

(Artículo Especial)

## El caso uruguayo y las políticas sociales de salud en América Latina

Escuela Latinoamericana de Medicina

Lorenzo Pablo Camejo Ramos<sup>1</sup>, Ismael Valdés Sierra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Licenciado en Historia y Ciencias Sociales, Profesor Auxiliar, Máster en Estudios Interdisciplinarios en América Latina el Caribe y Cuba.

<sup>2</sup>Licenciado en Ciencias de la Educación, Especialidad Marxismo Leninismo e Historia. Profesor Instructor.

### RESUMEN

**Objetivo:** Reflexionar en torno a las políticas de salud en América Latina haciendo énfasis en la reforma realizada al Sistema Nacional de Salud de la República Oriental del Uruguay a partir del 2005.

**Desarrollo:** América Latina y el Caribe entran en el siglo XXI con sistemas nacionales de salud disfuncionales y excluyentes. Por tanto, en esta época de cambios sociopolíticos en el continente, se requiere el diseño y aplicación de políticas sociales en salud que respondan a principios basados en cobertura universal, financiamiento justo y equitativo, papel rector de los estados en la regulación y organización de los servicios y la aplicación de políticas eficaces para solucionar los viejos y nuevos problemas de salud de la región. Uruguay es uno de los países que ya emprendió con buenos resultados este proceso con la aplicación de una reforma nacional diseñada y puesta en práctica por el gobierno progresista del Frente Amplio.

**Conclusiones:** En las nuevas condiciones socio políticas de América Latina, es necesario crear estructuras y políticas a largo plazo que den respuesta a las necesidades acumuladas en la región en materia de salud basadas en el acceso universal y sin exclusiones a estos servicios, la asunción del Estado como rector y regulador de los sistemas nacionales, asegurar un financiamiento justo y equitativo para cada individuo u organismo y la ejecución de programas más efectivos desde la Atención Primaria de Salud. Uruguay puso en práctica una reforma por la que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud que cumple en lo fundamental, con las aspiraciones de sus ciudadanos. Proceso continuo de cambios estructurales y funcionamiento, en aras de lograr sostenibilidad y calidad permanente.

**Palabras clave:** Política Públicas de Salud; Sistemas de Salud; Uruguay; América Latina.

### INTRODUCCIÓN

La historia contemporánea de América Latina, particularmente en la segunda mitad del siglo XX y comienzos del XXI, constituye una etapa de conflictos y crisis permanente de paradigmas y modelos tradicionales que rigen en la historia de la región. Se trata de un complejo proceso que admite factores causales que provienen, al menos, de tres ámbitos de la sociedad y se interconectan entre sí. Estos ámbitos se corresponden con la economía, política y sociedad.

Un nuevo mapa geopolítico se está conformando hoy en nuestra región. Se rehacen viejos modelos económicos ante el fracaso de las experiencias neoliberales de los años 90, se conforman nuevos espacios regionales y fortalecen los mecanismos de integración ante un mundo dominado desde los centros de poder; las propuestas políticas tradicionales no encuentran el respaldo de masas como en tiempos atrás. En este cuadro llegan al poder nuevos proyectos en manos de diversas fuerzas político sociales interesadas en hacer cambios en estas sociedades. Se vislumbra un espacio de reestructuración y reformas de todo tipo, materializado en

fenómenos como la Revolución Ciudadana en Ecuador, la Revolución Bolivariana en Venezuela o la llegada al poder de las fuerzas del Movimiento al Socialismo en Bolivia, así como nuevas propuestas políticas en países del Cono Sur, como Brasil, Argentina y Uruguay. Estos proyectos asumen una herencia social en crisis permanente, sociedades diezmadas y graves problemas de vida acumulados en el tiempo.

Las realidades nacionales son diversas y las condiciones específicas en cada nación y subregión son diferentes, aun cuando puedan identificarse un conjunto de rasgos comunes (1).

Ante esta realidad, es necesario estudiar y revisar críticamente los procesos en curso. En muchos países del área se ponen en práctica políticas sistemáticas de desarrollo social sostenidas por recursos mayores que han permitido un proceso de disminución de los niveles de pobreza y mayor acceso de sectores desplazados a servicios básicos humanos como la educación y en especial la salud, aunque con grandes diferencias entre países y sectores sociales. No obstante, las estrategias de trabajo para la aplicación de políticas sociales necesarias y sostenibles, chocan con

la resistencia de sectores de poder económico internos y externos. Estas políticas son todavía insuficientes.

Hoy, en comparación con etapas anteriores, la zona se encuentra en mejor posición ante el desfavorable entorno económico de la crisis global y estructural capitalista. Los altos precios de los productos primarios de exportación son la base del crecimiento y acumulación de importantes reservas financieras.

Son grandes los retos que tiene que enfrentar la región en la actualidad y su éxito depende, en buena medida, de la aplicación de políticas sociales y públicas que sostenidas por un desarrollo económico creciente y sustentable, logren más equidad en la distribución de riquezas, justicia social y desarrollo humano. Superar la barrera del asistencialismo tradicional por demás necesario para resolver, en parte, las urgencias acumuladas, es la meta de los nuevos proyectos sociales latinoamericanos.

Desde la ciencia y la política, se hace necesario el estudio de las nuevas experiencias sociales en la zona y en especial, en el sector salud, por ser este un factor decisivo en la vida personal y social de los seres humanos. Los paradigmas que rigieron los procesos de reformas de salud en el siglo XX no resolvieron las necesidades acumuladas y agudizadas con las políticas neoliberales de los años 90. Los países de la región asumen nuevos retos en materia de políticas de salud que logren, entre otros propósitos, cobertura universal, financiamiento justo, mayor responsabilidad del Estado y políticas de prevención más efectivas.

Este trabajo tiene como objetivo reflexionar en torno a las políticas de salud en América Latina haciendo énfasis en la reforma realizada al Sistema Nacional de Salud de la República Oriental del Uruguay a partir del 2005.

## DESARROLLO

Un posicionamiento adecuado sobre las políticas sociales permite entender y definir conceptualmente el tema. Definir las políticas sociales depende en buena medida, de la posición filosófica, del modelo económico en que se enmarquen y el fin que persiguen. Por tanto, existen diferentes concepciones al respecto. No obstante, puede asumirse que las políticas sociales son las que se constituyen para hacer cambios en la sociedad encaminados al mejoramiento material y espiritual de sus miembros. Dígase empleo, salud, educación, vivienda, servicios básicos comunales y acceso a la cultura. En última instancia, se vinculan a la reducción de la pobreza como índice global (2-3).

Por otro lado, es necesario repensar que las políticas sociales son vistas en la mayoría de los casos como políticas públicas, es decir, las que se diseñan y operacionalizan desde el Estado. Una visión más amplia al respecto lleva a considerar que en las políticas sociales se involucran otros actores a veces no visibles ni tenidos en cuenta, como son las organizaciones no gubernamentales, entes privados y otros de la llamada sociedad civil.

Para América Latina y el Caribe, la modernidad capitalista determinó la creación de los estados nacionales a fines del siglo XIX e inicios del XX, con las miras puestas en Europa y los Estados Unidos. Se reprodujo la organización de la sociedad en condiciones económicas de dependencia de estos centros de poder y, con ella, los referentes de cómo aplicar las políticas sociales. Estas sociedades, excluyentes y diferenciadas, desplazaron a cientos de individuos que no fueron tenidos en cuenta en el diseño y alcance de estas políticas. Solo en escasos ejemplos se estructuraron políticas sociales de derrame a sectores desplazados desde el poder burgués para lograr sociedades amortiguadoras, disciplinadas y legitimadas por amplios sectores. Estas políticas se hicieron acompañar por un modelo de desarrollo propuesto desde la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) basado en el modelo sustitutivo de importaciones (4-6).

En las décadas de los años 80 y 90 se aplicaron fórmulas neoliberales caracterizadas por un proceso de reinserción y apertura al mercado mundial, acompañado de amplios procesos de privatización, dominio del mercado y un aumento de la inversión extranjera, muchas veces fuera del control estatal. Se hizo un desmontaje de las políticas sociales al dar prioridad a lo privado en detrimento de lo público y estatal. Así, en 1980, el 40,5% de la población latinoamericana vivía en la pobreza y en 1999 había alcanzado el 43,8% cifra equivalente a unos 220 millones de personas. Casi 77 millones de latinoamericanos habitaban en condiciones de hacinamiento, 165 millones carecían de acceso a agua potable y 22 millones de jóvenes no estudiaban ni trabajaban. El problema del empleo fue para estos años un asunto sin resolver, los índices de desempleo aumentaron en una década de 5,7 a 8,5%. Este problema trajo una aguda crisis en la vida económica familiar que determinó serios problemas de salud para la región. En este entorno, fueron las políticas sociales en salud una de las áreas a donde se enfilaron los llamados recortes trayendo una crisis del sector en la zona (7-10).

Las políticas y reformas de esta etapa reconocían, al menos en el discurso, la necesidad de solucionar los problemas de equidad en los niveles de atención en salud a la población, la baja efectividad y calidad en la asistencia y la eficiencia de los sistemas institucionalizados. Pero en realidad las reformas sanitarias impulsadas en las décadas del 80 y 90, se orientaban a reducir la responsabilidad del Estado en materia de políticas sociales, trasladándola a las personas individualmente y al sector privado como administrador privilegiado (11-13).

Estudios sobre el tema indican (14-18), que se priorizó el sector privado en cuanto a asistencia, financiamiento y traslado de responsabilidades en salud al mercado, o lo que es lo mismo, convertir la salud en mercancía al dar prioridad a los mercados aseguradores. Se produce un proceso de fragmentación y desregulación de los servicios de salud perdiendo el Estado, en muchos casos, el control institucional de esta esfera. Estas políticas seguían las

indicaciones que desde el Banco Mundial se hacían en 1993 en el documento titulado "Invertir en Salud" para lograr la efectividad en los servicios.

Una segunda reforma del Estado para la salud indicaba la necesidad de contratar servicios privados en servicios públicos, una abierta competencia entre proveedores y más descentralización, aunque en parte de este discurso se abogaba por un Estado social que asumiera un activo papel en la regulación y acciones específicas para fortalecer la gobernabilidad y cohesión social. Como resultado, los principales índices de salud se deterioraron. La esperanza de vida al nacer no aumentó según lo proyectado en los 15 años evaluados (tabla 1). Asimismo, fueron alarmantes los altos índices de mortalidad infantil, cifra elevada a más de 30% en los finales del pasado siglo (14-18) (tabla 2).

En el año 2002, una crisis económica capitalista acompañada de una crisis estructural internacional que tuvo a Suramérica como uno de sus escenarios, fue denominada holocausto social, por el destacado intelectual argentino Atilio Borón. Como resultado de este proceso se minó el prestigio que gozaban los partidos políticos tradicionales y se exacerbó las tendencias a la fragmentación de estas organizaciones, al tiempo que crecieron y se hicieron más encarnizadas las luchas internas por el poder de diferentes

Tabla 1. Esperanza de vida al nacer en América Latina (1980-1995)

País	1980-1985	1985-1990	1990-1995
Argentina	71,0	72,1	73,2
Bolivia	57,3	60,0	62,0
Brasil	65,5	67,5	69,4
Chile	72,7	74,3	75,7
Colombia	67,9	68,6	70,7
Costa Rica	75,2	76,2	77,3
Cuba	74,6	74,8	76,2
Ecuador	67,5	70,0	72,3
El Salvador	63,4	67,1	69,4
Guatemala	60,9	63,6	66,3
Haití	53,6	55,4	57,2
Honduras	65,4	67,7	69,8
México	69,8	71,8	73,6
Nicaragua	62,2	66,1	68,0
Panamá	71,9	72,9	73,8
Paraguay	67,6	68,5	69,7
Perú	64,4	66,7	68,3
República Dominicana	65,1	67,0	68,6
Uruguay	72,1	73,0	74,1
Venezuela	70,5	71,5	72,2
América Latina	67,3	69,1	70,8

Fuente: CEPAL 2005. Disponible en <http://www.cepal.org/> [acceso: abril de 2013].

Tabla 2. Porcentaje de mortalidad por cada mil nacidos vivos en América Latina (1980-1995)

País	1980-1985	1985-1990	1990-1995
Argentina	27,1	24,4	21,8
Bolivia	90,1	75,1	66,7
Brasil	52,4	42,5	34,1
Chile	18,4	14,1	11,5
Colombia	41,4	35,2	30,0
Costa Rica	17,4	14,5	11,8
Cuba	15,9	15,3	9,6
Ecuador	55,5	44,2	33,3
El Salvador	54,0	40,2	32,0
Guatemala	67,1	54,8	45,5
Haití	100,0	174,1	66,1
Honduras	53,0	43,0	35,0
México	39,5	33,1	27,7
Nicaragua	65,0	48,0	35,0
Panamá	29,6	27,0	23,7
Paraguay	46,7	43,3	39,2
Perú	68,0	55,5	42,1
República Dominicana	54,1	46,6	40,0
Uruguay	22,6	20,1	17,5
Venezuela	26,9	23,1	20,7
América Latina	47,5	39,0	32,4

Fuente: CEPAL 2005. Disponible en <http://www.cepal.org/> [acceso: abril de 2013].

sectores, conductas de confrontación y la pérdida de la capacidad, en la mayoría de los casos, para la búsqueda de acuerdos y consensos de todas las tendencias políticas. En este cuadro se han desarrollado en los últimos años fuertes movimientos sociales, populares y proyectos de país en un gran número de sociedades latinoamericanas. Aparece un espacio de reestructuración y reformas de todo tipo, materializado en fenómenos como las sublevaciones indígenas y campesinas en Ecuador que acompañan a otras fuerzas políticas a la Revolución Ciudadana, la Revolución Bolivariana en Venezuela o la llegada al poder de las fuerzas del Movimiento al Socialismo en Bolivia, el proceso del Frente Sandinista en Nicaragua, así como las propuestas políticas en países del Cono Sur, como Brasil, Argentina y Uruguay.

Los procesos anteriores encuentran situaciones de urgencias y necesidades aplazadas donde se destacan los graves problemas de salud. Los primeros pasos de todos ellos es la puesta en práctica de políticas sociales hacia los sectores más vulnerables. No caben dudas que estas transferencias desde el Estado han tenido un impacto positivo, mejorando los estándares de vida y salud de la población involucrada. Se implementan medidas para aumentar la cobertura, misiones de salud, y la aportación

que desde los mecanismos de integración llegan a numerosos países de la zona, por ejemplo, las que llegan desde Cuba. Sin embargo, estas acciones tienen que acompañarse de reformas institucionales y políticas a largo plazo que puedan ser más duraderas y permitan crear las condiciones para que los estados y sus ciudadanos puedan garantizarse un futuro seguro. Tal es el caso de la formación de recursos humanos en salud en la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM).

Los problemas de salud a enfrentar por la mayoría de los países latinoamericanos a partir de las informaciones oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) son, entre otros (19):

- Desigualdad al interior de los países y regiones en acceso a servicios de salud. Los problemas de la atención de salud no afectan en la misma forma a los diferentes segmentos de la población, son los sectores de pobreza los más afectados.

- Los grupos provenientes de pueblos originarios u otras etnias presentan las situaciones más excluyentes en los sistemas de salud, con una fuerte tradición de discriminación y descalificación de sus culturas. Se destacan los casos de Bolivia y Paraguay.

- Los migrantes, tanto internos como externos, son descalificados, en la mayoría de los casos para acceder a la cobertura de salud en los países receptores.

- Continúa siendo insuficiente la calidad en las prestaciones públicas de salud.

- El tema de las fuentes de financiamiento es hoy un asunto capital para cualquier país latinoamericano.

- La dispersión de actores vinculados a los servicios de salud y, dentro de ello, la no resuelta contradicción público-privado.

- La cobertura científica tecnológica en los servicios de salud es insuficiente.

- En un buen número de países latinoamericanos los servicios públicos no aseguran cobertura total.

- La alta tasa de morbilidad y mortalidad materna infantil sigue siendo el primer problema de salud en la zona. Se acompaña de enfermedades infecciosas de transmisión vectorial como la malaria, el dengue hemorrágico y clásico, mal de Chagas, leishmaniosis y otras.

- Las enfermedades crónicas degenerativas y las no transmisibles se han constituido en un grupo emergente.

Todo lo anterior conduce a una etapa de reformas de sistemas de salud en la región, destacándose aquellos gobiernos progresistas como Venezuela, Ecuador, Bolivia, Argentina, Uruguay y Brasil.

Según informes oficiales de esos estados, los principios básicos en los que se basan todas ellas pueden resumirse en:

- Cobertura universal a los servicios de salud.

- El Estado tiene que convertirse en ente regulador de los saberes, prácticas e institucionalización de la medicina.

- Propiciar la estructuración de sistemas de salud integrados que definan los proveedores, ámbitos de actuación y coordinación.

- Establecer mecanismos para la transferencia de recursos (financiamiento), con el objeto de inducir aumentos en su movilización y asignación eficiente.

Otros desafíos, como se deduce de los problemas y prioridades antes señalados, tienen que ver con la formación de los recursos humanos, la transferencia tecnológica, calidad de los servicios, transformación progresiva de la medicina curativa a la preventiva y la observación y respeto a los sistemas médicos tradicionales vigentes en muchos países (20).

### **La Reforma Integral de Salud en la República Oriental del Uruguay (2005-2009)**

#### **Antecedentes**

Los sistemas médicos latinoamericanos, incluyendo el uruguayo, estuvieron marcados hasta finales del siglo XIX por las estructuras que la metrópoli española impuso. Baste recordar que el poder colonial descalificó las prácticas médicas tradicionales, organizó y legitimó desde la institución religiosa de la iglesia católica, siguiendo el estilo medieval europeo, los saberes, las prácticas y la institucionalización de la medicina. Así, las familias españolas o criollas adineradas organizaron de manera temprana las prácticas privadas y pagadas a nivel de los hogares y los servicios de los llamados hospitales de caridad de la Iglesia. En el caso uruguayo, se destaca el Hospital de Caridad de 1788. Es significativo que otra de las prestaciones fue para los militares quienes establecieron diferencias con la población civil (21).

La conformación sociodemográfica del país se fue delineando a finales del siglo XIX e inicios del XX, a partir de sucesivas oleadas migratorias procedentes de Europa. El incipiente estado, a pesar de cualquier debilidad institucional desde sus comienzos y como en pocas naciones latinoamericanas, se convierte en un ente articulador de la sociedad. Desde sus inicios se adjudica funciones que trascendieron las fronteras políticas y asume la distribución del poder económico y social. Formar instituciones que garantizaran el buen funcionamiento de la sociedad, fue su misión permanente. Enfiló su accionar al desarrollo de las fuerzas productivas rurales y urbanas con un moderno aparato jurídico y administrativo que imponía reglas y límites a la sociedad. Para el caso uruguayo, dentro de los sectores políticos tradicionales, siempre hubo un grupo que trató de derramar sobre los sectores desplazados ciertas cuotas de acceso en educación, salud pública y otras.

En este proceso se trasladaron las formas modernas de organizar los servicios de salud europeos, tal es el caso de las mutuales o cooperativas que previa distintas maneras de pago, funcionaron en ese país. Para inicios del siglo XX existían más de 300 centros de este tipo. En 1910 se crea el cuerpo legal que organizó una red de

centros de salud pública. El 5 de septiembre de 1933 se crea el Ministro de Salud Pública. En las décadas de los 40 y 50 se logran avances significativos como expansión de servicios públicos a todo el país, comienzo de trabajos de prevención, estructuración de formación de recursos humanos e incorporación de avances tecnológicos. Además, aparecen nuevas figuras prestadoras de servicios a nivel de sindicatos y otros seguros sociales. No obstante, y a pesar que dicho país estuvo siempre en los primeros lugares en servicios de salud en América Latina durante el siglo XX, el sistema presentó ineficiencias en algunas prestaciones, burocratización, fragmentación y debilidad administrativa del Ministerio de Salud que le impidió conformar políticas duraderas a largo plazo (21).

El siglo XXI se inaugura con una aguda crisis económica (2002) que se expresa, entre otros renglones de vida, en un deterioro del Sistema Nacional de Salud que había funcionado con relativo éxito. El sector público evidencia un decrecimiento presupuestal, deterioro de infraestructuras, falta de recursos humanos y muchos sectores se ven desprotegidos al aumentar como nunca antes en la historia nacional, los segmentos de pobreza e indigencia (22-24). Como parte de ese entorno nacional, el 31 de marzo de 2005 llega al poder una fuerza política opositora a los partidos políticos tradicionales y hegemónicos: el movimiento coalición de izquierda Frente Amplio-Encuentro Progresista-Nueva Mayoría (FA). Este, sin dudas, es uno de los fenómenos más interesantes de la historia contemporánea de la República Oriental del Uruguay y de América Latina, pues el FA constituye hoy punto de confluencia y convergencia de partidos políticos, organizaciones e individuos independientes y representa la opción de la izquierda.

El programa de gobierno puesto en práctica se encaminó a la creación de un país productivo y social, con amplia participación democrática y que rescatara al país de sus urgencias. El sector salud ocupó un espacio principal en este proyecto. La Reforma de Salud era el gran objetivo. Desde el IV Congreso Extraordinario "Héctor Rodríguez", realizado en 2003, se declara: (25) "La salud es un derecho, constituye además un inestimable bien social y como tal hay que garantizar su vigencia y su efectividad, y esta es una responsabilidad colectiva del conjunto de la sociedad y del Estado a quien corresponde la responsabilidad de garantizarla mediante el desarrollo de un sistema nacional de salud eficiente".

¿Cuál fue el punto de partida para dar cumplimiento a ese objetivo? El sistema padecía un proceso de fragmentación y dispersión de diferentes prestadores de salud, tanto del sector público como privado. Así, la principal red de servicios públicos a nivel nacional era la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Otras instituciones públicas eran Sanidad Militar y Sanidad Policial, Hospital de Clínicas, propiedad de la Universidad de la República (UDELAR) y servicios de algunas empresas públicas a sus funcionarios, jubilados y familiares de estos, como el Banco de Seguros del Estado (BSE), Servicios de Salud de

las Intendencias Municipales (SSIM) y Banco de Previsión Social (BPS). Paralelamente, los principales servicios privados eran las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) prepagadas, (asociaciones asistenciales o mutuales, cooperativas de profesionales o servicios de asistencia). Esto se acompañó de bajos niveles de coordinación y regulación desde el MSP.

En cuanto al financiamiento, Uruguay ocupaba un lugar privilegiado entre los países de nuestra región. Según informes de la OMS del año 2005, de las asignaciones presupuestales a la salud, 8,89% del PIB provenían de tributos o impuestos, y los aportes a la seguridad personal procedían en la mayoría de los casos, del empleador y el empleado. Para esos años el aporte público y privado al financiamiento de la salud era en proporciones casi iguales. No obstante, en este período, la cobertura privada costaba un porcentaje elevado de la renta personal y familiar del ciudadano adscrito.

Otros elementos a destacar del sistema eran el multiempleo de los médicos en ambos sectores, que atentaba contra la calidad; el predominio de la medicina asistencial en detrimento de la prevención, una crisis material en muchos centros y no regulación del sistema desde el MSP. Desde los factores de riesgo, las enfermedades crónicas no transmisibles eran la causa principal de morbilidad y mortalidad del país. En lo referente a los recursos humanos, si bien este país presentaba cifras muy destacadas en el continente, el asunto de la escasez del personal de enfermería afectaba considerablemente el funcionamiento de los centros de salud. Se destaca que el sistema tenía que adaptarse a las transformaciones sociales del país, tal es el caso de los cambios demográficos en la medida en que envejecía la población.

A todo lo anterior se agrega una coyuntura de crisis económica que aumentó los niveles de pobreza y el crecimiento de los individuos sin acceso a la salud.

### **Orígenes y propuesta de la Reforma Integral de Salud**

Para el proyecto social del FA era una necesidad crear una nueva estructura del sistema de salud que estuviera acompañada de nuevos conceptos de funcionamiento, eficiencia y calidad, aspectos que se proclaman desde la Convención Médica del año 2004. Desde otros sectores sociales llegan otros reclamos y propuestas. Así, las reformas principales del sistema se orientan a líneas generales contempladas en los llamados principios filosóficos de la reforma (21):

- Cambios del modelo asistencial orientado a la aplicación de una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS)
- Un modelo de financiación, asegurando equidad y solidaridad a través de un seguro nacional más democrático y transparente.

- Asegurar la cobertura de salud a toda la población, articulándola de manera efectiva al Sistema Nacional.

La Reforma se propone entonces crear el Sistema Nacional

Integrado de Salud (SNIS), por Ley 18211 del MSP. Se articula sobre la base de la complementación público-privado y tiene como estrategia global la APS, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación. En el nuevo modelo, los trabajadores cotizan al sistema de salud de acuerdo con su nivel de ingresos, capacidad contributiva y estructura familiar. Los trabajadores con hijos menores de edad aportan un 6% al sistema, mientras que los que no tengan hijos a su cargo cotizan el 3 o 4,5%, dependiendo de su nivel de ingresos. En ese sentido, además de las cotizaciones obligatorias de los trabajadores y de los jubilados, otras fuentes de financiamiento del sistema son las contribuciones obligatorias de las empresas del Estado y de las entidades públicas no estatales. La nueva institucionalidad pretende asegurar el acceso universal y equitativo al sistema de salud. De esta forma, se establecen nuevos beneficios en un contexto en el que los usuarios tienen derecho a su propia cobertura de salud, la de sus hijos menores de 18 años y la de sus cónyuges. Además, se incorporan a los trabajadores públicos al sistema de salud. En tal sentido, según previsiones oficiales, se integraron 30 mil funcionarios públicos y 500 mil niños menores de 18 años (21).

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) financia el seguro y se nutre por los aportes de los usuarios en tasas porcentuales progresivas de 3%, 4,5% y 6%, según los niveles de ingreso y composición del núcleo familiar. Las empresas y organismos continúan aportando un 5% por sus trabajadores. Los indicadores iniciales demuestran resultados positivos en este sentido (22).

El Seguro Nacional de Salud opera bajo un esquema de seguro social que apunta a combinar justicia contributiva, eficacia sanitaria y eficiencia económica. Los individuos aportan en correspondencia con su capacidad contributiva y reciben atención según sus necesidades de salud. Además, el fondo redistribuye los recursos financieros desde los grupos de población con utilización baja de servicios de salud (menor riesgo), hacia otros grupos que deben hacer un uso más intensivo de los servicios (mayor riesgo). Este diseño también permite introducir un esquema de incentivos económicos para alentar la calidad y eficiencia asistencial (21).

Es necesario apuntar que con la expresión jurídica legal correspondiente, se otorgan al MSP las facultades para reglamentar los servicios de todos los prestadores según aportes de los ciudadanos, evaluar sistemáticamente la eficiencia y calidad asumiendo al mismo tiempo la

responsabilidad de rendir cuentas de su accionar y de los resultados de gestión. El MSP asume el papel rector y regulador del sistema de salud, elemento tan reclamado por todos los sectores sociales.

Dentro de los resultados más significativos en los primeros años de instrumentación, se pueden señalar los siguientes (21):

-Aumento de la cobertura universal a servicios de salud. Solo en el primer año entraron al sistema más de 205 mil personas.

-Se da prioridad y cobertura total a niños, adolescentes y jubilados, estos últimos aumentaron en un año (2007 - 2008) a más de 20 mil.

-Fortalecimiento de las funciones de control desde el MSP.

-Fortalecimiento y crecimiento sostenido de los programas nacionales de prevención.

-Reducción de índices de corrupción y más ahorro a partir mejores mecanismos de control y democratización en el uso de recursos.

No obstante, desde fuentes oficiales, se reconocen algunos aspectos en los que se propone seguir trabajando (21):

-Continuar profundizando el papel del estado en el arbitraje y responsabilidad en los temas de salud.

-Seguir dando prioridad al acceso y calidad de los servicios públicos de salud.

-Garantizar los espacios que faciliten más democratización y participación popular en la regulación y eficacia de los servicios de salud.

-Continuar perfeccionando los programas de promoción de salud.

## CONCLUSIONES

En las nuevas condiciones socio políticas de América Latina, es necesario crear estructuras y políticas a largo plazo que den respuesta a las necesidades acumuladas en la región en materia de salud, basadas en el acceso universal y sin exclusiones a estos servicios, la asunción del Estado como rector y regulador de los sistemas nacionales, asegurar un financiamiento justo y equitativo para cada individuo u organismo y la ejecución de programas más efectivos desde la Atención Primaria de Salud. Uruguay puso en práctica una reforma por la que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud que cumple en lo fundamental, con las aspiraciones de sus ciudadanos. Proceso continuo de cambios estructurales y funcionamiento, en aras de lograr sostenibilidad y calidad permanente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosales García J, Pérez Cruz F. *Socialismo en el siglo XXI: Legado de la historia inmediata*. En: *América Latina en tiempos de Bicentenario*. Editorial Ciencias Sociales. La Habana, 2011.
2. Carranza Valdés, J. *América Latina y el Caribe en el nuevo contexto. Enfoque y experiencias*. (Preámbulo) FLACSO-UNESCO. Montevideo [Internet] 2011 [citado: febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.unesco.org.uy/shs>.
3. Valdés Paz J, Espina M. *Política social y políticas públicas. Prólogo*. En: *América Latina y el Caribe en el nuevo contexto. Enfoque y experiencias*. FLACSO-UNESCO. Montevideo [Internet] 2011 [citado: febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.unesco.org.uy/shs>
4. Martínez O. *La compleja muerte del neoliberalismo*. Editorial Ciencias Sociales. La Habana, 2007.
5. Pivel Devoto, J. *Historia de la República Oriental del Uruguay (1830-1930)*. Editorial Medina. Montevideo, 1966.

6. Real de Azúa C. Uruguay. *¿Una sociedad amortiguadora?* CIESU-EBO. Montevideo, 1984.
7. Houtart F, Polet F. *El otro Davos*. Editorial Ciencias Sociales. La Habana, 2002.
8. Colectivo de autores. *Libre Comercio y Subdesarrollo*. Editorial Ciencias Sociales. La Habana, 2006.
9. Heinz Dieterich S. *América Latina frente al Tercer Orden Mundial*. Casa Editorial Abril. La Habana, 2003.
10. CEPAL. *Una década de desarrollo social en América Latina. 1990-1999*. Santiago de Chile [Internet] 2004 [citado: abril de 2013]. Disponible en: <http://www.cepal.org>
11. CEPAL. *Panorama social de América Latina, 2000-2001*. Santiago de Chile [Internet] 2001 [citado: abril de 2013]. Disponible en: <http://www.cepal.org/>.
12. Ramos Domínguez BN. *La nueva salud pública*. Revista Cubana Salud Pública. [Internet] 2000 [citado: abril de 2013];24(2). Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/index.php>
13. Rojas Ochoa F. *La salud en las Américas*. Revista Cubana Salud Pública. [Internet] 1999 [citado: mayo de 2013];25(1) Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/index.php>
14. García-Roco Pérez O y colaboradores. *La Salud Pública en América Latina y el Caribe*. En: Revista Humanidades Médicas. [Internet] 2002 [citado: abril de 2013];2(2). Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm>
15. López Pardo C. *La reforma sanitaria en América Latina y el Caribe*. Revista Cubana de Salud Pública. [Internet] 1997 [citado: mayo de 2013];23(1-2). Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/index.php>
16. Borgia F. *Medicina Social. Salud para todos*. [Internet] 2006 [citado: mayo de 2013];1(3). Disponible en: <http://www.medicinasocial.info>.
17. Laurell Asa C. *Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina*. [Internet]. [citado: mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.medicinasocial.info>.
18. CEPAL. *Boletín demográfico. América Latina: Proyecciones de población urbana y rural*. Santiago de Chile [Internet] 2005 [citado: mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.cepal.org/>
19. Arriagada I, Aranda V, Miranda F. *Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas*. [Internet]. CEPAL, Naciones Unidas. División de Desarrollo Social, Santiago de Chile, diciembre de 2005. [citado: mayo 2013]. Disponible en: [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/7/23777/sps114\\_lcl2450.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/7/23777/sps114_lcl2450.pdf)
20. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Diversidad étnico-cultural: La ciudadanía en un Estado plural*. Editorial Sur. Guatemala, 2005.
21. Ministerio de Salud Pública. República Oriental del Uruguay. [Internet]. *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud*. [citado: mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.presidencia.gub.uy>
22. García Tamayo M, Castells Soler P. [Internet] *La política económica de Uruguay (2000-2007)* [citado: junio de 2013]. Disponible en: <http://www.comercioexterior.ub.es>
23. Elías A. [Internet]. *Desafíos del nuevo gobierno*. [citado: junio de 2012]. Disponible en: <http://www.uruguay.attac.org>.
24. Instituto Nacional de Estadísticas. *Anuarios*. [Internet] [citado: junio de 2012]. Disponible en: <http://www.institutonacionalestadisticas.or.uy>.
25. *Bases Programáticas IV Congreso Extraordinario del Frente Amplio*. [Internet]. Diciembre 2003. [citado: junio de 2012]. Disponible en: <http://www.frenteamplo.or.uy>

### **The Uruguayan case and health social policies in Latin America**

#### **SUMMARY**

**Objective:** To reflect about the health social policies in Latin America highlighting the reform carried out in the National Health System of Uruguay Western Republic starting from the year 2005.

**Development:** Latin America and the Caribbean approach the 21st century with exclusive and dysfunctional national health systems. Therefore, in this period of sociopolitical changes in the continent, the design and application of health social policies are required, which respond to principles based on universal scope, fair and right financing, states foremost role in regulating and organizing the services and application of effective policies to solve dated and current health problems in the region. Uruguay is one of the countries which has started this process by implementing a national reform designed and performed by the "Frente Amplio" progressive government.

**Conclusions:** In the new Latin American sociopolitical conditions, it is necessary to create structures and policies, in the long term, which act in response to accumulated health needs in the area on the basis of worldwide access and without exclusion of these services, the state assumption as guide and regulator of national systems, to assure fair and equal financing, for each individual or organism and perform more effective Primary Health Care Programs. Uruguay set into practice a reform through which the Comprehensive Health National System is created, basically, fulfilling its citizen's expectations. A constant process of structural changes and functioning to accomplish sustainability and permanent quality.

**Key words:** Health Public Policy; Health Systems; Uruguay; Latin America.

**Dirección para la correspondencia:** MsC. Lorenzo Pablo Camejo Ramos. CarreteCorreo electrónico: [anelysrdguez@infomed.sld.cua](mailto:anelysrdguez@infomed.sld.cua) Panamericana Km 3 1/2 Santa Fe, Playa, La Habana, Cuba. CP. 19198. Correo electrónico: [locara@elacm.sld.cu](mailto:locara@elacm.sld.cu)