

Revisión Crítica/*Critical Review/Revisão crítica*

Evolución histórica de los modelos y sistemas sanitarios en Uruguay. Su impacto en el Sistema Nacional Integrado de Salud/*Historical development of models and health systems in Uruguay. Its impact on de National Integrated Health Systems/Evolução histórica dos modelos e sistemas de saúde no Uruguai. O seu impacto sobre o Sistema Nacional Integrado de Saúde.*

Milton Sbarbaro Romero¹

Recibido: 4 de enero 2015

Aceptado: 22 de abril de 2015

Resumen

Este trabajo se desarrolló en base a la revisión bibliográfica realizada en el marco de una investigación sobre Sistemas y Servicios de Salud (ISSS), que tuvo por objetivo establecer un procedimiento para evaluar el desempeño de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), estrategia que fue tomada para la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, en el Uruguay. A punto de partida de esa revisión surge éste artículo con el objetivo de aportar a la comprensión y desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a través del conocimiento de los procesos históricos que confluyeron en su creación. A lo largo de este artículo se identifica cómo los factores contextuales determinaron el rumbo del SNIS así como las características específicas de sus componentes, desde los recursos humanos, hasta el modelo de atención, pasando por la importancia de la participación real de la sociedad y de los trabajadores en la defensa del derecho a la salud. Este proceso de desarrollo del sistema sanitario, debería ser utilizado de forma científica para transformar radicalmente la situación sanitaria de las personas.

Palabras Clave: Servicios de Salud, Atención a la Salud, Reforma de la Atención de Salud, Historia, Sistema Nacional Integrado de Salud, Uruguay.

Abstract²

This work was developed based on the literature review as part of an investigation about the Health Systems and Services (ISSS). This aims to establish a procedure that evaluates the performance of the Integrated Health Services Networks (RISS) which was used to construct the National Integrated Health System in Uruguay . The objective of this article is to contribute to the understanding and development of the National Integrated Health System (NIHS) through knowledge of the prior historical processes. Throughout this article contextual factors that determined the course of the NHIS and the specific characteristics of its components are identified, covering human resources, care model, as well as the importance of real participation of society and workers defense on health rights. This process of health system development must be used in a scientific way to radically transform the health status of individuals.

Key words: Health Services, Health Care, Health Care Reform, History, National Integrated system of Health

¹ Licenciado Enfermero Especialista en Gestión de Servicios de Salud. Profesor Adjunto de la Cátedra de Administración de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República. Uruguay.

msbarbaro@fenf.edu.uy

² Traducción al inglés realizada por el autor

Resumo³

Este trabalho foi desenvolvido com base na revisão da literatura , como parte de uma investigação sobre Sistemas e Serviços de Saúde (ISSS), que tem como objetivo estabelecer um procedimento para avaliar o desempenho da estratégia de Serviços Integrados de Saúde (RISS), uma estratégia que foi levado para a construção do Sistema Nacional Integrado de Saúde no Uruguai. Um ponto de partida para este artigo que rever , a fim de contribuir para a compreensão e desenvolvimento do Sistema Integrado de Saúde Nacional (SNIS) , através do conhecimento dos processos históricos que entraram em sua criação surge. Ao longo deste artigo é identificado como fatores contextuais determinou o curso do SNIS e as características específicas dos seus componentes, a partir de recursos humanos para cuidar modelo , para a importância da participação efetiva na sociedade e trabalhadores em defesa do direito à saúde. Este processo de desenvolvimento do sistema de saúde, deve ser utilizado de uma forma científica para transformar radicalmente o estado de saúde dos indivíduos.

Palavras-chave: Serviços de Saúde, Atenção para a saúde, Reforma da atenção de saúde, História, Sistema integrado nacional de saúde

3 Traducción al portugués realizada por el autor

Introducción

Concepto de Hombre constructor de su destino

Como punto de partida de este análisis, entendemos necesario definir el concepto de ser humano, ya que nos permitirá comprender el concepto de salud en el cuál se fundamenta el nuevo sistema sanitario del Uruguay. Nos posicionamos pues en una concepción de ser humano como parte de la naturaleza y de la sociedad. Estaría definido por una dimensión biológica, compuesta por lo orgánico y lo psicológico, y una dimensión social, como parte natural de su vida en relación. En el devenir de su desarrollo el ser humano agregó cualidades que lo diferenciaron de otras comunidades animales, incorporando pensamiento y raciocinio a sus acciones, que lo llevan a transformar su entorno, de forma voluntaria, a la vez que se ve transformado por el medio. Nos afiliamos al concepto de Hombre definido como

“un ser bio-psico-social, en relación dialéctica con el medio. Por su quehacer transformador de la realidad objetiva es un ser histórico que elabora conocimientos acerca de sí mismo y de la realidad; se expresa a través de sus necesidades que emergen de lo social y psico-biológico, aun cuando lo que él piensa y siente no siempre se refleja en forma manifiesta.”ⁱ

Esta definición permite entender la dialéctica de su propio desarrollo, colocando al Hombre como constructor de su propio destino. Es éste mismo ser humano que va conceptualizando y creando modelos de salud, que le permiten ir resolviendo o transformado su realidad en general y su salud en particular. Se entiende que la salud y la enfermedad son parte de una unidad dialéctica, que ha sido resuelta en las diferentes épocas de acuerdo a enfoques y concepciones filosóficas distintas, acorde siempre al desarrollo de las sociedades, identificando de esta forma finalmente y después de un largo proceso de evolución a la salud como un producto social.

Etapa precolombina. Modelo Místico - Religioso

En el Uruguay el concepto de salud ha pasado por diferentes etapas, que fueron acompañadas de modelos de atención sanitaria en función de las distintas conceptualizaciones históricas. En nuestras tierras, antes de la etapa del imperio colonial español, existió una comunidad indígena viviendo en conglomerados de familias agrupadas por territorios, la Macroetnia Charrúa. Aunque existen debates sin cerrar entre historiadores y antropólogos acerca de la descendencia Guaraní o Charrúa de la población del Uruguay, nos afiliamos a la tesis de la historia no oficial de Abella G. (2001) en la cuál plantea que existe un intento permanente de devaluar “lo Charrúa”, porque ello representa la lucha contra la imposición de patrones de la cultura dominante. Según Acosta y Lara (1989), los narradores de la época retrataban a los Charrúas como altivos, soberbios y feroces; con un gran valor por la libertad y muy reacios a las normas impuestas por autoridades externas a las propias. Según historiadores, la Macroetnia Charrúa se conformaba por diversas tribus de la denominada raza pámpida, que ocupaban las tierras de la Banda Oriental, la Mesopotamia Argentina y el Sur de Brasil, desde aproximadamente 1500 años antes de nuestra era (aunque existes diversas teorías), y que los historiadores agrupaban en ella a los indios Yaros, Bohanes, Guenoas, Minuanes y Charrúas propiamente dichos. En el momento histórico denominado por Pi Hugarte R. (1998) como originarioⁱⁱ, antes del proceso de deculturación,ⁱⁱⁱ presentaban una organización familiar (aunque los datos son pocos y confusos sobre la misma), con una estructura social laxa, en donde los ancianos eran quienes dirigían (gerontocracia), dada su experiencia y memoria, siendo escuchados con respeto. Según Vidart D. (1989), los Charrúas al igual que los indios Pampas, creían en la presencia de una entidad perversa, intimidatoria denominada Gualichu^{iv} y la presencia entre ellos del Pathos, de lo sagrado. En su cultura la noción de salud-enfermedad estuvo relacionado

directamente con la concepción mística - religiosa del mundo, en la cual las energías interactúan expresadas en una lucha entre el Bien y el Mal. En esa etapa del desarrollo social, el modelo estaba centrado en cuidar la salud de la comunidad toda, teniendo al proceso salud-enfermedad como un producto social concreto de ese momento histórico, y que estaba garantizado por un individuo, en la figura del “Hechicero”, quien era la única persona que poseía el conocimiento para “cuidar” la salud de los individuos y del colectivo. Es de destacar que el “Hechicero” junto con el “Cacique” eran las únicas funciones diferenciadas de esta sociedad. Esto denota la importancia que desde el comienzo de los tiempos se le atribuye al cuidado de los miembros de la comunidad, y fundamentalmente al individuo que tiene la sabiduría para su cuidado, quizás por el temor a lo desconocido, o quizá por el temor a la autoridad. Dumotier P-M^v (1833) describía en “Senaqué, último Hechicero Charrúa”, la importancia que se le atribuía a ésta función con el siguiente párrafo, *“lleva con orgullo las insignias de su saber medical, que consisten en un cinturón de cuero abigarrado de varios colores.”*^{vi} La forma de organizar el cuidado de las personas en ésta época tuvo entonces características de universalidad e igualdad, en tanto a todos se les aplicaba el mismo cuerpo de conocimientos (empírico – religiosos). Además de existir una diferenciación en la función de resolver los problemas de salud de las personas, que fue depositada en la figura del “Hechicero”.

La Colonia. Un Modelo al servicio de La Corona

Más tarde, con la irrupción de los conquistadores en América Latina y el Caribe, las diferentes formas que se dieron para el cuidado de la salud en éstas tierras, estuvieron centrados en cuidar los intereses económicos de la Corona, a través de políticas sanitarias que directa o indirectamente los beneficiaba. Es así que en ésta época, existió el “Cirujano Militar” para mantener la salud de las tropas coloniales, y ya afianzada la colonización, se crea el cargo de “Cirujano de las Reales Obras”, con la misión de mantener sanos a los funcionarios encargados de las obras de

fortificación y de la cárcel. Esta estrategia sanitaria, muy diferente a lo que hoy podemos entender por sistema de salud, presentaba el rasgo fundamental o el embrión del objetivo de los sistemas venideros, que era mantener sanos a aquellos que resguardaban los intereses del capital. En éste momento histórico no hacía falta reconocer a la salud como un bien social por parte de la Corona, y mucho menos desarrollar el carácter de salud pública, ya que solamente manteniendo a las tropas lo menos enfermas posibles, bastaba para que cumplieran su objetivo de salvaguardar los dominios sobre los territorios conquistados. Sobre finales del siglo XVIII, tienen lugar las reformas Borbónicas (1759–1788), impulsadas fundamentalmente por Carlos III, las cuales estaban básicamente dirigidas a recuperar la hegemonía comercial y militar de España; éstas reformas “liberalizaron” el comercio entre los puertos americanos y españoles, fortaleciendo la alianza con la burguesía peninsular. En el Río de la Plata, ésta política favoreció el aumento del comercio entre los puertos de San Felipe y Santiago (Montevideo) y de España, permitiendo el desarrollo de una clase comerciante, que sintió la necesidad de cuidar a su mano de obra. La relación entre la incipiente burguesía comercial rioplatense, y la Corona, permitió un avance en la salud de la sociedad de la época al desarrollar una estrategia sanitaria que abarcó a algunos civiles, además de las tropas y los gobernantes. La forma de organización del modelo de salud se fue transformando por las concesiones de la Corona ante el empuje de la burguesía comercial, generando así un modelo menos restrictivo que el de la primer etapa de la colonia, aunque siguió destinado al mantenimiento del orden público. La exclusión de los “pobres del sistema” amenazaba convertirse en un problema para la clase alta, que intentó contenerlo con la receta del Viejo Mundo de colocar a la Iglesia al frente de la atención de estos grupos, creando hospicios y hospitales de la caridad. Es así que

“en 1778, Mateo Vidal plantea en el Ayuntamiento (de San Felipe y Santiago) “la necesidad de creación de un hospital tanto para los pobres

del pueblo como para los forasteros desvalidos” (filantropía, reclusión y mantenimiento del orden que tanto servía a los comerciantes de los cuales Vidal era uno de los más conspicuos representantes). El proyecto de Vidal fue aprobado en Cabildo Abierto y también por el Gobernador Del Pino.^{vii}

A pesar de la creación del Hospital de la Caridad, el modelo de atención seguía siendo excluyente y elitista puesto que no atendía a los marginados del sistema: indios, negros esclavos, gauchos y mestizos, además de tener una atención diferenciada para gobernantes y militares, y una atención para trabajadores y pobres. Otra característica del modelo sanitario durante la Colonia, fue que el estado monárquico absolutista solamente contaba con una institución que se ocupaba de los asuntos médicos, el Tribunal del Protomedicato. Esta institución estaba destinada a administrar la justicia en relación con las profesiones médicas. Las potestades del Protomedicato incluían entre otras, la revalidación de títulos, informar sobre los problemas médicos, difundir las medidas para combatir las epidemias, fijar los aranceles de la práctica médica y de los medicamentos, tratar las denuncias por mal desempeño de la medicina, persecución de los curanderos y aquellas personas que realicen otras prácticas condenadas, y examinar a quienes pretendían ejercer la medicina, como médicos, cirujanos, boticarios, sangradores, entre otras. Conjuntamente con la consolidación de la ciudad, comienza a tomar fuerza la figura de los médicos ante la sociedad, con potestades paralelas a las de los gobernantes, generando un espacio en el cuál sólo los “Hombres de Ciencia” podían impartir justicia. Al decir de Gorman M. (1783) *“Los padres deben ser honrados porque son los autores de la vida y deben serlo los Reyes y los médicos porque son sus conservadores”*^{viii}. Esta idea marcará fuertemente los destinos de nuestro sistema sanitario.

La Revolución Artiguista (1811-1820). Génesis de la concepción de Salud Pública

Con la Revolución Artiguista se introduce un nuevo concepto de atención a la salud, con una estrategia para los momentos de actividad bélica, complementada con la asistencia a la sociedad civil, fundamentalmente vinculada al control de las epidemias en las poblaciones de la Liga Federal. Durante las batallas existía un “Cirujano Mayor” (el primero fue Cornelio Spielman quién actuó en la Batalla de las Piedras en 1811), quien organizaba los hospitales de sangre para recibir a los heridos, y luego ser trasladados a hospitales fijos. Asimismo el Jefe de los Orientales planteó la primera medida de salud pública para frenar una epidemia; *“la viruela fue la epidemia que azotó y azotará a lo largo del siglo, en éstos tiempos Artigas ya promovía la vacunación antivariólica, pero no sería hasta 1910 que se legisla como vacunación obligatoria”*^{ix}.

Es así que Artigas introduce desde nuevas concepciones ideológicas, el elemento de la salud pública como bien comunitario; en donde la preocupación por la salud pasa a tener un lugar preponderante, llegando a plasmar en un edicto del Cabildo de Montevideo (1815) que,

“la salud pública es una de las leyes primeras sobre las que deben velar los magistrados y nunca estará de más todo el celo y actividad que se propongan los hombres para la conservación de sus semejantes y el bien de sus conciudadanos”^x.

Podría expresarse que ésta es la primer expresión histórico-legal, que hace referencia a una concepción de salud pública, la cuál debería ser legislada para su garantía. Este puede considerarse como el embrión del concepto de “universalidad” incluido en nuestro sistema de salud, es decir *“que la atención llegue a todos los individuos, familias, grupos sociales y población en su conjunto”*^{xi}. Otro aporte fundamental de ésta época, es entender la participación social como herramienta para la defensa del derecho a la salud, proclamar que la salud depende de los hombres para la conservación individual y colectiva, reconociéndola como un derecho de todos, sin ningún tipo de discriminación.

También es importante destacar el concepto de responsabilidad del Gobierno (Estado) y la comunidad para el cuidado de la salud como producto social, y no colocar en el individuo el deber de su cuidado.

El Uruguay Independiente (1830–1860). Estancamiento o retroceso al modelo sanitario colonial

Décadas más tarde, en el nacimiento de la nueva República (1830-1860), el país estuvo invadido por la inestabilidad política, se sucedieron diversas guerras civiles, incluso con la participación de Gran Bretaña, Francia, Brasil y Argentina en el conflicto más importante (la Guerra Grande, 1839-1851). Barrán contextualiza ésta guerra con mucha claridad en el párrafo:

“Vista desde diversos ángulos, a sido definida como la lucha internacional entre la América española y la Europa industrial; pugna rioplatense, entre tendencias nacionalistas y autoritarias enfrentadas con tendencias extranjerizantes y liberales; entre federales y unitarios en Argentina; blancos y colorados en el Estado Oriental; intentos hegemónicos tendientes a la reconstrucción del virreinato de Buenos Aires, y combate por sobrevivir del Uruguay y Paraguay.”^{xii}

Sin duda que se mezclaron dos luchas, una del surgimiento de identidad de la nación, o lo que los historiadores llaman la “configuración de las nacionalidades” (Pivel Deboto JE., 1995), con el dilema de las fronteras y su soberanía. Y por otro lado la necesaria expansión del capital, la guerra provocó una distorsión de los mercados, fundamentalmente para el comercio, con la más rica y prometedora en ese entonces región de América del Sur, de las potencias inglesa y francesa, como dice Barrán JP. (1998),

“no se piense que la intervención franco – inglesa fue un episodio aislado en la política de las grandes naciones. Así como el río Paraná fue abierto a cañonazos en 1845, así también se abrieron los puertos de otras naciones en lugares más lejanos pero interesantes desde el punto de vista económico (para el capital)^{xiii}”^{xiv}

En éste contexto el Estado no tenía entre sus prioridades a la salud, destinando para su atención sólo un 0.002% del Presupuesto

General de Gastos. El Estado no garantizaba la salud a los ciudadanos resultando el cuidado de la misma una preocupación individual, a cargo de quien pudiera costearla. Esta situación llevó a que se mantuvieran las estructuras monárquicas preexistentes, o que las formas organizativas que se dieran estuvieran atravesadas por las antiguas concepciones absolutistas, en donde el poder central se debilitaba por la atomización del poder político. Esta generalización se veía también en el sector de la salud; como dice García JC. (2012):

“cuando este Estado incorporaba en sus actividades asuntos especializados, tales como salud, lo hacía en la forma característica de las monarquías absolutistas (mediante consejos consultivos). Por ejemplo, los consejos o juntas nacionales de sanidad que se establecieron en la mayoría de los países de América Latina.”^{xv}

Muestra de ello es la creación en 1830 del Consejo de Higiene Pública, en 1832 de la Junta Médica, en el '36 la Junta de Higiene y en 1838 la Policía Sanitaria, estructuras que tenían a su cargo las funciones normativas (legalización de títulos y control de la asistencia) y de regulación de la salud pública (control de epidemias, campañas de vacunaciones, higiene pública).

El Uruguay Moderno. La salud como cuestión de clase

En el período 1860-1900 comienza un proceso donde se conforma, lo que los historiadores llaman, el Uruguay “Moderno”. En el mismo se produce la consolidación del sistema Capitalista a partir de un modelo agroexportador. El avance de las relaciones de producción capitalistas y una mayor tecnificación de la explotación pecuaria, obligaron a grandes inversiones de capital en el campo, que abrieron los horizontes a una explotación más moderna e interesada por el lucro. Todo este proceso incrementó la productividad de la tierra, diversificó la producción y también los mercados consumidores, promoviendo un modelo de crecimiento hacia afuera. Para ello el Código Rural, impulsado por la Asociación Rural del Uruguay (ARU) y llevado adelante a sangre y

fuego por parte del gobierno de Latorre, exigió el alambramiento obligatorio de los campos, la marca de todo el ganado, la implantación de la Policía Rural con amplias y desmedidas potestades de represión, y hasta el aumento de las patentes a las pulperías, que las llevaron prácticamente a su desaparición. Todas éstas medidas produjeron un éxodo rural hacia las ciudades, aportando mano de obra barata para sustentar el incipiente desarrollo industrial. Por otra parte, comienzan a llegar capitales extranjeros, fundamentalmente de origen inglés, que se orientaron tanto a actividades financieras e industriales, como a préstamos al Estado o inversiones en servicios públicos (Banco de Londres y Río de la Plata, Compañía Liebig's en Fray Bentos, ferrocarriles, telégrafos, compañía del gas, aguas corrientes, tranvías, etc.). A nivel social se vive un proceso donde las diferencias de clase se agudizan. En Montevideo la novedad de este fin de siglo fue el advenimiento de la *"cuestión social"*, que Pastorini A. (2000) define como el conjunto de problemas sociales, económicos y políticos que se generan con el surgimiento de la clase obrera dentro de la sociedad capitalista, y que deriva del proceso de constitución y desarrollo del capitalismo. Las condiciones de vida del proletariado industrial eran duras. Barrán JP. (1995) describe en "El nacimiento del Uruguay Moderno en la segunda mitad del Siglo XIX" como la sociedad vivía ésta situación, con el siguiente párrafo: *"las jornadas de 11 o 15 horas ambientaron la prédica anarquista y la fundación de los primeros sindicatos hacia 1875. El viejo temor de la clase empresaria a la subversión blanca, fue poco a poco sustituido por su nuevo miedo a la revolución social."*^{xvi}

La atención a la salud acompañó este proceso, generando servicios sanitarios diferenciados de acuerdo a la clase social a que se pertenecía. De esta forma el cuidado a la salud pasa a ser un problema de clase. Tanto el Estado como la sociedad organizada van creando nuevos servicios de salud, manteniendo la caridad y beneficencia para los pobres (excluidos del sistema), en tanto

que las comunidades de migrantes comienzan a desarrollar sus respectivas sociedades de ayuda mutua (para los trabajadores), y los sectores dominantes tienen una atención personalizada en su propio domicilio. Cerrando el siglo XIX se va encaminando la estatización de la salud pública, o dicho de otra forma, el nuevo Estado va dándole a la salud un carácter más nacional, que se consolida con el surgimiento del Estado de Bienestar; para ello se comienzan a crear diferentes estructuras que van a ir permitiendo éste cambio. Junto con éste cambio organizacional, se fortalece la figura del médico como centro del modelo de salud, dándole las potestades de la formación, control y represión de todo lo concerniente a la salud. Al decir de Barrán JP. (1992) *"Ha nacido la clase médica"*, como un actor relevante en el espacio social, con el objetivo de conquistar el poder en los espacios que creyó y cree, le están reservados para ella, dada la naturaleza de su saber. Este hecho ha de marcar el rumbo que tomará el sistema de salud uruguayo, el creciente modelo capitalista centrado en el poder económico comienza a impulsar una nueva concepción de salud definida como una mercancía, generando las bases para el surgimiento de un nuevo grupo económico, el corporativismo médico. Con la explotación de la fuerza de trabajo del sector y los avances de la ciencia y la tecnología, la nueva "clase médica" obtendrá más mercancía (salud) a cambio de un pago (salario) cada vez menor al trabajador. Como plantea Acosta L. (2000), *"socialmente los médicos estaban luchando por tornarse la "clase médica", esto es, un grupo social privilegiado en razón del monopolio del saber sobre la salud en una sociedad donde la salud se había tornado un valor social apreciable"*^{xvii}.

El Estado de bienestar. Fortalecimiento del modelo sanitario estatal

En los comienzos del siglo XX, y con el ascenso de José Batlle y Ordóñez a la presidencia de la República, se inaugura el llamado por los historiadores período Batllista, que lo definen como la etapa definitiva en el desarrollo del poder del

Estado en forma deliberada. El reformismo Batllista se hizo cargo de asignar al “*Estado un nuevo lugar en el proceso económico y social, asumiendo nuevas funciones, expandiendo para ello su tamaño y diversificando su estructura.*”^{xviii} El período de auge y expansión internacional del capital, llevó en el Uruguay a un intervencionismo estatal que en lo económico alcanzó nuevas áreas y modalidades, tales como la inversión directa en empresas dedicadas a la producción de bienes y servicios, el control de la moneda y el crédito, o la fijación de algunos precios y salarios. En éste período se fue afianzando la idea de un “Estado Providencia”^{xix}, es decir, que se anticipe a los conflictos sociales y actúe como árbitro en las relaciones entre el capital y el trabajo. O como también se define un “Estado de Prosperidad General”^{xx} que significa un sistema de empresas de monopolio estatal, con el fin de fortalecer el capitalismo, debilitando la voluntad de la clase obrera en la lucha por el socialismo. El avance en la legislación social, en el que tuvieron participación las intensas movilizaciones sociales reclamando mejores condiciones laborales, se hizo evidente por ejemplo, en la aprobación de la limitación de la jornada de trabajo a ocho horas para todas las ramas de actividad. El programa de transformaciones impulsado por el reformismo batllista, que partía de la idea errónea de que siendo el Uruguay un país nuevo sería posible superar los conflictos sociales que la implantación del capitalismo había generado en el Viejo Mundo, suponía la utilización del aparato estatal para la promoción de un modelo de desarrollo urbano industrial, y promovía la universalización del acceso a servicios como la salud y la educación, en busca de mantener una mano de obra con cierto grado de educación y relativamente sana. En éste marco, y como parte de ésta sociedad capitalista, la medicina estatal comienza a desarrollar un rol preponderante con el objetivo de mejorar la producción y la rentabilidad del sector salud. En éste sentido, la atención médica, el hospital y las asociaciones mutuales se van transformando en las herramientas básicas para el cumplimiento y desempeño de ese rol, fortaleciendo la figura médica como actor

principal en la definición de las políticas del sector. Al decir de Portillo JM. (1995), la sociedad civil se va medicalizando, y el saber y fundamentalmente el poder médico van permeando y dominando el imaginario social, asumiendo un carácter burgués e iluminista. El modelo médico hegemónico dominante, se impone como un fuerte integrante de la modernidad (Barrán JP, 1995)

Surgimiento y posicionamiento del órgano rector en salud. Una visión política del Sistema de Salud

Con la creación del Ministerio de Salud Pública (1934), se define con claridad que la salud es un problema para el sistema que debe resolver el Estado, y por tanto debe ser parte de las políticas estratégicas del gobierno. Se unifica el Consejo Nacional de Higiene, con funciones fundamentalmente normativas y la Asistencia Pública Nacional, con funciones asistenciales. El Ministerio se posiciona así como el organismo rector de la salud, con una función normatizadora general de legitimación de títulos, control de plagas y epidemias, y prevención de enfermedades; conjuntamente con una función de asistencia directa sobre los sectores más pobres de la sociedad del Uruguay moderno (los indigentes); además se le agrega un perfil fiscalizador con ciertos rasgos punitivos. Se puede decir que la creación del Ministerio de Salud Pública, fue la síntesis final de varios procesos y conlleva varios significados; entre ellos se posiciona al órgano rector sanitario como un organismo netamente político con la figura de Ministerio, pudiendo interpretarse esto como el reflejo de la importancia que la clase política le otorgaba al cuidado de la salud de la población. En ésta época se comienza a visualizar con mayor fuerza el reparto del mercado de la salud en dos subsectores, el subsector público (MSP) y el subsector privado (las Mutualistas). En medio de esta lucha por el control y reparto del mercado sanitario es que se genera el marco para la creación del Ministerio de Salud Pública, siendo este el resultado de la pugna que el corporativismo médico desarrolló en el sistema político para el control del sistema sanitario. Es así que si bien en las leyes de ese período, fundamentalmente la Ley N° 9202^{xxi} se recogían algunas aspiraciones del cuerpo

médico, (representado en el Sindicato Médico del Uruguay, SMU), en cuánto a reconocer la función del Estado de controlador de las mutualistas, la corporación rechazaba dicha legislación. Algunos de los motivos esgrimidos por el SMU para el rechazo de la ley fueron la falta de estudios sobre la realidad sanitaria nacional que justificara la creación de un Ministerio de Salud Pública y las desmedidas potestades que se le atribuían al Ministro. Estos dos elementos muestran claramente la lucha que la corporación médica tenía con el poder político, por el control del sector salud, reafirmando su posición de que son los “hombres de ciencia” quienes deben definir las políticas sanitarias. Otro argumento para rechazar la legislación por parte del SMU, radicaba en la no participación del cuerpo médico en la elaboración de las normas y que la fiscalización del trabajo médico fuera realizado por legos en la materia. Ésta posición demuestra la supremacía que el cuerpo médico intentaba afianzar por sobre el resto de los hombres y del Estado; expresando que nadie excepto ellos, están en condiciones de realizar sus normas y fiscalizarse. Es importante resaltar que el SMU estaba de acuerdo en el control del ejercicio de la profesión, aunque discrepaba con la formalidad de los mecanismos de control para regular la competencia, a veces desleal, del mercado laboral. La intención era generar normas que ordenaran el mercado de la salud, pero donde el control del mercado (y las normas) estuviera bajo su responsabilidad, sin la intervención del sector político. Esta legislación planteaba un modelo de salud en el cuál el médico era parte de la masa asalariada, que vendía su fuerza de trabajo al Estado y/o a las sociedades mutuales, las cuales estaban dirigidas por personas ajenas al sector. El sindicato médico, desde las páginas del boletín Acción Sindical, sostenía que estas sociedades habían crecido y se mantenían gracias a una sobre oferta de médicos que vendía su fuerza de trabajo, y para peor por salarios bajos. Esta condición de asalariado y las bajas remuneraciones llevaron al Sindicato Médico del Uruguay a hablar con alarma de

un proceso de “*proletarización del profesional*”. Es en ésta etapa del desarrollo histórico de nuestro país, con un nuevo impulso del Estado de Providencia, que aparece por primera vez en el articulado de la Constitución Nacional una referencia explícita a normas referidas a la salud (mayo 1934); estableciendo que es el Estado quien legislará todo lo relacionado a la salud e higiene públicas. Todavía la sociedad no estaba preparada para reconocer a la salud como un derecho. En la Constitución (1934) se expresaba que es el individuo quien tiene el deber de velar por su salud, asumiendo la atención por parte del Estado solamente a los indigentes y a los carentes de recursos. Si bien éste articulado tenía sus carencias, es de suma importancia por ser el comienzo de la legislación con rango constitucional de aspectos concernientes a la salud. En éste período se afianza la alineación de los gobiernos americanos a las necesidades y políticas de los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU). El Acta de la Tercera Reunión de Consulta de los Ministros de Relaciones Exteriores de las Repúblicas Americanas desarrollada en Río de Janeiro, Brasil, expresa una serie de resoluciones que van desde medidas necesarias para la defensa militar del continente dirigida desde Washington, hasta aspectos de control de las políticas internas de los estados miembros que alcanzan amplitudes tales como las relaciones diplomáticas internacionales hasta cuestiones de economía interna. Bajo el título de “Mejoramiento de la Salud y Salubridad Pública”, en el capítulo XXX se plantea “*que el tomar medidas adecuadas para proteger la salud y mejorar la salubridad constituye un aporte esencial al mantenimiento del poder de los pueblos de América para defenderse y para resistir la agresión*”^{xxii}, resolviendo recomendar a los servicios nacionales de sanidad utilicen la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana. En éste contexto las políticas en salud de Uruguay se muestran muy permeables a los intereses de los EEUU, quién impulso los Servicios Cooperativos Interamericanos de Salud Pública (SCISP), que fueron implantados en Uruguay en

noviembre de 1943, por un convenio entre el Instituto de Asuntos Americanos de los Estados Unidos de Norte América (EEUU) y el Ministerio de Salud Pública de Uruguay; y aprobado por ley en setiembre de 1945, extendiéndose hasta el año 1956. En éste período se termina de consolidar la centralización del Estado y su rol en la dirección de la salud pública, fortaleciendo el nivel secundario de asistencia y comenzando a desarrollarse el nivel primario de atención con la creación de los primeros Centros de Salud a través del convenio con el Instituto de Asuntos Americanos de EEUU, quedando definitivamente alineados a las políticas sanitarias impulsadas por EEUU. Además se consolida la división definitiva del sector salud en el subsector público y el privado. Se instauran los seguros sociales, con la aprobación de la Ley de Seguro de Enfermedad en 1958. Como rasgo de continuidad histórica se consolida la hegemonía médica en el sistema sanitario y además en el sector político del país.

Dictadura. Estrategia del terrorismo de Estado

Sobre finales del siglo XX América Latina se vio sacudida por los procesos dictatoriales impulsados por la Doctrina de Seguridad Nacional desde los EEUU, para contener el avance de las posiciones de izquierda. Anderson P. (1987) plantea que todas las dictaduras de la región

“fueron contrarrevoluciones preventivas cuya misión primordial fue la de decapitar y eliminar a una izquierda que no se resignaba al modo de producción capitalista, sino que apuntaba directamente a un socialismo que lo trascendía. Su función esencial, primordial, pues, fue la de traumatizar a la sociedad civil en su conjunto con una dosis de terror suficiente para asegurarse de que no habría ninguna tentación ulterior de reincidir en desafíos revolucionarios contra el orden social vigente; para romper cualquier aspiración o idea de un cambio social cualitativo desde abajo; para eliminar permanentemente, en suma, el socialismo de la agenda política nacional.”

Continúa diciendo que “básicamente –y

paradójicamente– la novedad consiste en que estos regímenes programaron una reintroducción de una democracia capitalista controlada, al fin de su obra de “reconstrucción”.^{xxiii} Para Harnecker M (1999) la dictadura fue la herramienta para la implantación del neoliberalismo en América Latina, dice que

“habiendo logrado desarticular al movimiento popular, debilitando su capacidad de resistencia y de lucha -al menos así se creía-, se había preparado el terreno para la implantación de las impopulares medidas de ajuste estructural de corte neoliberal.”^{xxiv}

Desde el punto de vista económico, la dictadura fue utilizada por la necesidad de instalar la estrategia neoliberal como otra forma de dar respuesta a la crisis mundial del capitalismo o “mundialización de la crisis” como lo plantea Stolckiner A. (1994),

“en América Latina, que alcanzó en la década del 70 altos niveles de conflictividad y lucha social, la implementación de éstas políticas (neoliberales) estuvo, en la mayoría de los casos, a cargo de gobiernos dictatoriales, que debieron anular las formas de resistencia social por medio del Terror de Estado.”^{xxv}

Esta “desarticulación sangrienta de las fuerzas sociales” (Stolckiner A. 1994), fueron necesarias para instaurar en nuestros países el modelo Neoliberal. A nivel social la dictadura logra romper el llamado tejido social, como plantea Fascioli L (2013)

“se instala así un fenómeno en el que aparece la rotura de los vínculos sociales, comunitarios y familiares que concluye en una ruptura de las raíces, con la cultura, con los valores propios de una sociedad; se produce un extrañamiento social, alienación social.”^{xxvi}

En el Uruguay ésta política de terrorismo de Estado significó en el sector de la salud una reducción sistemática de la inversión en el área, una pérdida de salario real de los trabajadores del sector, la emigración de profesionales y técnicos calificados, la

desarticulación de los mecanismos de gestión tripartita de los seguros de salud, además de llevar adelante una represión planificada sobre la Universidad como centro asistencial y principal centro formador de recursos humanos para la salud.

Etapas de las Grandes Reformas del Sector Salud. Segmentación y fragmentación de los Sistemas de Salud

A la salida de la dictadura, y particularmente en la década de los noventa del siglo XX, en el marco de un empuje brutal del capitalismo neoliberal, se desarrollan una serie de reformas estructurales en el país y la región, que irán profundizando las desigualdades existentes en el acceso a los servicios de salud y agudizando la fragmentación y segmentación del sistema. A nivel internacional se produce el viraje hacia un mundo unipolar y hegemónico, donde el gran endeudamiento de los países tercermundistas y particularmente de los países latinoamericanos, se suman a la dependencia directa de las políticas de Washington a través de diferentes acuerdos y formatos. Castro F. (2001) en el análisis político del momento expresaba que

“es absolutamente claro que el llamado Acuerdo de Libre Comercio de las Américas en las condiciones, plazo, estrategia, objetivos y procedimientos impuestos por Estados Unidos, conducen inexorablemente a la anexión de América Latina a Estados Unidos. Tal tipo de asociación entre una gigantesca potencia industrial, tecnológica y financiera, con países que padecen un alto grado de pobreza, subdesarrollo y dependencia financiera respecto a instituciones que están bajo la égida de Estados Unidos, que controla, rige y decide en el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y otras, impone tales condiciones de desigualdad, que sólo implicará la absorción total de la economía de los demás países de América Latina y el Caribe por la economía de Estados Unidos.”^{xxvii}

El desmantelamiento del Estado, con su progresivo énfasis en la desregulación y las privatizaciones, consolidó una distribución regresiva del ingreso y un aumento de los índices de pobreza e indigencia alarmantes. Como consecuencia hay un fuerte deterioro del tejido social. La solidaridad se va sustituyendo por la competencia, lo colectivo por lo individual, lo progresivo y fundamental por lo inmediato y utilitario, parafraseando a Franco S. (2000), estas inequidades llegan hasta límites incompatibles con la dignidad humana. Rojas Ochoa F. (2009) plantea que

“en resumen el Neoliberalismo y su globalización son en la práctica la renovación del sistema capitalista avanzado. Declarando como modelo el reduccionismo del Estado, el desmonte del “Estado de bienestar”; la guerra al sindicalismo; la prédica de la desigualdad como valor positivo; la desregulación de la economía y la privatización en masa.”^{xxviii}

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que las reformas impulsadas en los años 80 y 90 del siglo XX en la región de las Américas, se basaron en la implantación de modelos estandarizados, aplicando la misma receta neoliberal, sin tener en cuenta las características particulares de cada país. Estas reformas estaban centradas en cambios del modelo financiero y de gestión, y apostaban a una gran descentralización, con ausencia de un órgano rector. A su vez se promovía la desregulación laboral y la competencia irracional entre los distintos proveedores y aseguradores del sector salud. La aplicación de éstas políticas en el sistema sanitario de Uruguay, llevo a éste a una segmentación y fragmentación tal que concurrió inequívocamente a una limitación del acceso a grandes grupos poblacionales al sistema de salud, fundamentalmente de los más pobres de la sociedad. Por añadidura hubo un estancamiento y pérdida del dinamismo en la evolución de los indicadores de salud de la población, junto a la aparición de una nueva estructura epidemiológica de riesgos. El modelo de atención a la salud se

centró en un enfoque curativo y asistencialista, acompañado por el multiempleo entre el personal de la salud. El sistema mutual entró en una crisis sostenida en los aspectos asistenciales y fundamentalmente de financiamiento, llevando al cierre de varios efectores privados. Todo esto junto a una crisis de confianza de los usuarios en el sistema y en los equipos de salud, con un débil o inexistente desarrollo del rol Rector del Ministerio de Salud Pública sobre el sistema sanitario nacional. En éste marco se comenzó el nuevo siglo con un tercio de la población nacional bajo la línea de pobreza, excluidas de los servicios sanitarios, con una explotación desregulada sobre los trabajadores del sector, con efectores privados desfinanciados y empresarios descontentos. Todo esto sumado a la llegada de gobiernos progresistas, creó las condiciones para la implementación de un nuevo sistema de salud.

Sistema Nacional Integrado de Salud. Conjunción de intereses

Paralelamente la Organización Panamericana de la Salud propone el documento “La Renovación de la Atención Primaria en Salud de las Américas (2003)”, para la construcción de Sistemas de Salud cimentados en Atención Primaria en Salud (APS), tratando de disminuir los costos sociales dejados por éstas reformas neoliberales. En ésta propuesta se redefine la noción de prestaciones públicas, que se consideran socialmente prioritarias, por lo que se plantea asumirlas y financiarlas colectivamente, lo que se traduce en que el Estado asume la propuesta de trabajar en APS, y que sea el trabajador quien lo financie. Es así que el sistema de salud de Uruguay impulsado por la OPS, comienza a desarrollar una serie de conceptos y estrategias sanitarias cimentadas fundamentalmente en el enfoque canadiense, que se basa en la vieja premisa de la utilización de mejoras sanitarias para la contención social y el beneficio del sistema capitalista, asumiendo que la salud está enteramente relacionada con la distribución de la riqueza. En el documento “Salud de la Población. Conceptos y Estrategias para las Políticas Públicas Saludables: la Perspectiva

Canadiense (2000)”, la OPS plantea que invertir en un enfoque de salud de la población ofrece mayor prosperidad al sistema, ya que una población sana contribuye a una economía dinámica; generando simultáneamente menos gastos sanitarios y un clima de estabilidad social y bienestar, al disminuirse los problemas sociales.

En éste contexto se comienza a trabajar para la reforma sanitaria, a través de convenios con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) fundamentalmente. En el primer acuerdo en el año 2001, denominado “Programa de Reformas del Sector Salud (UR-0133). BID-ROU. 2001”, el desembolso de los dineros correspondientes para llevar adelante las pautas del compromiso estaba condicionado a que el Estado mantenga un entorno macroeconómico acordado con el Fondo Monetario Internacional (FMI). En este Programa de Reforma del sector salud se acuerda perfeccionar el marco regulatorio del sistema sanitario, creando reglamentos y normas comunes de regulación y fiscalización que permitan la sustentabilidad de todas las instituciones del sistema sanitario. En este marco se requiere incentivar la vigencia de un modelo asistencial con énfasis preventivo y promocional. Además se debe de crear una nueva estructura ejecutiva, dentro del MSP con la responsabilidad de la supervisión y fiscalización sobre todas las instituciones que dan cobertura y provisión en la atención de salud a la población. En otro punto del acuerdo referido se establece la necesidad del fortalecimiento del subsistema privado de salud. El objetivo central es estabilizar financieramente a dichas instituciones, impulsando un modelo de gestión más eficiente, sobre la base de convenios de gestión en contrapartida con cobros de dinero. En otro aspecto se acuerda el fortalecimiento del subsistema público de salud, separando las funciones de regulación del sistema, que estará a cargo del MSP, de las funciones de provisión de servicios a cargo de Unidades Prestadoras (ASSE). Además se incluye la autorización de convenios de gestión que permitan la participación de instituciones privadas en la gestión de los prestadores públicos. En el año 2005 se firma otro acuerdo con el BID en el que se afianzan las

políticas macro para el Uruguay, a través del documento “Banco Interamericano de Desarrollo: Estrategia de país del Banco con Uruguay 2005-2009”. En él se plantea que el Estado se concentre en fortalecer su rol regulatorio, que desarrolle una infraestructura para favorecer la competitividad y el clima de negocios para que sea la actividad del sector privado quien lidere la economía, lo que consolida a la salud como una mercancía regulada por el mercado impidiendo que sea considerada como un derecho de las personas. La ejecución de esta estrategia país supone un escenario macroeconómico base para el período 2005–2009 en el que la economía del Uruguay consolide un proceso de crecimiento sostenido con estabilidad financiera y de precios; eliminando los riesgos que puedan provenir de las negociaciones colectivas por aumento salariales o desde el Parlamento para aumentar el gasto general por encima de lo propuesto por el Ejecutivo. Por otra parte en el año 2006 Uruguay firmó un acuerdo con la OPS/OMS para utilizar el mecanismo de “Estrategia de Cooperación País”, para desarrollar esfuerzos conjuntos dirigidos a fomentar y defender la salud de la población uruguaya. La crisis interna del sector salud (provocada artificialmente para lograr el objetivo de que las personas consideraran que los sistemas públicos son ineficaces e ineficientes), llevó a un consenso de los actores relacionado a la necesidad urgente de reforma del sistema sanitario, lo que sumado al cambio de estrategia de las políticas en Salud Pública impulsadas por la OPS para la región, más los acuerdos realizados con los organismos financieros internacionales, confluyeron a sentar las bases para la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que se concreta en el año 2007 con la aprobación de la Ley N° 18211. El nuevo sistema de salud uruguayo surge para “corregir” los defectos que el neoliberalismo dejó en el sector salud, “mediante el discurso y el método social-liberales de la equidad como igualdad”,^{xxix} reformas estructurales de los años ‘90, que pretendiendo dar respuesta a la problemática advertida por los organismos financieros

internacionales y cooperación (Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Comisión Económica Para América Latina y el Caribe, Organización de Estados Americanos, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas) relacionada al sector salud, han dejado por toda la región latinoamericana sistemas de salud fragmentados y segmentados, que agrandaron la brecha existente entre las poblaciones en el acceso a los servicios de salud. El nuevo sistema se caracteriza por desarrollarse en etapas y con reformas en tres aspectos diferentes. Una reforma financiera, que entre otros aspectos creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que es el recaudador financiero del sistema, que se nutre de impuestos directos a los trabajadores, empleadores y jubilados, más fondos de rentas generales. Esta medida surge como forma de estabilizar económicamente al sistema y refinanciar a las empresas privadas, como se acordara en el Programa de Reformas del Sector salud. El FONASA nutre al Seguro Nacional de Salud (SNS) que tiene el objetivo de crear un sistema de gasto y financiamiento que asegure mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad al SNIS, definiendo de hecho al sistema, como un seguro de salud con una canasta de prestaciones básicas que no llega a cubrir las demandas de salud de toda la población. Éste Seguro Nacional de Salud es administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), en donde tienen participación entre otros el Ministerio de Salud Pública, representantes de los trabajadores y representantes del sector empresarial, tal cual fue planteado por el BID y como fue prioritario para la OPS. La segunda reforma que caracteriza al nuevo sistema de salud es en lo que concierne al modelo de gestión, donde se crearon un sin fin de normas regulatorias entre leyes, decretos y ordenanzas; planteándose además la implementación de sistemas de información y observatorios. Podría decirse que dentro del modelo de gestión, la reforma clave es la

creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) como ente descentralizado, separando definitivamente las funciones del Estado como efector sanitario a través de ASSE, y al Órgano Rector del Sistema a través del MSP con funciones de formulación de políticas y regulación. Esta reforma de la gestión tiene

“el apoyo y participación de los empresarios quienes altruistamente comprendieron que, además de su razón *moral*, el gasto social (en salud^{xxx}) tiene una utilidad económica (...) se materializa la asociación Estado- mercado – sociedad. Con esa asociación los pobres y las capas medias financian a los extremadamente pobres; el gran capital acumula legitimado por sus nuevos servicios para el *nuevo bienestar*; y los gobiernos ganan clientelas electorales. Se produce el milagro de que *todos ganan*, aunque el capital se concentra y aumenta la desigualdad.”^{xxxi}

La tercer reforma se da en el cambio del modelo de atención, involucrando a los trabajadores, usuarios y comunidad en la defensa del derecho a la salud. El nuevo modelo se basa en la estrategia de la Atención Primaria de Salud, recogiendo en sus principios fundamentales las líneas planteadas por Organismos Internacionales de crédito y de salud para las Reformas Sanitarias en la Región. Es así que una de sus metas es el desarrollo y fortalecimiento de la Red de Atención del Primer Nivel, dependiente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE). Esta es lo que Stolowicz B. (2014) conceptualiza como “*reestructuración de la sociedad*”^{xxxii}, que emerge como instrumento de cohesión social, impidiendo el cuestionamiento de la distribución de la riqueza, oculta la desigualdad bajo el manto de una falsa diversidad pluralista, sin permitir incidir en las decisiones del sistema político pero que es percibido por la gente como participación y empoderamiento del modelo.

A modo de conclusión

El desarrollo histórico del sistema sanitario de nuestro país no escapa al proceso de desarrollo que tuvieron los sistemas sanitarios de la región de América y el Caribe. Todos los

sistemas se nutrieron de las corrientes salubristas europeas de comienzo de siglo XVIII, de la contención social disfrazada de caridad por parte de la iglesia Católica, del impulso de las sociedades mutuales generada por las oleadas migratorias europeas y de los movimientos obreros de finales de siglo XIX, además por supuesto de componentes autóctonos de los nativos de la región. En lo específico el sistema uruguayo mostró entre otros rasgos típicos, un fuerte componente de trabajo individual del médico que lo llevó a posicionarse en la sociedad como una clase diferente, la “clase médica”. Éste trabajo en solitario desarrollado durante décadas constituye aún hoy una dificultad para implantar el trabajo en equipo como la pieza clave para el fortalecimiento de la estrategia de APS, herramienta indispensable para el cambio de modelo de atención planteado en el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud. Otro rasgo característico del sistema, es la falsa contradicción generada entre el primer nivel de atención y los hospitales que durante años fueron fortaleciendo un modelo hospitalo céntrico orientado a trabajar con la enfermedad. Este modelo centrado en la enfermedad, se replica hoy en día en los centros de salud del primer nivel, con servicios que apuntan a lo curativo sin dar respuestas a la atención en salud de las poblaciones. Entre otros factores, un elemento clave para su comprensión, es que existen pocas profesiones con formación en atención primaria, con estrategias de prevención, educación y gestión del cuidado en salud de las poblaciones; una de ellas es Enfermería Profesional, pero la misma está fuera del equipo básico de salud, además de no tener incidencia en el delineamiento de las políticas sanitarias de salud pública, las que están depositadas en la figura del médico quien le da una impronta asistencialista y médico centrista al modelo sanitario. Si bien es cierto que éstas características tienen un peso específico fuerte en todos los componentes del sistema, no es menos cierto que el empresarismo médico aplica sus influencias sobre las acciones del mismo, a tal punto que un objetivo de la actual reforma fue el salvataje de efectores de salud privados que se declararon en quiebra y amenazaban con que

se generaría un caos en el sistema si no se aplicaban políticas financieras claras de ayuda al sector, crisis que no fue tal y como se mencionó fue inducida por la corporación médica. El SNIS, basado en un seguro de salud, con un fuerte sistema de regulación y control en lo financiero, fue la llave para “estabilizar financieramente” a las instituciones privadas, profundizando la inequidad en el acceso a una atención a la salud de calidad, sustentada a expensas del trabajador para brindar una supuesta mayor cobertura por el mismo salario, aumentando así el capital de los empresarios médicos. Otro rasgo distintivo del sistema sanitario es la incorporación de sus actores en los órganos de dirección del mismo, en ésta estrategia tuvieron mucho que ver las recomendaciones de los organismos financieros internacionales, que sugerían la necesaria incorporación de trabajadores y usuarios en la dirección del sistema como parte de una gestión moderna y transparente, o más bien como estrategia estabilizadora involucrándolos en su nueva versión de la Tercera Vía, “una *nueva izquierda* con su santo y seña: *tanto mercado como sea posible, tanto Estado como sea necesario*”^{xxxiii}. Esta incorporación tiene varias contradicciones, la primera que los integrantes sociales no son reconocidos ni designados por su pares, pero lo más grave es que se tiende al fortalecimiento del capitalismo a través de la estrategia posneoliberal por la cual se

“acepta y hasta promueve entre las organizaciones intermedias un cierto tipo de sindicato afín, “participativo” y “propositivo”, que se haga cargo de promover el aumento de la productividad y la asunción por parte de los trabajadores del interés de la empresa (del capital). Con lo cual, frente al neoliberalismo ortodoxo que repudia al sindicalismo, el posneoliberalismo aparece como progresista,”^{xxxiv}

lo cuál pone en tela de juicio a ésta participación social en la dirección del sistema, como herramienta para la defensa del derecho a la salud de las personas,

elemento visto como clave en la Revolución Artiguista. El Sistema Nacional Integrado de Salud, es el fruto de luchas históricas de las sociedades, es el resultado dialéctico de las contradicciones propias de las sociedades, como plantea Villar H. (2012) los sistemas sanitarios son los instrumentos idóneos para llevar adelante transformaciones profundas en la situación de salud de las poblaciones, planteándolos como herramientas necesarias para que éstos desarrollos no sean espontáneos y gane el camino del desarrollo administrado científicamente.

La pregunta es ¿hasta dónde permitirán que el sistema se desarrolle sin que las corporaciones vean afectados sus intereses? ¿Cuál será el punto de inflexión entre lo declarativo del SNIS y lo pragmático y urgente de la realidad sanitaria nacional? Cualquiera sea la respuesta a ésta u otras interrogantes queda claro que el desafío es no perder ésta oportunidad, la cuestión es si entendiendo el designio de los sistemas de salud, podremos asumir una postura profesional que realmente apunte al cambio del modelo de atención.

Referencias bibliográficas

- Facultad de Enfermería – Universidad de la República. Plan de Estudios. Marco Conceptual. Concepto de Hombre. [Internet]. Disponible en: <http://fenf.edu.uy/index.php/depto-educacion/99-el-plan> [consulta: 15 de setiembre de 2014]
- i “Momento histórico Originario: el de su surgimiento en tanto que cazadores y recolectores pedestres”. Pi Hugarte 1998.
- iii “Deculturación es la decadencia y pérdida de innumerables pautas culturales opacadas por la cultura dominante impuesta por los europeos”. Pi Hugarte. 1998.
- iv “Gualichu era el señor de las desgracias, el supremo espíritu de la destrucción.” Vidart. 1989.
- v Dumoutier P-M A. Francia (1797 – 1871) Discípulo de Franz Joseph Gall (1758 – 1828), fundador de la Frenología, creían que las funciones intelectuales del hombre, su carácter y sus instintos, tienen su sede en regiones específicas del cerebro, sus estudios los realizaban a través de la arquitectura del cerebro, mediante la palpación de protuberancias o depresiones craneales para determinar la naturaleza de la materia. Museo Natural de Historia del Arte. Francia. Disponible en: <http://www.mnhn.fr/fr/collections/ensembles-collections/anthropologie/moulages-anthropologiques> [consulta: 3 Abr 2015]
- vi Asenjo DA. Nuevos datos sobre el destino de Tacuavé y la hija de Guyunusa. UNESCO. Anuario 2007 [Pág. 54] [Internet]. Disponible en: http://www.unesco.org/uy/shs/fileadmin/templates/hs/archivos/anuario2007/articulo_04.pdf [Consulta: 3 Abr 2015].
- vii Portillo J. Historia de la medicina Estatal en Uruguay (1724 – 1930). Revista Médica del Uruguay Vol. 11 N°1. [Pág. 9]. [Internet] 1995. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/1995v1/art2.pdf> [consulta: 15 de setiembre de 2014]
- viii Portillo J. Historia de la medicina Estatal en Uruguay (1724 – 1930). Revista Médica del Uruguay Vol. 11 N°1. [Pág. 8] [Internet] 1995. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/1995v1/art2.pdf> [consulta: 15 de setiembre de 2014]
- ix Soca F. Discurso sobre vacunación obligatoria. Selección de Discursos. Colección de Clásicos Uruguayos, Volúmen 144, Tomo III. Biblioteca Artigas. Montevideo. 1972 [Pág. 96].
- x Portillo, J. Historia de la medicina Estatal en Uruguay (1724 – 1930). Revista Médica del Uruguay Vol. 11 N°1. [Pág. 11]. [Internet] 1995. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/1995v1/art2.pdf> [consulta: 15 de setiembre de 2014]
- xi Villar H; Nowinski A. Teoría y política en salud. En: Villar H. Gestión de Servicios de Salud. Montevideo: Zona Editorial. 2012. [Pág. 19]
- xii Barrán JP. Apogeo del Uruguay pastoril y caudillesco 1839 – 1875. Cap. I La Guerra Grande. 1839 – 1852. Montevideo. Ed. Banda Oriental. 1998 [Pág. 5]
- xiii Nota del autor.
- xiv Ibid. Barrán JP. [Pág. 10]
- xv García JC. La medicina estatal en América Latina. (1880 – 1930). Revista Latinoamericana de Salud. [Pág. 4]. México. [Internet]. 1981. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/regionsanitaria6/files/2012/05/MedicinaSanitaria8.pdf> [consulta: 10 de julio de 2014]
- xvi Barrán JP. El nacimiento del Uruguay Moderno en la segunda mitad del Siglo XIX. Tomado de <http://www.rau.edu.uy/uruguay/historia/Uy.hist3.htm>, versión de: Setiembre de 1995
- xvii Acosta L. La mediación del “Higienismo” en la génesis del Servicio Social en el Uruguay. Documento. [Pág. 5]. [Internet]. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000045.pdf> [consulta: 12 de julio de 2014]
- xviii Filgueira F; Garcé A; Ramos C; Yaffé J. El Uruguay del siglo XX – Tomo II – La política. Cap. Los dos ciclos del Estado uruguayo en el siglo XX [Pág. 177]. [Internet]. Disponible en: http://www.onsc.gub.uy/onsc1/images/stories/Enap/Material/PDM2/PDM2_ciclos.pdf [consulta: 15 de mayo de 2014]
- xix “El término *Estado de Providencia* se forjó bajo el Segundo Imperio Francés por los republicanos que criticaban la filosofía demasiado individualista de ciertas leyes (como la ley Le Chapelier que prohibía los sindicatos), y preconizaban un “Estado Social”; se preocupaban del interés de cada ciudadano y del interés general. La expresión habría sido empleada por primera vez por el diputado Emile Olliver en 1864, para despreciar la capacidad del Estado de llevar a cabo un sistema de solidaridad nacional más eficaz que las estructuras de solidaridad tradicionales, como las corporaciones prohibidas por la citada ley. Es hacia 1870 cuando el término alemán *Wohlfahrtsstaat* fue utilizado por los “socialistas de cátedra” (universitarios) para describir un sistema que

- anuncia las políticas bismarckianas en materia social. La noción actual de Estado de providencia corresponde al término inglés de *welfare state* (literalmente: “Estado de bienestar”), forjado en los años 1940, coincidiendo con la emergencia de las políticas keynesianas de posguerra. Esta última expresión habría sido creada por William Temple entonces Arzobispo de Canterbury, como contraposición al *warfare state* (“Estado de guerra”) de la Alemania Nazi.” Huerta Lara MR. Veracruz 2008.
- xx Rosental MM; Ludin PF. Diccionario de Filosofía. Estado de Prosperidad General. Madrid. Ed. Akal. 1975 [Pág. 153].
- xxi Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública. N° 9202 del 12 de enero de 1934. [Internet]. Disponible en: <http://msp.gub.uy/normas/19202.html> [consulta: 3 de Abr 2015]
- xxii Organización de Estados Americanos. Acta Final. Tercera Reunión de Consulta de los Ministros de Relaciones Exteriores de las Repúblicas Americanas. Cap. XXX Mejoramiento de la Salud y Salubridad Pública. [Pág. 48]. [Internet]. Disponible en: <http://www.oas.org/consejo/sp/rc/Actas/Acta%203.pdf> [consulta: 15 de octubre 2014]
- xxiii Anderson P. Democracia y dictadura en América Latina en la década del '70. [Pág. 8]. [Internet]. Disponible en: <http://politicalatinoamericana.sociales.uba.ar/files/2011/05/anderson.pdf> [consulta: 15 de octubre de 2014]
- xxiv Harnecker M. Haciendo posible lo imposible. La izquierda en el umbral del siglo XXI. Mexico. Ed. Siglo XXI. 1999. [Pág. 65].
- xxv Stolckiner A. Tiempos “Posmodernos”: ajuste y salud mental. En: Saidon O; Troianovsky P. Políticas en salud Mental. Editorial Lugar Bs. As. Argentina 1994. [Pág. 2]
- xxvi Fascioli L. Enfermería hoy: entre creación y alienación. Rev. Uruguay de Enfermería N°12. 2013 [Pág. 51]. [Internet] Disponible en: http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num12/12_art_03_fascioli.pdf [consulta: 6 Abr 2015]
- xxvii Castro F. Discurso pronunciado con motivo del Día Internacional de los Trabajadores, en la Plaza de la Revolución, 1° de mayo del 2001. [Internet]. Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/2001/esp/f010501e.html> [consulta: 16 de octubre de 2014]
- xxviii Rojas Ochoa F. Salud Pública. Medicina Social. Parte III. Cap. III, El desarrollo de la economía global y su impacto sobre las políticas de salud. Ed. Ciencias Médicas. La Habana. 2009 [Pág. 201]
- xxix Stolowicz B. El “posneoliberalismo” y la reconfiguración del capitalismo en América Latina (2011). Rev. de ensayos. Prohibido Pensar. Capitalismos de izquierda. Año I. N°2. Ed. HUM. Montevideo. 2014 [Pág. 14]
- xxx Nota del autor.
- xxxi Ibid. [Pág. 18 - 19]
- xxxi “La reestructuración de la sociedad se complementa y legitima mediante la gestación de un microcorporativismo conservador de múltiples funciones: a) mantiene dispersos a los sujetos populares de la pugna distributiva, no cuestiona la distribución de la riqueza, pero permite gestionar limitados recursos para la sobrevivencia o para la convivencia; b) invisibiliza la desigualdad bajo la imagen de la diversidad pluralista, arropada, entre otros, por el mandato del multiculturalismo; c) no incide en las decisiones del sistema político ni del Estado pero es percibido como “participación” y “empoderamiento”. Es el instrumento para una cohesión social (“capital social”) que parecía imposible. Stolowicz B. 2014.
- xxxiii Ibid. [Pág. 19]
- xxxiv Ibid [Pág. 17]

Bibliografía

- Carnota Lauzán O. Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud. La Habana: Ed. Orlando Carnota Lauzán; 2004:18
- Villar H, Ferreira C. Descentralización en salud: sistemas departamentales de atención. Hacia un Sistema Nacional de Salud. Marco conceptual, objetivos, requisitos y componentes. Montevideo: Tradinco; 2005.
- Benia W. Participación y cambio del modelo en salud. En: Transformación, Estado y Democracia (Uruguay) [Internet] 2008; 3(37):22-8. Disponible en: <http://www.onsc.gub.uy/onsc1/images/stories/Publicaciones/RevistaONSC/r37/37-2.pdf> [consulta: 12 oct 2014].
- Björkman JW. Reformas de saúde em perspectiva comparada - uma questão sem fim ou uma busca improvável. Cien Saude Colet [Internet] 2009; 14(3):763-70. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/12.pdf> [consulta: 12 jul 2014].
- Uruguay Social. Consejo Nacional de Políticas Sociales. Balance y Perspectivas 2005 - 2009.[Internet]. Montevideo: Uruguay Social; 2009. Disponible en: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/10294/1/balancedcnps_uruguay2009.pdf [consulta: 10 jul 2014].
- Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Ed. Prontográfica. Montevideo [Internet]. 2011. Disponible en: http://new.paho.org/uru/index.php?option=com_content&task=view&id=475&Itemid=230 [consulta: 15 de agosto de 2014].
- Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). [Internet]. Washington: OPS; 2007. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf [consulta 12 set 2014].
- Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación en las Américas. [Internet]. Washington: OPS; 2010. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas; 4). Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/049651.pdf> [consulta: 16 set 2014].
- Administración de los Servicios de Salud del Estado. [Internet] Ley 18.161 de 29 de julio de 2007. Uruguay. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18161&Anchor=> [consulta: 16 oct 2014].
- Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet] Ley 18.211 de 5 de diciembre de 2007. Uruguay. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211> [consulta: 20 set 2014].
- Sollazzo A., Berterretche R. El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011, vol.16, n.6, pp. 2829-2840. ISSN 1413-8123. Acceso octubre 2012. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/21.pdf> [consulta: 12 de junio de 2014].
- Sindicato Médico del Uruguay. La creación del Ministerio y el surgimiento del CASMU (1920-1935). [Internet]. Disponible en: HYPERLINK "http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/turenne/11a.htm" \l