto se debe a que, si bien cada arena de política contiene una trayectoria particular, a partir de la que se conforman tableros específicos donde se expresan de forma permanente multiplicidad de actores e intereses, y donde se estructuran diferentes configuraciones y distribuciones de poder: el caso del sistema de salud puede ser considerado como un claro ejemplo de subsistema “anidado”. Dicha característica se explica desde el siguiente punto: “...el hecho de que el actor se mueve de forma simultánea en varios de estos tableros y, por ende, su comportamiento no sólo resulta de los recursos e ideología que lo caracterizan, sino también de incentivos cruzados y hasta contradictorios que le imponen las arenas (o juegos) en las que participa.” (Acuña & Repetto, 2007: 30)

3. La reforma y su contexto: déficits estructurales, crisis y triunfo del Frente Amplio

De acuerdo a un informe del MSP al inicio del gobierno del FA, los principales problemas del sistema de salud podrían resumirse en: 1- Estancamiento y pérdida de dinamismo en la evolución de los indicadores de salud de la población, junto a una nueva estructura epidemiológica de riesgos. 2- Predominio de un modelo de atención centrado en un enfoque curativo y asistencialista. 3- Situación del multiempleo del personal de la salud, que conspira contra la calidad de la atención. 4- Crisis sostenida del sistema mutual, en los aspectos asistenciales y de financiamiento. 5- Dificultad para acceder y utilizar la cobertura de atención formal, que redundaba en una atención episódica y despersonalizada. 6- Deficiente organización del sistema de financiamiento y una distribución inequitativa de los recursos de salud disponibles. 7- Crisis de confianza de los usuarios en el sistema y en los equipos de salud. 8- Débil desarrollo del rol Rector del Ministerio de Salud sobre el sistema de salud. (MSP, 2009)

Al año 2006, en relación al gasto por usuario en ambos subsistemas, los datos recogidos indican que para ese entonces, el gasto mensual promedio para la población usuaria de los diferentes servicios asistenciales era de \$ 903 en el subsector privado, y de \$ 342 en el subsector público, demostrando así las enormes inequidades existentes al interior del sistema en su conjunto (Economía de la Salud, 2006). Esto se explica fundamentalmente por el hecho de que, a pesar de contar con un número de afiliados prácticamente idéntica, el reparto del conjunto de los recursos destinados a la atención sanitaria en Uruguay se repartían de forma extremadamente inequitativa: mientras el subsector privado en su conjunto recibía alrededor del 74,6% de dichos recursos, las instituciones de asistencia de carácter público solamente usufructuaba el 25,4% de los mismos (Economía de la Salud, 2006).

A un mes de iniciado el nuevo gobierno, el Ministerio de Salud Pública creó mediante un Decreto el denominado “Consejo Consultivo para la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud”. Dicho espacio reflejó rápidamente un factor que caracterizó en líneas generales el proceso de negociación y elaboración de diferentes iniciativas sectoriales en el área social: la apertura a la participación de diferentes organizaciones vinculadas a la materia específica. Así, la integración del Consejo Consultivo se conformó con delegados de todos los actores relevantes del sector salud, incluyendo médicos y funcionarios no médicos, empresas privadas, e incluso se incorporó a representantes de las diferentes organizaciones de usuarios.

Fue en este espacio donde se comenzaron a procesar las principales iniciativas de reforma, y en donde el gobierno pudo ir conformando el esquema de posibles alianzas y actores o puntos de veto a las diferentes propuestas; al tiempo que para el resto de actores, el Consejo Consultivo podía ser aprovechado para dejar sentadas sus posturas y ejercer presión a favor de sus intereses. Así, durante el resto del 2005 se conformaron tres grupos de trabajo al interior de este Consejo: uno sobre la posibilidad de crear un Seguro Nacional de Salud, otro sobre la construcción de un estatuto para los trabajadores del sector salud, y uno que discutiría sobre el cambio del modelo de provisión de los servicios sanitarios.

Los fundamentos de este nuevo sistema se pueden encontrar, entre otros lugares, en las actas de la Comisión Integrada de Hacienda del Parlamento, donde se discutió este articulado y al que concurrieron las autoridades del MSP a debatir con los legisladores. En este espacio¹, el entonces Subsecretario de Salud, Miguel Fernández Galeano, manifestaba lo siguiente:

“...en grandes líneas podemos decir que dicho sistema tiene tres grandes desafíos en relación a lo que es su situación actual. (...) El primer gran desafío del sistema de salud es el de lograr la equidad. Hay una falta de justicia redistributiva en la atención de la salud en diversos aspectos (...) El segundo gran desafío hace a la calidad (...) Este desafío nace como consecuencia de una gestión ineficaz de los recursos en salud. El país gasta en el entorno del 10,9% de su Producto Bruto Interno en salud y no obtiene buenos resultados (...) Estos dos desafíos (...) generan un tercer gran desafío que quiero destacar especialmente porque hace a la necesidad de tener un sistema nacional integrado de salud y un sistema de financiamiento integrado. Se trata de combatir la falta de sustentabilidad institucional que tiene el sistema de salud a mediano y largo plazo (...) De ahí surge la necesidad de que el Estado ejerza una rectoría eficiente del sistema de salud...”

La primera Ley aprobada durante el proceso de conformación del SNIS fue la que estableció la descentralización administrativa del principal prestador público: la

¹ Comisión integrada de Hacienda. Sesión del 25 de Octubre de 2005.

Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Nos es de sorprender que esta norma haya sido la primera, ni que su aprobación haya contado con el apoyo de todos los partidos ya que, como se ha ido mencionando anteriormente, la descentralización de este organismo venía siendo propuesta por los sucesivos gobiernos desde la restauración democrática del país.

La descentralización administrativa era, a juicio de las autoridades ministeriales, una precondition fundamental para que dicha institución lograra avanzar de forma efectiva hacia una modernización de su estructura, pero fundamentalmente, de sus mecanismos tradicionales de gestión. En este sentido, aspiraba a que ASSE pudiera transformarse en una organización “...muy ágil, centrada en el usuario, que permita su participación a los efectos de que pueda recibir las acciones de salud en el tiempo, lugar, cantidad y calidad adecuados o necesarios.”² En segundo lugar, una de las novedades del proyecto se encontraba en la incorporación de representantes de los usuarios y los trabajadores de ASSE al Directorio del mismo; y la creación de un Consejo Consultivo también integrado por trabajadores y usuarios.

El segundo paso para la conformación del SNIS vino dado por la ampliación de la cobertura asistencial existente, a partir de los mecanismos tradicionales del sistema de seguridad social. Así, se presentó un proyecto de Ley para crear un Fondo Nacional de Salud (FONASA). Dicho proyecto proponía como novedad incorporar a los funcionarios públicos de la Administración Central al fondo. Dicha incorporación representaba la inclusión aproximada de unos 26.602 usuarios³.

Como segundo punto, se proponía habilitar la competencia de ASSE por la captación de afiliados del FONASA, a diferencia del sistema existente hasta ese momento, donde el subsistema público no era opción para los trabajadores cubiertos por el sistema anterior. Y finalmente, también se propone un nuevo mecanismo de pago a los prestadores por cada usuario afiliado. Dicho mecanismo consistía en el pago por cápita ajustado por edad y sexo, característico de la gran mayoría de los sistemas de salud existentes.

En tercer lugar, el proyecto de la Ley 18.211 fue presentado por el Poder Ejecutivo en la Cámara de Senadores en Marzo del 2007. La exposición de motivos que acompañó el proyecto de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) señalaba como inspiradoras de la propuesta a las definiciones programáticas del FA junto a los aportes de los diferentes actores involucrados en el sector sanitario realizados en el marco del Consejo Consultivo para el cambio en salud. En relación a los temas sustantivos, se reafirmaron en dicha exposición algunos de los lineamientos y principios rectores ya mencionados: equidad, calidad, eficiencia social y económica y participación social

² Sesión de la Comisión de Salud Pública del día 3 de Octubre del 2006.

³ Sesión de la Comisión de Hacienda del día 19 de Diciembre del 2006.

entre otros; a partir de la realización de cambios en tres niveles: modelo de atención, modelo de gestión y modelo de financiamiento.

En líneas generales se puede decir que el SNIS se ha estado implementando de forma relativamente exitosa en algunas áreas como el aumento de la cobertura o la aplicación de importantes transformaciones en el modelo de financiamiento del sector, pero que al mismo tiempo continúa presentando diversos problemas políticos, y sobre todo de gestión, a la hora de promover los cambios propuestos en materia de modelo de atención y fortalecimiento del rol de rectoría del MSP.

4. La crisis estructural y el acuerdo social para la reforma

Como fue mencionado anteriormente, los problemas del sector se agudizaron a partir de la crisis del cambio de siglo, con el resultado del cierre de prestadores privados de salud, pérdida de puestos de trabajo en el sector, congelamiento o disminución de sus niveles salariales, caída de la calidad asistencial general y aumento de las inequidades entre los subsectores público y privado – con gran aumento de la población atendida en el primero de ellos. Como señalan Grindle y Thomas (1991), estos contextos son catalizadores de los procesos de reforma y también, ambientan las posibilidades para la puesta en marcha de propuestas más radicales. Consecuentemente, los principales actores del sector salud coincidían en la necesidad de una reforma y las proposiciones cada vez más confluyentes, encontraron expresión en el programa de gobierno del FA.

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

Complementariamente, desde sus diversos espacios de actuación el gobierno del FA promovió la organización y consolidación de un movimiento de usuarios que tuviera una visión general de los asuntos sanitarios y con alcance nacional. De esta forma, se pretendió fortalecer un actor que superara la lógica individual de los reclamos ante los prestadores, así como la de “asociación por enfermedad” o comisiones de apoyo a un centro de salud específico. Esta situación, sumado a su inclusión formal en los espacios de control y decisión del sistema, podría representar un intento de ensanchar la base

social de la coalición que sostenga y profundice la reforma, “asegurando” los avances alcanzados (Pierson, 1993).

La existencia de una agenda con múltiples frentes abiertos en las diferentes arenas de política, tanto para los partidos de la oposición como para los propios sectores del FA; permitió generar espacio para que, luego de una fase de estancamiento de la propuesta de la reforma de salud, el gobierno pudiera avanzar y ocuparse de las definiciones pendientes en un ambiente sectorial con lapsos de menor exposición pública, ya que por momentos, las otras reformas centraron fuertemente la atención de los partidos opositores. Por otra parte, en el manejo de esa agenda, la reforma de salud avanzó con momentos de diálogo con otras reformas y, también, de disputa por la prioridad de su tratamiento. Estas dos fases se recorrieron principalmente con la Reforma Tributaria.⁴

Dentro de la reforma del sector salud, los actores con potencial de veto (como las empresas) centraron su accionar en los elementos vinculados a las modalidades de financiamiento y los instrumentos con los que el Estado potenciaría sus potestades de orientación y control en el sistema. En cuanto a los espacios para la participación social, sólo hubo reacciones contrarias a la propuesta del gobierno cuando algunos actores se sintieron excluidos de alguno de los espacios decisorios o consideraron que las potestades de los trabajadores y usuarios podrían llegar a ser “excesivas”. Así fue que las IAMC se movilizaron para formar parte como miembros plenos de la JUNASA o aumentar su representación en el Consejo Consultivo, o también, cuando se plantearon límites a la participación social en el nivel de sus empresas.

Algo similar sucedió con las organizaciones de médicos, que como se vio en este trabajo, de manera sistemática han hecho notar su exclusión de los ámbitos decisorios más importantes, como la JUNASA o el Directorio de ASSE. Por lo tanto, respecto al tema de este trabajo, podría inferirse que las múltiples reformas procesadas en conjunto pudieron haber aumentado las chances de éxito de la reforma del sector salud y en su interior, el segundo plano en que se desarrolló el tratamiento de las interfaces socioestatales, detrás de los temas económicos y de control estatal, pudo haber favorecido su grado de desarrollo.

⁴ Un ejemplo de la convivencia con esta reforma, es que al inicio de la administración Vázquez se había decidido la creación de una comisión conjunta del MSP y el MEF para analizar las formas en que convergerían los aspectos de aportación del SNS y el IRPF. Por esos días se valoraba la posibilidad de aportar al SNS a través de una alícuota del IRPF. Finalmente, prevaleció para la primera etapa la opción por la seguridad social y la administración de recaudación y pagos en manos del BPS. Los efectos combinados de estas dos reformas fueron, además de su inspiración en “sistemas colectivistas totalitarios”, algunos de los motivos por los que la oposición política no acompañó el proyecto de la RSS (ver, por ejemplo: *El País*, 3/10/2007).

5. Tipo de cambio institucional en la implementación del SNIS

Se podría decir que el *path* construido en Uruguay en materia sanitaria puede ser caracterizado por una gran debilidad estructural del Estado, por oposición a la fortaleza o poder de presión y veto de diferentes actores sociales (Rodríguez Araújo, 2011; Setaro, 2010). De gran ayuda para el inicio de este proceso y su posterior retroalimentación o *increasing returns* (Pierson, 2000) fue la tardía incorporación de las instituciones estatales en las diferentes funciones de cualquier sistema de salud: fundamentalmente la provisión, regulación y financiamiento del mismo (Wendt, 2009). Así, el resultado a lo largo del siglo XX fue la conformación de un sistema bastante fragmentado, con claros rasgos bismarckianos vinculados a la existencia de diferentes seguros de salud, en el cual las instituciones de asistencia públicas estuvieron destinadas a cubrir la atención de aquellas personas que carecían de los recursos necesarios para hacer frente a los costos de atención en los prestadores privados con y sin fines de lucro (MSP, 2009).

Estas características del entramado institucional del sistema han operado a lo largo del tiempo, en algunas ocasiones como puntos de veto, pero por otra parte también han condicionado fuertemente las diferentes opciones de reforma disponible. Claramente, este es el caso del mutualismo en Uruguay, cuya centralidad en el sistema sanitario es prácticamente incuestionable, más allá de los problemas en materia de atención, gestión y financiamiento que ha mostrado este esquema de organización. En definitiva, ni la privatización completa del sistema ni su estatización, han sido opciones concretas para la clase política uruguaya, ya fueran gobiernos de derecha o de izquierda.

Los cambios identificados, de corte gradual, fueron transformando buena parte de la fisonomía del sector en su conjunto. A la hora de caracterizar los mismos, en su mayoría podrían ser considerados como un caso de *drift* o desvío (Streeck & Thelen, 2005), en el sentido de que fueron producto de transformaciones en el entorno y no de movimientos en las condiciones en las que los servicios eran ofrecidos. Así, el deterioro del proceso de crecimiento económico sobre fines de la década de los noventa, con su correlato en el aumento del desempleo y de los niveles de pobreza, determinaron la migración de una importante cantidad de personas desde el subsector privado – fundamentalmente de las IAMC – al subsector público.

Este hecho, producto de la estructura bismarckiana del esquema de aseguramiento, centrada en la pertenencia al mercado formal de trabajo del asegurado, cambió de forma sustantiva la importancia de los prestadores públicos, al tiempo que determinó que los recursos de los mismos resultaran insuficientes para la correcta atención de su nueva masa de usuarios. Es que en este período terminaron confluyendo dos factores que se retroalimentaron: aumento de usuarios con disminución o congelamiento del presupuesto disponible.

Sin lugar a dudas, uno de los principales motivos que oficiaron como catalizadores del cambio fue la situación de crisis que vivía tanto el sector sanitario en particular, como en general el resto de actividades económicas y sociales del país durante los años previos al triunfo electoral del FA. En este punto, el caso uruguayo parece alinearse a los trabajos centrados en la conformación de equilibrios puntuados o fuertes períodos de crisis como catalizadores de cualquier tipo de reforma de corte institucional (Pierson & Skocpol, 2008; Steinmo, 2008; Pierson, 2000). La crisis no hizo más que precipitar la realización de algún tipo de intento por revertir estas condiciones, independientemente de qué partido fuera a gobernar. Esto se puede advertir en las propuestas electorales de los principales partidos mencionadas en el capítulo anterior.

De manera que este nuevo contexto vino a generar un cambio en la predisposición a la reforma de los diferentes actores: en la medida de que la reforma se tornó inevitable, el camino más razonable ya no era oponerse a la misma, sino intentar ajustar sus contenidos a los intereses propios. Esta modalidad de acción puede ser vista particularmente en aquellos actores con mayor capacidad de activar los puntos de veto de este sistema: las gremiales médicas y las empresas proveedoras de servicios. De modo que parte del amplio apoyo generado por los promotores de la reforma comienza a verse también fuertemente condicionado a los alcances que posteriormente adquiera la misma en relación a los intereses de estos actores.

Sin embargo, la situación de crisis no puede ser considerada como la variable explicativa de la reforma del sistema de salud en Uruguay, por el simple hecho de que la crisis en el sector no fue ni es algo nuevo ni coyuntural, sino estructural (Fuentes, 2010). Pero dicha situación no había derivado hasta el momento en ninguna reforma. Es por eso que se torna necesario indagar en otros factores que pueden haber posibilitado la aprobación de estos cambios. En ese sentido, otra explicación relativamente sencilla de este proceso se podría dar a partir del hecho de que el Frente Amplio llegó al gobierno con mayorías en ambas cámaras del Poder Legislativo. Sin embargo, nuevamente este hecho por sí solo no permitiría dar cuenta de las razones por las cuales buena parte de los diversos puntos de veto existentes en esta política no se activaron durante la aprobación de las sucesivas leyes. Y sería demasiado ingenuo considerar que los mismos fueron simplemente evitados por la existencia de dicha mayoría.

La adopción de una u otra estrategia de reforma, y la posibilidad de que se construya una coalición reformista, dependerá en buena medida de la lectura de la crisis que realicen los diferentes actores involucrados; y dicha lectura estará influida fuertemente por los valores y creencias que estructuran a este conjunto de actores, debido a que esas ideas son las que aportan los lentes con los que se observa e interpretan los hechos. En este sentido, las coaliciones – y sus integrantes – tenderán a

leer los impactos de la crisis y a construir alternativas políticas para salir de la misma, como formas de reafirmar las condiciones y posiciones de poder existentes.

Por lo tanto, la coalición dominante antes de la reforma, solamente accederá a promover transformaciones en la medida en que se produzca algún tipo de cambio en las ideas de la misma que la lleve a visualizar dicho proceso como una oportunidad de fortalecer o consolidar su predominio (Nohrstedt & Weible, 2010). En el sistema de salud uruguayo, claramente las empresas prestadoras y los gremios médicos han sido los actores centrales por excelencia. Dado que la lectura de la crisis del sector por parte de estos actores estuvo concentrada en aspectos financieros – sobre todo desde las IAMC – siguiendo la lógica mencionada anteriormente, parece lógico que el alineamiento detrás de un proyecto de reforma se produciría a partir de que las mismas percibieran en la propuesta una oportunidad de mejorar sus ingresos.

En relación a la aprobación y posterior implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, el primer punto a destacar es que efectivamente el Frente Amplio logró aprovechar la enorme ventana de oportunidad en el sector sanitario que se abrió con su victoria. En líneas generales, se cumplieron todas las condiciones que cualquier manual de una reforma exitosa debería tener (Del Pino & Colino, 2006): situación previa de crisis sectorial que había predisposto al conjunto de actores a un cambio de envergadura; mayoría parlamentaria en ambas cámaras de un partido político fuertemente disciplinado; cercanía programática e ideológica con los principales sindicatos del sector; y una propuesta de reforma elaborada en forma conjunta con buena parte de estos actores, entre otras (Rodríguez Araújo, 2011; Fuentes, 2010). En términos de Hassenteufel et al (2010) el caso uruguayo presentó una clara “coalición programática” en el sentido de que los promotores de la misma conformaban un grupo bastante diversos de actores, provenientes de diferentes esferas – políticos, sindicales, académicos – pero que además no necesariamente participaron luego de la implementación de la propuesta elaborada.

La coalición mencionada no estuvo compuesta exclusivamente por aquellos actores afines ideológicamente al Frente Amplio. De hecho, en los años previos al triunfo electoral del 2004, una coalición anterior que fue la encargada de elaborar la propuesta electoral del FA en materia de salud. La misma, se encontraba compuesta por los sindicatos de funcionarios no médicos, algunos actores del gremio médico cercanos al FA, y ciertos técnicos especializados en política sanitaria. La institucionalización del Consejo Consultivo le abrió la puerta a las empresas del sector, así como también a ciertas asociaciones de la sociedad civil, conformando la génesis de la propuesta reformista finalmente aprobada. Sin embargo, al mismo tiempo también pudo haber determinado su propio bloqueo a la hora de ser implementada.

El nuevo espacio vino a oficiar como un punto de veto adicional a los ya existentes en el entramado institucional uruguayo, donde los actores con mayor poder de presión

podían incidir sobre las decisiones que atentaran contra dicha configuración. Tal es el caso por ejemplo de la incorporación de las empresas prestadoras al directorio de la JUNASA, que como ya se presentó, es la institución encargada de ejercer la regulación del sistema, por ejemplo a partir del seguimiento del cumplimiento o no de las metas asistenciales. La presión de estos actores le permitió, en tanto regulados, participar dentro del órgano regulador. En un contexto de opacidad en relación al funcionamiento de los prestadores – tanto públicos como privados – en relación a la gestión de sus recursos humanos y financieros, puede llevar rápidamente a la captura de esta institución.

Este punto nos lleva a la segunda cuestión a destacar: dentro del sistema de salud uruguayo, dada la forma en que el mismo fue configurado, se podría decir que uno de los puntos de veto más importantes se encuentra en la etapa de implementación, porque es en esta instancia en la que varios de los actores con mayores recursos de poder para movilizar – médicos o empresas prestadoras por ejemplo – entran en escena. Esto determina que la gestión de las políticas públicas – y en particular las políticas sanitarias – puede ser utilizada para bloquear los cambios propuestos. De nuevo, sin un regulador fuerte, con las capacidades necesarias en términos de generación y análisis de la información necesaria para tomar decisiones por ejemplo, los principales prestadores podrán bloquear la gran mayoría de los cambios sin pagar demasiados costos.

Por otra parte, desde el punto de vista del proceso político-partidario, por supuesto que la mayoría parlamentaria es un factor muy importante, sobre todo cuando el grado de cohesión y disciplina interna del partido de gobierno eran muy fuertes en ese momento; así como también el ya citado acuerdo sobre la necesidad de acometer cambios en el sistema, a lo que debe agregarse en el caso uruguayo la gran cercanía ideológica y programática entre el gobierno y la central sindical. Pero si bien todos estos factores son muy importantes, y contribuyeron en mayor o menor medida a facilitar la reforma, lo cierto es que existen un par de procesos que destacan del resto: el *timing* de la negociación del SNIS dentro del conjunto de iniciativas de cambio del nuevo gobierno (Pierson, 2001); y la opción de construir la propuesta en una serie de ámbitos institucionales con amplia participación de los diferentes actores involucrados en el sistema, a partir de los Consejos Consultivos para la implementación del SNIS.

En relación al primer punto, el hecho de que la propuesta de reforma se discutiera pública y parlamentariamente casi en paralelo a otras iniciativas de cambio estructural como fueron la creación del IRPF y la implementación del Plan de Emergencia, determinaron que algunos de los puntos más conflictivos de la reforma se procesaran sin tanta visibilidad pública, y que buena parte de la oposición en el Parlamento se viera diluida por el hecho de que las iniciativas mencionadas – fundamentalmente los cambios a nivel impositivo – prácticamente monopolizaron la atención. Este punto

parece acercarse a lo que menciona la teoría en relación a la dispersión de puntos de debate, como forma de evitar justamente la concentración de los diferentes actores de veto en un único tema (Del Pino & Colino, 2006).

El segundo aspecto mencionado puede ser caracterizado en líneas generales como un “estilo flexible” de reforma (Rodríguez Araujo, 2011). Además de convocar durante el primer año de gobierno al Consejo Consultivo, hecho que por un lado reunió en un mismo ámbito a los diferentes actores sectoriales, pero también forzó de alguna manera a que las posturas e intereses de cada uno se hicieran públicos; la forma elegida para gestionar la reforma incluyó: mantener abiertos una multiplicidad de frentes que forzaran a los actores a desdoblarse, y que iban desde aspectos no negociables a otros puntos que admitían ciertos niveles de ajuste; los diferentes temas trabajados ofrecían una distribución diferente de costos y ganancias, como forma de no sobrecargar a un único actor; todos los conflictos que potencialmente podían activar los puntos de veto fueron postergados; se intentó combinar la utilización de instrumentos técnicos, políticos y económicos (Rodríguez Araujo, 2011).

Por otra parte, en relación al impacto de los cambios producidos por el SNIS en términos del tipo de sistema de salud existente en Uruguay, si se toma como punto de partida la clasificación de sistemas de salud que realizan Wendt et al (2009) se puede advertir que el sistema de salud uruguayo presentaba antes de la reforma un claro predominio de las organizaciones sociales en la provisión de los servicios, el financiamiento del mismo se encontraba repartido entre las contribuciones directas de las familias – es decir, actores privados – los recursos provenientes de los aportes a la seguridad social, y en menor medida también existía un componente público proveniente de rentas generales; al tiempo que la regulación, aunque escasa, se encontraba legalmente en manos del Estado. En definitiva, desde este punto de vista se podría clasificar a este sistema como uno de carácter mixto, con predominio de los actores sociales.

Al observar el sistema posteriormente a la implementación del SNIS, se puede decir que en términos de provisión se ha reforzado el papel de los prestadores sociales – IAMC – y que en relación al financiamiento, los cambios que se produjeron estuvieron orientados a ir aumentando el peso de las contribuciones provenientes de rentas generales y de la seguridad social, cambiando entonces el componente mayoritario de carácter privado por uno de carácter público. De esta manera, se vieron reducidos fuertemente los aportes directos de las familias. Finalmente, se comenzaron a producir esfuerzos en pos de fortalecer la regulación estatal sobre el conjunto del sistema, determinando que en síntesis, los movimientos no parecen poner en cuestión el carácter mixto con predominio de las organizaciones sociales existente anteriormente. Esto no hace más que reforzar las consideraciones vertidas en párrafos anteriores en relación al alcance de la reforma.

6. Consideraciones finales

En líneas generales, el caso del sector sanitario en Uruguay presenta prácticamente todos los factores y conceptos incluidos en la teoría para entender la estabilidad institucional. Sin embargo, como bien reconoce otra gran parte de la literatura revisada y presentada en este trabajo, dichas características no han impedido bajo ningún concepto la realización de cambios, por lo que el congelamiento aludido en varias ocasiones, en realidad es más virtual que efectivo. Se puede decir que el resultado de estos movimientos hasta el momento, difícilmente pueda ser catalogado de transformación radical, sino que en realidad la situación es la de un intento de adaptación y reconstrucción de la matriz existente.

Los esfuerzos políticos en materia de atención sanitaria del primer gobierno del Frente Amplio estuvieron concentrados en la negociación y aprobación de un nuevo sistema de salud: el SNIS. Tanto sus objetivos como sus principales líneas de acción, sumados a la postura reformista del gobierno en su conjunto, podría hacer prever que la misma iba a avanzar hacia una transformación estructural del sistema de salud uruguayo. Dicho proceso puede ser considerado exitoso en una primera instancia, en la medida en que logró promover amplios acuerdos políticos y sociales en un sector caracterizado por su virtual congelamiento y plagado de puntos de veto institucionales. Por lo tanto, en este manejo flexible del proceso político y en la conformación de una coalición programática, se encuentra la respuesta a la primera pregunta planteada al inicio del capítulo.

Sin embargo, en algunas áreas de la reforma dicho éxito estuvo mucho más asentado en términos discursivos que en transformaciones efectivas. De acuerdo a lo presentado en este trabajo, esto se debió fundamentalmente a que la coalición reformista se fue quebrando rápidamente, a medida que los temas abordados podían amenazar con romper la estructura de poder existente dentro del sistema, caracterizado por amplios márgenes de autonomía de los prestadores privados y una histórica debilidad estatal en la regulación del sector. En buena medida esta primera constatación puede deberse a la forma en que los marcos institucionales existentes permitieron que los principales grupos que potencialmente verían lesionados sus intereses pudieran activar los puntos de veto necesarios. De esta manera, rápidamente se erosionó una coalición reformista que al principio se presentaba como muy amplia y muy potente.

La implementación del SNIS sí trajo aparejada diferentes cambios, muchos de esos implementados de forma relativamente exitosa como aquellos vinculados al modelo de financiamiento, pero los mismos colaboraron con la reproducción institucional (Streeck & Thelen, 2005) y recalibramiento (Pierson, 2006) del sistema construido históricamente en el país. Por lo tanto, el estudio de este caso permite advertir que en términos de política sanitaria, el caso uruguayo ofrece elementos para ratificar la

utilidad del marco de análisis elegido en casos latinoamericanos, al tiempo que también parece confirmar que buena parte de las conclusiones que la literatura del Institucionalismo Histórico ha producido para contextos de retracción de los esquemas de bienestar, también son válidos para explicar reformas en contextos de ampliación o reconstrucción de Welfare, ajenos a la austeridad permanente.

El fortalecimiento del modelo anterior que trajo la reforma planteado en este trabajo, permite realizar una serie de cuestionamientos asociados a la viabilidad y sustentabilidad del sistema, como por ejemplo: ¿qué puede pasar con la capacidad de resistencia de la reforma ante cambios en las condiciones que facilitaron su implementación? Por ejemplo: una nueva crisis económica que dispare el número de desempleados, un futuro gobierno del FA sin mayorías o un futuro gobierno sin el FA. Dichos temas, así como también la comparación de este proceso con otros casos regionales, o incluso con otras reformas nacionales en diferentes ámbitos de política pública, serán materia de futuras investigaciones.

Para terminar, queda la pregunta del rumbo de la reestructura de la matriz general de protección social del país. Retomando los planteos de capítulos anteriores, Uruguay construyó a lo largo del siglo XX una estructura de cierto universalismo estratificado, fuertemente corporativa, y por ende, bastante similar al subtipo mediterráneo señalado por la literatura especializada. En materia de salud en cambio, mientras los países mediterráneos fueron construyendo sobre los años ochenta y noventa, sistemas de salud de tipo Beveridge – Sistemas Nacionales de Salud – en Uruguay el sistema se acercó muchísimo más a una estructura de tipo bismarckiana.

Repasando las principales categorías de reforma de las matrices de bienestar teorizadas por Pierson (2006) definitivamente el SNIS no ha incorporado ningún tipo de cambio orientado hacia la remercantilización, pero tampoco parece haber realizado grandes movimientos orientados hacia la desmercantilización como los señalados por Midaglia & Antía (2007). En realidad, la cobertura sigue dependiendo directa o indirectamente – en el caso de los hijos menores a cargo o de los cónyuges – de la pertenencia del individuo al mercado formal de trabajo. Este punto no es de ninguna manera incompatible con el avance en materia de universalización de la cobertura. Pero dicha universalización se encuentra garantizada por la existencia de un sector público que actúa como red de contención para aquellos excluidos del mercado de trabajo.

Por lo tanto, debido a que no existe libertad de elección de prestador por parte de este último segmento de la población, los prestadores privados sin fines de lucro no tienen la necesidad de realizar intentos de descreme socioeconómico, en la medida en que el prestador público se reserva la atención de la cartera de usuarios menos atractiva. Por otra parte, el incremento masivo de usuarios de los diferentes prestadores mutuales

ha derivado que aquellas personas con mayor poder adquisitivo se vean incentivadas a abandonar las IAMC y afiliarse a los seguros privados.

Los incentivos a la salida para estas personas vienen tanto por el lado del deterioro de la calidad de asistencia de su prestador, como también desde las ventajas al cambio que la reforma le brindó al permitirle – como se vio en el capítulo anterior – llevarse su cápita al seguro privado, y por lo tanto atenuando el incremento de costos asociados. En definitiva, de la dualización del sistema anterior a la reforma, se corre el riesgo de fragmentar aún más al mismo, potenciando así las diferencias de clase: un sector público pobre para pobres, un sector privado sin fines de lucro de mejor calidad para los trabajadores formales – clases medias bajas – y un sector privado de alta calidad, cada vez con más usuarios de clase media-altas.

En este sentido, de lo presentado a lo largo de todo el trabajo la constatación que surge es la siguiente: a la histórica matriz conservadora uruguaya aún le resta una larga vida.

7. Bibliografía citada

Acuña, C. y Repetto, F. (2007). *Un aporte metodológico para comprender (y mejorar) la lógica político-institucional del combate a la pobreza en América Latina*. Documento de trabajo N° 44. Departamento de Humanidades. Universidad de San Andrés. Bs. As.

Collier, R. & Collier, D. (1991). *“Critical Junctures and historical legacies”* en Collier & Collier: *Shaping the political arena: critical junctures, the Labor movement and regime dynamics in Latin America*. Princeton University Press, Princeton.

Deeg, R. (2005). *“Change from within: German and Italian finance in the 1990s”* en Streeck & Thelen (eds.) *Beyond continuity. Institutional change in advanced political economies*. Oxford University Press, Nueva York.

Del Pino, E. y Colino, C. (2006). *¿Cómo y por qué se reforman los Estados de bienestar? Avances y retos teóricos y metodológicos en la agenda de investigación actual*. Zona Abierta 114/115. Madrid.

División Economía de la Salud (2006). *Logros y desafíos en términos de Equidad en Salud en Uruguay*. Informe final. Montevideo.

Esping-Andersen, G. (1990). *Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge Press.

Esping Andersen, G. & Palier, B. (2010) *Los tres grandes retos del Estado de Bienestar*. Ariel. Barcelona.

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 Uruguayo de Ciencia Política*, Vol. 19, N° 1, págs. 119-142.

Grindle, M. S., Thomas, J. W. (1991). *Public choices and policy change: the political economy of reform in developing countries*. John Hopkins University Press. Baltimore.

Hassenteufel, P.; Smyrl, M.; Genieys, W.; Moreno-Fuentes, F. (2010). "Programmatic actors and the transformation of European Health Care States", en *Journal of Health, Politics, Policy and Law*, Vol. 35, Nº 4, págs. 517-538.

Immergut, E. (1992). *Health Politics. Interests and institutions in Western Europe*. University Press. Cambridge.

Kingdon, J. (1995). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Harper Collins, New York.

Midaglia, C. y Antía, F. (2007). *La izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?* Revista Uruguaya de Ciencia Política Vol. 16 Nº 1. ICP. Montevideo.

MSP (2009). *La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009*. Montevideo.

Nohrstedt, D. & Weible, C. (2010). "The logic of policy change after crisis: proximity and subsystem interaction" en *Risk, Hazards and crisis in public policy*, Vol. 1, Nº 2.

Pierson, P. (1993). *When Effect Becomes Cause: Policy Feedback and Political Change*. En: *World Politics*. Vol. 45. No. 4. Cambridge University Press. New York.

Pierson, P. (2000). "Increasing returns, path dependence and the study of politics" en *The American Political Science Review*, Vol. 94, Nº 2, págs. 251-267.

Pierson, P. (2006). *Sobrellevando la austeridad permanente. Reestructuración del Estado de bienestar en las democracias desarrolladas*. Zona Abierta 114/114. Madrid.

Pierson, P. & Skocpol, T. (2008). "El Institucionalismo Histórico en la Ciencia Política contemporánea" en *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, Vol. 17, Nº1, págs. 7-38.

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. Instituto de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo.

Setaro, M. (2010). "La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y el nuevo Estado para la performance". En Mancebo, M.E. y Narbondo, P. (Coordinadores) *Reforma del Estado y políticas públicas en la Administración Vázquez: acumulaciones, conflictos y desafíos*. Fin de Siglo. Montevideo.

Steinmo, S. (2008) "What is Historical Institutionalism?" en Della Porta & Keating (eds.): *Approaches in the social science*. Cambridge University Press, Cambridge.

Steinmo, S. & Watts, J. (1995). *"It's the Institutions, Stupid!: Why the United States Can't Pass Comprehensive National Health Insurance"* en *Journal of Health Politics Policy and Law*. Vol. 20, No. 2, págs. 329-372.

Streeck, W. & Thelen, K. (2005). *Beyond continuity. Institutional change in advanced political economies*. Oxford University Press, Nueva York.

Thelen, K. & Steinmo, S. (1992). *"Historical institutionalism in comparative politics"* en Steinmo, Thelen & Longstreth: *Historical institutionalism in comparative politics: State, society, and economy*. Cambridge University Press, Nueva York.

Wendt, C. (2009) *"Mapping european healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare"* en *Journal of European Social Policy*, Vol. 19, págs. 432-445.

Wendt, C.; Frisina, L. & Rothgang, H. (2009) *"Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison"* en *Social Policy and Administration*, Vol. 43, Nº 1, 70-90.