



**INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
CIENCIAS DE LA VIDA Y LA NATURALEZA (ILACVN)**

SALUD COLECTIVA

**REFORMAS Y SISTEMA DE SALUD EN URUGUAY: UN ANÁLISIS
COMPARATIVO ENTRE LOS PRIMEROS PASOS SISTÉMICOS DEL
SECTOR Y LA ACTUALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL
INTEGRADO DE SALUD**

MARIANA REY VARELA

**Foz de Iguazú
Diciembre, 2016**



INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
CIENCIAS DE LA VIDA Y LA NATURALEZA (ILACVN)

SALUD COLECTIVA

**REFORMAS Y SISTEMA DE SALUD EN URUGUAY: UN ANÁLISIS
COMPARATIVO ENTRE LOS PRIMEROS PASOS SISTÉMICOS DEL
SECTOR Y LA ACTUALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL
INTEGRADO DE SALUD**

MARIANA REY VARELA

Trabajo de Conclusión de Curso presentado al Instituto Latinoamericano de Ciencias de la Vida y la Naturaleza de la Universidad Federal de la Integración Latinoamericana, como requisito parcial a la obtención del título de Bacharel en Salud Colectiva.

Orientadora: **Prof. Dra. Carmen Gamarra**
Co-orientador: **Prof. Dr. Guillermo Fuentes**

**Foz de Iguazú
Diciembre, 2016**

MARIANA REY VARELA

**REFORMAS Y SISTEMA DE SALUD EN URUGUAY: UN ANÁLISIS
COMPARATIVO ENTRE LOS PRIMEROS PASOS SISTÉMICOS DEL
SECTOR Y LA ACTUALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO
DE SALUD**

Trabajo de Conclusión de Curso presentado
al Instituto Latinoamericano de Ciencias de
la Vida y la Naturaleza de la Universidad
Federal de la Integración Latinoamericana,
como requisito parcial a la obtención del
título de Bacharel en Salud Colectiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof. Dra. Carmen Gamarra
UNILA

Co-orientador: Prof. Dr. Guillermo Fuentes
UDELAR

Prof. Dra. Danielle Michelle Moura de Araujo
UNILA

Prof. Dr. Rodne De Oliveira Lima Lima
UNILA

Foz de Iguazú
Diciembre, 2016

Dedico este trabajo a mis hijos, los tres.

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a mi orientadora por todos estos años de trabajo juntas, realmente he aprendido mucho a nivel profesional y personal, estaré eternamente agradecida por todas las oportunidades que me brindaste.

A Guillermo Fuentes de Ciencias Sociales de la UDELAR, mi otra casa de estudios, por aceptar co-orientarme y siempre estar dispuesto para ayudarme.

Al Profesor Nilson Araújo por sus valerosas contribuciones.

A los miembros de la banca que tan generosamente aceptaron participar, y por los buenos momentos de aprendizaje conjunto durante el curso.

A los que creen y luchan por el proyecto de la UNILA tal y como es, en sus aciertos y contradicciones, como yo.

A Anita por la ayuda y la amistad.

A mis amigas Mari, Xime y Silvi, que con su amor incondicional me han dado confianza para seguir adelante en este camino que emprendí allá por 2012.

A Ofelia, por ser la mejor compañera de aventuras que un ser puede tener. Y porque no le gustan los agradecimientos y a mi me encanta contradecirla.

A Romi, por ser mi compinche de todas las horas y quien, a pesar de la distancia, me hace reír más que nadie en todo el mundo.

A mi familia, a mi hermana Gabriela por acompañarme siempre, estando o no de acuerdo. Por incentivarme a ver más allá y llenarme de inquietudes a través de la lectura. A mis hermanos, Marcelo y Mario, por cuidarme tanto. A mis dos sobrinos amados, Franco y Alexia, por enseñarme mucho sobre el amor. Y a mis queridos viejos, por su amor y generosidad para dejarme ser yo, siempre.

A mi compañero de vida, Martín, por todos los sueños compartidos, por la paciencia y confianza en todo momento, y muy sobre todas las cosas, por animarse a construir juntos una familia.

A Indio y Alfie, mis grandes amores peludos, por tanto amor sin pedir nada a cambio y por enseñarme día a día a ser mejor.

Finalmente, a mi hijo Camilo, por darme la oportunidad de ser su madre y enseñarme con su amor inmenso todo lo que verdaderamente importa en la vida.

A todas y todos, MUCHAS GRACIAS

REY VARELA, Mariana. **Reformas y Sistema de Salud en Uruguay**: un análisis comparativo entre los primeros pasos sistémicos del sector y la actualidad del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2016. 84p. Trabajo de Conclusión de Curso (Graduación en Salud Colectiva) – Universidad Federal de la Integración Latinoamericana, Foz de Iguazú, 2016.

RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación es describir comparativamente en cuáles procesos de transformación se insertan las reformas de salud del aparato estatal uruguayo, durante dos períodos significativos del sector: 1942-1952 y 2005-2010. El encuadramiento teórico escogido atiende a una perspectiva latinoamericanista e interdisciplinar; preponderando un diálogo entre los campos de la Salud Colectiva y la Ciencia Política. Se propone un plan de análisis a partir del Institucionalismo Histórico, basándose en los elementos complementarios que otorgan las teorías de seguimientos de procesos, coyunturas críticas y dependencia de la trayectoria. Es un estudio de caso descriptivo, sustentado en técnicas de abordaje cualitativo. Para caracterizar las principales transformaciones políticas, sociales y económicas de Uruguay, durante los dos períodos estudiados, se utilizaron fuentes primarias y secundarias, mediante una extensiva investigación bibliográfica y documental. Se buscó alcanzar una discusión sobre los puntos de continuidad y ruptura que albergan cada uno de los dos períodos, respecto a los episodios del sector de salud que los anteceden; así como también la relación con las coyunturas nacionales e internacionales que los determinan causalmente. Y es a partir de ello que se llegó a la conclusión de que ambos procesos reformistas fueron influidos por las trayectorias recorridas y el sistema de salud uruguayo no ha logrado generar grandes rupturas y cambios estructurales a nivel de las formas de producir salud. Si bien no se deja de reconocer que en el caso de la última, si se produjeron alteraciones significativas en cuanto al financiamiento y forma de gestión; las transformaciones de las que hablamos a nivel del modelo de atención se encuentran pautadas en los mismos enclaves de conflicto en uno y otro momento.

Palabras clave: Uruguay. Reformas de Salud. Sistema de Salud.

REY VARELA, Mariana. **Reformas e Sistema de Saúde no Uruguai**: uma análise comparativa entre os primeiros passos sistêmicos do setor e a atualidade do Sistema Nacional Integrado de Saúde. 2016. 84p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2016.

RESUMO

O principal objetivo desta pesquisa é descrever comparativamente os processos de transformação em que estão inseridas as reformas de saúde do Estado uruguaio, por dois períodos significativos no sector: 1942-1952 e 2005-2010. O referencial teórico escolhido serve-se de uma perspectiva latinoamericanista e interdisciplinar; favorecendo um diálogo entre os campos da Saúde Coletiva e a Ciência Política. O plano de análise é proposto a partir do Institucionalismo Histórico, com base nos elementos complementares que dão as teorias de seguimento de processos, conjunturas críticas e path dependence. É um estudo de caso descritivo, com base em técnicas abordagem qualitativa. Para caracterizar as grandes transformações políticas, sociais e econômicas do Uruguai, durante os dois períodos de estudo, foram usadas fontes primárias e secundárias, através de uma extensa pesquisa bibliográfica e documental. Buscou-se atingir uma discussão sobre os pontos de continuidade e ruptura que abrigam cada um dos dois períodos, a respeito dos episódios de saúde que antecedem as reformas; bem como a relação com as circunstâncias nacionais e internacionais que as determinam causalmente. E é a partir disso que concluiu-se que ambos processos foram influenciados pelos caminhos percorridos e o sistema de saúde uruguaio não foi capaz de gerar grandes mudanças e alterações nas formas de produzir saúde. Embora se reconhece que, no caso da última reforma, sim ocorreram alterações significativas no financiamento e na forma de gestão; as mudanças de que falamos ao nível do modelo de atenção foram padronizadas nas mesmas enclaves de conflito em um e o outro momento.

Palavras-chaves: Uruguai. Reformas de Saúde. Sistema de Saúde.

Índice de figuras

1.	Cobertura (%) según localidad y tipo de servicio utilizado - Año 2006	52
2.	Propuesta de salud dentro del Programa de primer Gobierno del FA	54
3.	Influencias externas en la coyuntura nacional uruguaya - Período 1 .	71
4.	Influencias externas en la coyuntura nacional uruguaya - Período 2 .	72

Índice de cuadros

1.	Dimensiones de análisis de cada tipo de EBS	31
3.	Función social del Estado uruguayo de 2005 a 2010	34
2.	Función social del Estado uruguayo de 1942 a 1952	36
4.	Características de las categorías establecidas por la Ley No 10.384/1943	41
5.	Leyes aprobadas en materia de SC durante el período 1942-1952 .	47
6.	Cobertura (%) según tipo de servicio utilizado (año 2006)	51
7.	Implementación del SNIS según prioridades marcadas por el Gobierno	57
8.	Principales leyes aprobadas por la reforma sanitaria de FA	59
9.	Determinaciones sociales en salud - 2005/2010	60
10.	Actores nacionales en la Reforma del 2007	68
11.	Objetivos de las Metas Asistenciales	72

Lista de abreviaturas y siglas

ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BM	Banco Mundial
BPS	Banco de Previsión Social
CP	Ciencia Política
CS	Ciencias Sociales
FA	Frente Amplio
JUNASA	Junta Nacional de Salud
FONASA	Fondo Nacional De Salud
IH	Institucionalismo Histórico
ISI	Industrialización por sustitución de importaciones
ISSS	Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud
MAS	Modelos de atención a la salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPAS	Organización Panamericana de la Salud
SC	Salud Colectiva
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
UDELAR	Universidad de la República
UNILA	Universidad Federal de la Integración Latinoamericana

Índice general

1	INTRODUCCIÓN	11
1.1.	Problema de investigación	14
1.2.	Objetivos	14
1.2.1.	Objetivo General	14
1.2.2.	Objetivos Específicos	15
1.3.	Justificativa	15
2	MARCO TEÓRICO	16
3	MARCO METODOLÓGICO	20
3.1.	Tipo de Estudio	20
3.2.	Detalles de los procedimientos	22
3.2.1.	Objeto de estudio y justificativa del recorte histórico	22
3.2.2.	Plan de análisis: instrumentos, fuentes y procedimientos	23
4	DEL “URUGUAY DEL OPTIMISMO” AL “URUGUAY QUE DEFIEN- DE LA ALEGRÍA”	24
4.1.	Neobatllismo y Frente Amplio	24
4.2.	Desarrollismo y Neodesarrollismo	26
4.3.	“Justicia Social y la Reforma con orden” y “Era de la Cuestión Social”	30
4.4.	Síntesis	35
5	EL SECTOR SALUD	37
5.1.	Antecedentes a la Ley de Mutualismo	37
5.2.	La previa del ‘43: alternativas y opciones descartadas	39
5.3.	Decretando los primeros pasos de un Sistema de Salud	40
5.4.	Coyuntura previa de la reforma del 2007	46
5.5.	La previa a la reforma del FA	50
5.6.	La propuesta de reforma del FA	53
5.7.	La reforma	55
5.8.	Síntesis	60
6	ACTORES DE LAS REFORMAS	63
6.1.	Modelos de reforma	63
6.2.	Los actores nacionales	65
6.3.	Coyuntura internacional	68

6.4.	Síntesis	72
7	CONSIDERACIONES FINALES	75
8	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

1 INTRODUCCIÓN

Los Sistemas de Salud (SS) se encuentran fuertemente influenciados por los regímenes de bienestar social, siendo uno de sus principales componentes, pero al mismo tiempo desarrollan lógicas propias. Afectan directamente la economía del país, dado que se trata de un ramo que genera mucho empleo, cuentan con un valor intrínseco para la ciudadanía por su cometido de protección de la salud e implican roles diferentes para el Estado dependiendo el tipo de sistema escogido (FUENTES, 2013).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a los SS como una sumatoria de instituciones y recursos de diversa naturaleza que buscan el mejoramiento salud de la población. Las cuatro funciones principales de un sistema son la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión. La forma en la que esas funciones se construyen a lo largo de la historia se deben a determinados arreglos políticos e institucionales y niveles de participación de los actores del sector.

Existen diversas formas de clasificar a los SS, pero lo que se percibe es que todas ellas responden a lógicas europeas, que poco tienen que ver con la realidad de los SS latinoamericanos, como es el caso uruguayo. Los desafíos son diferentes, ya sea a nivel demográfico y epidemiológico, como institucionalmente. Dentro de los primeros, se destaca una transición epidemiológica inacabada, donde aún existe fuerte presencia de enfermedad infecciosas, independientemente del avance de las crónico-degenerativas. Y en lo que atañe a lo institucional, uno de los principales enclaves son los bajos niveles de cobertura.

Es interesante tener en cuenta que ya desde los primeros pasos que han ido configurando los SS latinoamericanos, se han ido experimentando diversos proyectos de reforma; las mismas se relacionan con la variabilidad en los procesos económicos, políticos y sociales, los cuales se enmarcan, a su vez, en reformas sociales y de seguridad social más amplias.

Existe un consenso significativo entre los autores de la materia (SPINELLI, 2008; RED DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD EN EL CONO SUR, 2000) de que fue justamente al término de la Segunda Guerra Mundial, que se produjo una primera estructuración y crecimiento de los SS en la región. Ésto se debe, tanto por al fortalecimiento del papel del Estado como principal financiador, planificador, proveedor y regulador de los servicios de salud; como a la situación económica positiva (divisas que entraron a causa del conflicto bélico mundial), las cuales aportaron sustentabilidad para la instalación de un nuevo modelo de desarrollo:

industrialización por sustitución de importaciones (ISI). Otro aspecto coyuntural es el modelo de atención de salud (MAS) que se afirma por aquellas épocas; consolidando el hospitalocentrismo y la hegemonía de la corporación médica mediante el desarrollo tecnológico y científico, el cual también contribuye a un sensible afianzamiento de la idea de SS.

Las reformas que fueron necesarias para consolidar las nuevas perspectivas sistémicas de la organización del sector en la mitad del siglo XX; respondieron a las crecientes necesidades de búsqueda de eficiencia, eficacia y calidad de los servicios (especialmente a la asistencia médica), pero también a la perspectiva de extensión de cobertura poblacional (propia de la matriz de estado de bienestar).

Con el advenimiento de la crisis fiscal de mediados de los años setenta y el cambio de consenso político en dirección a la contención de costos y de la reducción de los sistemas de salud (y de todo el aparato estatal en general); se asistió al cambio desde el consenso político a la incertidumbre o conflicto (WALT, 1996), alterando sensiblemente los objetivos reformistas de la época. Se prioriza el aumento del control y la regulación (ALMEIDA, 1999), mediante la búsqueda de eficiencia en el uso de los recursos, efectividad en los desempeños de los servicios y monitoreo de los procesos.

La coyuntura del sector mostraba una elevación en los costos médicos, aumento del financiamiento gubernamental (igual situación para países con predominancia del sector público como para aquellos en los que primaba el sector privado), incremento de las demandas de inversión en tecnologías y fuertes reivindicaciones salariales de los trabajadores del sector sanitario.

En las dos décadas posteriores, el avance neoliberal introdujo nuevos objetivos – relacionados a costos, eficiencia y eficacia – mediante la aparición de nuevos actores en el sector: los organismos multilaterales de crédito, sobre todo el Banco Mundial (BM). Los mismos se introdujeron en la arena sectorial con la pretensión de ser líderes a internacional, formulando un cuadro teórico propio mediante el financiamiento de estudios e investigaciones del área de las Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS). Los documentos que eran elaborados por el BM iban en el siguiente sentido:

(...) la actuación más incisiva del BM en el área de salud no era una acción aislada. Fue uno de los resultados de un cambio cualitativo con relación a la forma como era, en los años 80, vista la solución de la crisis económica (...) coherente con la "corrección de ruta" más amplia que orientaba las prescripciones en el área económica. (RED DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD EN EL CONO SUR, 2000, p. 24)

En la vocación reformista de la etapa neoliberal¹ existió también, una fuerte inspiración proveniente de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), dado que elaboraron una gran cantidad de análisis comparativos (materializados en bancos de datos inéditos) sobre los SS, marcando un debate de cuño ideológico neoliberal basado en la cuestiones de contención de costos y de eficiencia económica. A partir de los años '90, y la primacía del Estado minimalista, la principales cuestiones de agenda en todo el aparato estatal (no solo en salud) fueron: la centralidad de la perspectiva económica y políticas focalizadas.

Hacia el año 2000 y con la llegada de varios gobierno de cuño izquierdista a un grupo de países de América Latina², una nueva etapa transformadora llegará a los Estados de varios países de la región. Con una nueva propuesta de agenda reformista, y que llega a intentar contestar a los avatares dejados por el desmantelamiento social sufrido en las dos “décadas pérdida”, se enmarcará la nueva generación de reformas, dentro de las mismas se encontrará – en algunos países – la de la salud. Éstas se orientarán a la construcción de un “nuevo tipo” de Estado, fijando metas y objetivos, auditando – evaluando y fiscalizando (SETARO apud MANCEBO et al, 2010). Buscando mejorar la performance con el propósito firme de establecer un funcionamiento diferente de SS (incluye modificaciones en el modelo de financiamiento, gerenciamiento y descentralización de servicios).

El caso uruguayo otorga una adaptación muy precisa a los diferentes momentos reformistas descritos, y es por ello que a él nos atendremos en este trabajo. La apropiación de los ciclos reformistas del sector salud, se encuentra más fidedigna en lo que atañe al primer momento de construcción/consolidación del sistema de salud (década del '40) y al último, a partir del 2005, con la llegada del Frente Amplio (FA) al Gobierno.

¹ Con la crisis global marcada por el crash del petróleo en 1973 y la inflación de los años '80, se desata la crisis del Estado de Bienestar Social; a lo que se suma también la caída del muro de Berlín en 1989 (colapso del socialismo real), permitiendo un avance del pensamiento liberal, traducido al proyecto neoliberal de finales de siglo XX. El mismo consiste en una reacción teórica y política al Estado intervencionista de la economía. El pensamiento neoliberal fue resumido en lo que se conoció como Consenso de Washington (1989), y los puntos básicos formulados eran: desregulación de los mercados, apertura comercial y financiera, equilibrio de las cuentas públicas, privatización de las empresas estatales, flexibilización de las formas de vínculo entre capital e trabajo y establecer una tasa cambio realista. Se defendía la tesis que la crisis de las décadas del '70 y '80 tenían que ver con un mal funcionamiento del Estado, falta de efectividad, altos costos operacionales, exceso de endeudamiento público e incapacidad de adecuarse al proceso de globalización en curso. Por lo tanto, sería necesario que las sociedades acepten una redefinición de las responsabilidades del Estado. Reformas administrativas y gerenciales permitirían la focalización de la acción estatal para atender las necesidades sociales básicas, reduciendo el área de actuación del Estado por medio de tres mecanismos: la privatización (venta de empresas públicas), la transferencia de la gestión de servicios y actividades para el sector público no-estatal y tercerización (compra de servicios de terceros) (PEREIRA, 1997).

² Grupo de presidenciables que encarnaron la llegada de diferentes partidos de izquierda (o centro izquierda) a América Latina: Hugo Chávez a Venezuela (1999); Luiz Inácio Lula da Silva a Brasil (2002); Néstor Kirchner a Argentina (2003); Tabaré Vázquez a Uruguay (2005); Evo Morales a Bolivia (2006); Rafael Correa (2007) y Fernando Lugo a Paraguay (2008)

Tomando en cuenta el contexto otorgado por el Uruguay en la década del '40 y primer lustro del '50, es que se delimitará un primer período de estudio en la faja histórica que comprende desde el año 1942 a 1952. El período comprende desde el año previo a la primera legislación para regular la actividad privada (1943), ya que en el mismo se procesa una reforma de la constitución, y finaliza en otro año de reforma de la carta magna, donde se cambia la estructura del poder ejecutivo a un Gobierno colegiado. Independientemente de los elementos colocados anteriormente, existe un consenso entre varios autores de la materia sobre este período como “fundacional” del SS uruguayo, a continuación un ejemplo de ello:

Puede considerarse entonces, que el Estado comenzó efectivamente a intervenir en el sistema como regulador y normatizador recién a partir de la década de 1940. Esa actitud, implicó a su vez el establecimiento de interrelaciones formales entre los subsectores público y privado, que hasta el momento habían permanecido prácticamente independientes (MIERES, 1997, p. 40)

En lo que concierne al segundo período del recorte histórico de este estudio (2005 – 2010), y a partir de la llegada del FA en el 2005, primera coalición de centro-izquierda en llegar al Gobierno del Uruguay, se comienza a esbozar una agenda reformista y transformadora a nivel macro, tanto en lo específico como en la salud. La reforma del sector propone un cambio profundo de las relaciones Estado-Sociedad Civil-Mercado, que se expresan en el campo de la provisión de servicios y en la estructura de la provisión del bienestar social (SETARO apud MANCERO et al, 2010, p. 202). Se trata de un panorama complejo, donde intervienen actores públicos y privados, y el Estado se coloca como rector de las reglas de juego que regulan las relaciones entre todos los integrantes.

1.1. Problema de investigación

Comparativamente: ¿Cómo se ajustan las reformas del sector salud a las corrientes generales de transformación estatal durante el período 1942-1952 (nacimiento y consolidación del Sistema de Salud) y el período 2005 al 2010 (actualidad del SNIS)?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Describir comparativamente cómo se reflejan las reformas de salud en una coyuntura de transformación más amplia (político-social-económico) del aparato estatal uruguayo, durante dos períodos significativos del sector: 1942-1952 y 2005-2010

1.2.2. Objetivos Específicos

- Contextualizar los dos procesos reformistas de estudio, según el contexto político, modelo de producción y cambios sociales.
- Explicar la coyuntura crítica de los dos procesos reformistas en el sector salud, analizar las diversas propuestas que se encontraban en tensión en cada momento, y describir las configuraciones vencedoras en uno y otro período.
- Describir los principales actores que participaron de las reformas, a nivel nacional e internacional, y, estudiar analíticamente las correlaciones de fuerzas que existieron en cada reforma, junto a las propuestas que defendían.

1.3. Justificativa

Se considera interesante la temática dado que es un área poco explorada desde la Salud Colectiva (SC), y que podría contribuir, mediante el estudio del caso de Uruguay, a la apertura de futuros análisis, de carácter interdisciplinarios, al respecto de las concepciones que están presentes en los SS latinoamericanos. Además, se trata de una apuesta que busca fomentar la creación de espacios de construcción en miradas críticas, y transformadores, desde América Latina para América Latina, sobre las tendencias que presentan los SS, con sus respectivas reformas.

Como se dijo anteriormente, por tratarse de un trabajo desde la región, y concretamente desde la UNILA, el compromiso adoptado por este trabajo responde a los siguientes preceptos:

Es el ideal de autenticidad de que nos habla Francisco Miró Quesada, y que comenzó a prender en la conciencia de los latinoamericanos, al comprobar el carácter inauténtico de nuestra cultura: "Al darse cuenta de que no es auténtico, el latinoamericano quiere ser auténtico, al comprender que su mundo es una mera copia comprende también que jamás podría resignarse a vivir en él y decide transformarlo en un mundo real y verdadero, capaz de crear de acuerdo a sus propias pautas y valores". [...] "la autenticidad de América Latina consiste en el reconocimiento humano, en la liberación. Este proceso entrañará la originalidad creadora, la verdad cultural en todos los campos." (IMEA, 2009, p. 47)

En lo más específico del trabajo, las investigaciones en SS son de relevancia social dado que constituyen un punto para evaluar, considerar y proponer herramientas que permitan agregar valor a los recursos escasos que se encuentran disponibles en el sector sanitario. Es a su vez, un mecanismo para detectar necesidades no satisfechas, y contribuir a la reflexión sobre puntos de conflicto que aún no ha sido identificados.

2 MARCO TEÓRICO

El problema planteado por este trabajo implica la integración de perspectivas de distintas disciplinas, por lo cual se ha optado una investigación que siga un modelo de interdisciplinariedad integracionista, que según Leeuwen (2005) implica una orientación del método por el problema planteado y con una concepción de disciplinas como interdependientes, donde cada una puede adquirir un rol específico o complementario de acuerdo al plan de análisis, siempre y cuando se trate de una relación equitativa. De acuerdo a lo explicitado, y teniendo como horizonte ese modelo de construcción de diálogo interdisciplinar, se detallan a continuación configuraciones metodológicas provenientes, principalmente, de los campos de la SC y la Ciencia Política (CP).

Se entiende que el campo de las ISSS es el perfil de estudio más apropiado a la investigación en salud pretendida, dado que por definición, cuenta con un entrelazado de temáticas interdisciplinarias, vinculando a las Ciencias Sociales (CS) con las Ciencias de la Salud. Esto es así, dado que se inserta en la dinámica más genérica de la conformación del sector salud en las sociedades modernas a través del abordaje de su objeto de estudio: los SS.

A partir de los años '60, ISSS se desarrolló formando parte de una tendencia mayor de utilización de la investigación de CS aplicadas para mejorar la formulación de políticas sectoriales. Plantea actividades directamente relevantes para la salud y procura ampliar la comprensión de aquellos factores que influyen en la producción de servicios de salud con el objetivo de mejorarlos y volverlos más eficientes (RED DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD EN EL CONO SUR, 2000).

En cuanto a la producción de servicios atenderemos aquí, principalmente, su relación con los modelos de atención a la salud (MAS) ; aunque no se desconoce, y serán abordados pertinentemente en esta investigación otros ítems que hacen a los sistemas de servicios de salud; los cuales son infraestructura, organización, gestión y financiamiento (PAIM, 2012, p. 547). Para entender cómo serán concebidos, partiremos primeramente de la aceptación de que se trata, según Fertoni (2015), de un término polisémico, y por otro lado:

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde, faz referência não há programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. (...) sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos. (SILVA et al, 2007, p. 1)

Por otro lado, no existe un MAS ideal para todas las realidades específicas, se le entiende como modelo a partir de que se trata de una representación de la realidad de salud, se procura destacar las racionalidades que orientan las acciones, conduciendo la adopción de una dada combinación de tecnologías o de medios de trabajo en cada situación concreta. Además, no sólo debe ser entendido como un diseño organizacional y técnico de los servicios, sino que incluye el modo como son producidas las acciones asistenciales y como el Estado se organiza para dar cuenta de ese proceso (FERTONANI, 2015, p. 3-4).

Se buscará entenderlo por tanto, en un escenario histórico-social, que precisa ser definido para cada contexto a comparar, y que tendrá en cuenta los siguientes puntos: visiones y valores sobre derechos humanos y de ciudadanía; paradigma científico e influencia en la producción de conocimiento y organización de los servicios de salud; cultura y subjetividad de los sujetos (trabajadores y usuarios); corporativismo y diferente valoración social de los grupos profesionales; grado de organización y valores orientadores de trabajadores de salud y usuarios; modelos de gestión y organización de los servicios; modos de gestión del trabajo y los equipos; diferentes necesidades de salud de cara al perfil epidemiológico y de morbi-mortalidad; financiamiento; conocimientos acumulados y tecnologías disponibles para el cuidado en salud y por último, el cuerpo legislativo relativo al papel del Estado en el sector salud (FERTONANI, 2015, p. 5)

La interpretación del rol de las reformas del sector salud en Uruguay será abordado desde una perspectiva de cambio institucional, teniendo en cuenta el contexto macro de transformación del aparato estatal en dos períodos históricos distintos, lo cual implica un plan de análisis a partir del Institucionalismo Histórico (IH)¹. A modo de sintetizar los principales rasgos del IH se procederá a hacer una descripción de las principales conceptualizaciones sobre la teoría.

Immergut² (2007) enumera tres características: la primera es que todos se muestran interesados teóricamente en las racionalidades alternativas; por otra parte todos consideran la causalidad como algo contextual (complejas configuraciones de factores como causalmente significantes a través de observaciones histórico-comparativas) y por último – en su mayoría – enfatizan en las contingencias de la historia. Yendo más

¹ El IH es uno de los componentes de la teoría general conocida como Neoinstitucionalismo, los otros dos institucionalismos son el Institucionalismo Racional y el Institucionalismo Sociológico. Los teóricos del IH se caracterizan por compartir algunos elementos de los cuales se destacan los siguientes: consideran que las instituciones son producto de construcciones sociales e influenciadas sensiblemente por los actores que intervienen en dichos procesos; una vez creadas las instituciones adquieren autonomía de acción; el propio accionar acaba por condicionar sus relaciones con otros procesos políticos y por último, rompen con la idea de Estado como “caja negra” (FUENTES, 2013)

² Immergut, “Parte de la reiterada observación de que “los nuevos institucionalistas no proponen una definición globalmente aceptada de ‘institución’, ni tampoco comparten un programa común de investigación o metodología. La autora hace una disección del núcleo teórico del nuevo institucionalismo y analiza su expresión en la teorías de la elección racional, el análisis organizacional y el institucionalismo histórico” (GONZÁLEZ BÁRCENAS, 2007, p. 295)

allá de usar la historia como método, sino que recurren a ella como teoría o filosofía. Otra de las conceptualizaciones importantes sobre la corriente:

Institucionalismo histórico no es ni una teoría particular, ni un método específico. Se entiende como un acercamiento a la política que estudia el cambio social. Este enfoque se distingue de otras ciencias sociales dado que se acerca a cuestiones empíricas, del mundo real, la orientación histórica dirige la atención a las formas de la estructura de las instituciones, comportamiento y resultados de las mismas. [...] La mejor manera de explicar el institucionalismo histórico (IH) es situar este enfoque en un contexto histórico y comparativo, que muestre dónde se originó y en qué se diferencia de otros enfoques de las ciencias sociales (STEIMO, 2008, p.118, traducción propia).

Por último, existe una tercera opinión teórica que constituye el cuerpo de fundamentos que hacen a la justificativa de por qué esta investigación se apoyará en los postulados del IH. En ella se definen tres rasgos que caracterizan a la comunidad IH en la CP: abordaje de cuestiones de agenda amplias y sustantivas, explicaciones que se centran especialmente en el contexto temporal de los procesos (secuencias), por último, analizan contextos generales (macro) formulando configuraciones basadas en efectos combinados de instituciones y procesos (PIERSON et al, 2008).

Una de las principales pertenencias que se encuentra al escoger un enfoque analítico como IH tiene que ver con la intención original y central de este trabajo de producir reflexiones en clave de una interdisciplinariedad integracionistas, como se plantea al comienzo; lo cual se relaciona estrechamente con características señaladas por Fuentes (2013) como elementos centrales del IH. En una primera instancia se parte de que no se trata de una teoría acabada, sino que es un enfoque analítico (aspecto caro a la perspectiva anteriormente mencionada); no cuenta con un marco teórico extremadamente definido, posee una serie de conceptos que se deben conceptualizar a la luz de las necesidades y objetivos del trabajo en cuestión (central también para orientarse por el problema de investigación y no meramente por un método).

Complementariamente al IH, y de modo de explicar más detenidamente el fenómeno de cambio institucional, trabajamos también con otras dos teorías: *Path Dependence*³ y *Critical Junctures*⁴. La primera de ellas gana importancia debido a que reconoce la importancia de la secuencia en la que las decisiones o configuraciones institucionales fueron tomadas. Se valoriza al factor orden, como forma de analizar en

³ Path Dependence significa dependencia de la trayectoria.

⁴ Critical Junctures significa en español coyunturas críticas. Según Collier y Collier (1991), implica tres componentes fundamentales: la afirmación de que un cambio significativo ocurrió dentro de cada caso, la afirmación de que este cambio se llevó a cabo de distintas maneras en diferentes casos y la hipótesis explicativa acerca de sus consecuencias. Otros elementos que son contemplados son: las condiciones antecedentes, la escisión o la crisis, componentes de la herencia, explicación rival que envuelve causas constantes y el final eventual del legado.

qué medida los eventos se van desencadenando, qué opciones o alternativas quedan por el camino, y cómo impactan en el proceso político específico (FUENTES, 2013).

La vinculación de dichas corrientes implica comprender que trabajar en la tradición del IH significa desarrollar justificaciones tanto metodológicas como teóricas sólidas y basadas en la historia, desde una perspectiva analítica que mira procesos a través del tiempo. Estos procesos, que son sociales, serán rastreados sistemáticamente de modo que contribuyan a testear afirmaciones sobre causalidades sociales (BENNETT et al, 1997). Cabe destacar que se trata de opciones analíticas que buscan vigorizar el rol de las relaciones sociales, al mostrarnos cómo se enraizan en las estructuras de desigualdades de poder que se instauran en las instituciones desde su creación. En función de ello, se retoma lo esbozado por Pierson et al (2008):

Los procesos dependientes de la trayectoria estrictamente definidos involucran una lógica clara: los resultados en una “coyuntura crítica” desatan mecanismos de retroalimentación que refuerzan la recurrencia de un patrón particular en el futuro [...] Una vez que se establecen, los patrones de movilización política, las “reglas del juego” institucionales, e incluso las formas ciudadanas básicas de pensar acerca del mundo político a menudo generarán dinámicas de retroalimentación. [...] los argumentos sobre el path dependence pueden ayudarnos a comprender la poderosa inercia que caracteriza a muchos aspectos del desarrollo político. (PIERSON et al, 2008, p.13)

En la combinación de estas propuestas teóricas de análisis es que se pretende construir un diálogo interdisciplinar que nos posibilite estudiar cómo se insertan las transformaciones sanitarias en Uruguay a lo largo de la historia del sector, así como de los principales reformas que ha asumido el Estado en coyunturas específicas de cambio social - político y económico.

3 MARCO METODOLÓGICO

Este trabajo, como propio de la SC¹, propone una investigación en salud, la cual se entiende en este trabajo como:

[...] un proceso de obtención sistemática de conocimientos y tecnologías que pueden ser utilizadas para la mejora de la salud de individuos y de grupos. Proporciona la información básica sobre el estado de salud y enfermedad de la población; procura desarrollar instrumentos para la prevención, cura y alivio de los efectos de las enfermedades; y se empeña en planificar mejores enfoques para los servicios de salud individuales y comunitarios (...) (RED DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD EN EL CONO SUR, 2000, p. 12)

3.1. Tipo de Estudio

Se propone un estudio de caso basado en técnicas de abordaje cualitativo. Vennesson (2008) establece cuatro puntos que atraviesan la definición: 1. El caso no solo es una unidad de análisis o una observación entendida como un conjunto de datos, sino que se debe entender como una categoría teórica. 2. No es a priori espacialmente delimitado, sino que es el producto de la conceptualización teórica utilizada. 3. El objeto de estudio no tiene porque estar sucediendo en el momento de la investigación, puede ser parte del pasado (retrospectivo). 4. Puede ser de forma cualitativa como cuantitativa.

Por otra parte, no se desconoce en este trabajo que los estudios de casos presentan limitaciones (MAGRI, 2009; SOTOMAYOR, 2007); se trata de un tipo de estudio que cuenta con baja pretensión teórica, porque no pueden ser comparados con otros casos – al menos sin la utilización de técnicas de cuño comparativo – y además posee un alcance teórico relativo. Sin embargo, es justamente a partir del conocimiento de estas cuestiones que se ratifica la utilización de dicho enfoque, dado que no es lo anteriormente mencionado una pretensión de este trabajo.

En cuanto a la instrumentación del marco teórico otorgado por el IH, será a través del método de *Process Tracing*². Este abordaje implica trabajar con una secuencia

¹ Movimiento ideológico que generó un campo científico, de expansión intensa en los últimos 30 años. Ámbito de prácticas contrahegemónicas, sobre todo en respuesta a la Salud Pública Tradicional y el modelo biomédico (PAIM, 2011). Además, como brazo académico de la Reforma Sanitaria Brasileña, país en el que el surge, y la posterior creación del Sistema Único de Salud, a finales de los '80, ganó radicalidad en cuanto a su posicionamiento a favor de la emancipación, democracia y autonomía de los sujetos.

² Process Tracing significa en español "seguimiento de procesos". Para Bennett & George (1997) es: "(...) es algo más que una buena explicación histórica. Una explicación de seguimiento de proceso difiere de una narrativa histórica, ya que requiere la conversión de una explicación puramente

causal en la explicación analítica expresada de las variables teóricas que se han identificado en el diseño de la investigación. Otorga una buena capacidad de acúmulo para validar o cuestionar teorías, tanto en su potencial para develar aquellos casos que se desvían de las mismas. El hecho de que admita formulaciones inductivas como deductivas también se incorpora como un punto a favor de la elección por este tipo de estudio. En cuanto al proceso, también presenta amplitud en la aplicación de técnicas. Estas pueden ser cualitativas, cuantitativas o triangulaciones. Es de esta elección que se pasará a comentar a continuación.

Como fue mencionado al inicio, será un abordaje de método cualitativo, dado que posee la capacidad de dimensionar el factor tiempo histórico con explicaciones contingentes y contextualizadas. A su vez, fortalece las potencialidades interdisciplinarias pretendidas dada su pluralidad intrínseca para la aceptación de aportes de diversos campos de conocimiento.

Por otra parte, y retomando a Pierson apud Mahoney (2007), el en que se realiza una distinción entre tres tipos de eventos políticos (corto, mediano y largo plazo); por ahí surge otra pertenencia al enfoque cualitativo, dado que en esta investigación se trata un evento político a largo plazo y los mismos son propios de los abordajes cualitativos. En síntesis, las características de las técnicas cualitativas son: describir y captar sentidos (factores y causas); basarse en conceptos que pueden ser indicadores (motivos, causas o factores intervinientes); apertura para crear medidas a partir del propio campo de investigación; contar con datos que se materializan en palabras, descripciones, transcripciones; se trata de procesos inductivos (la teoría puede, como no, tener un rol causal) y procedimientos particulares, recogiendo la información a través de una multiplicidad de técnicas (MAGRI, 2009).

Se trata de una investigación descriptiva dado que se pretende operar a nivel de procesos; sean éstos continuidades, rupturas, otras variables, contextos donde se desarrollan y complementan. Por otra parte, las herramientas que pueden ser utilizadas en este tipo de diseño se adecuan perfectamente a lo que requieren los objetivos: informaciones primarias y secundarias; cambios/continuidades; relación entre datos empíricos; secuencias y series. Resumiendo: "El diseño descriptivo, proporciona una representación del fenómeno destacando procesos, formas de expresión e inserción en el contexto. Se trabaja con dimensiones de análisis que lo encuadra." (MAGRI, 2009, p. 16)

histórica que implica o afirma una secuencia causal en la explicación analítica expresada en las variables teóricas que se han identificado en el diseño de la investigación."(BENNETT et al, 1997,p. 6, traducción propia)

3.2. Detalles de los procedimientos

3.2.1. Objeto de estudio y justificativa del recorte histórico

El objeto de estudio serán las reformas del SS en Uruguay durante dos etapas históricas 1942-1952 y 2005-2010. La forma en que se seleccionaron los períodos es resultados de una exhaustiva revisión de los períodos reformistas del sector, así como de los contextos transformadores macro del Estado uruguayo.

El primer período se inicia a partir del 1942, un año antes del año en que se aprueba la primera legislación que regula el funcionamiento de instituciones de asistencia privada – conocida también como Ley de Mutualismo (Decreto-ley N° 10.384), la misma perseguía el objetivo de dar amparo y reconocimiento legal a toda la incipiente categoría de usuarios privados que comenzaba a existir (fundamentalmente a partir de 1936 hasta 1955, donde se produce la expansión del sistema mutua, constituyéndose en el pilar fundamental de la atención médica de Montevideo, capital del país). Este hecho ha sido reconocido ampliamente por la literatura especializada; según Mieres (1997), uno de los primeros pasos significativos para la consolidación de un SS uruguayo, hasta entonces pensado des-integradamente y sin regulación precisa del Estado en tanto funciones y competencias de los servicios públicos como de los privados.

Además, la etapa de expansión del mutualismo coincide con la segunda etapa de gobierno del batllismo en el país – conocida en este trabajo como neobatllismo – la cual se identifica con un período reformista que implicó cambios y reformas que propiciaron -entre otras cosas- el desenvolvimiento del modelo ISI³ y una etapa de crecimiento y desarrollo socio-económico del país. Por todo lo dicho, éste período cumple con la premisa de ser tanto una etapa en la que se produjeron importantes reformas de la arena sectorial; como también se encuadra en un contexto económico, político e social nacional de transformación mayor.

En el caso del segundo período (2005-2010), corresponde a la llegada por primera vez de un partido de centro izquierda al gobierno del Uruguay, el FA y la presidencia del Dr. Tabaré Vázquez, el cual asume el liderazgo de un país que se encontraba en una

³ ISI será entendido en este trabajo en dos sentidos diferentes, según lo argumentado por Manuel Garretón y Vania Bambilra. En el primer caso, como el pilar económico de la matriz socio-política “estatal, nacional y popular”. Si la industrialización es el pilar económico de la matriz, el protagonismo estatal es fundamental para articular o conciliar los intereses de los diversos actores sociales incluidos en el proyecto, y el nacionalismo opera como sustento ideológico del modelo.(FERREIRA, 2010) Y en el segundo caso, Bambilra realiza un análisis acerca de las economías y de los procesos de industrialización de casi todos los países latinoamericanos y los divide en tres categorías A) los que tenían una industrialización antes del siglo XIX (México, Chile, Colombia, Brasil, Uruguay y Argentina) B) los que empezaron su industrialización en la posguerra algunos de ellos empezaron su industrialización con capital extranjero (Perú, Venezuela, Ecuador, Costa Rica, Guatemala, Bolivia, El Salvador, Panamá, Nicaragua, Honduras, Rep. Dominicana y Cuba) y 3) los que aún no han comenzado la industrialización (Panamá, Haití y Paraguay) (BAMBIRRA, 2013)

coyuntura crítica económica, social y política con elementos altamente dependientes de períodos anteriores, a lo que propone una serie de reformas significativas, dentro de las que se incorpora la reforma de la salud. Al igual que el caso anterior, se trata de un recorte histórico apropiado a efectos de las pretensiones comparativas que se propone este trabajo.

3.2.2. Plan de análisis: instrumentos, fuentes y procedimientos

Para caracterizar las principales transformaciones políticas, sociales y económicas de Uruguay, durante los dos períodos se utilizaron principalmente fuentes secundarias, de naturaleza bibliográfica y documental. Respecto a este último tipo, se trató de decretos, leyes, textos de políticas públicas, reglamentos, entre otras.

Para la descripción de las reformas del sector se analizaron fuentes primarias y secundarias. Las últimas provenientes de la academia, organismos estatales, gremiales y periodismo (nacionales e internacionales). Los análisis de las fuentes fueron realizados de forma inductiva, con la formulación de hipótesis a partir de la interpretación del material empírico (THELEN et al, 1992). Los levantamientos de fuentes secundarias “históricas” muestran como los resultados anteriores establecen parámetros para eventos futuros (SKOCPOL, 1995). Como ya fuera mencionado anteriormente en el texto, el concepto que se destaca en estudios de IH es el de dependencia de la trayectoria, el cual relaciona a la idea de que los acontecimientos del pasado pueden dar soporte a una cadena de determinaciones que ejercen influencia en las decisiones políticas del presente (THELEN et al, 1992; PIERSON, 2004). Esta estrategia contribuyó a entender cuáles fueron los actores y coyunturas que impulsaron, frenaron y condicionaron a los procesos de cambio.

Al respecto del apartado de influencias de coyuntura interna y externa que impactaron en las reformas, se utilizaron reglamentos sanitarios internos e internacionales, gremiales, acuerdos de cooperación internacional entre los integrantes del bloque regional u organismos multilaterales, estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) – Organización Panamericana de la Salud (OPAS) y MSP de Uruguay.

4 DEL “URUGUAY DEL OPTIMISMO” AL “URUGUAY QUE DEFIENDE LA ALEGRÍA”

4.1. Neobatllismo y Frente Amplio

En este trabajo partiremos de la denominación neobatllismo para referirnos al momento político que comienza con la Presidencia de Amézaga en marzo de 1943, la cual marca - según D’Elía (1982)¹ - el retorno del batllismo luego de una etapa de transición y quiebres democráticos, y que se consolida como movimiento político-ideológico una vez llegados a la Presidencia, la fórmula Berreta - Batlle Berres en 1947. Este período de Gobierno, que será principalmente conducido por el electo vicepresidente, Luis Batlle Berres², dada la prematura muerte de Berreta a meses de haber asumido la jefatura del Ejecutivo, será secundado por una segunda presidencia, donde Batlle será nuevamente electo³. El período de duración será hasta 1958, año en el cual el otro partido tradicional del Uruguay -Partido Nacional- ganó las elecciones y se produjo por primera vez en varias décadas una rotación de partidos en el poder (D’ELÍA, 1982; ARIAS et al, s.d.).

En tanto movimiento político “el neobatllismo” se caracteriza por ser “una alianza policlasista entre la burguesía industrial, la pequeña burguesía y la clase obrera sin que existiera una integración orgánica de ésta en el movimiento” (ARIAS et al, s.d., p. 2), y

¹ Este trabajo se orientará por las cuestiones levantadas por el autor Germán D’Elía en 1982, en su obra clásica “El Uruguay neo-batllista, 1946-1958”. Según Arias, et al (S.D.) el autor define al período de neobatllismo en dos sentidos: “Germán D’Elía (1986), según J.P. Rilla es quien puso con su obra sobre el período el concepto de neobatllismo en circulación (Rilla, 2008:301). El término es empleado por D’Elía en dos sentidos diferenciados también en su escritura; neobatllista, para designar un período de la historia del Uruguay: 1946-1958 y neobatllista para denominar al “movimiento político orientado por Luis Batlle Berres””. Por otra parte, este referencial teórico es también escogido en contraste con la historiografía y científicos sociales que ubican este período como un período populista (dentro de los cuales se destaca el ensayista Carlos Real de Azúa) por entenderse que no se trata de una especie de populismo sino un proyecto político que retoma una tradición de bienestar de larga data en el país, como es el Batllismo.

² Luis Conrado Batlle Berres nació en 1897, nieto del ex Presidente Lorenzo Batlle (1886-1872) y sobrino del ex Presidente, José Batlle y Ordoñez (1903-1907 y 1911-1915) - fundador del batllismo - y quien fuera una de sus principales influencias políticas y personales. Estudió derecho y medicina (principalmente ésta última, donde entabló muchos contactos que serían de relevancia durante sus gestiones), sin embargo no egresó de ninguna de esas carreras y su principal actividad sería dentro del periodismo; primero en el diario de su tío “El día” y luego en periódico propio, de nombre “Acción”. Dentro del Partido Colorado fundó la Lista 15, la cual estaría enfrentada políticamente en diversas oportunidades a la Lista 14, la cual lideraban su primos, los hermanos Batlle (SANGUINETTI, 2014).

³ El Consejo Nacional de Gobierno, o colegiado, fue la forma que adoptó el Poder ejecutivo del Uruguay entre 1952 y 1967. Dicha reforma fue introducida en la Constitución de 1952. Si bien fue una experiencia inédita en la región, de un poder ejecutivo colegiado salvo en los primeros años de la independencia, en Uruguay no era el caso. Los antecedentes históricos inmediatos están en el Consejo Nacional de Administración creado por la Constitución de 1918 que funcionó hasta 1933 junto con el Presidente de la República.

las principales ideas que circundan al mismo son las de "justicia social", "revolución con orden", "progreso", "libertad" y "democracia".

Cabe destacar que el neobatllismo tuvo objetivos claros para generar riquezas, siendo premisa la distribución a través de la industria nacional, mediante medidas para su fomento y protección. Dicho propósito fue marcado tanto por el propio estancamiento de la actividad económica en general, como por los propios enclaves del modelo ISI en Uruguay y esto produjo que se tratase de un período corto de bonanza tanto para el movimiento como para el crecimiento del país (NAHUM, 1995). A la industrialización se le asigna valores como que se trataba de un "capitalismo benefactor cuyo objetivo no es la ganancia sino la distribución de la riqueza" (ARIAS et al, s.d., p. 3), esto se vincula estrechamente con las ideas a desarrollarse posteriormente en este capítulo sobre Estado de Bienestar Social (EBS) y el tipo que otorga índices muy alto de confianza al mercado.

Al respecto de la presencia y rol del Estado según dicha ideología:

Estatismo y dirigismo, control de la economía por parte del Estado considerado un instrumento para impulsar el desarrollo industrial, distribuir la riqueza, y árbitro capaz de resolver las contradictorias demandas de las clases en que se apoyó. La ideología neobatllista justifica y exige la intervención del Estado, afirma D'Elía, en dos aspectos: económico y social; rechaza el antagonismo capital - trabajo, sostiene la paz social. (ARIAS et al, s.d., p. 4)

Por su parte, el FA⁴ quien llegaría al Gobierno Nacional casi 50 años después del neobatllismo, en el año 2005, también retomará la amplia tradición para el cambio que tiene el país, buscará superar una etapa anterior -la neoliberal- y propondrá un modelo de país innovador. De acuerdo a la propia definición de la fuerza política se trata de una propuesta ideológica que persigue las siguientes premisas:

El Frente Amplio es una fuerza política de cambio y justicia social; de concepción progresista; democrática, popular, antioligárquica y antiimperialista; y conforma una organización para la acción política permanente con el carácter de coalición y movimiento sobre bases de respeto recíproco de la diversidad ideológica, funcionamiento democrático y unidad de acción.(...) Porque es un movimiento profundo que enraíza con las puras tradiciones del país, que recoge y venera las construcciones que vienen del fondo de la historia, y tiene, simultáneamente claros objetivos para alcanzar un porvenir venturoso, siente que su vertiente más honda lo enlaza con la esclarecida, insobornable y combatiente gesta del artiguismo. El pilar fundamental es la construcción de una sociedad justa (FRENTE AMPLIO, 2016)

⁴ Surge como una coalición de izquierdas en el año 1971, luego de estar proscrito para la competición electoral durante toda la dictadura cívico militar (1973-1984), llegan por primera vez al poder a través de la Intendencia de Montevideo en 1990, de la mano de quien también sería electo como primer presidente por la fuerza política, el Dr. Tabaré Vázquez, en las elecciones nacionales del 2004.

Esta vez se trata de un momento de transformación con tinte de centro-izquierda, ya que por primera vez en la historia del Uruguay se superaría el bipartidismo en el poder. Eso se va claramente en lo expuesto por Moreira y Delbono acerca de las orientaciones que tendría el primer gobierno del FA:

Así, la etapa reformista que se inaugura hacia 2005 es sin duda distinta a la procesada en los años del auge del paradigma pro-mercado y de reducción del tamaño del Estado. (...) En ese marco, el gobierno del FA se propuso, en algunos casos corregir el rumbo, y en otros, implementar reformas de diferente orientación. Para concebir un nuevo ciclo reformista, la izquierda tenía a mano dos principios rectores que hacían a su propia identidad y que se desmarcaban claramente de los postulados que habían primado durante la década anterior: 1) justicia social y 2) participación democrática (MANCEBO et al, 2010, p. 100).

Dentro de sus principales objetivos se encontraba la reforma del Estado⁵ y esto orientado hacia la construcción de un rol del Estado que fuese capaz de implementar un nuevo modelo de Estado, con competencias para ser protagonista en la transformación hacia una de una sociedad más igual e integrada socialmente. En función de ello, Traversa (2008) nos dice que Uruguay en el primer período del de gobierno del FA, mostró algunas cuestiones que lo diferencian de otros regímenes latinoamericanos, llegando inclusive a instaurarse como una socialdemocracia periférica, salvando las diferencias, que intrínsecamente guarda con con los regímenes socialdemócratas europeos (MANCEBO et al, 2010).

El proyecto económico del FA planteaba la necesidad de obtener un política de equilibrios macroeconómicos, de estabilidad y previsibilidad jurídica, de modo de ofrecer al mundo (y principalmente a los inversores: extranjeros y nacionales) la visión de un país amigable y con un contexto favorable para recibirlos. El lema crecer y repartir, desarrollo con equidad, estuvo siempre como un horizonte, y cumplir así la deuda histórica del país con los más desfavorecidos y excluidos, y también, con los trabajadores organizados y las clases medias, principales bases de su electorado.

4.2. Desarrollismo y Neodesarrollismo

Primeramente, parece oportuno traer consideraciones sobre modelos de producción y dependencia⁶ en América Latina, dado que este trabajo comparte la premisa metodológica delineada por Vania Bambirra sobre que "(...) a dependência econômica

⁵ La reforma del Estado fue denominada por el FA como "la madre de todas las reformas", ella debía traer reestructuras a nivel de organización la administración central y la gestión de personas en el Estado.

⁶ Dependencia como categoría analítica-explicativa fundamental de la conformación de las sociedades latinoamericanas, resaltando el carácter condicionante que tienen las relaciones entre el "centro" y la "periferia" del capitalismo mundial. Un grupo de países tienen su economía condicionada por el desarrollo y expansión de otra economía, a la cual se encuentra sometida. (*Id. Ibid.*)

engendra os parâmetros das possibilidades estruturais” (BAMBIRRA, 2013, p. 61). Dicho postulado otorga un horizonte apropiado para analizar el contexto e influencia de las transformaciones económicas en el sector durante ambos períodos de estudio.

En lo que atañe al primer período de estudio, la política uruguaya de industrialización para la sustitución de importaciones, fue una etapa que, como en todas las anteriores y posteriores, son en clave de dependencia de los ciclos del capitalismo mundial y los países “centrales”. Ésto significa que no se trata de una receta innovadora de por sí, aunque cada experiencia nacional pondrá sus matices al proceso. En la región latinoamericana, una gran cantidad de países la vivenciaron -en mayor o menor medida- y con tiempos de comienzo/finalización, muy diversos. Independientemente de ello, compartieron los lineamientos generales, los cuales se retratan -en parte- a continuación:

Na América Latina, em geral, quando se fala de industrialização se fala de substituição de importações. (...) em sua primeira etapa, na substituição dos bens manufaturados estrangeiros pelos nacionais. Isso foi possível devido à contenção das importações, o que gerou uma demanda não atendida. A partir dessa situação foram criadas as condições para a utilização das divisas obtidas mediante a exportação dos produtos do setor primário (agrícola ou de mineração, conforme o caso), orientando-as para a importação de equipamentos, máquinas e matérias-primas necessárias para a instalação de fábricas no território nacional, destinadas à produção de bens anteriormente importados. (*Id. Ibid.*, p. 63)

A partir de la explosión de la Primera Guerra Mundial se produjo un nuevo impulso al proceso en todos los países con un inicio temprano de industrialización⁷(BAMBIRRA, 2013); dicho período marcaría toda una etapa de transformaciones económicas-sociales, en donde se establece una base industrial nacional, en el caso de Uruguay, de forma modesta; pero que de todas formas funcionará de preámbulo para un segundo momento de profundización en la industrialización, la cual se dará a partir del nuevo contexto mundial y las divisas generadas en la Segunda Guerra Mundial. A través del ingreso de capitales transnacionales a la región por parte de inversiones de grandes empresas en el sector manufacturero, sobre todo estadounidenses, se buscó reorientar y vigorizar el mercado interno (ya en crisis), con la intromisión paralela de nuevas pautas de consumo, típicas de los años 40/50, años de la posguerra y el esplendor del modo americano de vivir o *american dream*. (ARNÁBAL et al, s.d.; BAMBIRRA, 2013)

En Uruguay, el comienzo de la industrialización se dió, como ya se adelantó, tempranamente, a finales del siglo XIX, y la mayoría de los estudiosos ubican el comienzo de dicho proceso a partir de 1875, año en el cual se comenzaron a implementar

⁷ Categoría de análisis creada por Vania Bambirra, dentro de la cual, Uruguay forma parte del Tipo A (países con inicio antiguo de industrialización)

diversas leyes regulatorias de carácter proteccionista (ejemplo: se grabaron las importaciones de maquinarias en 1886). Por lo general, se toma a partir de ese año porque es a partir de allí que se cuenta con estadísticas continuas que permiten evaluar el avance de la industria. (BÉRTOLA, s.d.) El comienzo del desarrollo de una industria (mayormente artesanal y doméstica), tuvo la tendencia de monopolizar la oferta para consumo en sectores específicos del mercado interno (rubros textil, bebidas, ropas y alimentos).

El proceso ISI fue el eje central de un modelo de producción desarrollista “hacia adentro” y/o dirigido por el Estado, sin embargo, no se trató de la única estrategia, sino que fue un período fuertemente marcado por las estatizaciones, aumento considerable del empleo público y fomento del desarrollo agrícola. Siendo ésta última, la actividad emprendida con menor éxito de los gobiernos de aquel período. Por último, y según diversos indicadores macroeconómicos, puede estimarse, que hasta la actualidad, el “Uruguay feliz” de finales de los años cuarenta y comienzo de la siguiente, ha sido el de mayor crecimiento de la historia del país (*Id. Ibid.*).

Dado todo lo anterior, queda por entendido que se trata de un momento de bonanza para el desarrollo económico del país, el cual otorga posibilidades para dar curso al financiamiento de diversos proyectos, pero que implicaría también que sectores como el de salud, se reforme para atender las demandas generadas por esta nueva organización social de la producción, donde se incrementa la población urbana (éxodo campo-ciudad a causa de la crisis del modelo agroexportador, que en Uruguay es más apropiado denominarlo, tal las palabras de Yaffé (s.d.) como modelo ganadero exportador⁸) y la mano de obra industrial, con una lógica y necesidades marcadamente diferente a los trabajadores agro-ganaderos. El apuntar a una modernización del mercado trabajo para adaptarse a una nueva realidad fabril - industrial, implicaba regular y organizar los aspectos sanitarios de las ciudades, así como el perfil de salud de los trabajadores en pro de optimizar los parámetros productivos. Arnábal et al (s.d.) resume los aspectos más trascendentales de ese momento de auge y su declive en el siguiente párrafo:

En los años en que transcurre la Segunda Guerra Mundial, se acentúa el proceso sustitutivo de importaciones y se aprueban un conjunto de medidas que, más allá de sus causas, tendrán el efecto de ampliar la demanda interna, entre ellas la implementación de los Consejos de

⁸ Yaffé (s.d) agrega sobre dicho modelo productivo en Uruguay que estuvo enmarcado en lo que se conoce como la primera modernización (1876-1903), la cual estaba concentrada en el medio rural, y a diferencia de la etapa que se intenta describir en este apartado, la industrialización, la cual se centra principalmente en la actividad urbana. A propósito de la primera dice que se trató de una adecuación-renovación del modelo tradicional, que venía desde la época de la colonia, más que de una transformación real. Los pilares de dicha etapa son la ganadería latifundista y extensiva, el código rural (sancionado en 1876) y la afirmación forzosa de la propia privada de las unidades productivas y el ganado.

Salarios que permitirán la suba del salario real a partir de 1945, la expansión de la cobertura jubilatoria y el subsidio a los productos de primera necesidad. A partir de la postguerra el modelo se muestra en su madurez, se inicia un período de crecimiento continuo y a altas tasas del producto, en especial del industrial. Sin embargo, el éxito del modelo duró poco. Mientras otros países de América Latina continuaron con el proceso de industrialización y aprovecharon el período de expansión de la economía mundial que continuó hasta los años setenta, hacia fines de los años cincuenta se advierte la detención del crecimiento económico y el estancamiento industrial, señales de un agotamiento estructural cuya percepción puede contribuir a explicar la derrota del partido de gobierno luego de 93 años en el poder. El estancamiento productivo incentivó un proceso inflacionario que contribuyó al deterioro del Estado de Bienestar. Sobre esta base se explica el prolongado estancamiento de la economía y la ausencia de un modelo de desarrollo hegemónico hasta los años setenta. (*Id. Ibid.*, p. 1)

El segundo período de estudio está marcado, según las politólogas Moreira y Delbono en Mancebo et al (2010) por un cambio de orientación radical en los rumbos del país, no sólo económico, al que denominan como la “era de la cuestión social”. Según las mismas autoras, la etapa está marcada por tres conjuntos de medidas estructurales que atañen al modelo de desarrollo adoptado: políticas sociales focalizadas de transferencias contributivas y no contributivas a los sectores más vulnerables de la sociedad (marginalidad y/o en condición de extrema pobreza), políticas laborales (ejemplo de ello: aumento del salario mínimo nacional en términos reales, reinstalación de los consejos de salarios, creados durante el primer período de estudio, entre otros) y reformas orientadas al aumento del gasto público social (entre ellas, la correspondiente al sector salud), acompañadas por una reforma tributaria progresiva. (MANCERO et al, 2010)

Los resultados de gestión⁹ arrojan una serie de números que nos permiten vislumbrar un período de desarrollo del país,¹⁰ es por ello, que cierta parte de la literatura especializada tiende a denominar este modelo productivo como de neodesarrollismo. A continuación una conceptualización crítica del modelo:

(...) se denomina neodesarrollismo al modelo implementado en diversos países de la región cuyas economías han protagonizado un fuerte crecimiento dinamizado por la renta de los bienes comunes (de la tierra a través de productos agropecuarios, de los hidrocarburos y los minerales), donde el estado juega un papel activo instituyendo un nuevo modo de regulación (Harvey, 1998). Este nuevo modo de regulación genera condiciones institucionales para el arribo y permanencia de la inversión

⁹ Encontramos en Mancebo et al (2010) una serie de estudios que nos retratan el comportamiento de indicadores coyunturales de alta sensibilidad para el análisis del modelo productivo implantado en el país durante los años de la primer gestión frenteamplista (2005-2010). En ellos se pueden observar que, por ejemplo, la evolución de la pobreza y la indigencia (del 2001 al 2008) reportaron un de-crecimiento recién a partir del 2005, descendiendo la pobreza en un 13,8% en el medio urbano de todo el país durante el período 2005-2008. (MANCERO et al, 2010, p 104-105)

¹⁰ El PBI creció a tasas históricamente altas, siendo dinamizado principalmente por telecomunicaciones, agricultura extensiva, deforestación, comercio, construcción y transporte. (NARBONDO et al, s.d)

transnacional al tiempo que despliega políticas sociales compensatorias de redistribución del ingreso imponiendo algunas condiciones al capital transnacional. En este modelo, consolidado luego de la crisis neoliberal, conviven procesos con importantes matices, desde aquellos que han instituido nuevos estados (Venezuela, Ecuador, Bolivia) hasta aquellos que suelen autodenominarse como progresistas (Brasil, Argentina, Uruguay). (NARBONDO, s.d., p. 1)

Éste modelo, al igual que el desarrollismo que vimos en el primer período, responde a una tendencia del capitalismo regional y mundial. Por su parte, el contexto internacional también es favorable y esto se debe a una demanda creciente de materias primas en el mercado mundial (sobre todo de parte de China). Existe una fuerte afluencia de capitales hacia los países en desarrollo, por lo que el modelo logra consolidar un importante crecimiento económico.(NARBONDO, s.d.)

Se considera este período, al igual que el primero, como una etapa donde se produce un crecimiento de la economía, aunque los principales cambios se notan en indicadores que miden desigualdad y otros de coyuntura macro socio-económica¹¹. Los mismos serán fundamentales para la generación de un clima atrayente para inversiones extranjeras directas (IED), contribuyendo con ello la implementación de medidas para: la flexibilización el tipo de cambio, contención de la inflación, reducción del déficit fiscal a partir de la simplificación del sistema bancario (*Id. Ibid.*). Ciertamente es también, que al igual que el otro período de estudio, también se trató de un crecimiento dependiente. Esto es abordado por Narbondo et al (s.d.) cuando afirma que si bien hubo un crecimiento, no hubo un cambio sustancial en el modo de regulación económica neoliberal y el régimen de acumulación continuó favorable al capital transnacional. Se implementaron políticas económicas orientadas a la dinamización de un crecimiento económico basado en IED, exportación de commodities¹². Así como también, se produjo una mayor concentración y extranjerización del aparato productivo.

4.3. “Justicia Social y la Reforma con orden” y “Era de la Cuestión Social”

La discusión central que subyace a la función social del Estado durante ambos períodos de estudio es la que concierne a los Estados de Bienestar Social (EBS). Es una tarea difícil definir a los mismos dado que le subyacen varios debates, pero a fines prácticos partiremos de la una conceptualización amplia que trae las bases fundantes del modelo alemán bismarckiano:

¹¹ Narbondo et al (s.d.) nos muestran que el FA basa su legitimidad como proceso en la conclusión de avances socioeconómicos de carácter coyuntural. Eso le garantiza amplio apoyo popular y respaldo del capital. Estableció un nuevo modo de regulación social basado en el incremento de derechos y en políticas sociales compensatorias.

¹² Exportación de commodities en su mayoría (70 %): agroindustrial o agropecuario. Importaciones de bienes industriales de media y alta tecnología. (NARBONDO et al, s.d.)

(...) aquel conjunto de actividades estatales que tienen como cometido principal, ya sea mediante la provisión directa o la regulación, el acceso de todos los ciudadanos a unos niveles mínimos de servicios públicos que le garanticen su subsistencia en tanto derecho adquirido y no como caridad. (FUENTES, 2013, p. 54)

Según Fuentes (2013) las principales características de los mismos son: modelo de producción capitalista basado en un progreso tecnológico y de explotación; relaciones sociales que se pautan bajo mecanismos de explotación y desigualdades de mercado; sustento de vida que es alcanzado mediante el mercado formal de trabajo; movilización política a través de coaliciones de clase, partidos políticos sobre temas y problemas públicos. Por otra parte, se trata de tipos de Estados relativamente autónomos, que cuentan con arreglos institucionales mixtos para alcanzar el bienestar entre el Estado-mercado-familia. Los resultados de estos tipos de estado se encuentran en distintos grados de desmercantilización, inversiones en salud y desarrollo humano en general. (*Id. Ibid.*, p. 80). Es importante tener en cuenta que las diferencias en las performances existen, en partes, porque hay distintos tipos de Estado de Bienestar, es por ello que a seguir (cuadro 1) se trae un resumen de las características de cada uno de tipos ideales¹³ de Esping Andersen:

Cuadro 1 – Dimensiones de análisis de cada tipo de EBS

Dimensión de análisis	Tipos		
	Liberal	Corporativo	Socialdemócrata
Pretensión des-mercantilizadora	Escasa	Escasa	Alta
Pretensión de universalidad	Inexistente	Inexistente	Alta
Confianza en el mercado como asignador de recursos	Alta	Media	Escasa

Fuente: ESPING ANDERSEN, 1990

Observaciones: elaboración propia

Es importante tener en cuenta, que independientemente que el *Welfare State* o Estado de Bienestar sea una invención europea, Uruguay fue de los primeros países de la región en adoptar el modelo, y ha ido a lo largo de la historia adaptándolo a su propia institucionalidad, con servicios y financiación significativos desde el primer batllismo de principio del siglo XX (URUGUAY, 2008). Por otra parte, los principios de justicia social que orientan este tipo de estado son levantados innumerables veces en

¹³ Existen tres tipos de estados de bienestar: Liberal, Corporativo y Socialdemócrata. El primero es característico de países como Estados Unidos, Inglaterra o Australia. Las transferencias de bienes y servicios son escasas y dirigidas únicamente a personas que demuestren vulnerabilidad. Por su parte en el Corporativo, característico de Alemania o Francia, el Estado va a interferir únicamente en casos en los que las familias no puedan sustentar. Sus prestaciones están organizadas de acuerdo al tipo de inserción laboral. Los Socialdemócratas (característicos de los países nórdicos) tienen como norma a las prestaciones sociales y los transferencias significativas. (ESPING ANDERSEN, 1990)

sus discursos por la figura de gobierno más emblemática del primer período de estudio, el Presidente Luis Batlle Berres¹⁴, ejemplo de ello aparecen ya en su primer discurso como presidente de la República:

Nosotros, los que fuimos formados en los únicos aleteos de la Filosofía liberal del siglo pasado y dimos los primeros pasos hacia la socialización de ciertas actividades del organismos social, comprendemos que tenemos que continuar ese ritmo para encauzarlo por las vías normales. Apresurarse a ser justo es asegurar la tranquilidad, es brindarle al ciudadano los elementos principales y básicos para que tenga la felicidad de vivir y hasta él lleguen los beneficios del progreso y de la riqueza. Apresurarse a ser justo es luchar por el orden y es asegurar el orden. (BATLLE BERRES et al, 1965, p. 489)

En el trecho da para observar no solo la orientación hacia la justicia social que orientará el período, sino que también la forma a través de la cual se pretende alcanzar el objetivo, mediante un orden en sentido liberal y de progreso, que se distinguirá de otros regímenes de la región que buscan también la justicia social, pero mediante una revolución y cambio de status quo, los regímenes populistas.

Al analizar la legislación aprobada durante el período 1942-1952 por el Poder legislativo uruguayo¹⁵, se percibió que el contexto de la función social del Estado durante dicha etapa podría categorizarse en una serie de tópicos específicos por las proximidades que se perciben entre distintos grupos de leyes. Los mismos remiten a leyes en materia de educación, vivienda, derechos civiles, protección de la infancia, legislación obrera y alimentación (cuadro 2). Allí pueden percibirse esfuerzos por el bienestar a largo plazo, no solo por la inclusión de varias esferas de la vida de la población, sino que por ejemplo, en la apuesta -desde diversos aspectos- al cuidado de la infancia. Esto ratifica lo que Puhlen en Uruguay (2008) establece como estado de bienestar, el mismo no puede implementarse en el momento de crisis o de aumento de la pobreza, sino que debe pensarse desde políticas a largo plazo desde el atendimento del bienestar -en amplio sentido- de la infancia.

Complementariamente a las leyes, en donde se destacan las innovaciones en materia laboral, negociación colectiva (Consejos de Salarios), las transformaciones en salud (desarrollo en el próximo capítulo), cambios en materia de educación y estrategias de protección de la infancia; la novedad en materia de transferencias en pro de bienestar social del primer período fue implementar el Consejo de Asignaciones Familiares.

¹⁴ Como Vicepresidente electo en 1947 asume la Presidencia de la República una vez fallecido el Presidente Tomás Berreta (quien ejerciera por pocos meses su cargo).

¹⁵ Los textos de ley aprobados por el Parlamento uruguayo están disponibles en una base de datos vía Web y son de libre acceso, se encuentran digitalizadas las leyes desde el año 1916 hasta la actualidad.

En él se extendían los beneficios que recibían las familias de los trabajadores (prestaciones a los hijos de los trabajadores, asistencia hospitalaria en el parto, salario por maternidad, etc.). Cabe destacar en estas conquistas, al actor sindical organizado, el cual fue de fundamental importancia en la inclusión de cambios benéficos para los trabajadores, ya desde la década de los ‘40.

Por su parte, el segundo período, denominado como la “era de la cuestión social”, traerá en materia de bienestar una fuerte articulación entre economía y sociedad en las distintas arenas de política pública volcadas para alcanzar el bienestar social. Esto es así dado que subyace a este período de transformaciones, y desde la crisis del modelo en los años 70, la intención por parte del FA de realizar un cambio de orientación en el tipo de estado de bienestar, lo cual está vinculado estrechamente con la “pretensión” de superar la etapa neoliberal¹⁶ que los antecede; pasando del tipo conservador corporativo a uno de corte socialdemócrata. Sin embargo, la existencia de una economía dependiente, tanto en Uruguay como en toda la región, va a acarrear una serie de problemas para los modelos de bienestar:

(...) existencia de una sociedad desigual, fragmentada y con importantes riesgos sociales difíciles de revertir en el corto y mediano plazo. Actualmente, esta región continúa siendo la más desigual del mundo, y esta situación no se limita únicamente a la dimensión económica, sino también a cuestiones como la calidad de la educación que se recibe, el acceso a servicios mínimos de atención sanitaria, las actividades comerciales y de ocio a las que accede buena parte de la población, los barrios donde habitan las personas más pobres y la capacidad de influir políticamente en las decisiones que tienen los ciudadanos, entre otras cuestiones. Esto lleva a poder afirmar que los ciudadanos de esta región viven vidas diferentes – en cuanto a vivienda, educación, atención sanitaria, actividades de ocio y cultura, incidencia política, etc. – dependiendo de su nivel de renta, y que además gran parte de las personas no pueden disfrutar de una ciudadanía completa (...) (FUENTES, 2013, p. 75)

De modo de contextualizar las transformaciones en materia social, detallaremos las principales leyes del período (cuadro 3). Se puede observar, que la mayoría de los tópicos se repiten en ambos procesos, aunque en este hay mayor intensidad de aspectos laborales. Esto último puede vincularse estrechamente con la intención de modificar el tipo de bienestar apuntando a un modelo con aspiraciones socialdemócratas, donde la universalización de las prestaciones y/o derechos se sustentan a través de un contexto de pleno empleo.

¹⁶ La crisis del Estado de Bienestar se ubica a partir de los años 70, durante toda la etapa siguiente, la cual es caracterizada por la aplicación de la receta neoliberal, la institucionalidad social fue marcada por tres elementos centrales: desestatización, descentralización y focalización en las políticas públicas.

Cuadro 3 – Función social del Estado uruguayo de 2005 a 2010

Tópico	Ley
Tributario	Nº18.083/2007: Sistema Tributario. Deroga, crea y modifica diversas normas
Protección Social	Nº17.866/2005: Creación del Ministerio de Desarrollo Social. Nº17.869/2005: PANES ¹⁷ y Programa de Ingreso Ciudadano. Nº18.104/2007: Igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres. Nº18.621/2009: Sistema Nacional de Emergencias.
Políticas laborales	Nº17.940/2006: Libertad Sindical. Normas para su protección. Decreto Nº165/2006: Derecho de huelga, libertad sindical, negociación colectiva. Nº18.091/2007: Créditos o prestaciones laborales originados en la relación de trabajo. Nº18.065/2006: Trabajo doméstico. Normas para su regulación. Nº18.251/2008: Responsabilidad laboral procesos de descentralización empresarial. Nº18.395/2008: Beneficios jubilatorios. Flexibilización condiciones de acceso. Nº18.406/2008: Instituto Nacional de empleo y formación profesional (INEFOP). Nº18.458/2009: Licencia por estudio para los trabajadores de la actividad privada. Nº18.441/2009: Jornada laboral y régimen de descansos en el sector rural. Regulación. Nº18.561/2009: Normas de prevención y sanción de acoso sexual en el ámbito laboral y en las relaciones docente-alumno. Nº18.566/2009: Sistema de Negociación Colectiva. Creación. Nº18.572/2009: Abreviación de los procesos laborales.
Educación	Nº 18.437/2009: Ley General de Educación. Plan Ceibal - cobertura universal TIC en espacio escolar. 2007
Vivienda	Agencia Nacional de Vivienda. 2007. Se crea como organismo dependiente del Ministerio de vivienda y ordenamiento territorial.

Fuente: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/>>

Observaciones: elaboración propia

¹⁷ Plan de Asistencia Nacional a la Emergencia Social fue un conjunto de políticas sociales dirigidas a hogares de muy bajos ingresos. Surge dada la incipiente necesidad de contar con un programa que aborde de modo urgente la pobreza en el país, a partir de 1999 y que empeoró con la crisis de 2002, no siendo atacada por ninguna medida específica, excepto la expansión del régimen de Asignaciones Familiares de 2004. El Plan de Emergencia figuraba en la agenda electoral del FA. Además, en 2005 se creó el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) con el objetivo de coordinar las políticas sociales y de llevar adelante el PANES. Desde el comienzo fue concebido como una intervención focalizado y a término de dos años (2005-2007) y así fue anunciado a la población (URUGUAY et al, 2009)

4.4. Síntesis

En la comparación de ambos períodos podemos observar algunas continuidades que saltean las distancias temporales y que afirman continuidades en comportamientos institucionales que afectan las tendencias reformistas del país.

El Estado de Bienestar en el centro de la cuestión en ambos períodos; primeramente consolidando el modelo en el país, con un corte conservador-corporativo y en la etapa contemporánea, buscando transformar ese primer tipo de bienestar anterior, inclinándose por uno de corte “socialdemócrata”.

La condición innovadora del país que se destaca dentro de la región, la “Suiza de América”¹⁸, pionero en seguridad social, búsqueda de bienestar e indicadores de desarrollo humano aparecen como una marca distintiva al tener reformista en el Uruguay de los ‘40 y ‘50, como en la etapa marcada por la llegada del FA al Gobierno.

El contexto de “felicidad” social, tanto el “Uruguay del Optimismo” de Batlle Berres, donde todo podía pasar, desde hazañas futbolísticas en el Mundial de Fútbol, hasta un crecimiento inesperado de la economía que permitió soñar con una industria nacional y un modelo que buscaría romper en algún grado con la dependencia de los países centrales; al Uruguay del cambia y “defiende su alegría” con la llegada del FA. Marcado por un crecimiento importante en desarrollo humano y generación de derechos civiles, en resumen, contextos transformadores marcados por la construcción de un imaginario popular de algarabía y esperanza popular.

El Estado en el centro de la discusión de ambos períodos, intervencionismo y fuerte presencia del mismo en todos los aspectos de la vida de la población. En el primer período se vislumbran claras intenciones de modernizar un aparato estatal de modo que asuma un rol más amplio que el de juez y gendarme, adecuándose a un contexto productivo y social nuevo. Mientras que durante la primera Presidencia del FA, y las dos siguientes, el debate recaerá en la reforma del Estado, cambios a nivel de gestión de la cosa pública y alternativas para volverlo más eficiente. La centralidad de los Partidos Políticos como aspecto distintivo, propuestas reformistas que surgen desde sus senos programáticos.

Por último, la emergencia por alcanzar un nuevo modelo productivo que altere los grados de justicia social, en el primer período; y la distribución equitativa de la riqueza en el segundo. Salvando las orientaciones ideológicas en uno y otro momento, hay una orientación del cambio en la matriz productiva que busca una mejoría colectiva.

¹⁸ Durante la primera mitad del S.XX, el Uruguay, fue conocido como “La Suiza de América”, apelativo que hacía referencia a la buena situación política y económica del país en aquella época. Era una forma de realizar una diferenciación del contexto latinoamericano.

Cuadro 2 – Función social del Estado uruguayo de 1942 a 1952

Tópicos	Leyes
Educación	Decreto-Ley N° 10.351/1943: Escuela Nacional de Bellas Artes. Creación Ley N° 10.358/1943: Facultad de humanidades. Creación Ley N° 10.511/1944: Recursos para la creación de escuelas primarias Ley N°11.130/1948: Congreso de estudiantes del interior. Recursos Ley N° 10.225: Universidad del trabajo. Creación Ley N° 10.419: Enseñanza secundaria
Vivienda	Decreto-Ley N°10.153/1942: Instituto nacional de viviendas económicas Decreto-Ley N° 10.333/1943: Desalojos Rurales (beneficios) Ley N°10460/1943: Ley de rebaja de alquileres Ley N° 10.765/1946: Contaduría General. Garantía de alquileres Ley N°10905/1947 de encarecimiento de la vida. Medidas para impedir especulaciones en vivienda, etc. Ley N° 11.129/1948: Nuevo régimen en materia de alquileres
Derechos civiles	Ley N° 10783/1946: Derechos civiles de la mujer. Ley N° 11.520/1950: Hijos adoptivos. Se autoriza a determinados menores para optar por las pasividades generadas por sus padres naturales o adoptivos
Protección de la infancia	Ley N°10.428/1943: Consejo del niño. Se destina una suma para que se realice una obra de protección a menores de campaña. Ley N°10.666/1945: Código del niño. Ley N°11.024/1948: Fondo Internacional de socorro a la infancia. Se concede un millón de Dólares como aporte de la República. Ley N° 11.079/1948: Difteria. Se da una suma para la lucha antidiférica en el medio escolar.
Legislación obrera	Decreto-Ley N° 10.311/1943: Licencia anual de los trabajadores. Se extiende a varios gremios el beneficio Ley N°10.449/1943: Negociación colectiva. Consejos de Salarios. Creación Ley N° 10.471/1944: Bosques, montes y turberas. Se extienden beneficios a los trabajadores, y se dan normas protectoras complementarias. Ley N°10.530/1944: Pensiones a la vejez Ley N° 11.610/1950: Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales Cajas de jubilaciones en distintos rubros: N° 10.318, 10.331, 10.502
Alimentación	Ley N° 11.088/1948: Conferencia de Nutrición (FAO). Recursos Ley N° 10997/1948: Modificación del Instituto Nacional de Alimentación Ley N° 11.601/1950: Artículos de primera necesidad. Sanciones para las infracciones Ley N° 11.651/1951: FAO. Subvención Ley N° 11.751/1951: Huertas familiares

Fuente: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/>>

Observaciones: elaboración propia

5 EL SECTOR SALUD

5.1. Antecedentes a la Ley de Mutualismo

La evolución de la normativa nacional en materia de salud está comprendida por momentos diferentes que van desde el siglo XIX a nuestros días. Estos momentos comprenderán a hechos administrativos-legislativos y/o constitucionales de los dos períodos de estudio, los mismos serán desarrollados en extenso en el próximo ítem de este capítulo. Pero primero, repasemos las instancias previas más significativas del sector, desde una perspectiva histórica amplia, ya que solo recorriendo la coyuntura que antecedió a las reformas podremos contextualizar y analizar las mismas.

Los primeros pasos comienzan, tempranamente, con la Constitución de 1830¹, que si bien no contenía una enunciación tácita de derechos sociales o económicos (propio de las constituciones de la época), ni de la asistencia sanitaria en específico, colocaba a la protección de la vida como un valor jurídico que el Estado debía atender o defender (DELPIAZZO, 2009), es claro que no se trata de una enunciación directa del concepto de salud como lo entendemos contemporáneamente, dado que encuadra en una generación de derechos posteriores, pero lo que se quiere dejar en claro es la intención de protección de los individuos, en frases como la que trae la Sección XI del texto (Disposiciones generales): “Artículo 130º: Los habitantes del Estado tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad y propiedad.” (URUGUAY, 1830)

Veinte años después, un segundo hito en la historia previa a la consolidación de una organización sistémica, es la creación de las primeras asociaciones mutuales para la prestación de servicios de salud; Asociación Española de Socorros Mutuos (1953), las asociaciones francesa, italiana, napolitana, el Círculo Católico y la Fraternal Unidad (todas en 1954). Dichas instituciones constituirán la base de organización de todo el SS a lo largo de la historia, y objeto central en el primer período de estudio de este trabajo.

Ya hacia comienzos del siglo XX se promulgará la ley de Asistencia Pública Nacional (1910), la cual será una de las piedras fundamentales en la búsqueda del bienestar por parte de los Gobiernos batllistas (Primer batllismo), en ella se pretendía atender necesidades sociales de salud de los sectores desprotegidos y sin amparo de prestador privado, establece el principio de gratuidad y el deber estatal de prestar el servicio en los casos sin condiciones para sustentarlos.

La consolidación constitucional de lo anterior se dará por medio de la Constitución

¹ La Constitución uruguaya (1830) ha sido reformada en varias oportunidades, se introdujeron cambios en los años 1918, 1934, 1942, 1952, 1967 y la última, en 1996.

de 1918², en la cual se reconocerá la descentralización autonómica de la Asistencia Pública e Higiene (competencia del Consejo Nacional de Administración³). Se establecen los consejos autónomos responsables por su administración. Los artículos N°. 97 y 100 forman parte del Cap.IV de la Sección VIII.

Entre 1920 y 1934 se dió un período de extensos debates (técnicos, gremiales y políticos) que procuraban la reformulación del aparato sanitario estatal. Sin embargo, en el año 1931, y como preámbulo de la creación del Ministerio de Salud Pública (MSP), se aprueba legislación que consolida la necesidad de fusionar las actividades del sector, unificando los dos consejos (asistencia e higiene) y sumando al Instituto de profilaxis, y por sobre todo creando el Consejo de Salud Pública (MIERES, 1997). La forma en la que fue creado y conducido éste último será determinante para entender las reformas que fueron introducidas a partir de la ley de 1934. A seguir, consideraciones al respecto:

Las circunstancias políticas de la época hicieron que la creación del Consejo de Salud Pública no fuera sólo el fruto del análisis de la organización sanitaria del país sino que fuera principalmente una consecuencia de la reorganización de los entes autónomos. Esta respondía por una parte a razones de equilibrio presupuestal del Estado (dada la crisis económica que atravesaba el país en esos momentos) y por otra parte a razones político-partidarias. En este sentido, el texto de la ley de reorganización de los Entes -N° 8.765- que se aprobara casi simultáneamente con la del Consejo de Salud Pública, (...) Pese a las constantes declaraciones respecto a la necesidad de privilegiar los aspectos preventivos, la tendencia asistencialista del sistema seguiría consolidándose. El cuerpo de leyes necesarias para el funcionamiento del Consejo de Salud Pública nunca se elaboró. Sólo fue presentado ante el Parlamento, el presupuesto del nuevo organismo. Durante los años posteriores a 1920 el peso relativo de la Asistencia Pública Nacional en el aparato estatal aumentaría considerablemente y en consecuencia alcanzaría una supremacía sobre el Consejo Nacional de Higiene. Este hecho determinó un creciente desfinanciamiento del organismo. Para poder cubrir el déficit derivado de su funcionamiento, se apeló reiteradamente a la creación de nuevos impuestos. (MIERES, 1997, p. 8-9)

La Ley N° 9.202 de 1934 (quinto momento), es conocida como la Ley Orgánica de la Salud Pública (o ley de creación del MSP), surge como producto del cese arbitrario (y sin la participación de los actores involucrados) del proceso de discusión iniciado años antes sobre el destino del sector al producirse el golpe de Estado de Terra en

² La Constitución de 1918, fruto del acuerdo entre el Partido Blanco y el Partido Colorado (conocidos también como Partidos Tradicionales), trae novedades al respecto de la forma de Gobierno (forma y composición del poder Ejecutivo) e innova implementando una fórmula para que se pueda dar el fenómeno conocido como "coparticipación" de los partidos políticos en el gobierno. Esto será una marca distintiva de la democracia uruguaya.

³ El cambio fundamental de la Constitución de 1918 fue la organización bicéfala del Poder Ejecutivo, que se estructuró en dos órganos: el Presidente de la República y el Consejo Nacional de Administración. Competencias del anterior: Instrucción Pública, Obras Públicas, Trabajo, Industrias, Hacienda, Asistencia e Higiene y preparaba el presupuesto general de la Nación. En lo político, fue un régimen de coparticipación de mayoría y minoría en el gobierno.

1933 (DELPIAZZO, 2009). Se trata de una ley que regula la Asistencia e Higiene estableciendo competencias de la policía sanitaria, sistema de organización, régimen de sus funcionarios, gratuidad de los servicios para casos de pobreza notoria, clausura de establecimientos por condiciones de insalubridad; habilitación de títulos para el ejercicio de profesiones vinculadas a la medicina, odontología, farmacéutico y crea la Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social.

Además de lo anterior, en dicho año se produce una nueva reforma constitucional, y en la misma se introduce por primera vez una mención específica a la salud que trae como novedad la prohibición para organizar la SP como un ente autónomo, aunque sí podría ser un servicio descentralizado. El artículo en cuestión es el N° 44, y está vigente hasta nuestros días:

El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes. (URUGUAY, 1934)

5.2. La previa del '43: alternativas y opciones descartadas

Para llegar a la regulación pautada por el decreto-ley 10.384 de 1943 hubo más de veinte años de discusiones sobre cuál debía ser el modelo del SS, si bien finalmente se optó por una salida arbitraria, diversos proyectos fueron discutidos en la previa. A continuación un resumen de los mismos, distintas soluciones para un mismo problema.

En 1931 el director de servicios médicos del Banco de Seguros del Estado impulsó un proyecto de ley que proponía un SS similar al de Alemania (Bismarck)⁴. El mismo tenía como objetivos, asegurar la asistencia médica (AM) de los trabajadores y regular el funcionamiento de las mutualistas. Por otra parte, se preveía un seguro financiado de manera compartida (4 % sobre el ingreso del trabajador, aportes del empleado un 2 %, del patrón y el Estado un 1 % en ambos casos) y sería obligatorio u opcional de acuerdo a dos franjas de ingresos (MIERES, 1997). Se trataba de una propuesta bastante ambiciosa y que se adelantaba mucho a su tiempo en la región, buscaba una cobertura amplia y contaría con subsidios económicos para casos de enfermedad, hospitalización, cobertura de medicamentos, entierro, embarazo y puerperio.

Por otra parte, y según Mieres (1997), en abril de 1937 se elabora otro proyecto de ley para la regulación de las sociedades mutuales, que apuntaba básicamente a reestructurar la organización del sistema de mutualistas, fortaleciendo el mismo a través

⁴ En Alemania la seguridad social había alcanzado un considerable nivel de desarrollo y comprendía que la atención médica era un aspecto subsidiario de la misma.

del Estado, sin regular demasiado su accionar. La fiscalización por parte del MSP hacia las mutualistas sería solo a través del pedido de sus socios o contribuyentes (precisaban de la solicitación de por lo menos un 10 %). Precisaban crear una comisión honoraria de la mutualidad, que tendría en su mayoría, representantes de las mutualistas. Esto era un enclave muy significativo dado que daba a las mutualistas la autonomía suficiente para determinar todo lo más importante de su accionar: prestaciones mínimas, condiciones de ingresos y egresos de socios, condiciones de empleados -técnicos y no técnicos-, fijación de sueldos entre otros. Cabe destacar, que al igual que el anterior proyecto, no fue aprobado. Sin embargo, un término que aparece en el mismo “asistencia médica completa” se quedaría en el texto definitivo, con el mismo grado de ambigüedad que aquí, sin definir lo que implicaba.

En 1938, la Comisión de Salud de la Cámara de Senadores, retomó el proyecto y le hizo cambios significativos que alteraban los notorios privilegios otorgados en el anterior de 1937, cambiaban la prioridad y la colocaban en la forma de brindar los servicios. (*Id. Ibid*). Preveía estímulos para las mutuales pero establecía condiciones al mismo tiempo. Este proyecto tampoco sería aprobado, sólo el contexto de febrero de 1943⁵ dirimiría esta cuestión de larga data.

5.3. Decretando los primeros pasos de un Sistema de Salud

La regulación que trae el decreto-ley de Mutualistas de Asistencia 1943, N° 10.384, busca establecer la organización y funcionamiento de sociedades y organizaciones afines (SS privado), el cual se estimaba que para la época ya tenía en torno a 300.000 afiliados (ODDONE et al, 1997). Se trata de un texto con doce artículos, firmado por el Presidente de facto Baldomir y su Ministro de Salud, Juan C. Mussio Fournier; lo primero que es colocado a consideración en el Artículo 1 son las pautas que definen a las distintas categorías (cuadro 4) que existen entre los prestadores privados .

⁵ Las cámaras legislativas se encontraban disueltas, el Gobierno dictatorial estaba a punto de cesar. Se buscó una solución inmediata, sin pensar en la búsqueda de consensos o acuerdos. Lo único que se pretendía era terminar con una discusión de larga data e implementar a la mayor brevedad posible las nuevas medidas. Si bien recoge algunos de los elementos traídos por los proyectos mencionados, la base es diferente de las de todos los anteriores. (DELPIAZZO, 2009; MIERES, 1997)

Cuadro 4 – Características de las categorías establecidas por la Ley No 10.384/1943

Tipo		Función	Características/ Finalidad	Subsidio de MSP	Fines de lucro	Exonera impuestos
A	Mutuales	Socorro mutuo	AM completa. Capital Social de todos sus integrantes	SI	NO	SI
B	Producción sanitaria	Gremial médica	Personería jurídica. Finalidad ídem A			
C	Patronales o gremiales de AM	Industrial, Comercial o Gremial	Asistencia y socorro a empleados u obreros o integrantes. Asimiladas por las mutualistas			
D	Médicas de asistencia	Profesional	AM a suscriptores pagos. Capital social de técnicos	NO	SI	NO
E	Comerciales de asistencia	Particulares, instituciones mercantiles	Capital propio. AM y otros servicios mediante contratación de personal técnico.			

Fuente: URUGUAY, 1943

Observaciones: elaboración propia

En cuanto a otros aspectos de la legislación en cuestión, se establecieron derechos básicos comunes para los asociados de todas las categorías y mecanismos de fiscalización y/o inspección. Los mismos serían de amplia potestad del Poder Ejecutivo, y no sólo a través del MSP. Los principales puntos a ser observados serían: cumplimiento de estatutos sociales en cuanto a la organización y funcionamiento de servicios técnicos, cumplimiento de las normas legales para la organización interna y elección de autoridades, observación de la gestión financiera y control de registros en el MSP.

Dentro de lo no regulado se encuentran los montos para las cuotas, criterios de ingreso, estándares mínimos en la prestación de servicios ni las formas de organización interna (estatutos, etc.) (MIERES, 1997).

Por otra parte, se denota una intención de articulación y coordinación de las actividades entre las mutualistas a través de lo siguiente:

Artículo 9º (...) El Ministerio de Salud Pública propiciará la Federación de Sociedades Mutualistas de Asistencia Médica para atender servicios especializados y favorecerá por todos los medios a su alcance su más eficaz desenvolvimiento. (URUGUAY, 1943)

Al respecto del MAS que se consolida con esta regulación podemos señalar algunas cosas; se trata de un tipo de organización de la producción de servicios en salud “médico-céntrico”, tanto la administración-gestión, como todas las cuestiones técnicas son dominadas en su integridad por la categoría médica. A pesar de que el gremio médico, quien es prestador de servicios privados a través del CASMU⁶ y principal categoría técnica en la producción de servicios (y por tanto doblemente parte interesada), no concordó con el texto definitivo, sobre todo porque no tuvieron participación en la creación del mismo, la categoría en sí, no fue perjudicada en su status quo, inclusive podría deducirse que a través de esta regulación se termina por consolidar como principal actor dentro del SS. Este proceso, sin embargo, no comenzó con el neobatllismo, sino que se trata de un empoderamiento progresivo que va desde comienzos del siglo XX:

(...) cabe destacar la comunión de ideas que existía entre las autoridades de la Facultad y las del gobierno nacional, principalmente a partir de la primera presidencia de Batlle. Este tenía entre sus prioridades, el fortalecimiento de la enseñanza (incluida la universitaria) (...). Los proyectos de expansión de los servicios de la Facultad de Medicina se concretaron en gran medida por la asignación de recursos suficientes. Un símbolo muy claro de la importancia que se le dió a la Universidad en esos años, y en particular a la Facultad de Medicina, fue la construcción de edificios universitarios de relevancia desde el punto de vista arquitectónico. El plan de estudios de la Facultad, tuvo una reforma significativa en 1905 a instancias de su decano el Dr. Navarro. Este plan, que en realidad era el plan de estudios francés con alguna variante, introducía una fuerte formación práctica a nivel del hospital y una menor incidencia de las clases teóricas. (MIERES, 1997, p. 4)

Pero no se trata únicamente del actor médico cuando se pretende contextualizar al modelo de producción de servicios de salud en un país, existen otros debates que también atraviesan la cuestión, como por ejemplo, que se trata de construcción concreta de recursos (financieros, materiales y de fuerza de trabajo), tecnologías y modalidades de atención, articulados de manera de construir una de estructura productiva dada y un cierto discurso, proyectos y políticas que aseguren su reproducción social (COELHO, 2008): esto sería el modelo de atención.

En el caso de Uruguay, como en varios países del mundo y la región, en los ‘40 y los ‘50 se produce una consolidación de lo que se conoce como el modelo biomédico hospitalo-céntrico⁷ (hegemónico hasta nuestros días), de inspiración flexneriano⁸, esto

⁶ CASMU fue incluido dentro de la categoría D, por lo que se transformaba en una institución que persigue fines de lucro y no era exonerada de impuestos. El gremio médico también criticó la inclusión de la quinta categoría, la E, tal fue la molestia que en diciembre del mismo año la Comisión de Higiene y SP de la cámara de representantes ya tenía un proyecto con modificaciones al sancionado en febrero (MIERES, 1997)

⁷ Características del modelo: individualismo, proceso de salud-enfermedad como mercadería, énfasis en los aspectos biológicos del proceso de salud-enfermedad, ahistoricidad de la práctica médica, medicalización de los problemas, prevalencia de la medicina curativa, estímulo al consumismo médico y participación pasiva de los usuarios (pacientes). (PAIM, 2012)

⁸ El informe Flexner fue publicado en 1910 trae como principales aportes se destacan los siguientes: “O

se da tanto por el cambio en la orientación de la formación profesional médica (que ya se venía implementando en el país desde comienzo del siglo XX), como también por la inclusión por parte del Estado al financiamiento de grandes obras hospitalarias, y el destino de recursos para financiar el perfeccionamiento de conocimientos científicos que mejoren la calidad de vida de las poblaciones, sobre todo en lo que atañe al combate de epidemias infectocontagiosas.

Partiendo de que que los niveles de salud de la población expresan la organización social y económica del país, veremos un resumen de las principales legislaciones aprobadas durante en el primer período de estudio (cuadro 5), a partir de medidas concretas en salud y determinaciones sociales en salud se reflejan momentos de transformación mayor del concepto de bienestar en salud. Pero primero, una descripción de las categorías utilizadas para ordenar el conjunto de leyes.

El primer tópico refiere a la aprobación de recursos de diferente naturaleza para la construcción de obras de carácter hospitalarias y/o la compra de recursos propios del complejo médico-hospitalario (ambulancias, equipamientos para diagnóstico y tratamiento). A propósito de lo anterior:

Durante praticamente todo o Século XX o Hospital e seu quadro médico ocupou uma posição de centralidade na organização dos sistemas de saúde de praticamente todos os países do ocidente. Falar de sistema de saúde se restringia, quase sempre, a discutir como organizar médicos e hospitais. (...) Em seu interior, o trabalho para a salvação da alma deu lugar a uma prática clínica para o estabelecimento da saúde corpo. Uma das mais importantes consequências é que pela primeira vez em toda a história do hospital, seus serviços deixaram de ser procurados apenas pelos pobres. (...) Passou a ser o centro mais importante de pesquisa, ensino, aprendizagem e dispensação de cuidados médicos. Esse período (...) coincide (...) com o reconhecimento de direito e de fato da medicina como profissão. (COELHO, 2008, p. 6)

En el campo de la salud, la vigilancia está históricamente relacionada a los conceptos de salud y enfermedad presentes en cada época y lugar, las prácticas de atención a los enfermos y a los mecanismos adoptados para intentar impedir la diseminación de las enfermedades. Al respecto de la vigilancia en salud, un breve histórico y justificativa para su inclusión como categoría en dicho período:

A partir da década de 1950, o conceito de 'vigilância' é modificado, deixando de ser aplicado no sentido da 'observação sistemática de

ciclo clínico deve-se dar fundamentalmente no hospital, pois ali se encontra o local privilegiado para estudar as doenças. Nas palavras do próprio Flexner: "O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta"(...) As posturas são assumidamente positivistas, apontando como único conhecimento seguro o científico, mediante a observação e a experimentação. A ciência substitui a arte. O método científico, assumido como a forma legítima de produzir conhecimento, exprime o processo de racionalização que atinge o Ocidente. (...) (PAGLIOSA et al,2008, p. 496)

contatos de doentes', para ter significado mais amplo, o de 'acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade', com o propósito de aprimorar as medidas de controle (Waldman, 1998). Em 1963, Alexander Langmuir, conceituou 'vigilância em saúde' como a "observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la" (Brasil, 2005). (BOCATTO, s.d., p. 2)

El tercer y cuarto tópico están íntimamente relacionados entre sí, y tienen que ver con el intuio de un proyecto de país que apostaba a la construcción de un modelo desarrollista en lo económico y social, el cual indefectiblemente debería estar sostenido en la generación de conocimiento científico. La apuesta por la medicina especializada, tendencia de la época a la fragmentación del conocimiento, se ve reflejada en la asignación de recursos para la participación-organización-capacitación en diversos eventos técnico-científicos (nacionales e internacionales), así como la creación y fomento de investigaciones sobre las principales enfermedades (humanas y animales) que pudiesen llegar a afectar la salud colectiva de la población, sobre todo teniendo en vista el modelo productivo pretendido.

La quinta categoría de leyes es la que responde al concepto de determinación social en salud⁹, como primera conceptualización tomaremos la siguiente:

A determinação social da saúde está muito além de determinantes isolados e fragmentados que, sob uma perspectiva reducionista, são associados com fatores clássicos de riscos e estilos de vida individuais. Não devemos permitir que o conceito de determinantes sociais seja banalizado, ou reduzido, simplificando-o ao tabagismo, ao sedentarismo, ou a uma inadequada alimentação. O que precisamos reconhecer é que por trás dessas práticas, existe uma construção social baseada na lógica de uma cultura hegemônica (...) (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2011, p.1).

La vida humana está determinada socialmente en todas sus dimensiones. Se trata de entender que lo se está observando son las posibilidades de realización de los humano, y el acceso a los productos necesarios para tal fin, dependen por tanto del grado de desarrollo de las fuerzas productivas, así como de las relaciones de producción establecidas en cada formación social. (ALBUQUERQUE et al, 2014)

Por último, el tópico que nuclea a los aspectos regulatorios del SS, el cual nace como tal a partir de dichas leyes y/o decretos que ahí se encontraran.

⁹ El concepto de determinación social de la salud tuvo una notoria importancia para la epidemiología social y medicina social latinoamericana, ejemplo de ello es el movimiento sanitario brasileño de los años '80. Cabe destacar también, que como postulado forma parte de lo que se conoce como Teoría de la Producción Social de Salud, la cual abarca lo colectivo y el carácter histórico-social del proceso de salud-enfermedad (ROCHA et al, 2015).

Pero, ¿cómo se relacionan estos aspectos reformistas del sector con las transformaciones estructurales discutidas en el capítulo anterior? ¿Qué relaciones existen entre las categorías y los distintos contextos? Existen varios puntos que encuentran anclaje, el cual es dialógico, no sólo se trata de fuerzas que impulsan desde lo micro a lo macro, en varios momentos sucede también a la inversa.

Al revisar la legislación de todo el período (1942-1952), analizando sus textos y sus principales propósitos, se notó que mucha regulación de la época podría encuadrarse en distintas categorías dada la similitud y naturaleza, así como el grado de repetición con el que aparecían, las mismas, que ya fueron definidas previamente, fueron pensadas teniendo en cuenta el grado de pertenencia a lo pretendido en este trabajo.

Al registrar tantos esfuerzos legislativos por regular aspectos de la salud animal (como parte de una “Vigilancia en Salud”, que si bien no existe como servicio concreto, queda claramente evidenciada la vocación de fiscalización del Estado a través de su dependencias en MSP), es así que se percibe una asociación bien marcada con la protección de un modelo ganadero-exportador, en crisis. La implementación de medidas para contención de plagas que atacan al ganado en pie, creación de laboratorios de investigación de enfermedades relacionadas a la producción ganadera (asociado a la categoría de “Investigación” también), control y fiscalización de productos (como la leche) son providencias tomadas sobre la Salud Ambiental, que en un contexto de análisis amplio de la salud, afectará claramente a las poblaciones (sea por consumo directo, rentas u otros aspectos de la vida).

Sumado a lo anterior, el modelo productivo desarrollista que es pretendido en el período se ve impulsado cuando se encuentran grandes esfuerzos por regularizar las situaciones de saneamiento y agua potable en el país. Estos aspectos, que corresponden a la categoría de “Determinación Social en Salud” y tendrán efectos en dos sentidos: por un lado, contribución sensible a un mejoramiento del perfil epidemiológico de la población, atacando directamente la proliferación de enfermedades contagiosas. Este efecto repercutirá en la vida de los ciudadanos, quienes se encontrarán en mejores condiciones de salubridad y más aptos de un modo eficiente, para constituirse en manos de obra del modelo productivo. Se trata de una consolidación de la población económicamente activa, fortaleciendo y providenciando medidas preventivas.

El contexto de la matriz de bienestar social del país está contemplada -de un modo genérico- en todas las categorías presentes en cuadro 5, sin embargo, la correspondiente a “Sistema de Salud”, se encuentran las leyes que vinieron a contribuir con la organización y regulación de los prestadores privados de salud, marcando pautas y normas que empiezan a delinear acciones sistémicas en el sector sanitario. Se fortalece así, el rol del MSP como máxima autoridad sanitaria y se establecen acuerdos/cooperaciones con organismos externos, que contribuirán al delineamiento

del MAS y otros aspectos de la gestión de la SP en el país.

Al respecto del contexto cultural que afecta la producción de los servicios en salud, se encuentran grandes esfuerzos en las categorías de “Educación” e “Investigación”. La apuesta por la innovación científico-tecnológica mediante la creación de laboratorios para la investigación científica y el fomento a la actualización de las currículas de especialidad en medicina mediante diversos intercambios científico-académicos. Estos aspectos, y los mencionados anteriormente, no se encuentran vinculados con los contextos de una forma aislada, sino que existen conexiones entre ellos, ya sea en menor o mayor medida.

5.4. Coyuntura previa de la reforma del 2007

Nuestro segundo período de análisis nos lleva al Siglo XXI, primera década de los años 2000, momento en el que FA llega al poder por primera vez y se pone en marcha una reforma del sector sanitario, postergada desde varias décadas atrás. Antes de adentrarnos en ella, pasaremos a hacer un resumen de algunos puntos que la anteceden.

En las reformas constitucionales de 1952 y 1967 no hubo cambios significativos en materia de salud (DELPIAZZO, 2009); sin embargo, encontramos una serie de medidas o reformas a las leyes vigentes entre el primer y segundo período que fueron introduciendo cambios y adecuaciones al SS que será reformado a partir del 2005. En agosto del año 1953 se promulgó una ley que establecía normas de ordenamiento financiero y reajuste administrativo, en su capítulo II, destinado al MSP, se destaca la declaración de gratuidad para todos los radicados que lo necesiten:

Artículo 62.- (...) tendrán derecho a asistencia gratuita en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública, todas las personas con radicación efectiva en el país, cuyos ingresos globales, por cualquier concepto, no sobrepasen los límites que fijará el Poder Ejecutivo anualmente (...)
(URUGUAY, 1952).

Por otra parte, dicha ley reglamentará en materia de normas para los funcionarios del MSP (capacitaciones obligatorias, requisitos de ingreso y para la permanencia, forma de evaluación de desempeño individual, entre otros aspectos) y ordenamiento en materia de lo técnico y lo asistencial, por ejemplo, ningún funcionario podrá pedir cambio de sector de lo asistencial a lo administrativo, lo que prioriza el mantenimiento del cuadro técnico y la prestación de asistencia por encima de las tareas administrativas.

Unos cuantos años más tarde, ya en los años '80, pero aún durante el período de la última dictadura cívico militar¹⁰, y por medio nuevamente de un decreto-ley, en este

¹⁰ El último quiebre institucional de la democracia uruguaya se dió a partir de la disolución por decreto

caso el N° 15.181 de 21 de agosto de 1981, se volvería a producir una regulación de la AM privada, aunque ello no sería lo único. Se trata de un re-organización general de pautas y normas de la prestación de asistencia.

Cuadro 5 – Leyes aprobadas en materia de SC durante el período 1942-1952

Tópicos		Leyes
Infraestructura e Insumos	Hospitales - centros de salud: recursos y normas	N° 10145/1942: Hospital de Mercedes N° 10306/1943: Hospital Dr. Pedro Visca N° 10361/1943: Recursos para obras en hospitales. N° 11052/1948: Hospital de San José. N° 11494/1950: Centro de Juan Lacaze. N° 11542/1950 - Hospital de niños. Hospital de Clínicas: N°s 10487/1944, 11017/1948, 11454/1950
	Insumos	No 10615/1945: Ambulancias de SP: Compra de chasis No 11580/1950: Instituto de higiene. Recursos para equipos.
Vigilancia en Salud	Vigilancia Epidemiológica	N° 10501/1944: Recursos para controlar epidemias. N° 11413/1950: Lucha antivariólica. Recurso para vacunaciones. N° 11431/1950: Brotes epidémicos que afectan a los niños Tuberculosis: N° 10709/1946, N° 11025/1948
	Salud Ambiental	Sarna Bovina: N° 10163/1942, N° 11199/1948 N° 10720/1946: Industrialización de carne. Régimen animales. N° 11030/1948: Leche. Consumo y contralor sanitario. N° 10894/1947: Exposición científica educativa sobre hidatidosis
	Control Medicamento	N° 11015/1948: Creación de Comisión honoraria.
	Salud del trabajador	N° 11718/1951: Cardíacos. Régimen y facilidades en trabajo.
Educación		Congresos nacionales e internacionales :10699/1946(oftalmología), 10915/1947 (cirugía-tuberculosis), 11766/1951 (mujeres médicas), 11744/ 1951 (pediatría), 10771/1946 (neurocirugía), 10772/1946 (cirugía), 10979/1947 (brucelosis), 11483/1950 (microbiología), 11088/1948 (nutrición-ONU)
Investigación científica		Creación y recursos para Institutos: 10346/1943 (endocrino), 10377/1943 (ciencias biológicas dependiente MSP). Creación y recursos para Laboratorios: 10841/1946 (entomología),10701/1946 (Lab.Rubino-fiebre aftosa)
Determinación Social en Salud	Transporte /Vialidad	N° 10142/1942: Ampliación de carreteras. N° 10980/1947: Transporte público. Utilidad pública. N° 11124/1948: Pavimentación de ciudades del interior. N° 11477/1950: Obras de vialidad.
	Saneamiento Agua Potable	Saneamiento: 10610/1945 (en el interior), 11531/ 1950 (rubros) Agua potable:11907/1952 (creación de Obras Sanitarias del Estado), 10690/1945 y 11589/1950 (deuda pública)
Sistema y Servicios de Salud		Regulación del SS: 10384/1943 (Mutualistas), 11139/1948 (Patronato del psicópata). MSP (Rubros): 11459/1950, 11697/1951, 11137/1948. Convenios internacionales: 10807/1946 (Inst.asuntos interamericanos de EUA), 10836/1946 (Lucha contra la langosta), 10526/1944 y 11734/1951 (Serv. panamericano de SP). Otros: 11398/1949 (Inst. nacional del ciego) y 11388/1950 (Morquio, infantes con problemas mentales).

Fuente: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/>>

Observaciones: elaboración propia

de las cámaras legislativas por parte del entonces Presidente electo constitucionalmente en 1971, Juan María Bordaberry, el día 27 de junio de 1973, y se extendería hasta 1984.

Algunos puntos destacados se encuentran por ejemplo en el artículo 1, en el cual se establece la pertenencia de la prestación de servicios de salud a la seguridad social del país (sea por medio de organismos privados como públicos). También lo que trae el artículo 2, donde se determina que los profesionales que podrán ejercer la asistencia, serán únicamente tres: medicina, odontología y obstetricia (parteras). Lo más destacado será la diferenciación entre prestación colectiva (instituciones que se organicen y funcionen bajo esta ley), prestación particular (los profesionales habilitados por el artículo 2, pueden ser prestaciones de servicios parciales o totales; y a su vez se regula que las instituciones pueden prestar servicios individualizados donde los usuarios pueden ser internados solos y elegir profesionales) y prestación pública (las que presten las personas jurídicas públicas). Por último se reorganizan las categorías establecidas por el decreto ley de 1943 siendo a partir del momento de la siguiente forma:

Artículo 6º: Las instituciones privadas de asistencia médica colectiva serán de los siguientes tipos: a) Asociaciones Asistenciales, las que inspiradas en los principios del mutualismo y mediante seguros mutuos otorguen a sus asociados asistencia médica y cuyo patrimonio esté afectado exclusivamente a ese fin. b) Cooperativas de Profesionales, las que proporcionen asistencia médica a sus afiliados y socios y en las que el capital social haya sido aportado por los profesionales que trabajen en ellas. c) Servicios de Asistencia creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar, sin fines de lucro atención médica al personal de dichas empresas, y eventualmente a los familiares de aquel. (URUGUAY, 1981)

Ya en 1987, y con un gobierno electo democráticamente¹¹, se sanciona la ley Nº 15.903 “Rendición de cuentas y Balance de ejecución presupuestal”, la cual -y entre otros tantos tópicos abordados- procuraba la creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Dentro de los aspectos más destacados se encuentra su dependencia al MSP (artículo 267) y su competencia para la dirección de la administración de los establecimientos de atención médica del MSP (artículo 269). A su vez, ASSE se encargará de la organización del Primer Nivel de Atención en base a médicos de familia y según lo establecido por la ley y supervisión del MSP (artículo 270).

Durante los años '90 el SS experimentó una serie de presiones para transformarse y adaptarse, las mismas se encontraban asociadas tanto el cambio del perfil epidemiológico y demográfico, como a los cambios registrados por el mercado de trabajo; éstos alteran la naturaleza social y solidaria de la prestación de salud como parte de la matriz de bienestar social (SETARO apud MANCERO, 2010). Una normativa que la llegada del FA al poder, el sector salud, al igual que otras áreas, presentaban indicadores sociales

¹¹ El Partido Colorado conquistó la Presidencia en las elecciones de 1984 mediante la fórmula Sanguinetti-Tarigo. El período de Gobierno abarcó de 1985 a 1990.

y económicos deficientes tras años de aplicación de la receta neoliberal. Si bien se habían registrado índices de crecimiento significativos durante los períodos 1974-1981 y 1991-1998, los mismos se habían producido en clave de exclusión (FERNÁNDEZ GALEANO et al, 2015), por lo tanto, estos resultados no se vieron impactados en el sector sanitario, ni en la matriz de bienestar en general¹². Por otra parte, un mercado de trabajo deteriorado, marcado por los procesos de flexibilización, informalidad y precariedad.

El gasto en salud era fuertemente inequitativo de acuerdo el tipo de cobertura, el subsector privado gastaba, per cápita, tres veces más que el público¹³. También sobre la cobertura, se distribuía de forma fragmentada y segmentada (cuadro 6) con profundas inequidades asistenciales, esto es así no sólo por lo invertido per cápita, sino que también por la calidad de la prestación asistencial. Por otra parte, el grado de integración de los dos subsistemas era escaso y la complementación entre ambos nula dado el grado de mercantilización del SS (SETARO apud MANCEBO et al, 2010). ue se destaca durante la década de los '90¹⁴ es la reorganización del Fondo Nacional de Recursos¹⁵ mediante la ley N° 16.343/1992 y trae regulación en materia de medicina especializada, determinando que el Poder Ejecutivo tiene la facultad de poder instaurar Institutos de Medicina destinados a diagnóstico y tratamiento de enfermedades que así lo requieran (art.1). El fondo estará compuesto por aportes de tres naturalezas distintas: el Estado (para cubrir a los ciudadanos dependientes de la asistencia pública por no poseer otro tipo de cobertura), Estado para Entes Autónomos Servicios descentralizados y Administraciones departamentales (cobertura de quienes tuvieran los mismos a cargo) y el de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), cobertura de sus afiliados.

Otro aspecto regulado durante el mismo año, 1992, es lo que tiene que ver con lo dispuesto por el Decreto N° 258/992, el cual regulaba la conducta médica¹⁶ y los

¹² En palabras de quien fuera el Director General de Secretaría del Ministerio de Salud Pública, y “padre intelectual” de la reforma de la salud durante el primer Gobierno del FA, el economista Daniel Olesker: “La reforma del Sistema de salud estuvo presente en el programa de gobierno del Frente Amplio desde su fundación. Sin embargo el tramo final de los años 90 y los principios del Siglo XXI marcan un punto de inflexión en esa lógica programática con la incorporación de una visión sistémica e integrada entre el sistema público y el sistema mutual y la incorporación del FONASA como institución de financiamiento” (FERNÁNDEZ GALEANO et al, 2015, p. 13).

¹³ La red de servicios públicos estaba presente en todo el territorio nacional antes de la reforma, sin embargo, presentaba un gran deterioro debido al bajo grado de inversiones y mantenimiento (SETARO apud MANCEBO et al, 2010)

¹⁴ De 1990 a 1995 sería el Partido Nacional, con Luis Alberto Lacalle como Presidente. Se trató de un Gobierno con inclinaciones neoliberales y durante el cual se intentaron aplicar varias de las recetas del Consenso de Washington, la mayoría de ellas sin mayor éxito, y frenadas por consultas populares.

¹⁵ Tendrá carácter de persona pública no estatal, administrada por una comisión honoraria. La misma será integrada por tres representantes del MSP (uno de los cuales es el ministro de SP), Ministerio de Economía y Finanzas, tres representantes de IAMC o Asociaciones de Segundo Grado, un representante de los Institutos de Medicina Altamente especializada, un representante del BPS

¹⁶ Basado en Código de ética Médica de Academia Nacional de Medicina (DELPIAZZO, 2009, p113).

derechos del paciente¹⁷ en todas las dependencias del MSP y ASSE (DELPIAZZO, 2009, p. 113).

Yendo finalmente a los primeros años del 2000¹⁸, en el año 2001 se promulgó un decreto (Nº 204/001) por medio del cual se daba carácter de obligatorio a lo dispuesto por decreto anteriormente analizado Nº 258/992. Se buscaba efectivizar lo dispuesto en prestadores particulares, colectivos y públicos. Por su parte, en el '92 se aprueba el decreto Nº 297/002 que aprueba la cartilla de deberes y usuarios de los Servicios de Salud, introduciendo al ordenamiento jurídico nacional una serie de definiciones como: servicio de salud, usuario del servicio de salud, organizaciones de usuarios, entre otros (DELPIAZZO, 2009).

5.5. La previa a la reforma del FA

A la llegada del FA al poder, el sector salud, al igual que otras áreas, presentaban indicadores sociales y económicos deficientes tras años de aplicación de la receta neoliberal. Si bien se habían registrado índices de crecimiento significativos durante los períodos 1974-1981 y 1991-1998, los mismos se habían producido en clave de exclusión (FERNÁNDEZ GALEANO et al, 2015), por lo tanto, estos resultados no se vieron impactados en el sector sanitario, ni en la matriz de bienestar en general¹⁹. Por otra parte, un mercado de trabajo deteriorado, marcado por los procesos de flexibilización, informalidad y precariedad.

El gasto en salud era fuertemente inequitativo de acuerdo el tipo de cobertura, el subsector privado gastaba, per cápita, tres veces más que el público²⁰. También sobre la cobertura, se distribuía de forma fragmentada y segmentada (cuadro 6) con profundas inequidades asistenciales, esto es así no sólo por lo invertido per cápita, sino que también por la calidad de la prestación asistencial. Por otra parte, el grado de integración de los dos subsistemas era escaso y la complementación entre ambos nula dado el grado de mercantilización del SS (SETARO apud MANCEBO et al, 2010).

¹⁷ Basado en declaración aprobada por la Asamblea de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales (1973) y la Carta de derechos del paciente del Hospital Maciel (DELPIAZZO, 2009, p113).

¹⁸ Durante el primer lustro del 2000, se da la Presidencia del Dr. Jorge Batlle por el Partido Colorado.

¹⁹ En palabras de quien fuera el Director General de Secretaría del Ministerio de Salud Pública, y “padre intelectual” de la reforma de la salud durante el primer Gobierno del FA, el economista Daniel Olesker: “La reforma del Sistema de salud estuvo presente en el programa de gobierno del Frente Amplio desde su fundación. Sin embargo el tramo final de los años 90 y los principios del Siglo XXI marcan un punto de inflexión en esa lógica programática con la incorporación de una visión sistémica e integrada entre el sistema público y el sistema mutual y la incorporación del FONASA como institución de financiamiento” (FERNÁNDEZ GALEANO et al, 2015, p. 13).

²⁰ La red de servicios públicos estaba presente en todo el territorio nacional antes de la reforma, sin embargo, presentaba un gran deterioro debido al bajo grado de inversiones y mantenimiento (SETARO apud MANCEBO et al, 2010)

²¹ El Hospital de Clínicas es el Hospital Universitario de la Facultad de Medicina de la UDELAR, en él se prestan servicios públicos a causa de ser un hospital escuela.

Cuadro 6 – Cobertura (%) según tipo de servicio utilizado (año 2006)

Cobertura amplia, fuertemente estratificada					
Subsistema Público		Subsistema Privado		Otros	No se atienden
ASSE	40,6%	IAMC	43,6%	0,8%	2,7%
Hospital de clínicas ²¹	0,3%				
Sanidad policial	2,7%	Seguro privado parcial	1,2%		
Sanidad militar	4,1%				
Policlínica Municipal	2,3%	Seguro privado total	0,9%		
Banco de Previsión Social (BPS)	0,8%	Servicio quirúrgico	0,0%		

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2007

Observaciones: elaboración propia

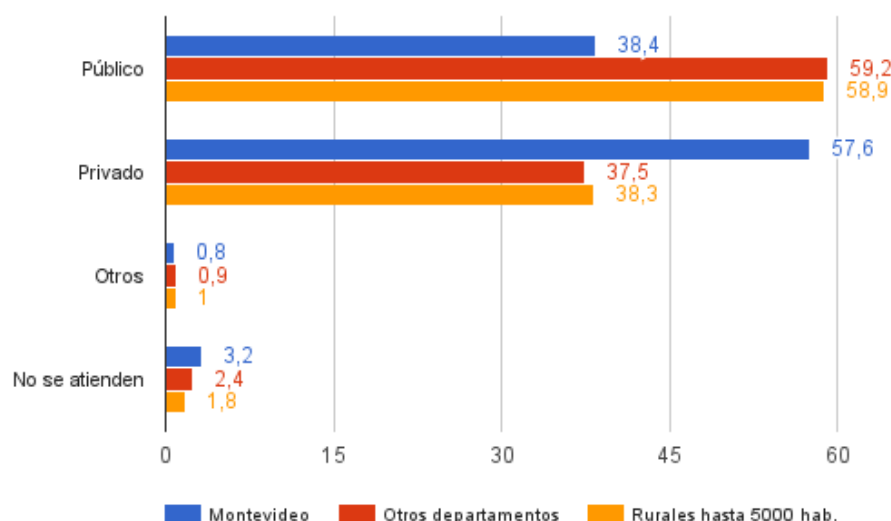
A modo de desglosar mejor el panorama de la cobertura del SS antes de la reforma, se ofrecen a continuación los resultados, para el año 2006, sobre la utilización del tipo de servicio según la posición geográfica (figura 1). Mientras que en la capital prevalecen los prestadores privados, en los otros departamentos la mayoría de la población utiliza los servicios públicos. El porcentaje de la población que no se atiende no llega ni a un 5 % del total.

Al respecto de las personas sin cobertura (sin derecho de asistencia), podemos decir que previo a la reforma, el número ascendía a un 3,8 % total, siendo un 4,5 % en Montevideo, un 3,4 % en el conjunto de los otros 18 departamentos y un 3 % en las localidades rurales de menos de 5000 habitantes (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, 2007, p5).

En materia de financiamiento, según el Instituto Nacional de Estadística (2007), para el año 2006, y de acuerdo a los desempeños del total del país, el 44 % de los afiliados a instituciones privadas obtenían financiamiento a través de la Seguridad Social (estos porcentajes son mayores en el total de los 18 departamentos que no son la capital). El financiamiento de la cobertura privada (utilización de los servicios privados) se repartía así, para el total del país, año 2006: paga un empleador de algún miembro del hogar (9,5 %), un familiar que no integra el hogar (4,8 %), Seguridad Social (BPS, DISSE²² o similar) un 43,7 %, un miembro del hogar -particular- (41,6 %) y otros un 0,3 % (*Id. Ibid.*, p. 17).

²² DISSE quiere decir Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad. El mismo ya no existe, fue sustituido una vez instaurado el FONASA.

Figura 1 – Cobertura (%) según localidad y tipo de servicio utilizado - Año 2006



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2007

Observaciones: elaboración propia

Al respecto de lo anterior, el porcentaje de personas que debían pagar de su bolsillo para la cobertura era muy alto, y representaban una porción grande del ingreso de los servicios privados, esto se constituía a su vez en una de las principales barreras de acceso para obtener asistencia médica para dicha población no asegurada. También había una no correspondencia entre lo que se pagaba per cápita, por parte de la seguridad social o particular, y lo que el prestador esperaba por sus servicios (FERNÁNDEZ GALEANO et al, 2015); lo que provocaba la expulsión del SS de aquellos que implican más gastos para los prestadores, ejemplo: enfermos crónicos, que dado el cambio de perfil epidemiológico cada vez crecían más y más en número, y por tanto se constituían en un grave problema sanitario a resolver.

En cuanto al aseguramiento, el mismo está vinculado al trabajo formal, y teniendo en cuenta los niveles desocupación (16%) e informalidad al momento de la llegada del FA al poder (FUENTES, 2013), esto constituía una fuente de preocupación seria. Según Setaro apud Mancebo et al (2010) el BPS daba cobertura integral en salud solo a trabajadores que cotizaban. En cuanto a las familias, las mismas solo recibían cobertura en determinados momentos (mujeres embarazadas, niños hasta los 6 años).

La principal fuente de equidad, que es el acceso garantizado a la protección social solo amparaba al 20% de los uruguayos, no incluía cobertura familiar y tenía restricciones para elegir al sector público como prestador de salud. (FERNÁNDEZ GALEANO et al, 2015, p. 10)

En lo que atañe al MAS, y como ya se había introducido para el período anterior, más allá de la distancia en años entre uno y otro, la hegemonía del modelo biomédico continuaba firme al momento de plantear la reforma del 2007. Una atención basada en la medicalización y alta especialización (médica y tecnológica) que se traduce en una atención fragmentada y despersonalizada. A lo anterior, se suma la competencia entre los prestadores privados, la cual responde a lógicas de mercado que prioriza la promoción de los servicios más lucrativos (basados en tecnologías complejas), contribuyendo al alejamiento de propuestas preventivas y promotoras, ya que las mismas implican la utilización de tecnologías leves y de intervención profesional (SETARO apud MANCEBO et al, 2010; MERHY, 1998).

Por su parte, los servicios públicos se concentraban en la población carente de recursos y sin capacidad de pago, tal cual fue su naturaleza desde la creación del SS. Y en lo que atañe al MSP, no ejercía en la práctica sus competencias de rector social del SS.

5.6. La propuesta de reforma del FA

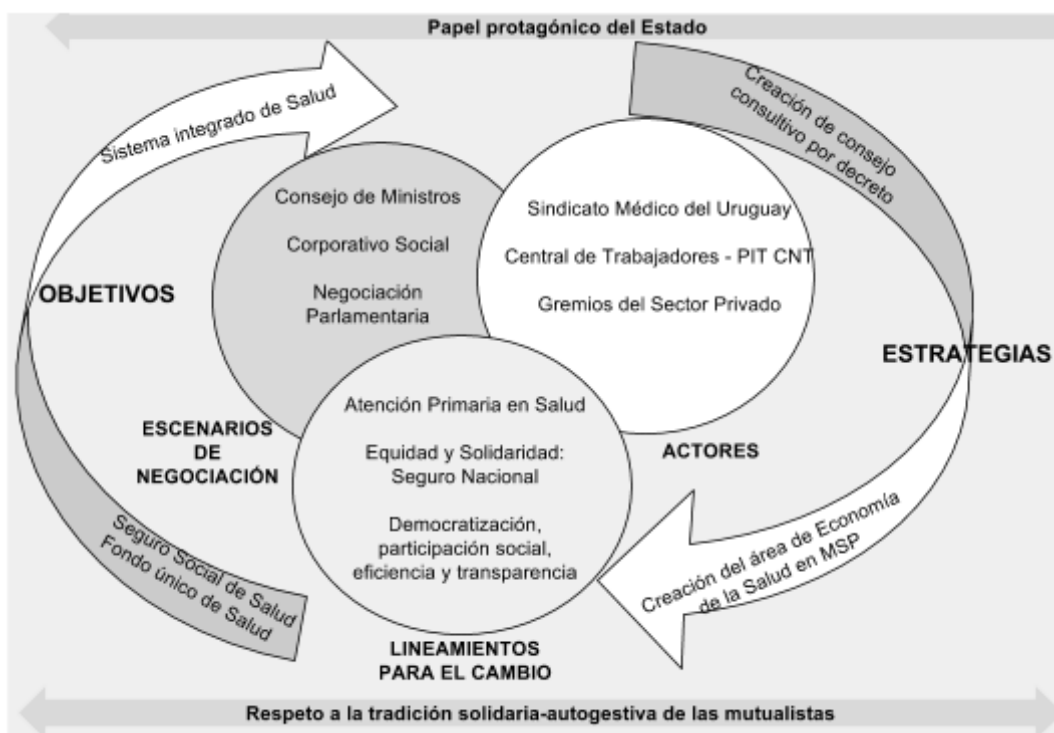
La reforma propuesta por el Primer Gobierno del FA se encontraba descrita, en líneas generales, en el apartado de políticas sociales de las bases programáticas presentadas para la elección nacional de 2004. Las mismas fueron producto del V Congreso extraordinario del Frente Amplio en diciembre del 2003. A grandes rasgos, el proyecto que fue aprobado mediante la sanción de las distintas leyes a partir del 2005, es el que la fuerza política delineó (figura 2).

A pesar de ello, y dada la intención de incorporar la participación social a la construcción de la reforma, una vez en el Gobierno y como una de sus primeras estrategias, se crea con carácter consultivo (no resolutorio), el Consejo Consultivo para la implementación del SNIS. El mismo buscaba fortalecer el diálogo y compromiso con los distintos actores sectoriales (SETARO apud MANCEBO, 2010). Sumado a esa implementación, y a modo de fortalecer las capacidades técnicas del aparato estatal para la reforma propuesta, se creó un área técnica específica dentro del MSP (Economía de la Salud), esto en substitución de las consultas que antes se realizaban al Ministerio de Economía y Finanzas.

Los principales objetivos eran la superación del SS mixto (privado y público por separado) para pasar a uno de corte integrado (FRENTE AMPLIO, 2003); la construcción de un tipo de aseguramiento parecido al modelo de seguridad social alemán, Bismarck²³, y la construcción de un fondo de financiamiento unificado y centralizado,

²³ Según Fuentes (2013) las principales características del modelo Bismarck de atención son: una Atención Primaria de la Salud que no existe como un elemento con desarrollo propio - no es la puerta

Figura 2 – Propuesta de salud dentro del Programa de primer Gobierno del FA



Fuente: FRENTE AMPLIO, 2003

Observaciones: elaboración propia

que se nutriría con aportes de trabajadores, empresarios y Estado.

Los ámbitos para la negociación de la reforma incluirían al Consejo de Ministros, allí se tratarán financiamiento²⁴ y graduación de la implementación de la reforma; el Consejo Consultivo (alcances de la regulación y modalidad de gobernanza) y el Parlamento, que si bien el FA contaba con mayorías parlamentarias para sancionar todas las leyes, debía negociar puntos con los legisladores de las otras fuerzas. Los principales actores serán el sindicato médico, la central de trabajadores y distintos gremios de las instituciones privadas. No se preveían participaciones de gremios de otras categorías profesionales y/o técnicas, así como tampoco la participación de los usuarios no solo con voz (Consejo Consultivo SNIS) sino que también con voto.

¿Qué se buscaba a grandes rasgos? Sobre todo, generar un sector salud que funcione bajo una lógica de cooperación diferente, alterando drásticamente el desempeño de los prestadores (SETARO apud MANCEBO et al, 2010). El eje conductor sería una nueva concepción de Estado, configuración que fija metas, las audita y evalúa. A

de entrada al SS, el vínculo laboral de los médicos es autónomo, generalmente cobran por acto médico, existe una enorme diversidad de proveedores (privados, del tercer sector, con fines de lucro y sin) y por último, la libertad del usuario para escoger opciones de asistencia y servicio dentro del modelos es mucha.

²⁴ El financiamiento sería en clave de equidad y solidaridad (SETARO apud MANCEBO et al, 2010).

su vez, sería fiscalizador de lo que regula e implementaría premios o castigos según desempeño alcanzado. Otro desafío: actuar por primera vez -en la práctica- como rector²⁵

¿Qué argumentos teóricos debían ser seguidos? Se trataba de un tipo de reforma que buscaba la re-estructuración del régimen de bienestar (FUENTES, 2013; SETARO apud MANCEBO, 2010) en sus aspectos productivos y de distribución (con modelo de gobernanza novedoso); y que deberían asentarse sobre tres premisas fundamentales: expansión de los derechos sociales, modernización del Estado y transformación del régimen productivo. Con este último punto se obtiene una afirmación de su relación dialógica con el todo.

Es un proyecto de reforma que se formuló en consonancia con un programa integral de expansión del bienestar (FRENTE AMPLIO, 2003). Las relaciones entre Estado-Mercado-Sociedad Civil debían alterarse. Ejemplo de ello:

Debemos transformar al Estado en una poderosa palanca del desarrollo nacional, a la vez que creador de las condiciones para que éste beneficie al conjunto de la sociedad. El Estado contribuirá a resolver las cada vez más grandes desigualdades sociales existentes en el país y tendrá una presencia activa y directa en las áreas estratégicas de la economía, desarrollando firmemente su función de articulación y su rol regulador (*Id. Ibid.*, p. 6).

5.7. La reforma

Según Mesa-Lago (2007) las reformas de salud y pensiones en América Latina pueden ser evaluadas en seis dimensiones, las mismas constituyen principios de la seguridad social: cobertura universal, tratamiento igualitario, solidaridad y redistribución del ingreso, integralidad y suficiencia de los beneficios, sustentabilidad financiera, responsabilidad del Estado, eficiencia y participación social. Todos esos puntos fueron incluidos en la reforma llevada a cabo por el primer Gobierno del FA en Uruguay.

La reforma se estructuró en dos sentidos diferentes y complementarios. Por un lado, cambios en los modelos de atención, gestión y financiamiento que tendrán como producto final la creación del SNIS y Fondo Nacional de Salud (FONASA), y por otro lado, la transformación profunda de los mecanismos de financiamiento del SS (FERNÁNDEZ GALEANO et al, 2015). Cuando nos referimos a SNIS se trata de una articulación en redes integradas de los servicios públicos y privados (mutualistas

²⁵ Según Setaro apud Mancebo et al (2010) el concepto de rectoría al que se refiere es el que proviene de la OMS. Una función en el SS que solo puede ser ejercida por el MSP, ya que es el único organismo que es capaz de cuidar de los intereses generales que el Estado debe cuidar. Implica entonces generar información sanitaria, definir y dirigir el SS, ejercer influencia a través de la regulación y representación. Existen varios tipos de rectoría sanitaria, la que aquí es buscada respondería al paradigma sanitarista. de la compleja red de prestadores privados.

y cooperativas médicas) que busca la superación de la segmentación anterior entre los dos subsistemas. Éste a su vez, se distinguirá de los que se conoce como Seguro Nacional de Salud (SNS), mancomunación solidaria de fondos para financiar el SNIS, el cual tiene carácter de fondo público, único, obligatorio y universal para toda la población. Dicho fondo será denominado como FONASA.

El primer eje de transformaciones, compuesto por los cambios al MAS, modelo de gestión y modelo de financiamiento, estaba pautado sobre la premisa de que se trataría de un proceso de construcción gradual. Para ello, y en palabras de Ministro de Salud de la época, hubo que tomar decisiones basadas en prioridades:

(...) defendimos la idea de que el acceso y la manera de hacerlo eran clave para universalizar el sistema de salud y para modificar el modelo de atención y que por ende era necesario partir de una transformación profunda del modelo de financiamiento, construyendo un fondo mancomunado, universal y solidario orientado a resolver las enorme desigualdades en los aportes de las personas, las familias y el Estado para financiar el sistema (FERNÁNDEZ GALEANO et al, 2015, p.15).

A partir de lo descrito, el MAS queda por defecto en un segundo plano de la primera instancia de la reforma, según lo planteado por (*Id. Ibid*) sería un producto de las transformaciones de los otros dos modelos, esto es así inclusive reconociendo que por tratarse de una reforma sanitaria debería comenzarse por transformar la esencia del sector, que es el MAS. A modo de ilustrar los principales hitos en el proceso de construcción se presenta una síntesis lineal de las principales decisiones tomadas durante la creación del SNIS (cuadro 7).

Al respecto de las bases normativas del SNIS, en el ítem de disposiciones generales de la Ley N 18.211/2007 se detallan tanto los principios rectores como los objetivos del SNIS. Al respecto de los primeros, se encuentran los siguientes: promoción de la salud (determinantes del entorno y estilos de vida), la intersectorialidad de la políticas de salud, la cobertura universal, accesibilidad y sustentabilidad, equidad-continuidad y oportunidad de prestaciones, orientación preventiva integral y de contenido humanista, calidad integral de atención (basada en la bioética y los derechos humanos), respeto a los derechos de los usuarios (decisión informada), elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios, la participación social de los trabajadores y usuarios, la solidaridad en el financiamiento en general, la eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales y la sustentabilidad en la asignación de recursos. Al respecto de la caracterización realizada en el texto de ley, Delpiazzo (2009) señala que por definición, los principios son aquellos que originan algo, es por ello que al observar la naturaleza de los anteriores, se percibe que la mayoría de los “principios rectores” no serían tales sino que aluden a otros aspectos del SS.

Cuadro 7 – Implementación del SNIS según prioridades marcadas por el Gobierno

Objetivo	Pasos	Producto
Construir un fondo único de financiamiento	1 Elección de la modalidad del seguro; 2. Definir las fuentes.	1. Modelo alemán Bismarck 2. Tripartito: Personas, de acuerdo al ingreso; Aporte patronal; Estado a través de Rentas generales. Creación del FONASA
Procesar ingreso de la población al SS	Incluir gradualmente (hasta 2016) a las y los ciudadanos (as)	1. Trabajadores (as) formales y sus hijas (os) 2. Cónyuges de trabajadores(as) formales 3. Profesionales y trabajadores independientes 4. Jubilados plausibles de ser cubiertos
Decidir la tasa de aportación	Debatir si incorporar la proporcionalidad de la familia	Tres niveles de tasas: 1. Con hijos (cualquiera fuera la cantidad), 2. Sin hijos, 3. Con inclusión de cónyuge
Definir las formas de pagos a los prestadores de servicios	Vincular pago al gasto esperado de cada usuario por ciclo vital	Pago por riesgo Riesgo per cápita de acuerdo a sexo y edad
Definir cuáles prestadores integrarían el SNIS	Establecer criterios de inclusión y exclusión	Integran: 1. Estatales; 2. Provenientes del Sistema IAMC; 3. Organizaciones con fines de lucro que existían en el momento de creación de SNIS
Definir períodos para que el usuario pueda cambiarse de prestador	Debatir sobre movilidad de los usuarios entre los prestadores del SS	Movilidad regulada (cada 2 años, en febrero)
Fortalecer el rol regulador del MSP	Distinguir funciones regulatorias de las de prestación de servicios	Creación de ASSE como servicio descentralizado (prestador integral financiado por FONASA)
Determinar elementos asistenciales a regularse	Debatir vínculos entre regulador y prestador	1. Plan Integral de Prestaciones (PIAS) 2. Contrato de gestión entre ambas partes
Crear organismo de conducción-gobernanza del SNIS	Establecer competencias, capacidades y administración del fondo	JUNASA Organismo de participación social

Fuente: FUENTES, 2013; FERNÁNDEZ GALEANO et al, 2015

Observaciones: elaboración propia

Al respecto de los objetivos, también es distinguido por el autor anterior como de confusa enunciación y difusas posibilidades de concreción por no preverse medios o técnicas para alcanzarlo (DELPIAZZO, 2009). Los puntos son:

Artículo 4º.-(...) A) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a

las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población. B) Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos. C) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales. D) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales. E) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse. F) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica. G) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios. H) Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud. (URUGUAY, 2007)

Al respecto del régimen jurídico actual de la asistencia a la salud, el mismo está compuesto por una serie de leyes que encarnan las transformaciones del sector a partir del año 2005 (cuadro 8). Dichas normas reflejan características del concepto de servicio social y traerán en sus textos aspectos como la finalidad social del mismo, régimen de financiación, participación de privados en prestación y situación de los usuarios.

A modo de contextualizar el SS primeramente señalaremos que el derecho a la salud en Uruguay se presenta como un conjunto de posiciones jurídicas fundamentales, donde su objeto se compone tanto por acciones positivas como acciones negativas²⁶. Al respecto de su figura constitucional, la salud está caracterizada como un derivado del derecho a la vida y tiene una relación directa con el principio fundamental de la dignidad de la persona humana. A partir de dicha postura es que el derecho a la salud se encarna como un derecho fundamental y por tanto el Estado tiene la obligación de adoptar medidas tendientes a asegurarlo. Dicho cometido estatal se desenvuelve principalmente a través de funciones legislativas y administrativas. Se trata de una actividad comprendida dentro de los servicios públicos, aunque ello no implica que la prestación sea directa y exclusiva por los servicios estatales (DELPIAZZO, 2009).

En lo que respecta a otras implementaciones para aumentar la matriz de bienestar en lo que concierne a determinaciones sociales para la salud, durante el segundo período hubieron transformaciones en varias materias (cuadro 9). Si bien las mismas fueron procesadas por otros organismos y/o instituciones, distintas al MSP, se incursionó

²⁶ Las acciones negativas son aquellas que constituyen derechos de defensa: derecho a no afectar la salud por parte de un destinatario (respeto por obligación) y abstención de dañar la salud ajena. Las acciones positivas son derechos a prestaciones (encuadrados en los derechos fundamentales sociales). Las prestaciones son actividades de protección, promoción, atención y rehabilitación (DELPIAZZO, 2009)

seriamente en las gestiones transversales de políticas que afectan directamente los modos de vivir y producir salud. Al igual que el primer período, y teniendo en cuenta la relación de la reforma del sector con una coyuntura mayor transformadora, las políticas laborales tuvieron mucho que ver con lo anterior. Por otra parte, se incursionó en programas y acciones propios de nuevas generaciones de derechos: género, por ejemplo.

Cuadro 8 – Principales leyes aprobadas por la reforma sanitaria de FA

Ley / Año	Objetivos
Nº 17.930/2005	Crear el SNIS. Establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizar cobertura equitativa y universal.
Nº 18.131/2007	Crear el FONASA. Financiar el régimen de prestación de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro de Enfermedad del BPS, de los jubilados de BPS (amparados por la Ley Nº 16.713/95)
Nº 18.161/2007	Descentralización de ASSE. Organizar y gestionar los servicios públicos destinados al cuidado de la salud.
Nº 18.211/2007	Implementar el SNIS. Reglamentar el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establecer modalidades de acceso.
Nº 18.335/2008	Establecer los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores y servicios

Fuente: DELPIAZZO, 2009

Observaciones: elaboración propia

Cuadro 9 – Determinaciones sociales en salud - 2005/2010

Acción / ley / Programa	Descripción
INFAMILA	Ministerio de Desarrollo Social. Programa de infancia, adolescencia y familia. Responsable por proveer a las familias en situación de vulnerabilidad canastas y ayudas ante situaciones concretas. Coordinación intersectorial, gestión transversal.
INMUJERES Ley Nº 18.104/2007	Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de las mujeres. Preside el Consejo Nacional Coordinador de políticas Públicas de género. Gestión transversal. Se propone avanzar en la incorporación de todas las instituciones y políticas gubernamentales, así como promover en el Estado el enfoque de género al diseño de políticas y acciones promovidas por la administración pública.
PANES	Política de coyuntura que se implementó del 2005 al 2007. Transferencia monetaria: Ingreso Ciudadano por carencias críticas. Volcado a atender niños, adolescentes y familias.
Plan de Equidad	Macro iniciativa social monitoreada por el MIDES. Acción a largo plazo que busca modificar desigualdades (económicas, género, étnicas, etáreas, entre otras). Ej: Asignaciones Familiares (Ley No 18.227/2008)
Políticas laborales	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Avances a la Salud del trabajador: regulación del trabajo doméstico, limitación de la jornada laboral rural (8horas), formación permanente, punición al acoso sexual laboral.

Fuente: MANCEBO et al, 2010

Observaciones: elaboración propia

5.8. Síntesis

En el capítulo anterior se realizó una descripción del sector sanitario uruguayo en los dos momentos que estamos comparando en esta investigación; también se introdujeron informaciones de contextos previos a cada reforma estudiada; de esta forma pudimos observar cómo fueron evolucionando tanto las normativas en la materia como la instituciones que las procesan y ejecutan. En dicho análisis pudimos observar más continuidades que rupturas, a continuación detallamos algunas.

Al respecto de los elementos que distinguen un período del otro, tenemos en primera instancia, y principal, al contexto político. Cuando se promulgó el decreto de ley que organizaba y normatizaba el sector privado de servicios de salud, se estaba aún, en un contexto de Gobierno de facto, siendo de las últimas medidas a ser adoptadas por el régimen en el mes de febrero del '43, justo un mes antes de la asunción del Gobierno electo democráticamente. Se trató de un proceso arbitrario y que no incluyó directamente a los actores involucrados en la temática. Esto difiere de la coyuntura previa a la reforma (antes del 2005), la cual dió nacimiento al SNIS. No solo por tratarse de un momento democrático, sino que por la participación social, la cual fue entendida

como fundamental e inherente al proceso de construcción e implementación. Esto también, es independiente del tipo de participación social, la cual podría ser discutida por excluir a algunos sectores, pero eso sería otro tema, participación, hubo.

La forma de construcción de la propuesta de reforma también presenta distinciones, en parte por lo dicho sobre el contexto político, pero por otra lado tiene que ver con la relación que guarda el texto final, de un y otro período, con propuestas alternativas presentadas previamente. En el primer caso, hubo una serie de propuestas para pensar la organización del sistema de salud, que habían sido presentadas por distintos actores, desde los años '30, algunas con ideas de avanzada inclusive; sin embargo se optó por resolver el tema, apropiándose de elementos presentados en otros documentos y agregando un tenor más conservador que la mayoría de las opciones diseñadas anteriormente. En lo que atañe al segundo período, la construcción fue más paulatina y madurada desde el Partido Político, el FA, contando con aliados vitales (y con capacidad de veto) como es el SMU y el PIT-CNT. A su vez, se promovió la organización de los usuarios para su inclusión en los debates, lo cual también acercó a los mismos como partes afín al proyecto. Se trató de negociaciones amplias e ideas que fueron madurando de acuerdo a un proyecto de transformación mayor, pero en consonancia.

En lo que concierne a las continuidades observadas, que trascienden a las distancias temporales, se encuentra principalmente la cuestión de la adecuación del sector sanitario a una matriz de transformadora mayor. En ambos casos se asocia al fortalecimiento de un Estado de Bienestar Social. Es fácil observar que no se puede comprender la reforma de la salud (por más que se trate de una reforma de gran envergadura) sin comprender cómo impacta la misma en otras áreas a ser reformuladas por el Gobierno. En algún punto, toda reforma de bienestar es una reforma que impacta en el sistema productivo, y en las relaciones que el Estado establece con el mercado y la sociedad civil. Por otra parte, en ambos períodos, tanto en la consolidación de un sistema como el SNIS en el 2007, como en la regulación del '43, se busca redefinir las pautas profundas del modelo de bienestar del sector. Aunque esto se dará con mayor claridad en el período más contemporáneo.

Otro aspecto que plantea una continuidad y que se responde a una lógica interna del sector, es el hecho de que en ambos períodos se da un lugar de privilegio al sistema mutual. Siempre, desde el inicio del SS uruguayo como tal, se reconoce la importancia de dichos prestadores para la historia del sistema. Independientemente de que éstos puedan sentirse más o menos contemplados por los proyectos de reforma, es notorio que nunca se intentó en los procesos transformadores, alterar la autonomía real que tienen para prestar el servicio y la forma de producción de salud.

Lo anterior se relaciona con la poca intención real de modificar el MAS que hubo,

por ejemplo, en la reforma del SNIS, siendo que a través de las metas asistenciales no se observa una presión real del órgano rector del SS para que haya un corrimiento real a objetivos más en Atención Primaria o Promoción de la Salud. La continuidad del modelo hegemónico de producir salud, basado en tecnologías médicas y alta especialidades, es una forma de proteger la mercantilización de la salud. Esto se observa, en los '40, como hoy, no da para ver intenciones claras por alterar ese matiz mercantil del sector.

6 ACTORES DE LAS REFORMAS

En los dos capítulos anteriores se describieron y analizaron aspectos que buscaban estudiar el comportamiento de las transformaciones del sector sanitario respecto al contexto general de reformas en uno y otro período. En este apartado nos proponemos investigar cómo se relacionan las reformas de la salud en Uruguay con otros contextos macro, por un lado, las experiencias reformistas en la misma materia de otras realidades nacionales y regionales; así como estudiar el comportamiento de los organismos internacionales de salud u otros actores (individuales o colectivos) que ejercen influencias en la generación de propuestas reformistas en los países. Por otra parte, y a modo de complementar la coyuntura de actores intervinientes, se realizará un paneo general de los principales actores nacionales y sus correlaciones de fuerzas.

6.1. Modelos de reforma

Como ya se mencionó en otras oportunidades en este trabajo, a partir de la década de finales de los años 70 y principios de los '80, en todo el mundo, los países se embarcaron en diversos procesos reformistas que obedecían a la adecuación a las nuevas perspectivas que traía consigo el neoliberalismo. Con un foco en la transformación de un Estado de Bienestar en crisis y deficiente, se promovieron cambios que tenían un epicentro en el gerencialismo de la administración de lo público. Según Almeida (2007) existen dos momentos en ese proceso reformador, el primero se ubica en el período de hegemonía del neoliberalismo en los '80 y una segunda etapa de profundización del modelo en los '90. La primera fase se caracterizó por la aplicación de políticas centradas en la contención de costos y control de gastos, desconsideración de la cuestión social, subfinanciamiento y exaltación de lo individual por sobre lo colectivo. Mientras que la segunda se basa en la formulación de propuestas de reforma basadas en el interés de retirar la exclusividad en la responsabilidad del Estado en algunas actividades, que hasta el momento, componían la red de seguridad social de los Estados de Bienestar. Si bien en este segundo momento se suaviza el discurso ideológico, se critica al neoliberalismo feroz de los '80, eso no implica que se procure retornar a la matriz de bienestar anterior.

En el área de la salud ese proceso se tradujo en sintonía con el movimiento de reforma del Estado¹; dos ejes principales: contención de costos de la asistencia

¹ La Nueva Gestión Pública es una reforma orientada hacia el mercado que implica una serie de puntos centrales: flexibilidad gerencial, remoción de las barreras burocráticas (gerenciamiento total de la calidad), atender las demandas del consumidor (ciudadano/usuario), introducción de mecanismos de mercado como incentivo a la eficiencia y una gerencia competente, tercerización e inversiones en tecnologías de información (se buscan organizaciones más pequeñas), focalización en cambios de

médica (búsqueda de eficiencia) y reestructuración de las relaciones público/privado (*Id. Ibid*). En lo que atañe al plano ideológico, lo que se pretendía era despolitizar la arena sectorial, privilegiar la actuación de los gerentes (por sobre la centralidad del médico anterior) y rescatar una lógica empresarial. El núcleo de la transformación apunta a delimitar las asignaciones de recursos públicos automáticas, cambiando por asignación de acuerdo a paquetes de servicios “necesarios”, los cuales serán evaluados de acuerdo al cumplimiento de indicadores de un desempeño esperado, delimitado por contratos. Este referencial fue determinante para todos los países periféricos, en especial para América Latina. Lo que introduce como particularidad de la región es que no se desencadenaron reformas tanto por contención de costos sino que por una exacerbación de las desigualdades (renta, acceso a servicios) y empeoramiento de las condiciones de vida en general. Acrescentando lo anterior:

Os mesmos modelos de reforma têm sido difundidos e preconizados para a América Latina pelos organismos internacionais, sobretudo o Banco Mundial, e estão atrelados aos planos macroeconômicos de estabilização e ajuste, principalmente no que diz respeito à retirada do compromisso do Estado com a prestação da assistência médica à população, com a reestruturação do mix público e privado e a focalização da ação pública nos pobres e mais necessitados (...) (ALMEIDA, 1999, p. 7)

Ordenando lo anteriormente dicho, Fuentes (2013) amplía el período de estudio, identificando tres oleadas de reformas en el sector salud en América Latina, desde la década de los ‘80 hasta el 2010, las cuales tienen una serie de objetivos concretos y diferentes por momentos. La primera de ella sería la que se adapta en más puntos a lo anteriormente descrito (etapa más radical) dado que buscaba liberar fondos para pagar la deuda externa; aumentar la flexibilidad y el acercamiento de los servicios de salud a la población; promover la participación comunitaria; búsqueda de eficiencia financiera y administrativa; promoción de estrategias de mercado (competencia) para mejorar los servicios y separar las funciones de provisión de servicios, de las funciones de financiamiento. Un segundo momento que estaría marcado por otros elementos de lo planteado por Almeida (1999): mix de lo público y privado, establecer paquetes de beneficios mínimos para toda la población, garantías al derecho a la salud, cambios en el modelo de atención centrado en la prevención. Y un tercero, más próximo a nuestros días, que busca universalizar la cobertura, reformar las leyes generales de salud, reconocer un sistema mixto (público y privado) de financiamiento y provisión de los servicios-con sus limitaciones y posibilidades, en un régimen de cooperación regulada (FUENTES, 2013).

procedimientos y procesos (ALMEIDA, 1999; MANCEBO et al, 2010).

Lo anterior es interesante dado que se relaciona con nuestros períodos de estudio en Uruguay en dos sentidos distintos, por un lado, el primer período -marcado por el auge del Estado de bienestar y sus políticas- en su declive será el alvo a ser reformado a partir de los años '70, y el segundo período estará marcado, fundamentalmente, aunque no en exclusiva, por los elementos mencionados de la tercera ola de reformas.

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 predispuesto 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). 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 (FUENTES, 2013, p. 256)

6.2. Los actores nacionales

Durante los dos períodos de estudio fueron diversos los actores que intervinieron y tuvieron distintas capacidades de veto, sin embargo, y dado los contextos políticos de uno y otro período, la participación efectiva de los mismos fue muy distinta en cada momento.

(...) el Estado tuvo que hacer frente a actores con variados recursos y capacidad de veto (...). De hecho, en buena medida las primeras leyes promulgadas durante el siglo XX con intenciones de regular la provisión de servicios de salud, las condiciones que debían cumplir los prestadores, y fundamentalmente las condiciones de trabajo del personal médico y no médico por parte dos de formación y posterior acreditación, una forma de consolidarse como el Estado: llegaron como consecuencia de la demanda de los propios médicos, quienes vieron en la institucionalización de ciertos requisitos actores con el saber específico del sector (...) (*Id. Ibid.*, p. 252)

Cuando se produce la reglamentación de la actividad privada en 1943, como ya se mencionó anteriormente, fue en un contexto de golpe de Estado, mediante la promulgación de decreto-ley que dió por terminada la discusión al respecto. Más allá de ese desenlace arbitrario, anteriormente, hubo propuestas diferenciadas sobre cómo debían conducirse los destinos del sector sanitario del país, aunque finalmente el texto final recoge algunos aspectos de dichas propuestas, también introduce cambios significativos que no fueron bien vistos, sobre todo, por médicos y su principal sindicato.

Son ejemplos de lo anterior la propuesta de 1931, elevada por el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), que como actor promotor y de veto, representando la categoría médica, precozmente elevó la propuesta de creación de un seguro de enfermedad, al estilo alemán “Bismarck” (como el que finalmente fue instalado en el segundo período analizado), el cual sería administrado por el organismo de seguridad social, BPS (FUENTES, 2013). Dicho proyecto no prosperó, y demoraría varias décadas para ser considerado como una opción. A lo largo de los años, diferentes opciones fueron construidas por actores médicos (sea como parte de organizaciones gremiales, en cargos del ejecutivo o legislativo o independientes). Y concretamente al respecto del texto definitivo del ‘43, la gremial médica no concordó con varios puntos, proponiendo, ya en el año siguiente, significativas alteraciones.

Otros proponentes importantes en el sector sanitario durante el siglo XX, y desde su creación hasta nuestros días, son los partidos políticos. Independientemente del que Gobierno de turno, a lo largo de la historia hubo diversos proyectos para la consolidación de un SS. Yendo al período en cuestión, en 1952, hay registros de que los diputados socialistas, José Pedro Cardozo y Arturo Dubra, presentaron un proyecto de ley -innovador en la América Latina de la época- que se encontraba inspirado en el sistema británico, el cual proponía un sistema basado en la estrategia de medicina familiar, territorializado, y la integración de los prestadores privados y públicos en un único sistema de salud (FUENTES, 2013; MIERES, 1997).

Ambas propuestas, inspiradas en realidades externas, europeas, ofrecían transformaciones de corte innovador, que sólo tendrían cabida en la región toda, no solo en Uruguay, a partir de la última oleada de reformas del sector, en el siglo XXI. Es por ello, que independientemente del contexto no democrático que efectivizó la primera regulación del sistema privado, no existían en la opinión pública, en las órbitas profesionales, ni de los partidos políticos, un ambiente propicio para la concreción de un consenso sobre la importancia de la creación de un sistema de salud único, sea con las connotaciones que traían el modelo alemán o inglés, o de otro tipo. A partir de estas propuestas, y otras que provenían de las mismas categorías, se deduce que en el primer período los actores -prácticamente hegemónicos del sector- eran los médicos (organizados o no) y los partidos políticos.

El segundo período nos trae otro espectro de actores, a verse en cuadro 11, que no sólo se debe a la diferencia obvia de que se trata de un período democrático, y el anterior no, o que es la primera presidencia de un partido de centro-izquierda en la historia del país, sino que es importante tener en cuenta que el FA, por línea programática, pretendía la construcción de una reforma que tuviera a la participación social como premisa.

Por otra parte, lo que se parece oportuno destacar es que algo que aparece como

inalterable, sobre todo teniendo en cuenta los más de sesenta años que existen entre uno y otro momento, es el papel central que ocupa la categoría médica y los partidos políticos por sobre otros actores, en ambos períodos. Esto se debe a una realidad que excede a la cuestión reformista y se constituye como uno de los principales atributos del sistema sanitario uruguayo a lo largo de su historia, quienes definen los destinos en el mismo, fueron y seguirán siendo los médicos y los partidos políticos. Esto inclusive, después de la conformación del Consejo Consultivo para la implementación del SNIS con participación (solo de voz, sin voto) de los usuarios, trabajadores, prestadores y el Estado.

Y, ¿por qué se asevera lo anterior con tanta propiedad? Por un lado, la hegemonía médica en el país es una construcción que nunca se detuvo, por el contrario, ha experimentado un constante crecimiento desde el primer batllismo, en el empoderamiento como el principal actor de veto del sector (e inclusive de otros sectores de la vida social del país); es producto de la consolidación del Estado Moderno uruguayo, basado en el higienismo y la consolidación del saber médico como elemento de progreso y ordenamiento de la sociedad.

Por otra parte, esto se refleja muy claramente en el peso que tiene la medicina ante el resto de las profesiones de la salud, ya sea en su clase política, la academia universitaria o la opinión pública en general; no se ha logrado producir un discernimiento entre ellas, refiriéndose siempre a las mismas, como un conjunto homogéneo en oposición a la medicina, como “trabajadores no médicos”. La invisibilización de las otras categorías, aún hoy, en el siglo XXI, y con un desarrollo notable de varios campos de saber en la salud (enfermería, fisioterapia, nutrición, psicología, farmacia, salud colectiva, entre otras profesiones del área), denota un claro impedimento para romper con el status quo de privilegio que ocupa la categoría médica en el país, no solo en lo sanitario, sobre todo teniendo en cuenta que hasta el propio primer Presidente del FA, es un médico, el Dr. Tabaré Vázquez.

A propósito de la coalición lograda entre los actores con veto en la reforma del sector en el FA, es interesante entender que los intereses varían de acuerdo al grupo organizado al que se pertenezca:

(...) todos los actores acordaron la creación de un Seguro Nacional de Salud, pero mientras algunos actores esperan de él que se constituya en la fuente de los recursos financieros necesarios para sobrevivir (las IAMC), otros pueden verlo además como la oportunidad de universalizar la cobertura de atención sanitaria (el gobierno), mientras que un tercer grupo lo interpretará como un primer paso hacia la conformación de un sistema estatal de salud (Federación de Funcionarios de Salud Pública). Perfectamente este podría haber sido el caso de algunos de los acuerdos construidos sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay, y si bien las diferentes posturas podrían convivir entre sí,

lo cierto es que también cabe la posibilidad de que tarde o temprano estos objetivos entren en conflicto. (FUENTES, 2013, p. 256)

Se destacan dentro de los actores las IAMC (41 en todo el país, 12 en Montevideo y 29 en el resto de los departamentos), la Central Única de Trabajadores (PIT-CNT), que en su interior cuenta con diferentes posiciones, así como es el caso del SMU, quien presenta distintos grados de apoyo de acuerdo a la gestión vigente. Al momento de la aprobación era aliado.

Cuadro 10 – Actores nacionales en la Reforma del 2007

Organización		Participación	Apoyo
Trabajadores organizados			
PIT-CNT - Central Única de Trabajadores		Si	Alto
Salud	FUS - Federación Uruguaya de la Salud-Trabajadores no médicos	Si	Medio Alto
	FFSP - Funcionarios de Salud Pública	Si	Alto
	SMU - Sindicato Médico del Uruguay	Si	Variable
	FEMI - Federación Médica del Interior	Si	Bajo
	SAQ - Sociedades anestésico-quirúrgicas	Si	Muy bajo
Usuarios organizados			
MNUSPP - Movimiento Nacional de Usuarios de Salud Pública y Privada		Si	Alto
Espacio Participativo del Movimiento de Usuarios de la Salud		Si	Medio Alto
AdUSS - Asociación de Usuarios del Sistema de Salud		No	Muy bajo
Prestadores			
Privados	FEMI - Federación Médica del Interior	Si	Bajo
	FECOMI - Federación de Cooperativas médicas del Interior	Si	Bajo
	PLEMU - Plenario Mutual	Si	Muy bajo
	UMU - Unión de la Mutualidad en Uruguay	Si	Bajo
	CIES - Cámara de Instituciones y Empresas de Salud	Si	Bajo
	Cámara de Seguros Privados - Integrales	Si	Bajo
Públicos	ASSE - Integral	Si	Alto
	Sanidad Militar	Sin información	Sin Información
	Sanidad Policial		

Fuente: ARAÚJO, 2011; PÉREZ, 2009

Observaciones: elaboración propia

6.3. Coyuntura internacional

Al respecto de los actores de los actores u organismos internacionales que ejercieron y ejercen influencias directas en los Sistemas de Salud en la región, y concretamente en Uruguay, diremos que es un proceso que tiene larga data, no solo en

el sector, claro está, sino que remite a un proceso de dependencia mayor y que abarca todas las áreas de la vida pública del país.

Ejemplo de lo anterior es la aprobación del Código Sanitario Panamericano (1924) el cual es producto de la VII Conferencia Sanitaria Panamericana en La Habana y será determinante para la aplicación de normas del estilo en Uruguay, en el mismo se promulgaban los siguientes puntos:

Art. I. Los fines de este Código son los siguientes: a) Prevenir la propagación internacional de infecciones o enfermedades susceptibles de transmitirse a seres humanos. b) Estimular o adoptar medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los Gobiernos Signatarios o procedentes de los mismos. c) Uniformar la recolección de datos estadísticos relativos a la morbilidad en los países de los Gobiernos Signatarios. d) Estimular el intercambio de informes que puedan ser valiosos para mejorar la sanidad pública y combatir las enfermedades propias del hombre. e) Uniformar las medidas empleadas en los lugares de entrada para impedir la introducción de enfermedades transmisibles propias del hombre, a fin de que pueda obtenerse mayor protección contra ellas y eliminarse toda barrera o estorbo innecesarios. (OPS, 1924, p. 1)

Dicho episodio se relaciona estrechamente con la aprobación en el país del “Código de la Profilaxis de las enfermedades transmisibles”, el cual fue elaborado por el MSP en 1937; el mismo tenía como antecedente un decreto del año 1934 que establecía la notificación compulsiva de enfermedades transmisibles (MIERES, 1997) y respondía directamente a la adecuación al tratado anterior que fuera ratificado en el país el 14 de diciembre de 1928. Junto al código de profilaxis se aprueba otra reglamentación que tiene que ver con los registros sanitarios del país (Ley N° 9.697/1937), la misma establecía la obligatoriedad -para algunos sectores sociales del país (léase los más vulnerables)- de sacar junto a las autoridades competentes² un “carné de salud” (documento sanitario).

Yendo al período 1 concretamente, se vislumbran en el mismo las fuertes influencias de los Estados Unidos de América, esto tiene que ver con la política internacional que los gobiernos nacionales de entonces llevaron adelante en pro de concretar una alineación con dicho Estado, adhiriendo a sus propuestas como “socios” en la OEA. Muchas de las proposiciones que allí se entran forman parte de la génesis del Plan sanitario que encabeza el MSP en Uruguay desde 1944. La dependencia de los países “periféricos” a los países “centrales” y sus organizaciones se encuentra ejemplificado por aquellos años, en la propia conformación de la OMS y su vinculación a la OPS

² El mismo era expedido por el MSP o las Intendencias Municipales. El público alvo eran los sectores más empobrecidos de la sociedad dado que según el paradigma higienista de la época, eran los más propensos a desarrollar y propagar enfermedades infectocontagiosas y único sector plausible de ser atendido por los servicios de SP (MIERES, 1997).

(1902). Si bien la segunda es previa como organización a la primera, que se forma en 1946 y entró en vigor en 1948 (como brazo de la salud en la Organización de las Naciones Unidas), acordaron en 1949 que la oficina regional estaría supeditada a la OMS, aunque mantendría autonomía para organizar y promover convenciones en el hemisferio occidental, siempre y cuando no se corran de los lineamientos de la política general de la OMS. Con respecto a la relación de la OPS con la Organización de los Estados Americanos (OEA), en 1950 es reconocida como organismo especializado interamericano. En figura 3 un resumen de las correlaciones entre los episodios internacionales y/o regionales con respecto a lo propio de la coyuntura nacional.

Por su parte, el período 2, está sujeto también a determinaciones que vienen verticalmente indicadas por los organismos internacionales, y van siendo recogidas por distintas instancias de la realidad nacional, con mayor o menor grado de adherencia. Algunas son reguladas como mera carta de intenciones por ser países miembros y otras encuentran un mayor desarrollo normativo y en la práctica de la realidad concreta. La figura 4 es una síntesis de los ejemplos más representativos del período, pero antes algunas consideraciones sobre las principales influencias.

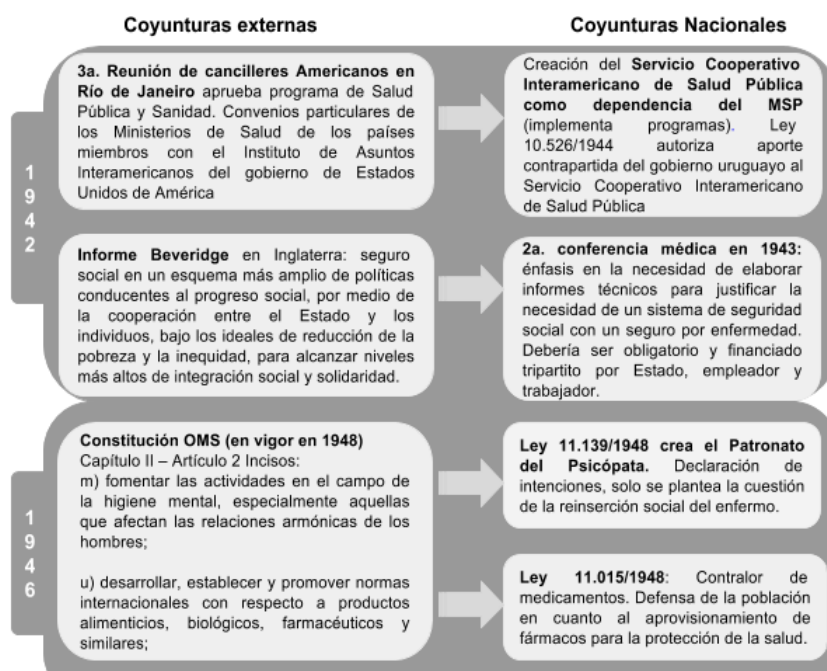
Uno de las influencias mayores dentro de las transformaciones del sector son los Objetivos del Milenio (ODM)³ trazados por la OMS, sobre todo aquellos que atañen a metas de salud. Se puede deducir a partir del estudio de las estrategias implementadas para cambio del MAS en Uruguay, que varias de ellas se desprenden de los ODM. Son ejemplos claros los objetivos 4 (reducir la mortalidad infantil) y 5 (mejorar la salud materna), con sus respectivas metas: reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años y reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes (OMS, 2005).

El rol del movimiento en pro de las estrategias de Asistencia Primaria en Salud como orientadora de toda la política sanitaria, conlleva una profundización en la reforma del MAS. El SNIS expone como uno de sus ejes el cambio de MAS hacia una orientación que privilegie la atención integral, implicando acciones de promoción, prevención, diagnóstico precoz de enfermedades, recuperación y rehabilitación. Dichas estrategias deben ser enmarcadas en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, aumentando la resolutivez del primer nivel y los niveles de satisfacción de los uruguayos.

En este caso, a diferencia del período 1, se implementaran las medidas en forma de reglamentación y en la práctica (en mayor o menor medida), sin embargo, es una determinación que se ve más presente en los servicios prestados por los públicos,

³ En el 2000, la comunidad internacional asumió un compromiso histórico: erradicar la pobreza extrema y mejorar la salud y el bienestar de las personas más pobres del mundo en un periodo de 15 años. Ese compromiso se plasmó en la Declaración del Milenio (1) y a partir de él se fijaron ocho objetivos con plazos concretos (...)

Figura 3 – Influencias externas en la coyuntura nacional uruguaya - Período 1



Fuente: MIERES, 2007

Observaciones: elaboración propia

mientras que en los privados el principal incentivo será el rol de financiamiento que cumplen las Metas Asistenciales de Salud⁴.

⁴ Metas Asistenciales son las herramientas que fueron diseñadas e implementadas por la reforma de la salud del 2007 con el objetivo de reorientar la atención de la salud a través de una transformación organizacional de los servicios. Están estrechamente vinculadas a la nueva modalidad de financiación del SNIS, el FONASA. Para entender la naturaleza de la propuesta de transformación de MAS es interesante parar a pensar en la siguiente descripción de las mismas: “Estas últimas, se convirtieron en un eficaz mecanismo de control por tratarse de la única pieza que puede cambiar de la cuota salud, representando hasta un 10% de la misma. Su incumplimiento habilita una sanción con recorte de pago proporcional al grado no alcanzado de los valores esperados. MAs Salud. El Estado paga sólo si los prestadores realizan ciertas actividades de acuerdo a normas preestablecidas, incluyéndose la obligación de lograr objetivos medibles que contribuyan con el modelo de APS.”(AGUERREGOYEN, 2013, p. 33-34)

Figura 4 – Influencias externas en la coyuntura nacional uruguaya - Período 2



Fuente: MSP, 2006

Observaciones: elaboración propia

Las cuales responden mucho más a la búsqueda de alcanzar objetivos sanitarios por los incentivos económicos concretos que por la transformación intrínseca de la forma de producir salud a través del MAS. Al respecto de las cuatro metas que orientan el cambio, sigue a continuación una síntesis (cuadro 10).

Cuadro 11 – Objetivos de las Metas Asistenciales

Meta	Objetivo
1	Salud Materno Infantil - Reducción de los indicadores de mortalidad materno-infantil, relacionado estrechamente con los Objetivos del Milenio (ODM).
2	Atención Primaria de la Salud - Medicina de familia. Elección de médico de referencia. Inclusión de protocolos preventivos para diagnóstico precoz.
3	Salud de la tercera edad. Perfil epidemiológico. Estrategias para la atención de las necesidades de los mayores de 65 años.
4	Creación de cargos de dedicación exclusiva para médicos de las especialidades incluidas en el Primer Nivel de Atención

Fuente: AGUERREGOYEN, 2013

Observaciones: elaboración propia

6.4. Síntesis

Partiendo de que toda política pública se encuentra asociada a la elección de los actores involucrados (FUENTES, 2013), se evaluaron las continuidades y rupturas de

ambos contextos históricos. Para ello, se observaron los comportamientos, tanto de los actores nacionales, junto a sus correlaciones de fuerzas, como de aquellos organismos internacionales, que desde una coyuntura externa afectan las realidades nacionales.

Primeramente, y al respecto de los actores del SS uruguayo, se observan puntos que están claramente marcados por las trayectorias que él mismo ha recorrido a lo largo de la historia, el primero es la correlación de fuerzas entre ellos.

Existe una clara tendencia a la hegemonía del actor médico a controlar todos los aspectos de la realidad del sector, es el principal actor de veto. Esto sobre todo teniendo en cuenta las otras categorías profesionales y técnicas que actúan en el sector, las mismas son homogeneizadas y se invisibilizan las demandas concretas de cada una en la conjunción de un único grupo, que se presenta en contraposición al médico. De todas formas se advierte que solo así pueda contrastarse estratégicamente el poderío de la categoría médica. Por otra parte, y como ya se mencionó en los desarrollos anteriores, es un poder que se fue consolidando a lo largo de la historia y en esta última reforma se manifestó más claramente. La misma fluye más armoniosamente dado que el SMU, fue el principal aliado estratégico del FA. Si bien es verdad que el partido de Gobierno contaba con mayorías parlamentarias para aprobarla de todas formas, no fue así que se construyó el consenso y la reforma diseñada conjuntamente.

Lo anterior se manifiesta y destaca tan enfáticamente dado que se considera que afecta directamente el carácter transformador de la reforma en cuanto MAS. No es posible procesar una transformación en la producción de servicios orientados a un cuidado integral si parte de los profesionales y técnicos que intervienen no son considerados en sus particularidades, y se los trata solo en oposición a la medicina. También en relación del MAS, otros aspecto a destacar es el cuidado excesivo por parte de los reformistas, en uno y otro período por no regular las características más mercantilizantes de los prestadores privados. Esto es así debido a que si el Estado no marca regulación precisa y concreta para orientar el SS hacia la Atención Primaria, como se manifiesta en sus intenciones programáticas, los prestadores no están obligados a desconcentrar la prestación de servicios del ambiente hospital (como funciona el SS desde su creación) y el cuidado seguirá pasando por una visión medicalizada y basada en tecnologías de alto costo y especialización médica. Nada proveniente de las estrategias de promoción de la salud o prevención de enfermedades (las cuales están enmarcadas dentro de las tecnologías leves de salud⁵).

Al respecto de los organismos internacionales, sean los denominados “buenos” (OMS, OPAS, etcétera), como los “malos” (BM, Fondo Monetario Internacional, entre

⁵ No generan grandes lucros porque se trata de la implementación de estrategias educativas (básicamente) y que proporcionan resultados más efectivos a largo plazo, sobre todo para combatir la principal epidemia que ataca al país, las enfermedades crónicas degenerativas.

otros) han marcado históricamente los rumbos del sector y sus distintas oleadas reformistas. Concretamente el primer período, el mismo fue claramente influenciado por el surgimiento de la OMS, como brazo especializado de la salud de la ONU, y por la creciente hegemonía de Estados Unidos a nivel mundial. De hecho, la adhesión a un acuerdo de cooperación con organismo especializado dió paso a las primeras estrategias y/o programas que existieron en el país. En lo que respecta al tiempo actual y su última reforma, la misma se adhiere a preceptos internacionalmente aceptados por la comunidad de la salud internacional como es la Atención Primaria, sin embargo, y como ya hemos demostrado antes, se trata más de una declaración de intenciones que de una estrategia real para la mudanza de paradigma. Estas alineaciones se relacionan, generalmente, con contextos mayores de transformación del aparato productivo, el cual debe ir adecuándose para cumplir con las nuevas demandas del capitalismo mundial actual. Y es allí que, hoy como ayer, intervienen con sus “recetas” y recomendaciones los organismos de crédito.

7 CONSIDERACIONES FINALES

De acuerdo a lo observado en las reformas del sector estudiadas, que a nuestro entender constituyen los dos momentos más significativos, hasta ahora, en el SS uruguayo no se han generado grandes rupturas y cambios estructurales a nivel de las formas en producir salud (MAS); aunque no se deja de reconocer que en el caso de la última si se produjeron alteraciones significativas en cuanto al financiamiento y forma de gestión. Las transformaciones de las que hablamos a nivel del modelo de atención se encuentran pautadas en los mismos enclaves de conflicto (coyunturas críticas) en uno y otro momento, y en ellas fue que nos detuvimos.

Las alteraciones que se entienden como significativas en este trabajo, son aquellas que comprometen transformaciones culturales profundas para afectar el perfil de salud de las y los uruguayos, y por ende los índices de cobertura y demanda de servicios a largo plazo, fueron construidas sobre una lógica que mercantiliza los procesos de cuidado, recuperación y rehabilitación de salud. En el primer período se entiende comprensible porque es justamente en esa etapa que se consolida el modelo biomédico, que en aquel tiempo se entendía como la mejor forma de producir salud, sin embargo, lo que sorprende es que a pesar de haber recorrido trayectorias diferentes reformistas (sean en objetivos como en tinte de las propuestas), aún hoy estén presentes los elementos del mismo en la reforma del 2007.

Lo anterior se justifica de acuerdo a lo observado en las principales continuidades, ellas indican que no se trata de reformas pensadas por las necesidades reales de reformar el sector, sino que siempre fue buscando una adecuación a coyunturas transformadoras mayores (nacionales o internacionales), lo cual no sería un punto negativo, en principio, sobre todo teniendo en cuenta que a partir de la reforma del 2007 se ha permitido que aumenten los niveles de cobertura del SS, donde más ciudadanas y ciudadanos pueden gozar de una matriz de bienestar que incluye el acceso a servicio de salud, sin embargo, lo que se pretendió problematizar es la naturaleza de esa cobertura. Y allí surgió la siguiente interrogante, se trata de prestación de servicios que apuntan a mejorar los modos de vivir de la población o es una cobertura que apunta a que se siga consolidando el crecimiento de la industria médico-industrial que sustenta al modelo biomédico.

En una primera instancia, se observan reformas que no pretenden alcanzar metas nacionales, en un amplio espectro, en el caso del 2007 aparecen aquellas correspondientes a las metas asistenciales, las cuales tienen mucho más que ver con cumplir con los Objetivos del Milenio de la ONU, al cual se adhirió, que un plan

de Estado, a largo plazo, que permita implementar políticas nacionales de salud en distintos campos. Por lo menos durante el primer Gobierno del FA. En cuanto al primer período es mucho más acentuado este aspecto, por las diferencias históricas obvias y por la focalización solo en algunas estrategias puntuales, también requeridas por ser país ratificante de un convenio de cooperación internacional. Por otra parte, en ambos casos se trata de transformaciones que buscan adecuaciones a modelos productivos vigentes.

En otro orden de cosas, la correlación de fuerzas entre los actores ha sido muy poco modificada desde los primeros pasos sistémicos del sector. El SS uruguayo está altamente influenciado por la medicina, como campo de saber y poder, goza de amplia hegemonía frente a otras categorías profesionales y técnicas. A pesar de los intentos de innovar e incluir la participación social como punto central en la expresión reformista del 2007, el peso e importancia de la mayorías de los actores no médicos es simbólico.

Por otra parte, dió para observar las relaciones entre medicina (llamada de salud) y economía, como aliados en búsqueda de un objetivo común, lo que deja ver cuales son los objetivos más significativos del proceso, tornar al SS más eficiente, aunque con equidad, eso no se niega. Pero lo que se pretendió discutir al respecto de la reforma del MAS es que si los principales actores, en cuanto a capacidad de veto y voz en el diseño, fueron médicos y economistas, los aspectos más concretos de cómo iría a orientarse el Estado uruguayo en cuanto a las prioridades de las líneas de acción en SC del país quedarían sujetas solo a esas miradas, desconsiderando las perspectivas de todo el resto de profesionales que hacen al cuidado, recuperación y rehabilitación de salud.

A pesar de lo anterior, se reconoce que ha habido algunas rupturas sensibles, las mismas tienen que ver con el cambio en el modelo de gestión y financiamiento propuesto por la nueva estructura de seguro que adquirió el SNIS a partir de la reforma del FA en 2007. La creación del FONASA y otros aspectos que afectan la búsqueda de equidad se destacan y cambian notoriamente la institucionalidad del sector, respecto a lo que se pretendió desde los orígenes del sistema.

Otros procesos como la descentralización de servicios, ASSE, en el sector público, en parte buscando adecuarse a una estrategia de APS y para constituirse más apropiadamente a su nuevo rol de prestador en competencia con los privados, también constituyen un cambio institucional de importancia. Sin embargo, podría haber diferentes interpretaciones del por qué de dicha transformación, una de ellas podría ser que hay una gran relación de adecuación a los nuevos desafíos que presentan el perfil epidemiológico y la organización de los sistemas sanitarios mundiales; que lo que sería propiamente nuevos caminos para a la concreción de un Sistema Universal y Único de Salud en Uruguay.

Finalmente, se pretendió dar un panorama del por qué de las reformas que ha experimentado el SS uruguayo, y fundamentalmente, el para qué, que se buscaba realmente en cada momento comparado. Nos queda por último la interrogante de si una reforma de salud es orientada principalmente por motivos economicistas, ¿puede entenderse como una verdadera reforma del sector? ¿O solo se trata de una adecuación al modelo de producción imperante? ¿Se puede reformar lo sanitario sin alterar las formas de producir salud?

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUERREGOYEN, M.L. **MA's SALUD**: Los efectos de las metas asistenciales y su relación con el cambio de modelo de atención de salud. Monografía de grado (Licenciatura en Ciencia Política) – Instituto de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República, Montevideo, 2013
- ALBUQUERQUE, G.S.C. de; SILVA, M. J. de S. **Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde**. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 38, n. 103, p. 953-965, Dec. 2014
- ALLEYNE, G. **A saúde pública internacional: governança e questões éticas**. Ethos gubernamental. 2007
- ALMEIDA, C. M. **Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.263-286, 1999
- ARAUJO, M. **Democratización de la gestión pública en el gobierno del Frente Amplio**. El caso de la participación social en la Reforma del Sector Salud. Monografía de grado (Licenciatura en Ciencia Política) – Instituto de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República, Montevideo, 2011.
- ARIAS. C.; RODRIGUEZ, S. **El debate historiográfico sobre el neobatllismo desde una mirada de la historia conceptual**. Montevideo: Instituto de historia de las ideas -Facultad de Derecho-Udelar, S.D. Disponible en: <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/12/ARIAS-RODR%C3%8DGUEZ-El-debate-historiografico-sobre-el-neobatllismo.pdf> Acceso 01/11/2016
- ARNÁBAL, R.; BERTINO, M.; FLEITAS, S. **Una revisión del desempeño de la industria uruguaya en el período de sustitución de importaciones**. Jornadas de investigación de la Asociación uruguaya de historia económica, 7, Montevideo: S.D.
- BAMBIRRA, V. **O capitalismo dependente latino-americano**. Tradução Fernando Correa Prado y Marina Machado Gouvêa. 2da. ed. Florianópolis: Ed. Insular, 2013.
- BATLLE BERRES, L.; ROMPANI, S. I. **Pensamiento y acción**. Selección y notas por Santiago Rompani. Montevideo: Ed. Alfa, 1965
- BÉRTOLA, L. **El crecimiento de la industria temprana en Uruguay**. Montevideo: Programa de Historia Económica y Social, Facultad de Ciencias Sociales-UDELAR, S.D.
- BEVERIDGE. **El seguro social en Inglaterra**: Plan Beveridge. 1942
- BENNETT, A.; GEORGE, A. **Process tracing in case study research** In: MacArthur Foundation Workshop on case study methods, desarrollado entre el 17-19 de Octubre de 1997.
- BOCATTO, M. **Vigilância em Saúde**. Unidade 11. Disponible en: <<http://www.unasus>.

unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade11/unidade11.pdf>
Acceso 08/11/2016

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **O debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde**: posição dos movimentos sociais. 2011

COELHO, I.B. **Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde**. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 96-131.

D'ELIA, G. **El Uruguay neo-batllista, 1946-1958**. Montevideo:Ediciones de la Banda Oriental, 1982. 113p

DELPIAZZO, C.E. et al. **Régimen jurídico de la asistencia a la salud**. Montevideo: Fundación de cultura universitaria (FCU), 2009. 186p.

ERMIDA, F.M. **ASSE y la Reforma de la Salud**: aproximación fáctico-jurídica. Montevideo: Fundación de cultura universitaria (FCU), 2013. 204p

ESCOREL, S. **Reviravolta da saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ESPING ANDERSEN, G. **The three worlds of Welfare Capitalism**. New Jersey: Princeton University Press, 1990

FERNÁNDEZ GALEANO, M.; LEVCOVITZ, E.; OLESKER, D. (coord.) **Economía, política y economía política para acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay**. Montevideo: OPS, 2015

FERTONANI, H. P. et al. **Modelo assistencial em saúde**: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, June 2015

FILGUEIRA, F. et al. **Los dos ciclos del Estado Uruguayo en el siglo XX**. In: *El Uruguay del siglo XX V2*. 2004

FRENTE AMPLIO. **Grandes lineamientos programáticos para el gobierno 2005-2009**. Porque otro Uruguay es posible. Uruguay. 2003. Disponible en <http://www.frenteamplio.org.uy> Acceso en: 10 nov. 2015

_____. **Principios del FA**: Lineamientos básicos. <<http://www.frenteamplio.org.uy//index.php?Q=articulo&ID=1002>> Acceso en: 14 nov. 2016

_____. **V Congreso Zelmar Michelini**. Uruguay. 2008

FUENTES, G.G. **La creación del sistema nacional integrado de salud en Uruguay (2005-2012)**: impulso reformista con freno desde los puntos y actores de veto. Tesis (Doctorado en Gobierno y Administración Pública)-Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2013.

IMMERGUT, E. **O Núcleo Teórico do Novo Institucionalismo**. In SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. **Políticas Públicas – Coletanea Volume 1**. 2007

INSTITUTO MERCOSUL DE ESTUDOS AVANÇADOS (IMEA). COMISSÃO DE IMPLANTAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO

LATINO-AMERICANA. **UNILA:** consulta internacional: contribuições à concepção, organização e proposta político-pedagógica da Unila/ Instituto Mercosul de estudos avançados. Foz do Iguaçu: IMEA, c2009. 432p.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. **Los uruguayos y la salud:** situación, percepción y comportamiento. Informe temático: Encuesta Nacional de hogares ampliada 2006. Instituto Nacional de Estadística: Montevideo, 2007.

LIMA, L.D.; MACHADO, C.V.; GERASSI, C.D. **O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde:** contribuições para uma reflexão crítica. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T.W.F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p.111-137.

LEEUWEN, T.V. **Three models of interdisciplinarity.** Chapter I, p.3-18 In: WODAK, R.; CHILTON, P. (eds) A New Agenda in (Critical) Discourse Analysis: Theory, methodology and interdisciplinarity. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company. 2005. 341p.

MAHONEY, J. **Debating the State of Comparative Politics.** Comparative Political Studies, vol. 40, núm. 1, enero, 2007. p.32-38

MANCEBO, M.; NARBONDO, P. (coords.). **Reforma del Estado y políticas públicas de la Administración Vázquez:** acumulaciones, conflictos y desafíos. Instituto de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Editorial Fin de Siglo, CLACSO, Montevideo, 2010, 425 páginas

MERHY, E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde:** uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência in Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte -Reescrevendo o público, Ed. XAMÃ, São Paulo: 1998

_____. **Modelo de atenção à saúde como contrato social.** Texto apresentado na 11a Conferência Nacional de Saúde Brasília-2000. E. Merhy (Campinas-UNICAMP)

MESA-LAGO, C. **Reassembling Social Security. A survey of pensions and healthcare reforms in Latin America.** Oxford Press, 2007

MIERES, G.G. **El sector salud:** 75 años de un mismo diagnóstico/Gustavo Mieres Gómez. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay, 1997. 176p

NARBONDO, I.; SANTOS, C.; OYHANTÇABAL, G.; GUTIÉRREZ, R. **Seis tesis sobre neodesarrollismo en Uruguay.** Montevideo, S.D.

NAHUM, B. **Manual de Historia del Uruguay (1830-1990).** Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 1995.

ODDONE, J; PARIS, B; FARAONE, R. **Cronología comparada de la Historia del Uruguay:** 1830-1985. Universidad de la República, Montevideo, 1997

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS. **La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.** Organización Mundial de la Salud, 2005

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Investigación sobre reformas del sector salud en América Latina y el Caribe:** reflexiones sobre sus contribuciones al desarrollo de políticas. Washington, D.C.: OPS. © 2001.

_____. **Documentos Básicos de la Organización**

Panamericana de la Salud. 18.a Washington, D.C., OPS, © 2012. 168p

_____. Reglamento sanitario internacional, Washington: OPS, 1924.

_____. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Declaración de Montevideo:** declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de la Salud (OMS-OPS) 20 de diciembre de 2005.

PAIM, S.J. **Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI.** -1a de.-Buenos Aires: Lugar Editorial, 2011. 152p.

_____. **Modelos de atenção à saúde no Brasil.** Capítulo 15-pp 547-573 In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. GIOVANELLA L. et al (orgs). 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. 1100p.

PAGLIOSA, F.L.; DA ROS, M.A. **O Relatório Flexner:** Para o Bem e Para o Mal. Revista Brasileira de educação médica 32 (4): 492–499; 2008

PARCET, M. **El sistema sanitario alemán.** Mónica Parcet*. Tribuna Panace@ 2011; 12 (34): 285-294

PEREIRA. L. C. B. **A Reforma do Estado nos anos 90:** lógica e mecanismos de controle. Brasília, 1997. (Cadernos MARE da Reforma do Estado, Cad 1.)

PÉREZ, M. **La reforma del Sistema de Salud en el primer gobierno de izquierda en la historia del Uruguay.** Monografía de grado (Licenciatura en Ciencia Política) – Instituto de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República, Montevideo, 2009.

PIERSON P. **Politics in time:** history, institutions, and social analysis. Princeton: Princeton University Press; 2004.

_____. & SKOCPOL, T. **El Institucionalismo Histórico en la Ciencia Política contemporánea.** Montevideo: Revista Uruguaya de Ciencia Política, vol.17, No 1, 2008. p.7-38

RED DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD EN EL CONO SUR. **Investigación en Sistemas y Servicios de Salud:** Resultados, evaluación de actividades y desarrollo futuro de la Red. Cuaderno para la discusión N°1. Ed.Almeida. CCIT/FIOCRUZ, 2000. 321p

ROCHA, P.R. da; DAVID, H..M.S.L.**Determinação ou Determinantes?** Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde Revista: Revista da Escola de Enfermagem da USP 2015 49(1)

SANGUINETTI, J.M. **Luis Batlle Berres.** El Uruguay del optimismo. Montevideo: Penguin Random House, 2014.

SETARO, M. **La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y el nuevo Estado para la performance.** In MANCEBO, M.E. y NARBONDO, P. (Orgs.) Reforma del Estado y políticas públicas en la Administración Vázquez: acumulaciones, conflictos y desafíos. Montevideo: Fin de Siglo, 2010. p.202-223

SILVA J.; ALVES, A.; ALMEIDA,C. **Modelos Assistenciais em Saúde:** desafios e perspectivas. In: Morosini, M.V. e Corbo, A. (org). Modelos de atenção e a saúde da

- família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-41
- SINDICATO MÉDICO URUGUAYO–SMU. **Convención Médica Nacional**. Declaración final. 6 y 7 de agosto de 2004
- SKOCPOL T. **Why I am an Historical Institutional**. *Polity*, 28: 103-106, 1995.
- SOTOMAYOR, A. C. **Los métodos cualitativos en la ciencia política contemporánea**: Avances, agendas y retos. México: Revista *POLÍTICA y gobierno*, vol. xv, número 1, 2008.
- SPINELLI, H. (comp.) **Salud Colectiva**: Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2008. 288p
- STEINMO, S. **What is Historical Institutionalism**. In DELLA PORTA; KEATING (eds.): *Approaches in the social science*. Cambridge University Press, Cambridge, 2008.
- THELEN K, Steinmo S. **Historical institutionalism in comparative politics**. In: Thelen K, Steinmo S, Longstreth F, orgs. *Structuring Politics: historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, p.1-32.
- TRAVERSA, F. **Democracia y redistribución en América Latina**. *Revista Stockholm Review of Latin American Studies*. Issue 3, diciembre 2008.
- TURNES. Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina. **Historia del mutualismo**. Montevideo: Asociación Española de Socorros Mutuos.2003.47p
- URUGUAY. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. **Leyes Sistema de Salud Uruguayo**. Tomo II. Montevideo. S.D.
- _____.MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. UDELAR. **Informe final de la evaluación del impacto del PANES**. Montevideo: Instituto de Economía Facultad de Ciencias Económicas y de Administración, 2009.
- _____.OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO. **La renovación de las tradiciones del estado de Bienestar**: Conferencia de Hans J. Puhle. Montevideo, 2008
- _____. Constitución de 1830. Montevideo, 1830
- _____. Constitución de la República Oriental del Uruguay 1918.
- _____. Constitución de la República Oriental del Uruguay 1942.
- _____. Constitución de la República Oriental del Uruguay 1952.
- _____. Parlamento uruguayo. Ley N° 15.903 de 1987
- _____. Parlamento uruguayo. Ley N° 15.181 de 1981
- VENNESSON, P. **Case studies and process tracing**: theories and practices. In Della Porta & Keating (eds.): *Approaches and methodologies in the Social Sciences. A pluralist perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008
- WALT, G. **Policy Analysis**: an approach. In: *Health Policy and Systems Development* (Katja Janovsky, ed.). Ginebra: WHO, 1996. p.25-41