



Iconos. Revista de Ciencias Sociales

ISSN: 1390-1249

revistaiconos@flacso.org.ec

Facultad Latinoamericana de Ciencias

Sociales

Ecuador

Freigedo, Martín; Fuentes, Guillermo; Rodríguez Araújo, Martín
Construyendo una coalición para romper el paisaje congelado: alcances y límites de la
reforma de la salud en Uruguay (2005-2014)

Iconos. Revista de Ciencias Sociales, núm. 53, septiembre-, 2015, pp. 49-66

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

Quito, Ecuador

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50941149003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Construyendo una coalición para romper el paisaje congelado: alcances y límites de la reforma de la salud en Uruguay (2005-2014)

*Constructing a Coalition to Break the Frozen Landscape:
The Achievements and Limits of Healthcare Reform in
Uruguay (2005-2014)*

*Construindo uma coalisão para romper a paisagem
congelada: alcances e limites da reforma da saúde no
Uruguai (2005-2014)*

Martín Freigedo, Guillermo Fuentes y
Martín Rodríguez Araújo

Fecha de recepción: enero de 2015

Fecha de aceptación: julio de 2015

49

Resumen

El Frente Amplio llegó al Gobierno en 2005 con la promesa de construir un Sistema Nacional Integrado de Salud en un entorno institucional muy resistente a los cambios. La revisión de este proceso de reforma a partir del Advocacy Coalition Framework parece dar cuenta de que la coalición promotora presentó entre sus integrantes acuerdos inestables en su núcleo duro de creencias, producto de la coyuntura de crisis. Por ende, una vez que la reforma garantizó la supervivencia de cada actor, las diferencias existentes dentro de la coalición, entre los aspectos políticos y secundarios, podría haber puesto un importante freno al impulso reformista, consolidando así un nuevo “congelamiento”. De confirmarse esta hipótesis, este resultado podría explicarse por la secuencia de implementación de los cambios, que al mismo tiempo que brindaron viabilidad política, refortalecieron actores debilitados, reconstruyendo vetos históricos.

Descriptores: reforma del sector salud; coaliciones de apoyo; cambio institucional; Uruguay; actores de voto.

Martín Freigedo. Doctor en Investigación en Ciencias Sociales por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO, México) y Magíster en Políticas Públicas por la Universidad Autónoma Metropolitana (México). Docente e investigador del Instituto de Ciencia Política de la Universidad de la República de Uruguay (UDELAR), del Instituto de Desarrollo Sostenible, Innovación e Inclusión Social de UDELAR y de FLACSO, sede Uruguay.

✉ marfreigedo@gmail.com

Guillermo Fuentes. Doctor en Gobierno y Administración Pública por la Universidad Complutense de Madrid (España). Investigador y docente del Área de Estado y Políticas Públicas del Instituto de Ciencia Política de la Facultad de Ciencias Sociales de UDELAR.

✉ guifuen@gmail.com

Martín Rodríguez Araújo. Licenciado en Ciencia Política y estudiante de la Maestría en Ciencia Política por la Facultad de Ciencias Sociales de UDELAR. Docente e investigador del Instituto de Ciencia Política de UDELAR.

✉ mrodriguezaraudo@gmail.com



Abstract

The Broad Front Left Coalition came to power in 2005 with the promise of building a National Integrated Healthcare System in the context of a broader institutional environment that was quite resistant to the proposed reforms. An analysis of the healthcare reform process attempted by the government using the Advocacy Coalition Framework demonstrates that the promoter coalition was characterized by unstable agreements between the various actors in the coalition over the coalition's core beliefs and project. This can be interpreted as a product of a conjuncture characterized by crisis. Once it was clear that the reform process guaranteed the survival of each actor, the existing political differences inside of the coalition and between the political and secondary aspects were overcome, but these differences could have put the breaks on the reformist impulse and brought about a new period of stasis or 'freezing'. To confirm this hypothesis, this result could be explained by the sequence of implementation of the reforms, which at the same time brought with it political viability, strengthened actors that had been weakened in the reform process and reconstructed historical veto points.

Keywords: healthcare reform; promoter coalitions; institutional change; Uruguay; veto players.

Resumo

A Frente Ampla chegou ao Governo em 2005 com a promessa de construir um Sistema Nacional Integrado de Saúde em um ambiente institucional muito resistente às mudanças. A revisão deste processo de reforma a partir do Advocacy Coalition Framework parece dar conta de que a coalisão promotora apresentou entre os seus integrantes acordos instáveis no seu núcleo duro de crenças, produto da conjuntura de crise. Portanto, uma vez que a reforma garantiu a sobrevivência de cada ator, as diferenças existentes dentro da coalisão, entre os aspectos políticos e secundários, poderia haver freado o impulso reformista, consolidando assim um novo "congelamento". Sendo confirmada esta hipótese, este resultado poderia explicar-se pela sequência de implementação das mudanças, que al mesmo tempo que propiciaram viabilidade política, fortaleceram atores debilitados, reconstruindo vetos históricos.

50

Keywords: reforma do setor da saúde; coalisões de apoio; mudança institucional; Uruguai; atores de voto.

El cambio generado en el año 2004 por el primer triunfo electoral de un partido de izquierda en Uruguay –Frente Amplio– abrió una ventana de oportunidad para el desarrollo de reformas de corte estructural, cuya necesidad estaba presente en la agenda política a partir de la segunda mitad del siglo XX. Una de las reformas que históricamente se encontraba en el debate público era la del sector salud, pero la complejidad de esta arena de políticas provocó que hasta ese momento solo se registraran modificaciones sustanciales bajo regímenes autoritarios.¹

La propuesta de reforma llevada adelante por el nuevo Gobierno pretendió modificar los procesos de financiamiento, gestión y atención del sistema, fortaleciendo las capacidades del Estado en tanto regulador –pero también como proveedor–, buscando articular la acción de los prestadores de servicios sanitarios públicos y privados.

1 Uruguay sufrió dos quiebres democráticos durante el siglo XX, el primero entre 1933 y 1938, y el segundo entre 1973 y 1984.

Una nota particular de la reforma sanitaria es que, a la vez que se fijaban los pilares del nuevo sistema, se formalizaban mecanismos para el involucramiento directo de los actores principales del sector.

Ahora bien, ¿qué factores permitieron que el Frente Amplio procesara una reforma del sistema de salud, históricamente caracterizado por su resistencia a los cambios? Lo que este artículo mostrará es que la inclusión de oportunidades para la negociación en lugar de la imposición por parte del Gobierno, basado en la multiplicidad de elementos del paquete reformista, logró involucrar el interés de varios actores y esto permitió conformar la coalición necesaria de apoyo a la reforma. De esta manera, se incorporaron a la coalición negociadora actores que históricamente cumplieron un rol de veto respecto a cambios sustanciales.

Complementariamente, la segunda pregunta de este trabajo se refiere a cuál ha sido el alcance concreto de la reforma. El argumento que aquí se plantea es que existen importantes chances de que los movimientos conseguidos por la reforma en su primera instancia hayan sido aprovechados por los principales intereses sectoriales para conformar un nuevo equilibrio cercano a sus posiciones originales, en la medida en que los cambios que están pendientes podrían poner en entredicho parte de ese poder. Por lo tanto, los actores y puntos de veto que el Frente Amplio logró inhibir o eludir coyunturalmente asimilaron a su favor los ajustes de las primeras etapas de cambio y volvieron a operar, limitando la implementación integral del plan reformista original.

El artículo está dividido en cuatro secciones. En primer lugar, se analizan algunas de las características de las matrices del Estado de bienestar en el caso uruguayo, centrando el análisis en los cambios institucionales desde 2005 en adelante, con el objetivo de enmarcar el caso específico de la salud. En la segunda sección se presentan los principales enfoques que han explicado los cambios estructurales desde las políticas públicas, centrándose en el enfoque de *Advocacy Coalition Framework*, para luego plantear las hipótesis que guían este trabajo. En un tercer apartado se aborda el proceso de formación de la coalición reformista en salud y los cambios que se fueron experimentando para lograr el equilibrio necesario y poner en marcha la reforma. Por último, en la cuarta sección se avanza sobre una serie de conclusiones que buscan aportar al estudio de un campo que aún está en expansión: las reformas estructurales llevadas adelante por los países que han tenido gobiernos de izquierda en Latinoamérica en el siglo XXI.

Reformas en las matrices de bienestar: el caso del sector salud en Uruguay

A nivel mundial, las últimas décadas del siglo XX y la primera década del siglo XXI han sido testigos de diversos cambios en materia social, económica y política. Dichas transformaciones han influenciado y presionado la realización de muchas reformas en áreas como las relacionadas con los régimenes de bienestar.

En este escenario, son las estructuras de carácter corporativo o conservador las que presentan mayores dificultades a la hora de ser reformadas, dada su estructura institucional de múltiples actores e intereses. La directa consecuencia de este tipo de arreglos tan complejos es que, una vez alcanzados ciertos acuerdos, se tiende a configurar una fuerte red de asuntos e intereses que termina oficiando como un importante punto de veto con múltiples actores y recursos disponibles. Por eso, en la literatura se suele identificar a estos tipos de regímenes de bienestar como “*frozen landscapes*” por lo difícil de asumir una reforma de carácter estructural (Häusermann 2010; Palier y Martin 2008).

Esta mención a los regímenes de bienestar corporativos adquiere relevancia porque históricamente los países del Cono Sur de América Latina (Argentina, Chile y Uruguay) han construido no solo esquemas de protección social, sino también estructuras de producción y relaciones laborales muy similares a las que se pueden encontrar en un subtipo específico de países corporativos: los pertenecientes al modelo mediterráneo (Bogliaccini y Filgueira 2011).

Uno de los rasgos salientes de los regímenes de bienestar en América Latina es su heterogeneidad. En concreto, el caso uruguayo ha sido considerado por autores como Fernando Filgueira 2007, en un ejemplo de *universalismo estratificado*, junto con el resto de países del Cono Sur. Estas naciones lograron alcanzar, pasada la mitad del siglo XX, una cobertura casi universal de los principales servicios sociales: salud, educación y seguridad social. Esta configuración no se debió, en líneas generales, a una opción política orientada deliberadamente a la universalidad de las prestaciones, sino que, por la vía de los hechos, estos sistemas fuertemente estratificados incorporaron a grandes porciones de población gracias a los altos niveles de empleo formal existentes en dicha época.

En la primera década del siglo XXI, la fuerte crisis económica y financiera que sufrió la región abonó el terreno para el acceso al Gobierno de partidos políticos identificados con propuestas de izquierda y centro-izquierda. Una rápida mirada a estos gobiernos parece indicar que sus proyectos han sido exitosos en cuanto a revertir las tendencias re-mercantilizadoras promovidas por gobiernos anteriores, aunque todavía no han terminado de instalar de forma consolidada proyectos de reforma estructural orientados hacia concepciones socialdemócratas o universalistas de las políticas públicas.

Por lo tanto, si se parte de la premisa de que el caso uruguayo, junto con sus pares regionales, son ejemplos de sistemas de protección o bienestar social de tipo corporativo, pero con la complejidad añadida de un contexto social y productivo mucho más informal y precario, parece lógico concluir que los mismos serán arenas particularmente conflictivas a la hora de intentar procesar algún tipo de reforma estructural.

En particular, el sector de salud uruguayo aparece como un claro ejemplo de resistencia institucional. El mismo se constituyó en el siglo XX como un caso atípico en el contexto regional, sobre todo por el alto grado de consolidación y extensión territorial de las variantes públicas y privadas de provisión de servicios, la amplia co-

bertura de estas últimas y la temprana transición demográfica y epidemiológica que vivió la población (Pereira et al. 2005). Sin embargo, los efectos negativos de varias situaciones se combinaron progresivamente para impactar en el desempeño del sector durante las últimas décadas del siglo, generando una situación de “estado de mal” como expresión de una crisis que se hizo permanente (Dibarboore 2003).

Entre estas situaciones se destaca la debilidad del Estado para el cumplimiento de sus funciones esenciales en salud pública; la ausencia de coordinación y complementación entre subsistemas; la fragmentación y problemas de gestión de los servicios; la progresiva medicalización y especialización, expresadas en un modelo de atención curativo-asistencialista, con importante peso del segundo y tercer nivel de atención; y finalmente, la inexistencia de abordajes integrales que den respuesta a la nueva estructura de riesgos de la población. Los variados intentos de respuesta del sistema político de la democracia restaurada no habían dado frutos (Moreira y Setaro 2002; MSP 2009 y 2010).

La crisis económica general de 2002, con su consecuente aumento del desempleo, aumento de la pobreza, la indigencia y la desigualdad social, agravó la situación que el sector salud experimentaba por razones endógenas, aumentando la demanda sobre los servicios públicos. Los problemas económico-financieros de los servicios se agudizaron, ambientando el cierre de varios prestadores privados. La consecuencia esperable fue el agravamiento de las inequidades entre subsectores, el deterioro de la calidad asistencial y sus resultados y la disconformidad de los grupos sociales involucrados.

Las elecciones nacionales de 2004 generaron un resultado trascendente: junto con el Gobierno nacional, el Frente Amplio (FA) obtuvo la mayoría absoluta de las bancas en ambas cámaras del Parlamento. A su vez, la recuperación económica, el aumento de la recaudación pública, el descenso del desempleo y el aumento de la formalización laboral eran elementos que ampliaban los márgenes de acción gubernamentales para desarrollar reformas estructurales.

El repertorio de reformas anunciado para ese primer período incluía varias iniciativas de mucha complejidad vinculadas con algunos de los componentes de la matriz de protección social o con fuerte influencia sobre ellos.² En el área social, los principales cambios propuestos mostraron como objetivo general la revalorización del accionar público como factor determinante para alcanzar mayores y mejores condiciones de equidad entre los diferentes sectores sociales.

2 El conjunto de cambios que se desarrollaron durante la primera administración del Frente Amplio fue vasto. Un listado no taxativo incluye: reforma de salud; reforma tributaria; reforma laboral; reinstalación de mecanismos de negociación entre Gobierno, trabajadores y empresarios sobre los salarios y condiciones de trabajo (los Consejos de Salarios); reformulación y ampliación del sistema de transferencias monetarias no contributivas; creación del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) con la responsabilidad inmediata de coordinar a todos los ministerios sociales y de implementar un conjunto de acciones destinadas mitigar de forma urgente los peores efectos de la crisis de 2002 (el Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social, PANES) y la convocatoria a un amplio diálogo por la educación, formulación y aprobación parlamentaria de la Ley de Educación.

Ante este escenario, la consecuencia esperable era que la definición y ajuste de las distintas reformas se diera en una negociación intra-gobierno, y de este con su fuerza política, a lo que se agregaban las presiones de los distintos actores sociales propios de cada sector. El manejo de todas estas variables sería determinante en el *timing* de las distintas reformas, marcando sus avances, estancamientos y retrocesos. Por lo tanto, la propuesta de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) llegó en un momento en el que la agenda política se encontraba cargada de temas, hecho que de alguna manera pudo haber ayudado a diluir cierto grado de oposición relegando el tema a un segundo lugar en tanto se lo percibía con menor influencia en la puja distributiva.

Marco teórico: coaliciones y condiciones político-institucionales para reformas sociales

En el apartado anterior se resaltó la dificultad para establecer reformas estructurales en los régimenes de bienestar corporativos dada la multiplicidad de actores e intereses que están en juego. Particularmente en el caso uruguayo y en el sector salud, la multiplicidad de actores de veto ha llevado al histórico estancamiento.

En este sentido, la literatura académica ha ofrecido diferentes enfoques para analizar cuáles son las razones que explican los cambios en las políticas públicas. Dentro de esta literatura, en este artículo se parte de los enfoques que resaltan la importancia de la conformación de coaliciones para explicar dichas razones.

Específicamente, el *Advocacy Coalition Framework* (ACF) –elaborado a mediados de la década de 1980 por Sabatier y Jenkis– plantea como objetivo estudiar el origen de los cambios en las políticas públicas a partir de los valores, las ideas y el comportamiento que se establece al interior de una coalición de actores. Este enfoque surgió como respuesta a las limitaciones que presentaban los modelos jerárquicos racionales de políticas públicas, dado que estos últimos ignoraban el papel que podían jugar las ideologías y los valores.

A diferencia de los enfoques tradicionales que postulaban como unidad de análisis a un gobierno o programa gubernamental, este enfoque propone que se debe considerar a los diversos actores para entender los cambios en las políticas –actores tanto públicos como privados y de diferentes niveles-. Estos actores tampoco deben ser estudiados individualmente, y para esto el ACF enuncia el concepto de coaliciones defensoras (*advocacy coalitions*). Una coalición defensora:

Does consist of actors from a variety of governmental and private organizations at different levels of government who share a set of policy beliefs and seek to realize them by influencing the behavior of multiple governmental institutions over time (Sabatier y Jenkis 1993, 186)³.

3 “Consiste en actores de una variedad de organizaciones gubernamentales y privadas en los diferentes niveles de gobierno, que comparten un conjunto de creencias políticas y buscan realizarlas influyendo, con el tiempo, el comportamiento de múltiples instituciones gubernamentales” (Traducción Íconos).

Por otro lado, estas coaliciones también se caracterizan por mantener cierta estabilidad en el tiempo (Zafonte y Sabatier 2004).

Ahora bien, las creencias y valores de los actores que conforman la coalición no son idénticas, de hecho, de concebir esta posibilidad estaríamos ante un modelo ideal difícil de encontrar en la realidad. Sin embargo, los actores tienden a unirse a estructuras que tengan cierta empatía con sus intereses y creencias, y con base en ellas forman coaliciones que los establezcan como un conjunto y que los posiciona, generalmente, de manera apática hacia los elementos externos (Weible y Sabatier 2005).

Por tanto, las coaliciones no se forman de manera aleatoria, sino que tienen entre sí un elemento aglutinante que les permite mantenerse estables en el tiempo. Para Sabatier y Jenkis 1993, este elemento es el sistema de creencias (*belief system*). Este sistema se distingue entre tres elementos de las creencias de acuerdo con el grado de importancia. Por un lado existe un núcleo duro de creencias (*deep core*) conformado por creencias arraigadas y centrales para los actores; este núcleo duro posiblemente sea difícil de cambiar o negociar y si este núcleo es muy diferente entre dos actores, es difícil pensar que compartan una misma coalición.

El segundo elemento de este sistema se compone por el núcleo político (*policy core beliefs*). Este núcleo comprende las creencias e ideas que existen en una coalición sobre qué debe hacerse acerca de un campo determinado de políticas públicas. Según el ACF es en este campo en torno al cual se suelen agrupar las coaliciones. Si bien este núcleo político es poco proclive a los cambios, es menos rígido que el núcleo duro y puede sufrir ciertas alteraciones en el mediano o largo plazo.

El último elemento se refiere a los aspectos secundarios (*secondary aspects*) que trata sobre cómo debe ser implementada la política pública. Este campo es donde suelen existir mayores diferencias entre los actores de la coalición y es también donde los actores están dispuestos a negociar y modificar sus creencias con mayor facilidad. A diferencia de los otros dos campos, que son creencias muchas veces abstractas, los aspectos secundarios son más tangibles a la hora de pensar en los cambios concretos de las políticas públicas. Incluso en estos aspectos secundarios se puede encontrar apoyos e intercambios con otras coaliciones rivales.

A partir de esta distinción, los autores plantean una serie de hipótesis sobre las que tendría base el ACF. Por ejemplo, en aquellas controversias de política pública en donde está en juego el núcleo duro de creencias, es estable el grupo de aliados y el grupo de oponentes de la coalición y se mantienen generalmente por un largo período, salvo que existan situaciones inesperadas (como los cambios en las condiciones socio-económicas, por ejemplo), la coalición no cambiará su núcleo duro de políticas.

Por otro lado, el núcleo duro de un determinado gobierno no será puesto en juicio mientras la coalición se mantenga en el poder, a menos que el cambio sea motivado por un factor externo. En estos casos, es probable que los demás actores se adapten a este núcleo y busquen obtener beneficios por medio de modificaciones en los otros

subsistemas de creencias. A su vez, si bien es difícil que se modifique el núcleo duro y los actores de la coalición tenderán a estar de acuerdo con este núcleo, es más fácil que se encuentren diferencias dentro de la propia coalición en relación con los aspectos secundarios y serán estos los que más probabilidad tienen de ser modificados.

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

Sobre este último punto, los autores anotan que “es especialmente relevante en las reformas de las políticas sociales que son susceptibles de alcanzar gran visibilidad pública y, en consecuencia, precipitar el conflicto” (Del Pino y Colino 2006, 28), como es el caso de la política de salud. La búsqueda del consenso en relación con los cambios propuestos reduce el riesgo electoral y es más sostenible temporalmente.

Esta relevancia del consenso entre diversos actores con relativo poder de veto se torna un punto casi imprescindible para promover cualquier tipo de cambio en el sector sanitario en particular. Esto se debe a que, si bien cada arena de política contiene una trayectoria particular, a partir de la que se conforman tableros específicos donde se expresan de forma permanente multiplicidad de actores e intereses:

(...) el hecho de que el actor se mueve de forma simultánea en varios de estos tableros y, por ende, su comportamiento no sólo resulta de los recursos e ideología que lo caracterizan, sino también de incentivos cruzados y hasta contradictorios que le imponen las arenas (o juegos) en las que participa (Acuña y Repetto 2007, 30).

Finalmente, otro punto o dimensión a tener en cuenta desde el punto de vista teórico es el rol diferencial que muchas veces tienen ciertos actores específicos, como por ejemplo las élites políticas (Grindle y Thomas 1991). Las decisiones efectuadas estarán determinadas por las élites políticas, en particular, a partir de su ideología, experiencia, capacidad técnica y liderazgo, recursos de poder, lealtades y compromisos políticos e institucionales. Según los autores, la combinación virtuosa de estas características de los reformistas y las propuestas que elaboren con el manejo adecuado de la agenda política permitirán ampliar el “espacio político” en el que se mueven y las posibilidades de avanzar más cerca de la dirección deseada.

Teniendo en cuenta esas condicionantes, los reformistas deben valorar “la distribución de los costos y beneficios de una política o cambio institucional, su complejidad técnica, su intensidad administrativa, el punto al cual incluye la participación activa de burócratas o beneficiarios y su impacto de corto o largo plazo”, ya que las mismas determinan los tipos y la intensidad de la reacción a la iniciativa (Grindle y Thomas 1991, 4).

Tomando en cuenta este marco, es pertinente plantear que el presente trabajo parte del supuesto de que, en el caso de los Estados de bienestar con características corporativas como el uruguayo, las ventanas de oportunidad pueden generar que se rompan los equilibrios existentes para formar nuevas coaliciones que logren cambiar las políticas públicas.

De todas formas, este punto ayuda a explicar el momento del rompimiento del *statu quo* y la puesta en marcha de la reforma, pero no el proceso reformista en su totalidad. Así, se puede afirmar que la reforma tuvo avances en ciertas áreas propuestas, pero se alcanzó un nuevo equilibrio que hizo que la coalición defensora haya perdido fuerza y los actores bloquearan los cambios que están pendientes porque, en caso de implementarse, podrían poner en entredicho parte de su poder.

O dicho desde otro ángulo, algunos actores con capacidad de veto se han incorporado a la coalición promotora del cambio para promover e influir en el rumbo de acción de aquellos cambios impostergables (como los vinculados con la sustentabilidad financiera del sistema) y limitar o postergar la implementación de aquellos que les implican costos (de poder, económicos, en términos de transparencia de la gestión, entre otros).

La construcción del SNIS: proceso de la coalición reformista

Como se mencionó, una característica central de cualquier sistema de salud es su complejidad y diversidad de actores involucrados, muchos de ellos con potentes recursos de poder. Uruguay no escapa a esta condición y es, tal vez por su escala, un caso paradigmático de “subsistema anidado” (Acuña y Repetto 2007). Esto hace que sea muy difícil caracterizar las posiciones de actores colectivos complejos ya que, dependiendo de la coyuntura o el tema tratado, sus posicionamientos varían. Esa es la tarea que se afrontará en las próximas líneas.

El mencionado triunfo electoral de 2004 trajo para el Frente Amplio el control del poder ejecutivo y la mayoría absoluta de los escaños en ambas cámaras del poder legislativo. Sin embargo, la composición del legislativo no daba margen para la indisciplina parlamentaria en el partido de Gobierno. Esto hizo que la definición y los ajustes a nivel político-partidario de la reforma se dieran principalmente en una negociación a interno del partido para cada escenario. Al menos en la arena sanitaria, la incidencia de los partidos de la oposición quedó reducida a pedidos de información o cuestiona-

mientos públicos, pero sin efectos determinantes. Por otra parte, los vaivenes en el posicionamiento de algunos actores sociales se pueden vincular con momentos de mayor y menor incidencia de las fracciones afines a los partidos de oposición.

En este proceso, todos los actores clave del poder ejecutivo formaban parte del partido de Gobierno y tenían como respaldo la misma agenda de transformaciones. Sin embargo, la cantidad de agencias del Estado que intervienen en el proceso de cambios en salud dan una idea de la multiplicidad de intereses que jugaron a la hora de las definiciones y su implementación.

Para el caso de los actores de la sociedad civil que participaron en el proceso de formulación de la nueva política de salud, se dio una situación similar o más compleja, ya que los mismos actores se desempeñaban en varias arenas simultáneamente (políticas, empresariales, gremiales, profesionales, académicas, etc.) y por tal motivo la identificación del sentido de la acción es dificultosa. El ejemplo paradigmático de este sistema lo componen los médicos, con sus múltiples asociaciones gremiales y su vinculación o rol central en los partidos políticos, las cámaras empresariales, las empresas proveedoras de tecnología de alta complejidad, los laboratorios, los formadores de recursos humanos del sector, los laboratorios, las clínicas privadas y los fabricantes de medicamentos.

Esto hace que el posicionamiento respecto a los cambios impulsados por el Gobierno varíe según el recorte analítico que se haga de este colectivo. Así, por ejemplo, el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) se mostró favorable a la iniciativa durante la mayoría del período, pero durante la fase de inicial de implementación de la reforma fue controlado por una fracción afín a los partidos opositores (Nacional y Colorado), por lo que ha tenido vaivenes en su accionar. Por otra parte, la Sociedad Anestésico Quirúrgica (SAQ), que agrupa a las organizaciones gremiales de esas especialidades, se ha mostrado sistemáticamente en contra del sentido de los cambios impulsados, incluso llevando adelante variados conflictos.

Los trabajadores no médicos componen el colectivo que se posiciona como el principal impulsor de los cambios, aunque tampoco está exento de matices. Por ejemplo, si bien los trabajadores del subsector privado nucleados en la Federación Uruguaya de la Salud (FUS) están a la vanguardia del proceso, los integrantes del subsector público (de la Federación de Funcionarios de Salud Pública, FFSP) solo manifiestan un apoyo transitorio, ya que su objetivo final es la instalación de un sistema sanitario compuesto únicamente por proveedores públicos.

Los usuarios de los servicios de salud, si bien conforman el colectivo potencialmente más numeroso (toda la ciudadanía del país) dada su incipiente organización y dispersión de intereses, no se han consolidado un actor determinante del proceso, aunque sí se han manifestado a favor de los cambios propuestos.

Por otra parte, las empresas prestadoras de servicios de salud se dividen entre el sector privado “social” sin fines de lucro (aproximadamente son 40 en todo el país); privado con fines de lucro (compuesto por siete aseguradoras de salud); y los prestado-

res públicos integrales (ASSE, Sanidad Militar, Policial y Hospital de Clínicas). Salvo las públicas, las demás empresas están incorporadas a alguna cámara y, a través de ellas, han influido en los diversos espacios de negociación que ha convocado el Gobierno.

Repasados los principales actores del sector salud, la revisión del proceso que derivó en la conformación del SNIS a partir de la idea de una coalición promotora que dio viabilidad política a este cambio, puede ser observada analíticamente a partir de las diferentes etapas del ciclo de política pública. Desagregar el proceso en esta clave permite, por un lado, obtener una perspectiva dinámica y menos lineal del mismo, y también habilita dar cuenta de algunos cambios y ajustes en el comportamiento de los actores y, por ende, en la composición y fortaleza de la coalición reformista.

En este sentido, también importa destacar que para cada etapa del proceso de formulación del SNIS, los diferentes niveles del sistema de creencias considerados por el ACF jugarán diferentes roles. Para este caso, el proceso será separado en tres etapas: una primera que ocupa los años previos al triunfo electoral del Frente Amplio en 2004 y que contiene la entrada en agenda del problema público; un segundo momento que va desde 2005 a 2007 cuando se consolida el diseño y la formulación del SNIS; y finalmente una tercera etapa a partir de 2008 con la implementación de los cambios.

59

Principales etapas del proceso de construcción del SNIS (2000-2014)

Previo a la victoria electoral del Frente Amplio, pero incluso antes de la crisis que vivió el país en el año 2002, los diferentes actores del sector ya producían diferentes propuestas en torno a una reforma del sistema sanitario. De estas diferentes expresiones se nutrió la propuesta llevada adelante por el Frente Amplio, pero sobre todo, las mismas son la expresión de un aspecto que conformó sin lugar a dudas el núcleo duro de la coalición reformista: la convicción –ya sea ideológica o por supervivencia– de que algo había que hacer. Por lo tanto, a priori, la defensa del statu quo no aparecía como una opción viable.

Pero este no constituyó el único factor compartido por los diversos actores: con excepción de los funcionarios no médicos del sector público, el resto del sistema defendía una estructura de provisión centrada en el rol de los proveedores privados sin fines de lucro (popularmente conocidos como “mutualistas”). Por lo tanto, la ventana de oportunidad encontró un sector preparado para embarcarse en un proceso reformista, con lo que podría considerarse una amplia coalición de apoyo.

Sin embargo, el transcurso del tiempo no estuvo exento de conflictos, marchas y contramarchas en relación a cómo reformar el sistema. No obstante, el rol y estrategia seguidos por el Gobierno, caracterizados por la búsqueda de negociación continua y mucha flexibilidad, permitió que prácticamente ningún actor fuera excluido de la formulación. Fue con esta orientación que, recién asumido el nuevo Gobierno

en 2005, una de las primeras medidas adoptadas por las autoridades sanitarias fue la convocatoria a un Consejo Consultivo para la Implementación del SNIS, al que fueron invitados todos los actores sectoriales.

En esta segunda etapa de formulación, los aspectos del núcleo duro de creencias comenzaron a perder centralidad y al mismo tiempo los aspectos más políticos comenzaron a dominar el juego. Por ende, una vez resuelta la existencia de una reforma, la cuestión radicaba en cuál sería la orientación de la misma. Con base en la reconstrucción del proceso parlamentario, que derivó en la aprobación de las principales leyes, es posible identificar aquellos *policy core beliefs* que fueron objeto de ajuste por parte de los diversos actores. En este sentido, la primera ley aprobada fue la que estableció la descentralización administrativa de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

No sorprende que esta norma haya sido la primera ni que su aprobación haya contado con el apoyo de todos los partidos, ya que la descentralización de este organismo era propuesta por los sucesivos gobiernos de diferente signo desde la restauración democrática del país. La descentralización administrativa era, a juicio de las autoridades ministeriales, una precondición fundamental para que dicha institución lograra avanzar de forma efectiva hacia una modernización de su estructura, pero fundamentalmente, de sus mecanismos tradicionales de gestión. Esta primera medida reformista no generaba grandes vetos, ya que no afectaba intereses importantes de ningún actor en la medida en que el sector público ha jugado un rol residual en Uruguay en términos de provisión, concentrado casi exclusivamente en la atención de los estratos más carenciados.

En segundo lugar, una de las novedades del proyecto aprobado se encontraba en la incorporación de representantes de los usuarios y los trabajadores de ASSE al Directorio del mismo, y la creación de un Consejo Consultivo también integrado por trabajadores y usuarios. En este caso la preocupación estaba centrada en los actores del sector público, por tanto los privados no jugaban un rol determinante. Claramente el PIT-CNT y las organizaciones de usuarios apoyaban la medida; sin embargo, los gremios médicos se mostraban contrarios por estar excluidos de la toma de decisiones dentro del Directorio.

La importancia de este punto para los médicos está aún hoy sobre la mesa, siendo una reivindicación del gremio que lo utiliza como aspecto a negociar en instancias de discusión vinculadas con el cambio del modelo de atención que todavía se encuentra estancado. Sin embargo, este aspecto parece no encontrarse entre las preocupaciones centrales del gremio, ya que los recursos que este actor puede movilizar para incidir en la toma de decisiones exceden ampliamente su participación o no en este tipo de ámbitos.

El segundo paso para la conformación del SNIS vino dado por la ampliación de la cobertura asistencial existente, a partir de los mecanismos tradicionales del sistema de

seguridad social. Así, se presentó un proyecto de ley para crear un Fondo Nacional de Salud (FONASA). El mismo se constituye con aportes de las personas, las empresas y el Estado. Las primeras hacen un aporte proporcional que, a partir de un umbral mínimo de ingresos, varía en función de la cobertura de los menores a cargo y cónyuges. Esta reforma encontró eco en la coalición del sistema, dado que más afiliados por el régimen de seguridad social implicaba el manejo de mayores recursos monetarios, fundamentalmente para los prestadores privados sin fines de lucro que se encontraban en una situación de precariedad financiera.

Por el lado de los trabajadores no médicos asociados con el PIT-CNT también esta ampliación de cobertura significaba una ganancia, ya que los asalariados y sus familiares podrían incorporarse al FONASA, lo que les permitiría en principio una cobertura integral. Este segundo paso también se proponía habilitar la competencia de ASSE por la captación de afiliados del FONASA, a diferencia del sistema existente hasta ese momento, donde el subsistema público no era opción para los trabajadores cubiertos por el sistema anterior.

En tercer lugar, el proyecto de la Ley 18 211 fue presentado por el poder ejecutivo en la Cámara de Senadores en marzo de 2007. En relación con los temas sustantivos, se reafirmaron en dicha exposición algunos de los lineamientos y principios rectores ya mencionados: equidad, calidad, eficiencia social y económica, y participación social, entre otros, a partir de la realización de cambios en tres niveles: modelo de atención, modelo de gestión y modelo de financiamiento.

Por otra parte, dentro del cambio en el modelo de gestión, un hito de los cambios propuestos es la creación de la Junta Nacional de Salud (JUNASA) como órgano descentrado de aquél, responsable de administrar el SNS; promover la coordinación y complementación entre servicios y niveles de atención; orientar los énfasis del nuevo modelo asistencial mediante la fijación de las Metas Asistenciales y la firma de los Contratos de Gestión con todos los prestadores integrales; y también aportar transparencia a estos procesos mediante la participación de los principales actores involucrados, tanto del Gobierno como de la sociedad civil.

De este somero repaso de los pilares normativos del SNIS, se puede observar cómo en algunos casos las negociaciones no incluían a todos los integrantes de la coalición dada la especificidad de los temas, pero además también emerge la existencia de algunos matices en relación con ciertas orientaciones políticas, fundamentalmente vinculadas al rol del Estado en tanto rector del sistema, principio que se encontraba en clara contradicción con los objetivos mercantiles de los prestadores privados, quienes abogaban por mayor libertad de acción.

Es en este sentido que la coalición de apoyo comenzó a perder sustentabilidad a partir de la etapa de implementación de los cambios, a inicios de 2008, porque a partir de ese momento, los aspectos vinculados con las creencias secundarias de la coalición comenzaron a dar cuenta de grandes diferencias entre los actores participantes. Esta

situación de mayor conflictividad se vio reforzada por al menos dos aspectos: por un lado, la propia dinámica de implementación generó resistencia de diversos actores, fundamentalmente a partir de los intentos del Gobierno de promover mayores regulaciones. Este fue el caso, por ejemplo, del nuevo mecanismo de pago a los prestadores por cada usuario afiliado. Dicho mecanismo consistía en el pago per cápita ajustado por edad y sexo, característico de la gran mayoría de los sistemas de salud existentes. Con el acceso a algún servicio integral de salud garantizado a toda la población, la ampliación progresiva del aseguramiento amplía las posibilidades de elección de los usuarios, desvinculando esta posibilidad del nivel de ingreso o la condición de salud.

Por este motivo, los prestadores privados intentaron influir en la implementación de estos instrumentos, como ya lo habían hecho en su diseño, sobre todo reduciendo estándares mínimos. En relación con este punto, es interesante advertir cómo los actores que podrían verse afectados negativamente por algunos cambios, en vez de optar por una oposición directa intentando bloquear dichas medidas, orientaron su accionar a incidir en la implementación. De forma consistente con lo establecido el ACF, los aspectos secundarios fueron parte de la explicación de por qué la coalición no tuvo sustentabilidad en el mediano plazo.

Pero también es necesario considerar, por otro lado, el segundo aspecto que contribuyó a un deterioro de la fortaleza de la coalición de apoyo, que fue la propia dinámica de implementación elegida por el Gobierno. Dada la coyuntura de crisis y la presión de los diferentes actores, los primeros cambios tuvieron como principal objetivo la solución de los aspectos financieros del sistema. Con estos cambios, varias empresas superaron su crisis financiera estructural al estabilizar y ampliar su fuente principal de ingresos: la tendencia estable desde la creación del FONASA es al aumento del caudal de afiliados de los prestadores privados en detrimento del principal prestador público. El resto de los prestadores mantiene una proporción del mercado similar a la de antes de la implementación de los cambios. Esto permite inferir que, al menos sobre el componente de financiamiento, las empresas se han convertido en aliadas críticas del proceso de reforma.

De esta manera, el proceso de implementación minó las bases del núcleo duro de creencias de la coalición porque, una vez conseguida la meta de la supervivencia, los prestadores privados vieron en todos los cambios restantes la amenaza de una mayor intervención y regulación estatal y, por ende, su postura ante la reforma cambió. A continuación, el capítulo final presenta una serie de reflexiones vinculadas justamente a las condiciones que favorecieron la aprobación de la reforma y sus impactos de cara a la sustentabilidad de la coalición promotora y, en consecuencia, de la propia reforma.

Reflexiones finales

El primer Gobierno del Frente Amplio estuvo caracterizado por la promoción de diversas reformas a nivel sectorial, tanto en materia social como económica y productiva, en un contexto signado por una fuerte crisis económica y social. De esta manera, la coyuntura de crisis aparece como una de las principales condiciones que habilitaron el acercamiento entre actores que a lo largo del siglo XX aparecieron, o bien enfrentados, o bien alejados en términos de promoción de políticas. Por ende, en esta situación se encuentra una de las explicaciones de la fortaleza de la coalición en su inicio y, al mismo tiempo, de las dificultades existentes para su consolidación en el largo plazo y en una coyuntura diferente.

Pero la aprobación del SNIS no puede entenderse únicamente a partir de la existencia de una crisis porque en décadas anteriores existieron diversas ventanas de oportunidad que no fueron aprovechadas. ¿Cuáles fueron entonces los factores que estuvieron presentes en este caso y que terminaron de empujar algún tipo de transformación? Fundamentalmente los mismos se encontraron en cómo el Frente Amplio gestionó el proceso.

Por un lado, la existencia de una agenda con múltiples frentes abiertos en las diferentes arenas de política, tanto para los partidos de la oposición como para los propios sectores del Frente Amplio, permitió generar espacio para que el Gobierno pudiera avanzar y ocuparse de las definiciones pendientes en un ambiente de menor exposición pública.

Por otro lado, las propuestas de reforma sanitarias de alcance sistémico requieren de consensos amplios sobre sus criterios generales. Eso no había sido posible en el sector salud. Un factor que puede haber sido determinante para que ello ocurriera en esta oportunidad es el “estilo flexible” con que el Gobierno sectorial condujo el proceso de reformas (Rodríguez Araújo 2011). Todas las características de esa modalidad de gestión parecen formar parte del repertorio del que se valió la izquierda para el procesamiento de la reforma de la salud.

Finalmente, un tercer aspecto a destacar de la economía política de esta reforma fue la decisión política de postergar todo aquello que tuviera el potencial de activar los diferentes puntos y actores de voto. De esta manera, se configuró una secuencia reformista que priorizó los temas de financiamiento que, dado el contexto, conformaban la agenda prioritaria de todos los actores; avanzó, aunque a ritmos dispares, en relación con los cambios en materia de gestión, pero prácticamente abandonó aquellos puntos estructurales del sistema más difíciles de cambiar, como aquellos vinculados con el cambio en el modelo de atención.

Los actores con potencial de voto –como las empresas– centraron su accionar en los elementos vinculados a las modalidades de financiamiento y los instrumentos con los que el Estado potenciaría sus capacidades de orientación y control en el sistema. En cuanto a los espacios para la participación social, solo hubo reacciones contrarias

a la propuesta del Gobierno cuando algunos actores se sintieron excluidos de alguno de los espacios decisarios o consideraron que las potestades de los trabajadores y usuarios podrían llegar a ser “excesivas”.

Por lo tanto, podría inferirse que las múltiples reformas procesadas en conjunto pudieron haber aumentado las chances de éxito de la reforma del sector salud, pero en su interior, el tratamiento de las interfaces socio-estatales detrás de los temas económicos y de control estatal pudo haber favorecido un grado de desarrollo menos ambicioso del esperado originalmente.

En definitiva, la revisión del caso del sector salud en Uruguay parece dar cuenta de una coalición promotora que, en líneas generales, presentaba pocos acuerdos en materia de su núcleo duro de creencias, pero sí alcanzó para reunir a los diferentes actores en relación con algunas ideas del denominado núcleo político: por un lado, se compartía la creencia sobre la necesidad de una reforma, pero por otro lado, también existía cierto consenso general en que el mutualismo debía continuar jugando un rol central en la organización del sistema.

Sin embargo, los acuerdos se terminaron una vez que se logró el objetivo de implementar una reforma y que la misma comenzara a resolver rápidamente los problemas económicos de cada actor. Como correlato a esta configuración de la coalición, las diferencias existentes entre los aspectos secundarios vinculados con las herramientas a utilizar y los cambios requeridos para efectivamente avanzar en aspectos más estructurales podría haber puesto un importante freno al impulso reformista.

Otro punto a considerar en esta línea es que, al observar el ciclo completo, el rol jugado por el Frente Amplio o, mejor dicho, su capacidad de liderazgo, presentó rendimientos decrecientes. Dicho factor podría adjudicarse a la propia dinámica que tomó el proceso, pero también, y de forma determinante, a los vaivenes existentes en el ciclo político, es decir, a la presencia o no de figuras y liderazgos clave como la figura del Presidente de la República o del Ministro de turno.

Por lo tanto, una vez que se alcanzó el objetivo de garantizar la supervivencia del sistema, podría haberse consolidado un nuevo punto de equilibrio donde las creencias esenciales vinculadas con el núcleo duro de cada actor volvieron a primar, construyendo así un nuevo “congelamiento” que estaría dificultando la profundización del proyecto reformista inicialmente diseñado. De confirmarse esta hipótesis, podría argumentarse que una de las razones de esta situación se encuentra en la secuencia elegida para implementar los cambios, que al mismo tiempo que le brindó viabilidad política, le puso nuevos vetos, re-fortaleciendo actores que venían muy debilitados.

Para terminar, de acuerdo con lo presentado para el caso uruguayo, puede ser interesante considerar un aspecto que sería complementario a lo postulado desde el ACF: en arenas de política pública complejas, la mirada sobre coaliciones defensoras podría verse reforzada a partir de la consideración de la etapa del ciclo, ya que muchas veces las coaliciones que promueven políticas, e incluso las diseñan, no necesariamente logran permanecer unidas durante el resto del ciclo de la política.

Bibliografía

- Acuña, Carlos y Fabián Repetto. 2007. "Un aporte metodológico para comprender (y mejorar) la lógica político-institucional del combate a la pobreza en América Latina". *Documento de trabajo. Departamento de Humanidades. Universidad de San Andrés* 44, 1-33.
- Bogliaccini, Juan A. y Fernando Filgueira. 2011. "Capitalismo en el Cono Sur de América Latina luego del final del Consenso de Washington: ¿notas sin partitura?" *Revista Reforma y Democracia* 51, 45-82.
- Del Pino, Eloisa y César Colino. 2006. "¿Cómo y por qué se reforman los Estados de bienestar? Avances y retos teóricos y metodológicos en la agenda de investigación actual". *Zona Abierta* (114/115), 1-42.
- Dibarbure, Hugo. 2003. "La salud en estado de mal: análisis crítico-propositivo del sistema de atención de la salud en el Uruguay". *Revista de la Maestría en Salud Pública de la UBA* 1 (1). Acceso en octubre de 2014.
http://www.convencionmedica.org.uy/8cmn/comisiones/revista_msp1.pdf
- Filgueira, Fernando. 2007. "Nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada". *Documento de trabajo, Serie Políticas Sociales* 135. Santiago de Chile: CEPAL / Naciones Unidas.
- Fuentes, Guillermo. 2010. "El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible". *Revista Uruguaya de Ciencia Política* 19 (1), 119-142.
- Gough, Ian y Goef Wood. 2004. *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Grindle, Merilee y John Thomas. 1991. *Public Choices and Policy Change: The Political Economy of Reform in Developing Countries*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Häusermann, Silja. 2010. *The Politics of Welfare State Reform in Continental Europe. Modernization in Hard Times*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Moreira, Constanza y Marcelo Setaro. 2002. "Alternativas de reforma del sistema de salud en Uruguay". *Uruguay: la reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000)*, compilado por Pedro Narbondo, María E. Mancebo, y Conrado Ramos, 221-249. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Ministerio de Salud Pública. 2009. *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (2005-2009)*. Montevideo: MSP / Banco Mundial.
- Ministerio de Salud Pública. 2010. *Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados para el Sistema Nacional de Salud*. Montevideo.
- Palier, Bruno y Claude Martin. 2008. "From a "Frozen Landscape" to Structural Reforms: The Sequential Transformation of Bismarckian Welfare Systems".

- Reforming the Bismarckian Welfare Systems*, editado por Palier y Martin, 1-20. Oxford: Blackwell Publishing.
- Pereira, Javier, Lucía Monteiro y Denisse Gelber. 2005. “Cambios estructurales y nueva configuración de riesgos: desbalances e inequidades en el sistema de salud uruguayo”. *Revista Prisma. UCUDAL* 21, 141-168.
- Rodríguez Araújo, Martín. 2011. “Democratización de la gestión pública en el Gobierno del Frente Amplio. El caso de la participación social en la Reforma del Sector Salud”. Tesis de grado. Instituto de Ciencia Política. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo.
- Sabatier, Paul y Hank Jenkins-Smith. 1993. *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Oxford: Westview Press.
- Weilbe, Christopher y Paul Sabatier. 2005. “Comparing Policy Networks: Marine Protected Areas in California”. *The Policy Studies Journal* 33 (2), 181-202.
- Zafonte, Matthew y Paul Sabatier. 2004. “Short Term vs. Long Term Coalitions in the Policy Process: Automotive Pollution Control, 1963-1989”. *The Policy Studies Journal*. 32 (1), 75-107.