

TRANSFORMACIONES EN LA GOBERNANZA DE UN ESTADO SOCIAL CENTENARIO: ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD DE URUGUAY*

Changes in the governance of a centenary social state: structure and operation of the Integrated National Health System of Uruguay

Marcelo Setaro Montes de Oca*

Resumen: Este artículo analiza la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) durante los gobiernos del Frente Amplio. Su foco son las nuevas instituciones que creó la reforma del sector salud, en particular los mecanismos institucionales que estructuran una novedosa gobernanza sectorial. La provisión mixta, la ampliación del financiamiento público, los dispositivos para garantía en el acceso a los servicios, son orquestados a partir de nuevos mecanismos creados por la reforma. En términos comparativos, esta nueva arquitectura sectorial del bienestar combina aspectos de diversos mundos del bienestar y de organización de sistemas de salud. El impulso reformista, moderado por el característico *path-dependence* sectorial, termina por modelar un Estado de nuevo tipo, que ofrece interesantes prospectos de organización para otras áreas de provisión de servicios de bienestar.

Palabras clave: Sistema Nacional Integrado de Salud, reforma, Uruguay

Abstract: This article discusses the creation of the National Integrated Health System (SNIS) during the administrations of the Frente Amplio. Its focus is the new institutions that created the health sector reform, including the institutional mechanisms that structure the new sectoral governance. Public-private provision, the extension of public funding, the creation of devices to guarantee the access to services, were jointly established by the reform. Comparatively speaking, this new architecture combines aspects of different worlds of welfare and health systems organization. The reform, which was moderated by a path dependent process, ends up modeling a new kind of state that offers interesting prospects for other areas of welfare service organization.

Key words: National Integrated Health System, reform, Uruguay

Introducción

Los Estados asumen un rol fundamental en la promoción del desarrollo de sociedades y personas. Ese papel implica la coordinación y regulación política de procesos económicos y sociales, que se hacen visibles en la propia estructuración institucional de diversas áreas productivas y redistributivas. La organización de los servicios de salud es una de esas estructuras mayores, con un grado de complejidad político institucional superior dentro de los Estados de bienestar contemporáneos. En tal sentido, el sector

* Artículo recibido el 05 de marzo de 2014 y aceptado para su publicación el 22 de octubre de 2014.

* Doctor en Ciencia Política, Universidad de la República (UdelaR). Profesor Asistente del Instituto de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR. E-mail: marcelo.setaro@cienciassociales.edu.uy

salud es una de las piezas del Estado Social uruguayo que ha experimentado los cambios más relevantes de esta última década, en un proceso de reforma orientado por un discurso de expansión de derechos sociales y de refuerzo del rol del Estado.

Este trabajo procura mostrar la nueva estructura político institucional del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), creado durante las administraciones del Frente Amplio (2005-2015). Para ello describiremos las principales instituciones que crea la reforma de salud, que tiene como objetivo fortalecer el rol rector del Estado en la definición de derechos ciudadanos universales y en los procesos de coordinación productiva dentro de este complejo sector del Estado de Bienestar. Sector que ha sido caracterizado, en el marco de un *Estado Social centenario*, como un *universalismo estratificado* (Filgueira 2011).

Mostraremos cómo la reforma de salud que implementó el Frente Amplio creó un *sistema de salud integrado*, a partir de un sistema fuertemente fragmentado y segmentado, con gran estratificación de beneficios. Desde nuestra perspectiva, la reforma de salud apunta a reforzar el rol del Estado, mediante la combinación de elementos de diferentes *mundos del bienestar*, conformando una estructura de gobernanza que mixtura elementos de conducción jerárquica y de autorregulación. Estos novedosos dispositivos de gobierno buscan asegurar el acceso universal a servicios de salud de calidad homogénea, en clave de ciudadanía universal.

Desde nuestra perspectiva, la reforma de salud es un interesante ejemplo analítico, que puede ayudarnos en la comprensión de otros procesos de reforma de servicios de bienestar en el Estado uruguayo, como son los casos del sistema educativo o del proyectado *sistema de cuidados*. En verdad, toda reforma mayor en la provisión de un servicio de bienestar debería considerar cómo se determinan los mecanismos de financiamiento, se establecen planes de beneficios y derechos de acceso, además de la coordinación de los procesos de producción de estos servicios. Por ello, la lectura del caso uruguayo desde la literatura comparada sobre bienestar y regímenes productivos, puede ayudarnos a iluminar estos procesos de expansión de derechos ciudadanos.

Este artículo se organiza en cinco partes, incluyendo esta breve introducción. La sección siguiente presenta un breve panorama sobre la literatura del Estado de Bienestar, Sistemas de Salud y Regímenes Productivos. Tratamos de marcar las afinidades que estas diferentes categorías guardan entre sí, señalando la brecha teórica existente entre la literatura amplia sobre Estados de bienestar, y los enfoques sobre financiamiento y producción de servicios de salud. La tercera parte describe los rasgos

principales del sector salud uruguayo, el *path-dependence* institucional que marca la alta resistencia al cambio de este sector, destacando los problemas de funcionamiento acumulados que establecieron una fuerte presión reformista. Luego, describimos los nuevos dispositivos institucionales que surgen con la reforma de salud en Uruguay, delineando la nueva estructura de gobernanza sectorial. Finalmente, realizamos un balance respecto al tipo de Estado que emerge con la reforma de salud, en una combinación de elementos de diversos *mundos del bienestar* y regímenes productivos, que configuran una estructura de conducción sectorial altamente novedosa.

1. Mundos del bienestar y estructura productiva de los sistema de salud

En el plano de las políticas bienestar nos hemos acostumbrado a pensar en términos de grandes *trinidades*. Como alguna vez señaló el Profesor Richard Titmuss, la estructuración de la política social puede dar lugar a Estados de Bienestar de tipo Residual, Industrial Meritocrático e Institucional Redistributivo. Lo original de su enfoque radica en reconocer principios morales, valores implícitos en cada uno de estos tres modelos de políticas sociales. Cada uno de ellos supone una valoración específica del estatus ciudadano y sus derechos asociados, además de una cierta ética del trabajo y un posicionamiento específico de la institución familiar dentro de la sociedad moderna. Evidentemente, la estratificación social de las sociedades contemporáneas no podría ser entendida, sin considerar este rol redistributivo del Estado (Titmuss 1974).

Coincide con esta visión Esping-Andersen (2000), el cual reconoce *tres diferentes mundos* o regímenes de bienestar capitalista, con niveles de gasto y de protección social diversos. Marca las diferencias en sus lógicas institucionales, y en la distribución de las funciones de producción de bienestar entre el mercado, las familias y el Estado. De esta distinción surgen tres tipos de estado: Liberales, Conservadores y Socialdemócratas. Estos modelos se caracterizan por distribuir de diferentes maneras las cargas entre mercado, familia y Estado, con efectos diversos en términos de *desmercantilización* y *desfamiliarización* en la producción de bienestar¹.

¹ Diversos autores cuestionan la pertinencia de aplicar este enfoque a las economías de menor desarrollo relativo, aunque en la práctica este enfoque sigue funcionando como el modelo básico. Por ejemplo, Gough *et al.* (2008) adaptan este esquema, para considerar contextos de debilidad estatal e insuficiente desarrollo del mercado de trabajo.

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 protección social establecen mecanismos de control de necesidad económica de los beneficiarios (*means-tested*), para habilitar el acceso. 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 o Corporativista*. Es conservador en el sentido clásico europeo, en cuanto tienen su origen en los desarrollos impulsados por las elites dinásticas continentales. En su origen, tiene 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 estatus, y la redistribución es marginal. Son herederos de la tradición cristiana, 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*), no facilitando la inserción de las mujeres en el mercado de trabajo.

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 en 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.

Los Estados de bienestar también regulan las formas de distribución primaria del ingreso 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. Como podemos ver, los arreglos y mediaciones de corte *neocorporativos* son muy relevantes, tanto en los mundos conservadores como socialdemócratas².

Esta mirada es demasiado amplia como para comprender la lógica de funcionamiento del sector productor de servicios de salud. En términos del análisis de sistemas de salud, debemos a Terris (1980) una de las modelizaciones más importantes, que distingue entre: Asistencia Social, Seguro Social de Salud (*Social Health Insurance*, SHI) y Servicio 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 (*National Health Service*, NHS).

Estos modelos de tipo SHI y NHS guardan importantes similitudes estructurales con las visiones generales sobre el Estado de Bienestar de Titmuss y Esping-Andersen. Sin embargo, es importante reconocer que la visión de Esping-Andersen tiene un sesgo hacia el funcionamiento de las políticas de mercado de trabajo y la transferencia de rentas (pensiones, subsidios), que se proyecta sobre toda la estructura del bienestar. Esto contrasta con la estructura del sector salud, un área especializada de producción de servicios, en la que es determinante el papel de los *profesionales del welfare* (e.g.: médicos y enfermeras), en cuanto a su grado de autonomía profesional y su fortaleza como actor colectivo³.

Docteur y Oxley (2003) definen al NHS por sus elementos de financiamiento público y proveedores que son parte del Estado. Estos sistemas fusionan las funciones de aseguramiento y provisión, siendo operados como cualquier repartición gubernamental y su personal son empleados públicos. La cobertura universal es relativamente sencilla de lograr en este sistema, porque controlan el aporte presupuestal y porque también tienen una fortaleza relativa para contener los costos globales. Sin

² En Rhodes (2001: 165-94) hay una interesante discusión sobre esta relación, y sus consecuencias en períodos de ajuste de los Estados de bienestar.

³ En Quadagno (2010: 126-27) se llama la atención sobre este punto no resuelto en la literatura sobre regímenes de bienestar.

embargo, también tienen incentivos débiles para incrementar su producto, mejorar la eficiencia o mantener la calidad.

Por otro parte, en el modelo SHI, existen diferentes fondos de salud, organizados de acuerdo a categorías socio-ocupacionales, que contratan con proveedores privados de servicios. Estos esquemas hacen uso intensivo de contratos con hospitales privados y clínicas, mayormente sin fines de lucro. La atención ambulatoria es brindada por una red de proveedores independientes, también bajo vínculo contractual. Los sistemas de pago se establecen sobre la base de los servicios provistos, con pagos ex post. Eso hoy está cambiando, con nuevas formas de contratación que premian los resultados. Estos sistemas de pago por actividad son muy sensibles a la demanda de usuarios, con tendencia a la expansión de costos, lo cual ha derivado en una creciente regulación y control por parte de las autoridades públicas⁴.

Estos diferentes modelos de bienestar en salud, además de garantizar derechos, también implican diferentes estrategias de organización de la producción de servicios. De acuerdo a Hall y Soskice (2001) y Soskice (2003), los regímenes de producción nacionales pueden ser clasificados de acuerdo a sus mecanismos de coordinación de los procesos productivos. Según esta literatura, los regímenes productivos se diferencian en función de cuatro dimensiones claves⁵. La primera hace a los sistemas de financiamiento productivo, que permiten solventar la innovación tecnológica necesaria para procesos productivos dinámicos. En segundo término, los sistemas de relaciones industriales, el relacionamiento entre sindicatos y organizaciones patronales, y su capacidad para fomentar un accionar cooperativo. En tercer lugar, “...sistemas de educación y entrenamiento que fomenta la formación para el trabajo de manera temprana, y la generación de habilidades específicas. Por último, los sistemas de relacionamiento entre empresas favorecen la cooperación para la generación de determinación de estándares de producción y la transferencia tecnológica entre industrias” (Soskice 2003: 106-109).

⁴ En un estudio reciente, Böhm *et al.* (2013) clasifican a treinta sistemas de salud de los países de la OCDE en cinco diferentes tipos, tomando como punto de partida una tipología similar a esta.

⁵ También Amable (2003: 115-169) aplica un esquema similar para caracterizar a los diferentes regímenes de producción de los países desarrollados. Aquí es importante tener en cuenta que estos autores tratan de clasificar regímenes productivos globales, pero en este trabajo tomamos las categorías teóricas para aplicarlas a un sector económico como es el de la salud.

Tabla 1. Dimensiones institucionales del bienestar en salud

| Dimensiones | Corporativo-SHI | Socialdemócrata-NHS |
|---|--|--|
| i. Derecho a la Salud/ Cobertura/ Acceso | Base ocupacional/ Jefe familia genera derechos/ Estratificación beneficios | Base ciudadana/ Derechos universales |
| ii. Financiamiento acceso | Cotización obrero-patronal/ Primas/ Copagos | Impuestos generales/ Cotizaciones (marginal) |
| iii. Provisión de servicios | Organizaciones no lucrativas/ Profesionales autorregulados/ Plan Prestaciones Definido | Estatal/ Funcionarios públicos/ Plan es "universal" (no definido) |
| iv. Conducción/ Regulación/ Asignación de recursos | Multifondos/ Contratos/ Rectoría a distancia | Fondo único/ Asignación centralizada |
| v. Relaciones Laborales | Negociación colectiva/ autorregulación profesional | Relación jerárquica/ Funcionario estatales |
| vi. Sistema de Educación y formación permanente | Acuerdos interempresarios y sindicales | Programas estatales |
| vii. Relaciones entre proveedores | Acuerdos entre asociaciones empresariales | Coordinación burocrática jerárquica |
| viii. Renovación tecnológica | Recursos propios/ banca privada | Presupuesto público |
| ix. Tipo de producto, servicio | Diferenciado según beneficiario/ respuesta flexible/ estandarización por pares | Homogénea/ respuesta estandarizada normativamente |
| x. Gobernanza, coordinación | Autorregulación, emulación, cooperación | Jerarquía |

Fuente: elaboración en base a Setaro (2013).

La tabla anterior nos muestra una síntesis de diez dimensiones, que nos permiten diferenciar el funcionamiento típico ideal, en un sentido weberiano, de los modelos de SHI y NHS. Los dos tienen vocación universalista, aunque se asientan sobre formas muy diferentes de financiar y organizar la provisión de servicios y su grado de flexibilidad para brindar respuestas diferenciadas a las necesidades de las poblaciones es diferente. La función de gobernanza, de conducción general del sistema, expresa una tensión entre la conducción jerárquica de unidades burocráticas, y el liderazgo sobre unidades productivas autónomas autorreguladas.

Nuestro enfoque consiste en que la gobernanza del sector salud es un proceso de altísima complejidad. Como bien señalan Jakubowski y Saltman (2013: 1-2):

“... [it] involves a complicated mix of activities that run concurrently and at multiple different levels of the funding and service delivery system. These activities [...] involve a variety of institutions [...], these activities typically have political, financial, clinical, institutional, professional, legal and economic dimensions, often at the same time. Traditionally, governance has been an intra-health system activity but in the last several decades a variety of outside actors –most notably patients and citizens – have also been drawn in. In essence then, health sector governance is a complex area of responsibility that requires a complex analytic perspective”.

3. *Path* sectorial y declive del sistema de salud de Uruguay

De acuerdo a la caracterización de CEPAL (2006: 83-84), los sistemas de salud de Latinoamérica “...*presentan una variada gama de instituciones y mecanismos para el financiamiento, el aseguramiento, la regulación y la prestación de servicios. Estas funciones suelen articularse a través de un sistema público de salud, un sistema de seguridad social y el sector privado. La forma en que se coordinan y articulan estos tres subsectores da origen a distintas modalidades de funcionamiento del sector de la salud*”. Esto define un esquema de alta segmentación social, donde el sector público atiende a población sin capacidad contributiva, la seguridad social cubre a los trabajadores formales y el sector privado cubre a la población de mayores ingresos. Combinado con una alta fragmentación de la provisión de servicios, según complejidad asistencial, que conspira contra la equidad social, la racionalidad y eficiencia en el uso de los recursos y la eficacia de las intervenciones sanitarias poblacionales⁶.

En términos histórico comparativos, el sistema de salud de Uruguay tiene fortalezas institucionales destacables⁷. En primer lugar, la existencia de una amplia red de hospitales y centros de salud públicos, que toma forma en los albores del siglo XX, a partir de la estatización de los servicios administrados por la iglesia católica y las organizaciones de caridad y filantrópica. Durante las primeras décadas del siglo, el Batllismo imprimió un fuerte desarrollo a estos servicios, a partir de la ley de creación de la Asistencia Pública en 1910. Desde el año 1987 se da un proceso de diferenciación y fortalecimiento institucional con la creación de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Por otra parte, la existencia de un importante entramado social, mutual y cooperativo, asociado a la provisión de servicios de salud, con altos estándares de calidad. Las Mutuales, que tienen sus orígenes en la segunda mitad del siglo XIX, y las Cooperativas médicas que se desarrollan en la segunda mitad del siglo XX, han sido uno de los más importantes actores del sector de la economía solidaria, de base no lucrativa. Este sector de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) ha posibilitado el avance y desarrollo de la práctica médica en nuestro país.

⁶ El excelente *survey* de Mesa Lago (2008) muestra en detalle la alta segmentación de la mayoría de los sistemas de salud del área latinoamericana. También coincide con esta caracterización Bursztyl *et al.* (2010).

⁷ Como se indica en Setaro (2013), la reforma de la salud se asienta en la fortaleza de estas estructuras institucionales. Las innovaciones del SNIS, que son importantes y variadas, vienen de la mano del impulso generado por la peculiar coalición político-social reformista.

Desde el año 1975 existe un fondo financiador del seguro de salud de los trabajadores privados, ubicado en el Banco de Previsión Social (BPS), que brinda servicios a través de contratos con mutuales y cooperativas. En 1980 se crea el Fondo Nacional de Recursos (FNR), como organismo financiador autónomo, que da forma a un sistema de cobertura universal para las prestaciones médicas de alta complejidad. Estos dos organismos, tienen un gran potencial ordenador en el funcionamiento del sistema.

Coinciden con esta visión Mesa-Lago (2008) y Mesa-Lago y Bertranou (1998), quienes señalan que Uruguay cuenta con uno de los más antiguos y amplios esquemas de protección social de la región, aunque con importante heterogeneidad en los beneficios que brinda. Para Filgueira (2011), Uruguay debería ser catalogado como un caso de “universalismo estratificado”, en función de la diversidad de formas de acceso a prestaciones sociales de amplitud y calidad variables. Si atendemos a la estructura de cobertura en el sector salud, tal cual se expresa en la tabla siguiente, podemos ver como el sistema de salud brinda una amplia protección poblacional, pero con beneficios altamente diferenciados según segmentos poblacionales específicos.

Tabla 2. Población cubierta por el sistema de salud, según financiador (2000)

| Prestador | Cobertura | Cobertura en porcentajes |
|-----------------------------------|------------------|---------------------------------|
| ASSE | 1.200.000 | 36,4% |
| BPS | 700.000 | 21,2% |
| IAMC | 1.000.000 | 30,3% |
| Sanidades Policial y Militar | 170.000 | 5,2% |
| Cajas y Seguros no convencionales | 80.000 | 2,4% |
| Seguros Lucrativos | 50.000 | 1,5% |
| Sin cobertura | 100.000 | 3,0% |
| TOTAL | 3.300.000 | 100,0% |

Fuente: estimación propia, elaborado en base a datos de INE, BPS y SINADI-MSP.

En nuestra estimación de la cobertura poblacional, podemos ver que el proveedor público ASSE tiene una presencia fundamental en el sistema, con más de un tercio de la población. El BPS (21,2%) brinda cobertura de salud a través de contratos con las IAMC (más de 40 organizaciones), que brindan servicios de prepago a sus asociados individuales y/o colectivos, además de al BPS (reúnen más del 50% de la cobertura). Las IAMC también contratan servicios a los seguros lucrativos y corporaciones públicas y privadas que carecen de servicios propios, como las Cajas de

Auxilio y Seguros no Convencionales⁸. Todo resulta en un esquema altamente ineficiente en términos económicos y asistenciales, generando un sistema de múltiples coberturas, fragmentación y superposición de servicios, sobreinversión tecnológica y nula coordinación asistencial.

Sobre las últimas décadas del siglo XX, este esquema experimenta un proceso de expansión no controlada del gasto en salud. De acuerdo a diversos estudios, entre los años 1987-1998 el gasto en salud por persona se multiplica por 4,3, pasando de 161 a 697 pesos constantes. En términos de participación del gasto en salud sobre el PBI, en el mismo período se pasa de 6,5% a 10,2% del producto bruto interno. Hay, por lo tanto, una importante expansión del gasto nacional en salud, que no se expresa necesariamente en una mejora de los estándares asistenciales (Grau y Lazarov 2000: 10-15).

Existe una infinidad de estudios que coinciden en las causas de esta crisis⁹. Entre ellas, se destaca, en primer lugar, el predominio de un modelo de atención centrado en un enfoque curativo y asistencialista que impacta en la eficacia del sistema. Esto se explica por factores como la sobreespecialización del personal médico y una estructura salarial que dirige sus estímulos al trabajo en áreas cerradas y especializadas. A esto se agrega la inadecuada relación entre médicos y enfermeros, y la baja presencia de otros técnicos relacionados con las actividades de 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 en 2005 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 el PBI nacional. Este aumento del gasto no se expresa en mejora de los indicadores de calidad asistencial.

En tercer lugar, 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. También a una estrategia de diversificación de riesgo, frente a los bajos salarios y a la inestabilidad laboral que viven los trabajadores del sector. Esto

⁸ Son seguros de empresas o ramas de actividad, creados por convenio colectivo que administran sus recursos de manera autónoma, contratando su cobertura con proveedores de servicios de salud privados. En el momento de inicio de la reforma de salud, estas organizaciones superaban medio centenar.

⁹ Sobre este punto, en Setaro (2013: 211-25) hay un completo compendio de los diversos estudios que describen las causas de la crisis del sistema de salud.

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 es la crisis financiera histórica del sistema mutual, determinado por el incremento de medicamentos y tecnologías, la inclusión de nuevas prestaciones, cambios en los sistemas de remuneración y disminución de afiliaciones¹⁰. También se desarrollan estrategias para controlar el gasto asistencial, como la generalización de los copagos, la demora sistemática para acceder a la atención, los conflictos y las rebajas salariales, etc. A esto se suma la baja profesionalización de los cuadros directivos y gerenciales, y la ausencia de procedimientos regulares de control de gestión y auditoría, que ha desembocado en crisis y cierre de instituciones, con pérdida de puestos de trabajo.

En quinto lugar existen 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. Se plantea la dificultad de realizar en forma oportuna consulta a médicos y técnicos, controles, estudios diagnósticos y tratamientos, así como participar en programas preventivos. La atención de urgencia centralizada y la domiciliaria se ven sobredimensionadas, por su facilidad de acceso y respuesta, lo cual opera en desmedro del desarrollo de una atención integral, continuada y descentralizada.

Por último, como corolario de todo esto, el limitado desarrollo de la función rectora del Ministerio de Salud Pública, expresado en su débil estructura técnico-burocrática y política, que le impide hacer frente a los desafíos acumulados en el sistema. Desde la salida de la dictadura, la salud ha estado en la agenda de todos los gobiernos, pero ha sido una reforma esquiva para las elites políticas gobernantes. Establecer un esquema de derechos universales en el estratificado sistema de salud uruguayo es un desafío mayor, que el SNIS apunta a resolver con un fuerte papel del Estado en el financiamiento y en la conducción de las políticas de salud.

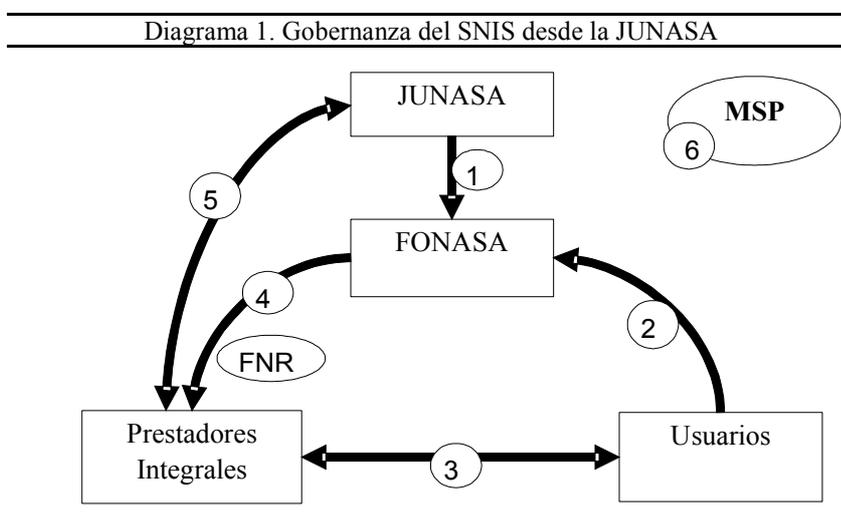
¹⁰ La reducción de afiliaciones fue selectiva, concentrada en la población más joven, y produjo un envejecimiento de la población de las IAMC, que se traduce en una mayor presión relativa sobre los servicios de salud y el costo de la atención.

4. Nueva gobernanza en el Sistema Nacional Integrado de Salud

La reforma de salud se propone pasar desde un esquema de bienestar en salud de alta cobertura pero con gran fragmentación de sus proveedores y *estratificación en sus beneficios*, hacia un esquema de bienestar *integrado*. El nuevo esquema garantiza el derecho a la salud, a través de la creación de un plan de beneficios único para todos los residentes del país. Desde nuestra perspectiva, resulta de particular interés la transformación de los mecanismos institucionales que afirman el rol de conducción estatal, que son los que deberían propiciar este pasaje desde un esquema estratificado hacia uno integrado, de cobertura universal y con beneficios homogéneos¹¹.

4.1. La nueva arquitectura institucional del SNIS

La reforma de salud instala un Estado orientador del desarrollo del sector salud, que administra estratégicamente los incentivos económicos para la conducción del sistema, y que está orientado por la universalización del derecho a la salud. El diagrama siguiente trata de mostrar la estructura y los pilares fundamentales de este nuevo Estado Social para el sector salud¹².



Fuente: elaboración propia en base a Setaro(2013)

¹¹ Además de la Ley 18.211, importan otras leyes como la 18.131 que crea el FONASA, la 18.161 que crea ASSE como servicio descentralizado, la 18.731 que define el proceso de incorporación progresiva al Seguro Nacional de Salud de diversos colectivos de cotizantes y beneficiarios (ver Setaro 2013).

¹² Un primer esbozo de este esquema había sido planteado en Setaro (2010), el cual ahora se complejiza con la creación de nuevos institutos.

En lo que respecta a su arquitectura institucional, el nuevo sistema se sustenta en varios pilares. En primer lugar, el Fondo Nacional de Salud (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, y los patronos aportan un 5% por sus trabajadores. 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 términos de financiamiento, el esquema establece un tope para las aportaciones que realizan los trabajadores de mayores ingresos. El mecanismo de determinación de ese tope consiste en establecer el precio de una cuota ficta de salud, al cual se le agrega un 25% de aporte adicional del trabajador, que se asume como su contribución a la solidaridad del sistema. Dentro del aporte del trabajador también se contabiliza a las personas dependientes de su seguro.

En este marco, el 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 Junta Nacional de Salud (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).

La JUNASA, organismo desconcentrado del MSP, es responsable de extender las órdenes de pago al FONASA. Está integrada por representantes del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), BPS, usuarios, trabajadores y prestadores del sistema de salud. El MSP preside la JUNASA, que oficia como un ámbito de gobernanza del SNIS, un espacio para la concertación social y para las mediaciones corporativas. La Junta refuerza el papel rector del MSP, ya que en ese ámbito se negocian las orientaciones asistenciales y financieras para el desarrollo del SNIS.

Este relacionamiento por contratos apunta a explicitar obligaciones, transparentar incentivos económicos y penalizaciones, alentando el mejor desempeño de los prestadores, sin 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. Dentro de este esquema se “inserta” el viejo Fondo Nacional de Recursos (FNR), que es el organismo responsable de administrar el porcentaje de la capita correspondiente al financiamiento de las prestaciones de alta complejidad. El FNR es responsable de administrar los servicios y prestaciones de alta complejidad a los cuales tiene derecho de acceso todos habitantes del país.

En este esquema el seguro de salud apunta a combinar justicia contributiva, eficacia sanitaria y eficiencia económica. Los individuos aportan según su capacidad contributiva (ver Tabla 3) y reciben atención según sus necesidades de salud (de acuerdo a lo estipulado en el Plan Integral de Atención en Salud -PIAS-). 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 costosos (varones jóvenes y sanos).

La jerarquía democrática está presente dentro de un esquema con fuertes mediaciones *neocorporativas*. El Ministerio de Salud (6) tiene el rol de supervisión general de todo este esquema, de ejercer el comando democrático sobre el desarrollo del SNIS. Determina el *Plan Integral de Atención en Salud* (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 Seguro Nacional de Salud (SNS), aprueba los contratos y las metas que la JUNASA acuerda con los prestadores, entre otros.

Tabla 3. Tasas de aportación y derechos en el Seguro Nacional de Salud (SNS)

| Cotizan al SNS | Tasas | Derechos que generan |
|---|--------------|--|
| Trabajadores con ingresos inferiores a 2,5 BPC | 3% | Atención en salud para el trabajador, hijos y cónyuges, en el prestador público o privado que seleccionen. Las prestaciones son explícitas en el PIAS. El SNS genera derechos de por vida para el trabajador que se jubila. Los jubilados y pensionistas se incorporan progresivamente. Hay un tope a las aportaciones al SNS. |
| Trabajadores con ingresos superiores a 2,5 BPC | 3%+ 1,5% | |
| Trabajadores con hijos a cargo que tienen ingresos superiores a 2,5 BPC | 3% + 3% | |
| Trabajadores con cónyuge o concubino a cargo | 3% + 3% + 2% | |

Fuente: elaboración propia en base leyes 18.211 y 18.731

La ley obliga al MSP a determinar el PIAS, en el cual se definen las prestaciones y programas de salud prioritarios, además de la estructura de las cuotas de salud y las metas asistenciales. Se espera que estas tres herramientas impacten sobre la organización de los prestadores y sus estrategias asistenciales. La JUNASA, organismo desconcentrado del MSP, es el responsable de supervisar el funcionamiento de estos dispositivos. El PIAS garantiza el acceso a los programas prioritarios y a las prestaciones de salud fundamentales; es un plan explícito que contribuye a instalar una lógica de derechos, de consecuencias 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 definidas por el PIAS¹³.

El PIAS funciona como el elemento de cohesión del sistema integrado, ya que la ley lo define como el plan de beneficios para toda la ciudadanía, incluyendo medicamentos del Formulario Terapéutico Médico (FTM) y prestaciones de alta complejidad del FNR (Molins *et al.* 2014). La transferencia económica que realiza la JUNASA está determinada por los servicios del PIAS y sus costos. Por tanto, es muy relevante la adecuada administración de las prestaciones, que luego se refleja en el precio de la Cuota de Salud, impactando directamente en la estabilidad financiera del FONASA. La tabla siguiente identifica cinco componentes del PIAS, los cuales responden a diferentes circuitos regulatorios en los cuales están presentes diversos actores e intereses sectoriales¹⁴.

Tabla 4. Contenidos principales del Plan Integral de Atención en Salud

| Componente PIAS | Contenido |
|---|--|
| 1. Programas Nacionales de Salud | Modalidad provisión de servicios, según perfil sanitario de la población de referencia |
| 2. Catálogo de Prestaciones de baja y mediana complejidad | Listado de prestaciones médicas obligatorias |
| 3. Formulario Terapéutico de Medicamentos | Listado de medicamentos obligatorios |
| 4. Prestaciones de alta complejidad y alto costo | Listado de técnicas diagnósticas y de tratamiento de alta complejidad |
| 5. Medicamentos de alto costo y alto impacto económico | Listado de prestaciones de medicamentos de alto costo y bajo uso |

Fuente: elaboración propia, en base a Molins et al. (2014).

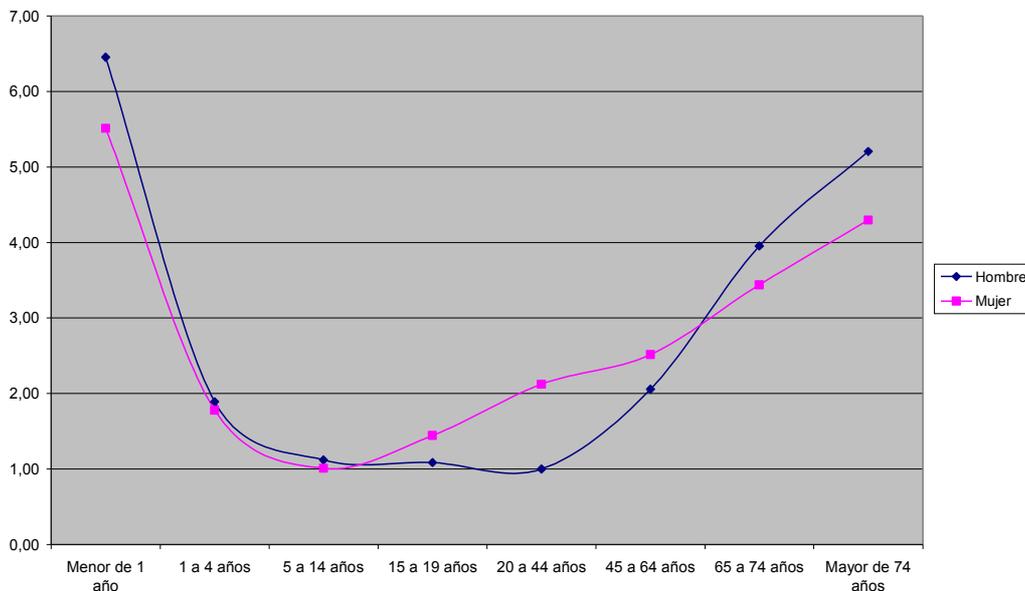
4.2. Mecanismos de asignación de recursos

¹³ La ley 18.211 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.

¹⁴ En principio, este proceso es dirigido y controlado integralmente por el MSP, sin embargo, cada uno de los componentes reseñados implican diversas arenas de grupos de interés, con alta capacidad de presión sobre el proceso político.

Como ya mencionamos, la estructura de la Cuota de Salud tiene el objetivo de transparentar los costos esperados de atención para diferentes grupos de población, según edad y sexo¹⁵. Como nos muestra el gráfico siguiente, 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 2013, de acuerdo al Decreto 428/012, un prestador de salud recibe por recién nacido entre 450-525 dólares mensuales, según su sexo, lo cual es entre tres y seis veces el valor de lo que recibiría por un adulto varón de 45-64 años (unos 80 U\$). Esta estructura de pagos tiene como finalidad que los prestadores de salud no incurran en práctica de “selección de riesgos”.

Gráfico 1. Estructura relativa de las capitas del FONASA



Fuente: decreto 428/012

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. El nuevo esquema de cuota de salud supone un aliciente específico al desarrollo de la Atención Primaria en Salud, ya que el sistema de capitación permite identificar con claridad el beneficiario, los recursos asignados para su asistencia y los beneficios que debe recibir (de acuerdo con el PIAS). Además, el

¹⁵ El sexo y la edad son los 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.

esquema contribuye a evitar el desfinanciamiento de los prestadores, al retribuir de manera diferencial, según los costos esperados de la atención de poblaciones con necesidades diferentes¹⁶.

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 fuera un incentivo suficiente, la meta refuerza su efecto, asociando un pago diferencial por desempeño asistencial. En la primera etapa de la reforma, el MSP estableció sus prioridades en la salud materno-infantil, el Adulto Mayor, así como la 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 sobre la estructura y funcionamiento de los servicios.

Tabla 5. Metas en el Seguro Nacional de Salud (2008-2012)

| Metas | Indicadores |
|--|--|
| Meta 1. Salud Materno Infantil | Captación Recién Nacido; Visita Domiciliaria; Controles obligatorios niños; Ecografía; Control Embarazo y Captación precoz; Pesquisa Violencia doméstica; etc. |
| Meta 2. 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 |
| Meta 4. Cargos Médicos Alta dedicación | Cargos médicos creados: General, Familiar, Pediatría, Ginecología, Intensiva, Neonatología, Internista. |

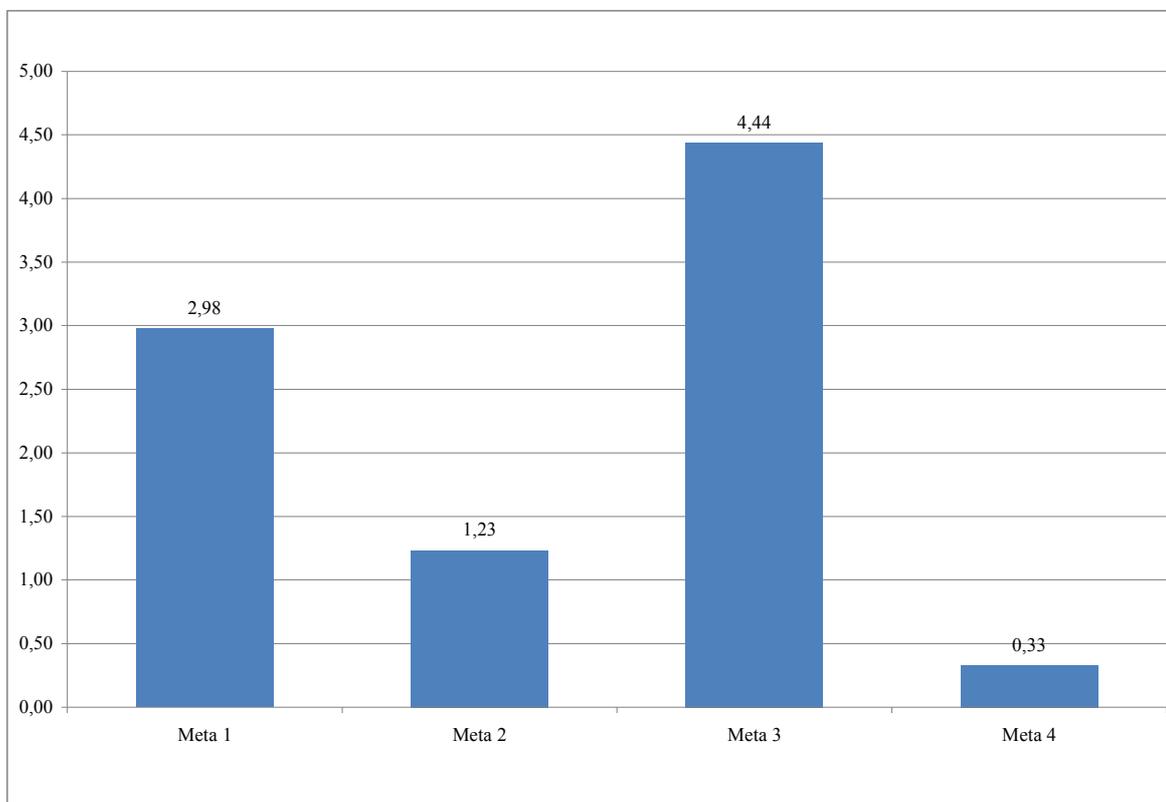
Fuente: MSP (2009: 62-70); JUNASA (2013 y 2014)

La tabla anterior nos muestra en detalle la estructura de las metas y sus indicadores de seguimiento. En 2008 se comenzó a aplicar la Meta 1, y luego la Meta 2 que fue reformulándose progresivamente. Las otras metas se comenzaron a aplicar a partir de julio de 2009. 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 así como el 10% del valor de la cuota salud promedio que paga la

¹⁶ En Setaro y Koolhaas (2009) hay una buena descripción del sesgo generacional, por sexo y territorio que establece el sistema de capitas. Los primeros dos casos resultan evidentes a partir de la lectura del Gráfico 1. En el tercer caso, el sesgo territorial viene dado porque el FONASA paga una única cuota en todo el país, y la estructura de costos en el Interior es inferior a la de Montevideo.

JUNASA. El gráfico siguiente muestra la estructura relativa, con el peso que tienen las cuatro metas en el esquema.

Gráfico 2. Valor de las metas asistenciales (dólares corrientes de 2013)



Fuente: Rendición Cuentas JUNASA 2013

El diseño del mecanismo de Metas determina un estímulo a nivel de los gestores institucionales, quienes son responsables de “movilizar” la institución en búsqueda del resultado buscado. Constituye un instrumento de pago por resultado dirigido al *cambio en la estructura y funcionamiento de las organizaciones proveedoras de servicios de salud*. Este mecanismo exige de parte de los proveedores una postura activa, de salir a buscar a los usuarios y atenderlos en el primer nivel de atención. *La autorregulación de los proveedores de servicios se cruza con las orientaciones jerárquicas del Estado, que son respaldadas por los incentivos económicos del FONASA* (Setaro 2010; Aguerregoyen 2013; Rébori 2014).

El esquema de gobernanza económica se completa con la Ley 18.922, que define el financiamiento de proyectos de inversión en infraestructura y grandes tecnologías en el SNIS, de acuerdo a lineamientos sanitarios del MSP. Los proyectos son presentados por las instituciones ante la JUNASA, para ser evaluados por el MSP y el MEF en

cuanto a su factibilidad asistencial, económico-financiera, orientación hacia el cambio de modelo de atención y la complementación asistencial. El Poder Ejecutivo crea un fondo destinado a financiar los proyectos, el cual debe ser complementado con recursos de las IAMC (en un 30% adicional), y es percibido como un adicional sobre cada cuota que la institución percibe del FONASA (3,2% adicional).

Este fondo se agrega al creado por Ley 18.439, el *Fondo de Garantía para la Reestructuración de pasivos de las IAMC*, que establece mecanismos para superar la crisis económico-financiera y el endeudamiento de las IAMC. Permite a las organizaciones endeudadas cumplir con sus compromisos financieros y asistenciales, mejorando el *apalancamiento* financiero, reduciendo el riesgo de caer en insolvencia y sufrir el cierre por bancarrota. Estos dos fondos, creados por las leyes 18.439 y 18.922, son soluciones a serios puntos de veto al proceso de reforma de salud, que en su resolución contribuyen a configurar un mapa de creciente intervención pública sobre el sector (Setaro 2013).

4.3. La JUNASA como eje de la rectoría sectorial

La JUNASA reúne a los organismos del Estado más relevantes para la política de salud, complementando la visión sanitaria, con una perspectiva de protección social (BPS) y de administración de los recursos públicos (MEF). Es un espacio de concertación social y política, con fuertes mediaciones de cuño *neocorporativas*, para definir las orientaciones del cambio de modelo de atención y de gestión del SNIS. Como ya fuera dicho, la Junta establece un esquema de *gobierno por contratos* con los proveedores públicos y privados del SNIS¹⁷. Los contratos establecen una serie de obligaciones para los prestadores de salud y beneficios para los usuarios del SNS, con mecanismos sancionatorios administrativos y económicos, ante incumplimientos de prestadores¹⁸.

El Contrato obliga a brindar el PIAS (Decreto PE 464 de 2008) e incluye el pago de las cuotas salud y las metas asistenciales. El contrato tiene una duración de tres años prorrogables, prevé rescisión por las partes, aunque esto implica pérdida y redistribución de sus usuarios hacia otros prestadores que contraten con JUNASA. El

¹⁷ En Becoña *et al.* (2009) hay una buena descripción del valor estratégico de este organismo dentro de la reforma de salud.

¹⁸ Reglamentado por el Decreto 464/008, las sanciones van desde una simple observación, retención de montos de las Cuotas Salud, hasta la expulsión del prestador y ruptura de su vínculo con el FONASA.

último Contrato de Gestión aprobado por la JUNASA (Decreto PE 81 de 2012), incorpora un nuevo enfoque a la relación con los prestadores, incorporando aspectos relacionados con la gestión institucional de los prestadores. Por ejemplo, referidos a la calidad de la atención y seguridad del paciente, instalando comités de: Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina; Infecciones hospitalarias; Gestión de Residuos Hospitalarios y Estrategia de Cirugía Segura. Además, el último Contrato de Gestión refuerza las mediaciones neocorporativas dentro el sector, al constituir grupos de trabajo para el seguimiento de los ajustes de Cuotas Salud, analizar la evolución de la incorporación de jubilados y su impacto en la situación financiera y para la revisión y actualización de las metas asistenciales¹⁹.

También se establece un proceso para modificar el PIAS, mediante consulta con las instituciones de salud (ASSE y IAMC), sobre la base de propuesta de la JUNASA, fundamentada por los equipos técnicos del MSP y MEF. También se acuerda procedimiento para la modificación del FTM, delimitando responsabilidades en 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.

Podemos ver que los Contratos se introducen de lleno en la microgestión de los prestadores. 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*, con fuertes *mediaciones neocorporativas*.

4.4. El control del circuito de producción de servicios de salud

La Ley 18.211 le asigna al MSP nuevas competencias para guiar el desarrollo del SNIS. Determinar las estrategias adecuadas para la concreción del SNIS en cuanto sistema de derechos universales y de naturaleza mixta, es una competencia política y técnica que resulta indelegable. Dentro de esa faceta, el control del desarrollo general y

¹⁹ Los grupos de trabajo están integrados por: MSP, ASSE, MEF, IAMC, Federación Médica del Interior (FEMI), Sindicato Médico del Uruguay (SMU), entre otros.

el cumplimiento de los lineamientos políticos generales, es una tarea central para la rectoría (Setaro 2005).

Ejercer el control del cumplimiento de metas y objetivos resulta una función crítica, si se pretende que el nuevo sistema logre un cambio verdadero. Es por eso que el Ministerio crea una División de Fiscalización Sanitaria (Decreto 433/008). Esta repartición tiene como competencias la inspección de todo establecimiento que fabrique, almacene, distribuya o entregue bienes de consumo que incidan en la salud humana. También se encarga de la inspección de los prestadores de servicios dirigidos a la atención en salud en su funcionamiento y sus posibles riesgos de todo tipo. A dichas competencias se le suma un constante seguimiento de todos los establecimientos y prestadores, así como el contralor del cumplimiento de las metas asistenciales del SNIS (Rébori 2014: 35-39).

De acuerdo a Rébori (2014) el proceso de creación de esta división fue realizado bajo el asesoramiento de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y la Oficina Nacional de Servicio Civil. Los lineamientos de la reestructura fueron los establecidos por la Presidencia de la República en el documento “Transformación Democrática del Estado”, que guiaron el proceso en 2005-2010. El proceso de reforma se inspiró fuertemente en la experiencia de la Dirección General Impositiva (DGI), que acompañó al proceso de implantación del Impuesto a la Renta en 2007²⁰.

Los Fiscalizadores ingresan a la administración mediante concurso. Tienen un régimen de alta dedicación horaria, capacitación permanente, e incompatibilidades de trabajo u asesoramiento con el sector privado. Los Fiscales perciben su remuneración asociada a un Compromiso de Gestión, al cual se asocia un salario base y una remuneración variable que se vincula con el cumplimiento de metas individuales y colectivas. Toda la información presentada sobre metas asistenciales se registra en las Historias Clínicas, documentos que son auditados por Fiscalización. En caso de encontrarse alguna omisión, falla o error en la información declarada por la meta o inconsistencia con información contenida en historias clínicas, el Ministerio puede aplicar deducciones financieras como forma de sanción.

Pero además de este control jerárquico desde la estructura tecno-burocrática ministerial, la reforma incorpora un nuevo circuito de control social y neocorporativo. Se crean una diversidad de ámbitos para la participación de actores sociales, con poder

²⁰ El proceso preveía un sistema de alta dedicación e incompatibilidades similar al de los Fiscales que se desempeñan en la DGI. Pero el proyecto del MSP debió moderarse un tanto, en función de las limitaciones financieras para establecer un régimen similar en ese ministerio.

de incidencia en la formulación de políticas (Dotta 2013). La incorporación de la participación de trabajadores, gestores y usuarios de servicios de salud se produce en el propio directorio de la JUNASA que funciona en el MSP y de manera descentralizada en las departamentales de salud. También tiene lugar en los Consejos Consultivos de las instituciones públicas y privadas, los Comités de Bioética y de Seguridad del Paciente. Todo esto genera una robusta red de puntos de participación social, que fomenta la interacción entre los actores principales del sistema, con impacto directo en la configuración de la política de salud. No solo desde la JUNASA, que es muy importante, sino en una diversidad de espacios, como en el propio Directorio de ASSE, que van generando toda una densa capilaridad social en el proceso de elaboración de políticas.

5. Discusión y conclusiones

Este artículo se propuso analizar el proceso de recomposición de la autoridad dentro del sector salud, observando el nuevo rol que asume el Estado en su gobernanza. Este es uno de los objetivos perseguidos con la creación del SNIS, que buscó crear un Estado ordenador y orientador de la compleja estructura de producción de servicios público-privados que caracterizan al sector salud de Uruguay. Para ello analizamos cada uno de los diversos institutos creados por la reforma, que terminan por conformar, cual mecanismo de relojería, una nueva gobernanza de los procesos de producción de servicios de salud.

Tratamos de mostrar la transformación sectorial del Estado Social, con un esquema novedoso de gobernanza sobre el sistema de salud. El mensaje de nuestra revisión teórica, su contraste con la experiencia del caso uruguayo, marca que la arquitectura de bienestar, en cuanto a su funcionamiento efectivo, no puede agotarse en aspectos relativos a la cobertura y financiamiento del sistema. Deben revisarse aspectos tales como la definición de los planes de beneficios, la regulación de los proveedores de servicios y los profesionales del bienestar, el diseño de los mecanismos de control sobre el sistema, etc.

En el balance teórico, la reforma se presenta como un producto mixto, en el cual se combinan diferentes institutos. Se perciben avances en términos de vocación desmercantilizadora y universalización de derechos, en un SNIS que combina diversos elementos propios de sistemas NHS y SHI. Por ejemplo, un comando fuerte desde la

autoridad sanitaria (NHS), un fondo único administrador que es gestionado por el Estado (NHS), mecanismos de contratación intensivos con proveedores no lucrativos (SHI), mecanismos de responsabilización social (SHI), un plan de beneficios único y explícito (SHI). Como podemos ver, la estrategia de avance de la reforma se apoya en un fuerte proceso de *hibridación institucional*.

Este nuevo formato deja la puerta abierta para la discusión sobre la estructuración de otras áreas de nuestro viejo Estado social. Los mecanismos institucionales que implementa el SNIS, que refuerzan el papel del Estado, implican una recuperación del control democrático sobre los procesos de producción de bienestar, con participación activa de organizaciones privadas. De alguna manera, se trata de responder al reto que implica una ciudadanía diferenciada, que detenta derechos ciudadanos a la atención, pero que tiene necesidades crecientemente diferenciadas.

Sin embargo, las valoraciones sobre el avance en la arquitectura del SNIS no son todas positivas. Según Antía et al. (2013) la reforma de salud ha contribuido a consolidar una estructura dual en el sistema de bienestar, que diferencia un componente de provisión social contributivo dirigido al conjunto de los trabajadores formales y un componente público asistencial que cubre al resto de la población. De acuerdo a estos autores, la reforma del Frente Amplio “...*ha tenido resultados positivos en términos de incorporación de grandes porciones de la población a la cobertura formal [...] Pero al mismo tiempo, lejos de diluir las grandes diferencias heredadas entre los prestadores públicos y privados, las mismas –atenuadas– se han consolidado cada vez más, confirmando la estructura dual de provisión. [...] la arquitectura del sistema no parece ofrecer demasiadas perspectivas de que este esquema pueda ser revertido en el futuro.*” (Antía et al. 2013: 190).

Esa mirada es atendible, aunque debería ser matizada en varios aspectos. Nuestro artículo demuestra que la reforma generó una estructura integrada, con componentes públicos y privados, en la que el plan de beneficios (PIAS) oficia como elemento unificador. El Estado genera nuevos instrumentos, a través de los cuales puede ejercer la conducción del proceso de construcción y ampliación del SNIS. La reforma de salud no solo supone un proceso de ampliación del gasto público y de la cobertura asistencial, sino también un proceso de racionalización de la estructura asistencial, a través de la construcción de una red integrada de servicios.

Además, la escasa evidencia disponible nos muestra una gradual reconfiguración de la estructura de la producción de servicios de salud. En el período se experimenta una notable expansión en la producción asistencial de los servicios, especialmente en el sector público (BM 2012). Según Llambí *et al.* (2010) la expansión del gasto en salud ha tenido un importante impacto en términos de equidad, por la mejora en los servicios públicos, si bien Zumar (2013) llama la atención respecto de la importancia de controlar el ritmo de la expansión del gasto y su impacto fiscal. En Aguerregoyen (2013) y Rébora (2014) se muestra el efecto de las metas asistenciales en la estructura de provisión de servicios, especialmente en el área materno-infantil, lo cual estaría dando cuenta del efecto estructural de estos mecanismos de conducción.

Entonces, esta nueva institucionalidad estatal está marcando un renovado rol conductor del Estado en el sector salud. Un aparato estatal que trata de conducir la reestructuración productiva y el desarrollo sectorial, apostando a la alta competencia técnica en el aparato burocrático estatal, en combinación con un nuevo tipo de interfase con los actores relevantes de este sector productivo. En este nuevo esquema la JUNASA es responsable de administrar el Seguro y define los dispositivos contractuales mediante los cuales se compromete a los prestadores del SNIS a cumplir con 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, que fija metas de desempeño sectoriales, audita y fiscaliza, aprobando o negando el pago de premios económicos a los prestadores, premiando el rendimiento organizacional, en función del cumplimiento de objetivos sanitarios. 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. Implica una importante reconfiguración de la relación entre lo estatal, social y privado lucrativo, con un Estado que oficia como rector en el proceso de implementación y desarrollo del sistema de salud, promoviendo el desarrollo humano. El MSP gana peso en la conducción del sistema por su incidencia en la administración de los recursos económicos y en procesos críticos del funcionamiento sectorial.

Finalmente, no podemos dejar de mencionar algunos capítulos pendientes de la reforma. El análisis de las plataformas partidarias de cara a las elecciones nacionales de 2014 demuestra, en los cuatro principales partidos políticos, una coincidencia total en la necesidad de introducir nuevos institutos, que terminen de completar una arquitectura institucional avanzada. Aspectos tales como el control y mejora de los procesos asistenciales, la seguridad y calidad asistencial, la definición de mecanismos para facilitar la complementación asistencial, el avance en la construcción de la red integrada de servicios público-privados o la formación y retribución de recursos humanos altamente capacitados, entre otros aspectos (Setaro 2014: 254-68).

En definitiva, la agenda de los temas pendientes es demasiado importante como para tratar de imponer miradas complacientes. Un sistema que se ha reestructurado positivamente en el corto plazo de una década, debe plantearse el desafío de conservar y mantener el ritmo reformista, con las correcciones y reorientaciones que sean de orden. Para ello es muy importante fortalecer las capacidades técnicas del Estado, para responder con eficacia a las demandas crecientes. Pero también debe ser capaz de asumir el reto político que supone la ampliación de los espacios de participación social, como mecanismos de transparencia y de control democráticos, que suponen un antídoto fundamental para un sector surcado por tentaciones tecnocráticas y neocorporativas.

Bibliografía

Aguerregoyen, María Laura (2013). *Más Salud. Los efectos de las Metas Asistenciales y su relación con el cambio de modelo de atención de salud*. Tesis de grado en Ciencia Política. Montevideo: UdelaR-FCS-ICP.

Amable, Bruno. 2003. *The Diversity of Modern Capitalism*, Oxford; New York: Oxford University Press.

Antía, Florencia; Castillo, Marcelo; Fuentes, Guillermo y Midaglia, Carmen (2013). “La renovación del sistema de protección uruguayo: el desafío de superar la dualización”. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*. Vol. 22, N°2, pp. 171-194.

Banco Mundial (2013). “Gasto Público en el sector de la salud”. *Informe de Análisis del gasto público en el Uruguay*. Montevideo, pp. 50-65 (Mimeo).

Becoña, Cristina; Jorcin, Giselle; Setaro, Marcelo (2009). “La Junta Nacional de Salud. Una pieza clave en la construcción de la capacidad de rectoría sectorial”, en *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud*, Montevideo: Ministerio de Salud Pública, pp. 100-117.

Böhm, Katharina; Schmid, Achim; Götze, Ralf; Landwehr, Claudia y Rothgang, Heinz (2013). “Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification”. *Health Policy*, No 113, pp. 258-269.

Bursztyn, Ivani; Kushnir, Rosana; Giovanella, Lígia; Stolkiner, Alicia; Sterman-Heimann, Luiza; Riveros, María I.; Sollazzo, Ana (2010). “Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados”. *Revista de Salud Pública*. Vol. 12, N°1, pp. 77-88.

CEPAL (2006). *La Protección Social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Santiago de Chile: Naciones Unidas-Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Docteur, Elizabeth y Oxley, Howard (2003). “Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience”, *OECD Health Working Papers*, No. 9, OECD Publishing.

Dotta, Miriam. (2013). *Participación de los usuarios de la salud a nivel de Mesogestión en la Junta Nacional de Salud*. Tesis de Maestría en Política y Gestión en Salud. Instituto Universitario CLAEH, Montevideo.

Esping-Andersen, Gøsta (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. España: Editorial Ariel.

Filgueira, Fernando (2011). “Pasado, presente y futuro del Estado Social latinoamericano: coyunturas críticas, decisiones críticas”, en *Protección social en salud en América Latina y el Caribe*. Canadá: IDRC.

Gough, Ian; Wood, Geof; Barrientos, Armando; Bevan, Philipa; Davis, Peer; Room, Graham (2008). *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America. Social Policy in Development Contexts*. Cambridge: Cambridge University Press.

Grau, Carlos y Lasarov, Luis (2000). “El sistema de salud en el Uruguay: una visión integrada”, *Documento de Trabajo*, Centro de Investigaciones Económicas, Montevideo.

Hall, Peter A. y Soskice, David (2001). *Varieties of Capitalism. The Institutional Foundations of Comparative Advantage*. Oxford: Oxford University Press.

Jakubowski, Elke y Saltman, Richard B. (2013). *The Changing National Role in Health System Governance. A case-based study of 11 European countries and Australia, Denmark*: WHO.

JUNASA (2014). *Rendición de Cuentas Ejercicio 2013*. Ministerio de Salud Pública. Uruguay

JUNASA (2013). *Rendición de Cuentas 2012*. Ministerio de Salud Pública. Uruguay

Llambí, Cecilia; Oddone, Gabriel, Perera, Marcelo; Velázquez, Cecilia (2010). “Estudio sobre el impacto distributivo del gasto público social en Uruguay”, *Notas Técnicas # IDB-TN-189*, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC.

Mesa-Lago, Carmelo (2008). *Reassembling Social Security. A Survey of pensions and healthcare reforms in Latin America*. Oxford: Oxford University Press.

Mesa-Lago, Carmelo y Bertranou, Fabio (1998). *Manual de Economía de la Seguridad Social Latinoamericana*. Montevideo: Centro Latinoamericano de Economía Humana.

Molins, Silivia; Alonso, Lucía y Fernández, Jorge (2014). “Uruguay: The Comprehensive Health Care Plan (PIAS)” en Giedion, Bitrán y Tristao (eds.). *Health*

Benefit Plans in Latin America. A regional comparison, Washington DC: Inter-American Development Bank, pp. 110-138.

MSP (2009). *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. MSP. Uruguay.

Quadagno, Jill (2010). “Institutions, Interest Groups, and Ideology: An Agenda for the Sociology of Health Care Reform”. *Journal of Health & Social Behavior*, Vol. 51, Num 2, pp. 125-36.

Rébori, Marianela (2014). *Nuevos paradigmas de construcción institucional del Estado. Análisis de la política pública metas asistenciales en el marco del Sistema Nacional de Salud*. Tesis de grado en Ciencia Política. Montevideo: UdelaR-FCS-ICP.

Rhodes, Martin (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: Oxford University Press, pp. 165-194.

Setaro, Marcelo (2014). “La mirada programática de los partidos sobre la política de salud: ¿nuevos caminos para el desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Salud?”, en Caetano, G. (Coord.), *Final abierto: hacia las elecciones de 2014*, Montevideo: Estuario Editora, pp. 254-68.

_____ (2013). *La Economía Política de la Reforma del Sector Salud en el Uruguay (2005-2012)*. Tesis de Doctorado Ciencia Política. Uruguay: UdelaR-FCS-ICP.

_____ (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 públicas de la Administración Vázquez: acumulaciones, conflictos y desafíos*. Montevideo: Fin de Siglo-CLACSO-ICP.

Setaro, Marcelo y Koolhaas, Martín (2009). *Políticas de salud para la infancia y la adolescencia. Cuadernos de la Estrategia Nacional para Infancia y Adolescencia*. Montevideo: UNICEF-MIDES.

Soskice, David (2003). “Divergent production regimes: Coordinated and uncoordinated market economies in the 1980s and 1990s”, en Kitschelt, H., Lange, P., Marks, G., Stephens, J.D. (eds.). *Continuity and change in contemporary capitalism*. Cambridge: Cambridge University Press.

Terris, Milton (1980). “Tres sistemas mundiales de atención médica”. *Cuadernos Médico Sociales*, N° 14, pp. 1-7.

Titmuss, Richard M. (1974). “What is Social Policy?”, en Leibfried, S., Mau, S. (eds.). *Welfare States: Construction, Deconstruction, Reconstruction*. Volume I, USA: An Elgar Reference Collection.

Zumar, Leticia (2013). *Reforma del sistema de salud de Uruguay. Efectos fiscales de largo plazo*. Tesis de Maestría en Economía. Facultad de Ciencias Económicas y Administración. Montevideo: UdelaR.