

La salud en Uruguay: avances y desafíos por el derecho a la salud a tres años del primer gobierno progresista

Fernando Borgia^a

No adivinen nada, no pregunten nada. Vamos a seguir haciendo lo que estamos haciendo. Vamos a desarrollar el Programa, vamos a desarrollar la idea de esta fuerza política. Ese es el compromiso

Dr. Tabaré Vázquez¹
Paso de los Toros – Tacuarembó
10 de marzo de 2008

Resumen

En un análisis desde la medicina social se intenta mostrar cómo se articulan las estrategias del programa del gobierno del Frente Amplio -hacia un Uruguay: social, productivo, democrático, innovador, integrado y cultural- con el reconocimiento de la salud como derecho y como bien público, así como el proceso de la reforma sanitaria.

Así, la reforma en curso se ubica en el centro de las transformaciones sociales, económicas y políticas, pero también ético-morales y de justicia social. Es una propuesta de cambio de fondo, que implica tres cambios complementarios y progresivos: cambio de modelo de atención,

cambio de modelo de gestión y cambio de modelo de financiamiento. La reforma crea un Sistema Nacional Integrado de Salud (mixto público-privado), un Fondo Nacional de Salud (con financiamiento progresivo) y un Seguro Nacional de Salud (universal e integral). El proceso es reciente e incipiente, trascendente, democrático y participativo.

Palabras clave: medicina social, derecho a la salud, derechos humanos, reforma, Sistema Nacional Integrado de Salud.

Introducción

Este artículo debe ser leído como una aproximación a la descripción y al análisis de un proceso complejo e inconcluso de cambios en la salud en Uruguay. Por esto, es que hoy, hablar de “la reforma de la salud”, en este pequeño e irreverente país del sur, requiere que nos refiramos a la utopía o, en términos del Presidente de la República, Dr. Tabaré Vázquez, a “*la utopía concreta*”.

Pero necesariamente, como se ha sostenido históricamente por los fundadores de la medicina social latinoamericana, todo intento de análisis sectorial que no integre adecuadamente el contexto histórico y el modelo de desarrollo será, cuando menos, insuficiente, y posiblemente nos conduzca hacia conclusiones erróneas.

Si la tarea de un análisis sectorial es compleja y no ajena a la polémica, la descripción del contexto histórico, el modelo de desarrollo y un análisis

^a Sociólogo y Magíster en Sociología (UDELAR), candidato a Doctor en Ciencias Sociales (UBA); Coordinador de ALAMES, Región Cono Sur. Correo-e: fernando.borgia@gmail.com

Recibido: 15 de marzo del 2008

Aprobado: 10 de abril del 2008

¹<http://www.presidencia.gub.uy/web/noticias/2008/03/100308/nota/007.htm>

intersectorial, serán inevitablemente polémicos. No es que sea nuestra intención la de polemizar, sino que la polémica está instalada en la sociedad, entre el gobierno y los partidos políticos de oposición e, incluso, entre los partidos o tendencias políticas que integran la coalición de gobierno nacional.

El contexto histórico

El propósito de este artículo es dar cuenta del inicio de un cambio. De un cambio político intencional en la concepción de país, de sociedad y del “hombre”, que fuera respaldado por más del 50% de la ciudadanía. Luego de 174 años de vida independiente, en la que gobernó el Partido Colorado, con dos breves períodos del Partido Nacional, **llega el Encuentro Progresista-Frente Amplio-Nueva Mayoría (hoy Frente Amplio) al gobierno nacional.** Desde el 1° de marzo de 2005, hay un gobierno encabezado por un médico socialista y que fuera el presidente de la coalición política de partidos de izquierda y centro/izquierda. El triunfo electoral es el resultado de un proceso de 33 años de acumulación política², de los cuales 13 fueron en la clandestinidad, la proscripción, la persecución, la cárcel, la tortura y la desaparición forzosa³, bajo una dictadura cívico-militar ilegítima que entre sus políticas estratégicas practicó el “terrorismo de estado” en coordinación con los países de la región y EEUU en el denominado “Plan Cóndor”.⁴

El país que recibió el gobierno del Frente Amplio podría caracterizarse así: con deuda externa, deuda social, desmantelamiento productivo e indulto a los violadores de derechos humanos.

² *Medio Siglo de Historia 1945-2004. Uruguay y el Mundo*
<http://www.anep.edu.uy/historia/index.html>

³ Edición completa de la Investigación “*Detenidos Desaparecidos*” Cinco tomos, elaborada en cumplimiento del artículo 4 de la ley 15.848.

<http://www.presidencia.gub.uy/web/noticias/2007/06/2007060509.htm>

⁴ McGehee, Ralph W. *Engaños mortales: Mis veinticinco años en la CIA, donde detalla la participación de EEUU a través de la CIA en la preparación de las dictaduras latinoamericanas y en la represión*

[http://latinos.netfirms.com/Paginas/articulos/articulos\(4\).htm#Plan%20Condor](http://latinos.netfirms.com/Paginas/articulos/articulos(4).htm#Plan%20Condor)

De diciembre del año 2000 a diciembre del 2002, la deuda pública uruguaya pasó de USD 9.100 millones a USD 11.400 millones, que representaba el 120% del Producto Bruto Interno (PBI)⁵. Al año 2004, la deuda, en los 25 años previos al gobierno del Frente Amplio, creció un 711% (el PIB un 42%), de USD 1.266 millones que representaban el 16% del PBI a USD 19.979 millones al inicio del período que representan el 147,5% del PBI⁶.

Los sectores pobres de la población fueron los más afectados por la gestión de gobierno 2000-2004, pero también las capas medias sufrieron masivamente las consecuencias. Las expresiones sociales de la crisis se evidencian afectando de manera diversa las posibilidades laborales, alimentarias, de vestimenta, vivienda, salud, etc. La pobreza extrema (indigencia) creció del año 2001 en 2,03% a 5,99% en 2004, llegando a 7,26% en Montevideo,⁷ la pobreza creció de un 27,01% a un 40,96% a nivel nacional y a 41,54% en Montevideo.⁸

La década de los años 80s finaliza con pérdidas de salario real, que se agudizan durante la década de los años 90s (que se inició con un pérdida salarial del 21,16%). Entre los años 2000 y 2004 se perdió en promedio el 27,1% del valor del salario, produciéndose más del 90% de dicha pérdida en el año 2002.

El desempleo alcanzó el 19,2% para el trimestre septiembre/noviembre del año 2002 y un 13,1% de promedio en el año 2004. La agudización de las medidas antisindicales debilitó las posibilidades de los trabajadores de obtener mejores condiciones laborales para aquéllos que todavía conservaban su empleo (los sindicatos fuertes eran de trabajadores estatales). Finalmente, se genera una importante desmovilización social.⁹

⁵ Bertino, M. & Bertoni, R. *Más de un Siglo de Deuda Pública Uruguaya (1870-2000)*. Instituto de Economía - Serie Documentos de Trabajo DT 4/06. Diciembre, 2006

⁶ Cultelli, G. “*La Deuda Pública en Uruguay*” – CADESYC, Montevideo, abril de 2005.

⁷ Instituto Nacional de Estadísticas (INE), *Evolución de la Pobreza en Uruguay 2001-2006*.

⁸ INE (2001-2006).

⁹ Borgia, F. El Caso Uruguayo: Reporte de un Derecho tan “Sobrentendido” como Esquivo, en *Derecho a la Salud. Situación en los Países de América Latina* – PIDHDD-ALAMES, 2005.

El Sistema Público de Educación sufre un deterioro progresivo como la falta de recursos, el empobrecimiento de la calidad, deserción, repetición, que afectan al conjunto del sistema pero, sobre todo, a los sectores de la población menos favorecidos económica y socialmente. La educación no logra revertir las brechas generadas por los efectos de la pobreza y la marginalidad en los niños y jóvenes.

Se evidencia una fuerte polarización social, segmentación y segregación espacial/urbana, mediante un crecimiento explosivo de las personas viviendo en tierras urbanas ocupadas (asentamientos irregulares).

El Sistema de Salud tuvo su peor crisis entre los años 2000 y 2004, como consecuencia de la recesión (iniciada en 1999) y la crisis del 2002, que implicaron la desafiliación masiva de las instituciones de asistencia médica colectiva (en el período 1999-2003, entre 180.000¹⁰ y 219.784¹¹ personas). Esas personas quedaron sin cobertura de salud paga, debiendo recurrir a los servicios del Estado. Pero el gobierno, en aplicación de su política de recortes del gasto público, ya tenía desabastecidos a los hospitales y a otros centros asistenciales públicos, por lo que carecía de capacidad efectiva de cobertura sanitaria.

El desmantelamiento productivo está asociado a un modelo de excesiva apertura comercial y financiera, que se ha procesado en Uruguay desde la década de los años 70s y que se ha acentuado notablemente en los años 90s, que se plasmó en el modelo de plaza financiera, que introdujo un fuerte componente especulativo y la prioridad de los equilibrios financieros, en desmedro de los productivos. Sin condiciones y sin preparación previa, se obligó al país a competir con el exterior, en franca desventaja. Se facilitó el desmantelamiento del aparato productivo y de las

¹⁰ Fernández, J & otros. *Evaluación de la Reforma de Salud en Uruguay: Equidad y Redefinición del Welfare State*. CIESU, Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur. *Cuadernos de Salud Pública* V. 18 – FIOCRUZ, Río de Janeiro, 2004.

¹¹ Olesker, D., & otros. *Los Trabajadores de la Salud Frente a la Crisis del Sector Mutual (1999-2003)*. Federación Uruguaya de la Salud – Instituto Cuesta Duarte, Montevideo, 2004.

empresas estatales y se hipotecó el mercado interno. Los recursos financieros del exterior no se destinaron a inversiones productivas, que hubieran mejorado la situación competitiva del país; por el contrario, se dedicaron a financiar el costo en divisas resultante del consumo de bienes importados, a cubrir los déficits emergentes de la falta de competitividad y a constituir reservas que no aportaron a la producción y que cuando se precipitó la crisis, resultaron efímeras.

El indulto a los violadores de derechos humanos

En 1986, el Parlamento Nacional aprobó la “Ley de la Caducidad de la Pretensión Punitiva del Estado”. Dicha ley establece en su artículo primero que:

... ha caducado el ejercicio de la pretensión punitiva del Estado respecto de los delitos cometidos hasta el 1° de marzo de 1985 por funcionarios militares y policiales, equiparados y asimilados por móviles políticos o en ocasión del cumplimiento de sus funciones y en ocasión de acciones ordenadas por los mandos que actuaron durante el período de facto.

Por ésta vía, se pretendió evitar la judicialización de las violaciones a los derechos humanos. Además, para “mayor tranquilidad de los implicados”, se establece que el juez sólo podrá actuar si el Poder Ejecutivo lo autoriza expresamente o si no se expidiera en el plazo de 30 días. Quedando en manos del Poder Ejecutivo (no de la justicia) determinar los casos amparados por el alcance del artículo primero de la ley y, al mismo tiempo, la realización de las indagaciones que fueren necesarias para el esclarecimiento de los hechos denunciados ante la justicia. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos señaló en su Informe 29/92 (hace ya 16 años) que dicha ley viola el artículo XVIII (Derecho a la Justicia) de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y los artículos 1,

8 y 25 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos, firmados por Uruguay.¹²

El programa de gobierno¹³

En los lineamientos programáticos para el gobierno del Frente Amplio (2005-2010)^{14, 15} se definen ejes de trabajo que luego darán lugar a un programa de gobierno¹⁶ que articula estrategias complementarias entre sí y que deben impulsarse de manera integral. Por ello, es una estrategia de cambio y no de parches:

*El Uruguay social, porque la mayor riqueza de un país es su propia gente y porque la situación en este sentido compromete cualquier proyecto nacional. (...) un gobierno progresista que no atienda y revierta de manera radical la actual realidad social del país tal vez pueda ser gobierno, pero no será progresista. Y nosotros estamos comprometidos con un gobierno progresista.*¹⁷

La política social del gobierno progresista, implementada a través del Estado, democráticamente articulado con toda la Sociedad y comprometido a garantizar la cobertura de las necesidades básicas para toda la población y a la creación de condiciones que permitan el pleno desarrollo de la persona humana, se basa en las siguientes orientaciones principales: justicia social, mejor calidad de vida, trabajo digno, equidad e inclusión, distribución solidaria, integralidad, participación y descentralización, salud para todos, educación para el desarrollo y la

¹² IELSUR, *Incumplimiento del Informe 29/92, en Derechos Humanos en el Uruguay – Informe 2005*, SERPAJ, Montevideo, 2005.

¹³ Lo consignado de aquí en adelante debe ser considerado como un punteo rápido, incompleto y parcial de las principales ideas incluidas en dicho programa y de cada una de las partes que lo componen.

¹⁴ Frente Amplio, *Grandes Lineamientos Programáticos para el Gobierno 2005-2010*, diciembre de 2003.

¹⁵ Frente Amplio, *Respaldo de grandes lineamientos programáticos para el gobierno 2005-2010*, abril de 2004.

¹⁶ Vázquez, T., *La Transición Responsable -recopilación de las propuestas, proyectos e ideas para el gobierno progresista*, Encuentro Progresista – Frente Amplio – Nueva Mayoría, julio/octubre de 2004.

¹⁷ Vázquez, T. (2004).

cultura ciudadana, seguridad social integral y vivienda popular.

*El Uruguay productivo, porque para emprender la senda de un desarrollo sostenible Uruguay necesita reorganizar su economía, mejorar su Estado, establecer reglas de juego claras entre éste y el mercado, recalificar el valor del trabajo, generar empleo, producir, competir y vender”.*¹⁸

Es objetivo prioritario del Frente Amplio es poner la economía al servicio del ser humano, dejando atrás aquella concepción economicista que concibe a las personas como meros agentes económicos, con olvido de su dimensión integral y trascendente. Será necesaria una organización de la economía que atienda simultáneamente el crecimiento de la producción, la redistribución del ingreso y la estabilidad en las relaciones económicas y sociales.

El proyecto progresista se centra en el trabajo nacional; promueve la integración productiva; desarrolla niveles de producción adecuados a las necesidades del país y de su gente; agrega el máximo valor posible a la producción nacional; genera producción competitiva; promueve desarrollo autónomo; tiene un crecimiento sostenible; logra una producción sustentable; avanza hacia un país productivo y solidario, con distribución de la riqueza, mecanismos de inclusión y participación social; otorga un rol activo y orientador del Estado; procesa una profunda reforma en el sistema financiero; procesa una profunda reforma en el sistema tributario; es conciente de que para un país productivo hará falta un MERCOSUR productivo; busca solucionar el problema de la carga de la deuda externa, sin allanarse ante imposiciones o condicionamientos de los organismos internacionales; desarrolla políticas en ciencia y tecnología e innovación.

El Uruguay innovador, como fórmula para hacer crecer la economía, promover tecnología y estimular la capacidad de emprendedora de nuestra gente (...)

¹⁸ Vázquez, T. (2004).

*proponiendo que el Uruguay sea un auténtico "Polo Tecnológico" del MERCOSUR.*¹⁹

Desde la óptica progresista, la innovación debe crear empleo decente y calificado, debe ayudar a que nuestro trabajo rinda más, a que nuestras empresas sean más competitivas y a que la economía sea más productiva. La innovación no es el único ingrediente del desarrollo productivo sostenible; pero es un factor insoslayable del mismo. No hay desarrollo sin innovación, son derechos, responsabilidades y capacidades que el Uruguay puede y debe emprender.

Pero siendo un sistema que involucra a actores tan diversos, la innovación ha de impulsarse con convicción y gestionarse con perspectiva estratégica y con el objetivo de construir un Sistema Nacional de Innovación.

Se promueve y compromete a impulsar desde el gobierno un conjunto de iniciativas agrupables en cuatro grandes áreas, a saber: un diseño institucional favorable a la innovación; un Plan Estratégico de Innovación, sustentado en la creación de conocimiento tecnológico y científico pertinente a nuestra realidad productiva; el impulso a la enseñanza en todos sus niveles y a la investigación científica y tecnológica, así como el estímulo a la vinculación estrecha de los ámbitos en los que la investigación se realiza con las demandas de la sociedad en general y del sector productivo en particular; el fomento a la inversión empresarial dirigida a la innovación, como también a la creación y desarrollo de PYMES (Pequeñas y Medianas Empresas) que apuesten a la producción innovadora.

El gobierno progresista fortalecerá los recursos públicos asignados a ciencia, tecnología e innovación, a mediano plazo se propone como meta alcanzar el 1% del PBI nacional en investigación y desarrollo.

El Uruguay democrático: *La Democratización de la Sociedad y el Estado, porque nosotros creemos en la sociedad. No ignoramos su complejidad ni sus conflictos, pero no los dramatizamos*

*sino que apuntamos a gestionarlos para articular un futuro común de la sociedad uruguaya. (...) son una cuestión de convicción y voluntad política el reconocimiento al otro, el diálogo y la articulación entre todos para el bien común. Esta convicción y voluntad política marca claras y profundas diferencias con una forma de gobierno ya agotada y que, por cierto, no es la nuestra...*²⁰

El impulso democratizador que promueve la fuerza política, tendrá como caracterización esencial un rescate claro y expreso de la solidaridad y una nueva ética desde principios progresistas, orientada a la superación de todos aquellos valores derivados de la sociedad de consumo y la globalización.

En esta etapa, el Estado deberá asumir el liderazgo del desarrollo nacional, a la vez, contribuirá a resolver las cada vez más grandes desigualdades sociales existentes en el país y tendrá una presencia activa y directa en las áreas estratégicas de la economía, desarrollando firmemente su función de articulación y su rol regulador.

Se estimulará la democratización de los medios de comunicación y de la información, tanto públicos como privados, su utilización al servicio de la comunidad, la divulgación artística, deportiva, científica y técnica, la promoción de los valores nacionales y la expresión de los diversos sectores sociales y políticos del país.

La justicia es un principio fundamental y es deber de todo gobierno democrático el garantizar su vigencia y los caminos para su aplicación.

A diferencia de gobiernos anteriores, el gobierno progresista deberá agotar los medios para el pleno cumplimiento de lo establecido en el artículo 4° de la Ley de Impunidad, que obliga al esclarecimiento de las desapariciones. Comprometido con la verdad y la justicia en relación con los crímenes de lesa humanidad cometidos antes y durante la dictadura, hará todos los esfuerzos que estén a su alcance para lograr el

¹⁹ Vázquez, T. (2004).

²⁰ Vázquez, T. (2004).

cumplimiento de dichos principios, en cumplimiento de la Constitución y la Ley. El gobierno progresista reafirma la posición clara de que las normas de tratado internacionales sobre derechos humanos tienen igual valor que las leyes nacionales. Al respecto se promoverá la adecuación de la legislación interna a los tratados internacionales ratificados por el país. Mientras esto no se haya producido, debe quedar claro que no se obstaculizará de ninguna forma la acción del poder judicial, como han hecho los últimos gobiernos de los partidos tradicionales, sino que, por el contrario, se asegurarán todas sus potestades constitucionales.

El terrorismo de Estado fue condenado enfáticamente por las fuerzas democráticas y progresistas y este principio encarnará la política nacional e internacional del nuevo gobierno. Se asume el rescate de la memoria histórica de las luchas populares y sus protagonistas como parte esencial de la identidad del pueblo, de su pasado, su presente y su futuro.

La vigencia y consolidación del sistema político e institucional de la democracia uruguaya es un elemento sustancial para el proyecto progresista. En él deben confluír simultáneamente la libertad, la justicia y la participación efectiva de la población. En ese sentido, es necesario plantear que la transformación del Estado deberá ser parte del proceso de avance hacia una democracia auténtica, con mejoras radicales en la transparencia y permeabilidad de las decisiones, la construcción de herramientas estatales destinadas a reforzar el control horizontal y la participación ciudadana amplia y genuina en las decisiones y el control de lo que se hace.

Esta participación de la ciudadanía será una garantía más de la transparencia de la gestión administrativa, en la que se compromete el combate frontal de la corrupción en todas sus formas y la adecuación de la legislación en lo relativo a las conductas corruptas y los delitos económicos. Al mismo tiempo, resulta necesario promover un mayor equilibrio entre los tres poderes del Estado, en particular atendiendo la situación del Poder Judicial, cuya efectiva autonomía económica debe ser asegurada. Asimismo, se garantizará la independencia técnica

y la dotación de recursos humanos y materiales adecuados para la labor de este poder y del Tribunal de lo Contencioso Administrativo, la Corte Electoral y el Tribunal de Cuentas.

Se harán transformaciones en los ministerios para hacerlos más ágiles y eficaces en la atención de las necesidades y demandas sociales. Teniendo especial atención en la relación con los Gobiernos Departamentales, que se han mostrado como uno de los instrumentos de gestión más directamente vinculados con la realidad cotidiana. Por ello, se favorecerá la coordinación, complementación y ejecución de programas y proyectos en forma compartida.

Se promoverá la descentralización en el plano político y administrativo, con el objeto de estimular la participación ciudadana en todas las etapas de la gestión pública, tanto en las ciudades como en las localidades y zonas rurales. Esta participación comprende la iniciativa, la puesta en práctica de las políticas a ejecutar y el contralor de la acción estatal en todos sus niveles. Se quiere un ciudadano protagonista y responsable de la gestión de este Estado que se propugna.

Democratizar el Estado es devolver al Parlamento su carácter de foro crítico. Es necesario redefinir la democracia uruguaya como realización del paradigma representativo y de la participación popular.

El Uruguay integrado a la región y al mundo. *Tampoco ignoramos las complejidades de los procesos de integración, pero asumimos la integración regional como una verdadera estrategia de país. Porque un país con su propia estrategia de desarrollo está en condiciones para una participación activa y creadora en el MERCOSUR y a partir de allí a nivel internacional.*²¹

El gobierno progresista desarrollará una política exterior independiente, de defensa de la soberanía e intereses nacionales, favorable a la paz, a la autodeterminación de los pueblos, a la vigencia de los derechos humanos, a la distensión internacional, a la preservación del medio

²¹ Vázquez, T. (2004).

ambiente y sus normativas, y a las relaciones entre Estados y pueblos regidas por el derecho internacional.

Se basará en los principios de respeto de la integridad territorial y de la soberanía; la no-agresión; la no-intervención y no-injerencia en los asuntos internos de los países por ningún motivo de carácter económico, político o ideológico; igualdad y conveniencia mutua.

Se trabajará en la reforma y el fortalecimiento de la Organización de las Naciones Unidas y en la nueva estructura de su Consejo de Seguridad, impulsando todas las acciones que impliquen la democratización de los organismos multilaterales y la obligación de respetar y cumplir las resoluciones de la Asamblea General y del Tribunal Penal Internacional.

Es hora de reivindicar la iniciativa y el protagonismo de los países del Sur, los cuales, en la medida que expresen los intereses de sus pueblos, tendrán más posibilidades de transitar por los caminos de solidaridad y cooperación internacionales y lograr que las inversiones productivas, el intercambio comercial o el científico-tecnológico avancen de acuerdo con los intereses nacionales y regionales de esos pueblos. La integración de los pueblos de América Latina es un objetivo histórico cardinal, que hoy se hace imprescindible para el desarrollo del país y los pueblos latinoamericanos. En este sentido, el Frente Amplio, a la vez que asume el reclamo para su gobierno nacional y compromete su emprendimiento de buscar los necesarios acuerdos dentro del MERCOSUR, para exigir como bloque regional el levantamiento inmediato y total del inhumano bloqueo al que se encuentra sometido el pueblo y el gobierno cubano.

El mundo descansa sobre un orden internacional injusto. La extrema concentración de la riqueza en un pequeño grupo de naciones poderosas y la difusión de la pobreza al resto del planeta. El gobierno progresista inscribirá en su política internacional la lucha contra este orden expoliador e injusto que conspira contra los más elementales derechos del ser humano, procurando la construcción de un orden internacional más justo.

El Uruguay cultural, “*porque la cultura es el espacio imprescindible de dignidad, crecimiento, integración y convivencia en la sociedad humana. Cultura es la construcción colectiva de la identidad de un pueblo, la articulación conjunta de sus valores primordiales. Cultura es, también, uno de los cauces más sólidos para la proyección internacional de una nación. Por eso no hay estrategia de país sin políticas culturales con sentido de nación*”²².

Y si en materia social y productiva el Uruguay actual está en situación de emergencia, en materia cultural está en peligro. Se vive un tiempo de revolución científica y tecnológica que a diferencia de anteriores transformaciones, no tiene todavía un correlato en el campo de las ideas.

Sin perjuicio del imprescindible debate de ideas sobre la cultura como servicio público, se propone profundizar la democracia cultural. Es imposible el pleno ejercicio de la ciudadanía si la gente, como realizadora o destinataria, no tiene igualdad de oportunidades en el acceso a la cultura. También en materia cultural hay que erradicar el centralismo, superar el elitismo y generar ciudadanía. Asimismo, hay que respetar y promover la diversidad cultural, porque la diversidad cultural es un factor de inclusión social, de identidad de la nación, de construcción conciente de la soberanía, y factor de proyección más allá de las fronteras. Se debe gestionar la “multiculturalidad” en clave de integración regional e inserción planetaria. Sólo se conformará una identidad regional, coexistente con las actuales –y maltrechas– identidades nacionales, si nuestros pueblos comienzan a reconocerse como partes diversas de una única y dinámica unidad, que compartieron en el pasado, que los vincula en el presente y que los proyecta a un futuro que les será más venturoso, cuanto mejor sepan compartirlo.

El Estado tiene insoslayables deberes culturales, como promotor, como articulador, como regulador o como actor. Se piensa que es indispensable, sustancial, fomentar el diálogo de la creación y de

²² Vázquez. T. (2004).

la interpretación artística con el desenvolvimiento de la educación, de las ciencias y de las comunicaciones, tanto a nivel nacional como regional.

Avances y desafíos por el derecho a la salud

... un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído (...) no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las de las obligaciones básicas enunciadas (...) que son inderogables.

Observación General No 14
Naciones Unidas, 2000²³.

La jurisprudencia internacional se ocupa de proteger el derecho a la salud mediante convenciones, pactos y tratados, que se refieren al conjunto de los derechos fundamentales. Específicamente, el derecho al grado máximo de salud posible fue consagrado por primera vez en la Constitución de la OMS (1946) y reafirmado en la histórica Declaración de Alma-Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998.

Sin embargo, las miradas o concepciones sobre la salud o sobre el derecho a la salud, han estado, en términos “reales”, “poco” vinculadas al marco jurídico internacional. De manera esquemática, si fuéramos a caracterizar el pensamiento en materia de derecho a la salud, entre el pasado reciente, el presente y el futuro inmediato (en Uruguay), podríamos arriesgarnos a establecer la existencia de cuatro momentos diferentes: una primera etapa, a la salida de la dictadura, de un Estado benefactor con algunas reminiscencias batllistas, por lo que, “*el Estado hace porque es bueno, no porque deba hacer*” (1985 –1990); una segunda etapa de agudización del modelo neoliberal (1990 –1995) en la que el gobierno entendía que “*el Estado no hace porque no debe hacer*”; una tercera etapa de balance entre la primera y la segunda, es decir “*lo que el Estado no hace es porque no le compete, y*

²³ Referida al artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), (22º período de sesiones, 2000).

lo que hace, lo hace porque es bueno” (1995 – 2005); y una cuarta etapa (actual), que podría denominarse como de “*anuncio público de reconocimiento del derecho a la salud y de las obligaciones del Estado...*”.

Desde el 2005, nos encontramos ante un gobierno que reconoce a la salud como derecho y como bien público. Éste es un cambio cualitativo sustantivo, el Estado ya no intenta escudarse en el artículo 44 de la Constitución de la República, que coloca a la salud como un deber y no como un derecho de las personas, lo reduce a la dimensión individual en el marco de una concepción asistencialista ante la presencia de la enfermedad, y limita la responsabilidad del Estado a la asistencia a los indigentes. En el documento de “respaldo de los grandes lineamientos programáticos para el gobierno del Frente Amplio (2005-2010)” se establece a texto expreso:

*Como entendemos que la salud es un derecho humano fundamental, proponemos la reforma del Artículo 44 de la Constitución que debe establecer que el Estado tiene el deber y la responsabilidad de asistir la salud de todos los habitantes del país.*²⁴

Por ende, se puede afirmar que “la idea garantista de derecho a la salud” está arraigada en las bases de militantes que integran su Plenario, y que las limitaciones a los derechos humanos del texto constitucional poco actualizado, están también presentes. Pese a lo cual no ha habido una acción clara respecto de la modificación constitucional y, tan sólo la Central Única de Trabajadores (PIT-CNT) se manifestó en su reciente IX Congreso a favor dicha reforma (octubre 2007)²⁵.

Por otro lado, los más prestigiosos constitucionalistas han polemizado acerca de las posibles interpretaciones del artículo 7 de la carta magna: “*Los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida...*”, siendo materia opinable la interpretación de que suponga o no el derecho a la salud.²⁶ Esta

²⁴ Frente Amplio, (2004).

²⁵ <http://www.cuestaduate.org.uy>

²⁶ Borgia, F. *Salud, Marco Jurídico y Constitucional, en Derechos Humanos en el Uruguay – Informe 2004*, SERPAJ, Montevideo, 2004.

polémica jurídica ha llevado a que, por momentos, en el fervor del debate constitucional, se olvide la existencia de la LEY 13.751, que ratifica la vigencia del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales y de su Protocolo Facultativo, aprobado por la Asamblea General del Parlamento Nacional en 1969.²⁷

Nos permitimos explicitar la concepción de derecho a la salud establecida en la Observación General 14:

*El Comité interpreta el derecho a la salud (...), como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud (...) y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud (...). Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.*²⁸

El sistema de salud en el Uruguay

El sistema de salud está compuesto por un conjunto de instituciones con orígenes, estructura y objetivos distintos, que han promovido y establecido un sistema complejo, fragmentado, segmentado, in equitativo y descoordinado. Desde el punto de vista de la modalidad de atención sanitaria, ésta se caracteriza por ser médico céntrica, asistencialista, biologicista, esporádica, episódica, que considera al hombre por órganos y sistemas sin un enfoque holístico y de promoción de salud.

En la estructura de la organización sanitaria se reconocen dos subsectores. Por un lado, está el subsector público, integrado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Hospital de Clínicas (Universidad de la República), el Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, el Servicio de Sanidad Policial, los Servicios de

²⁷ <http://www.presidencia.gub.uy/>

²⁸ Borgia, F. ¿Cuál es la relación entre la Salud y los Derechos Humanos?, en *Derechos Humanos en el Uruguay – Informe 2005*, SERPAJ, Montevideo, 2005.

Salud de las 19 Intendencias Municipales, el Banco de Previsión Social, y Servicios Médicos de Entes Autónomos y Servicios Descentralizados. Por el otro, el subsector privado constituido por: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), Sanatorios Privados, Seguros Parciales e Intermediadoras, Institutos de Medicina Altamente Especializada, Clínicas Preventivas, Empresas de Diagnóstico y Tratamiento, Farmacias y atención estrictamente privada.

El sector privado concentra el 75% del gasto, por lo que el gasto por usuario de las IAMC es dos veces y media superior al de ASSE. Siendo que existe una importante correlación entre tipo de cobertura, nivel de ingresos y actividad, resultando en **una salud para ricos y una para pobres**. Más aún, dado que las necesidades de salud de la población que recurre a los servicios públicos de salud son en general mayores, la inequidad es también mayor, resultando en que **el sistema gasta más en quienes tienen menores necesidades en salud**.

La reforma de salud

Es con la Ley 17.930 de Presupuesto Nacional (23 de diciembre de 2005), que se introducen los primeros cambios jurídicos relevantes, orientados a la reforma sanitaria nacional.

Se diseña el Presupuesto del Ministerio, con énfasis en la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y del Seguro Nacional de Salud (SNS), el aumento de los salarios más sumergidos, el fortalecimiento del 1° Nivel de Atención, la reconstrucción de la carrera funcional, la reestructura del sistema de remuneraciones, y la descentralización de ASSE.

La ley en su artículo 264 anticipa las características principales que tendrá en SNIS, ampliadas con una ley específica a fines de 2007, éstas son: implementar un SNIS con el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal. El sistema se articulará sobre la base de la complementación

público – privado y tendrá como estrategia global la atención primaria en salud, privilegiando el

promoción, prevención y rehabilitación. El sistema complementará los servicios públicos y privados.

Asimismo, en el artículo 265, establece los aspectos relativos al SNS, que financiará al SNIS, el que se creará por ley según la dispuesto en la Constitución de la República y contará con un Fondo Público Único y Obligatorio constituido por los aportes del Estado, de las empresas públicas y privadas y el universal de los beneficiarios del SNIS. Las transferencias a los prestadores integrales públicos y privados de salud se harán de acuerdo a cápitas ajustadas por riesgo y metas de prestación de servicios en cada nivel de atención.

En el año 2007, han tenido lugar la aprobación parlamentaria de dos leyes fundamentales, que facilitarán el análisis y la comprensión de la propuesta de reforma sanitaria: Ley 18.131 (18 de mayo) de creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), Ley 18.211 (5 de diciembre) “reglamentaria del derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país” y establece “las modalidades para el

primer nivel de atención, las acciones de

acceso a prestaciones integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud”, y su decreto reglamentario (8 de enero de 2008).³⁰

En los primeros 40 días de gobierno se promulgó el decreto constitutivo de conformación de la *Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud* (Decretos 610/2005 y 1082/2005), y del *Consejo Consultivo de Salud Para los Cambios* (decreto 133/2005), cuya primera reunión fue el día 4 de mayo de 2005. Su integración contempla la más amplia participación social e institucional: Ministerio de Salud Pública, delegado del resto del sistema público de salud, Instituciones de Asistencia Médica Colectiva de Montevideo e Interior del país, Organizaciones de los trabajadores de la Salud Privada, de los trabajadores del Ministerio de Salud Pública y del resto de las Instituciones Públicas de Salud, Organizaciones de médicos de Montevideo e Interior, la Asociación Odontológica Uruguay y la Federación Odontológica Uruguay del Interior, Organizaciones profesionales psicólogos Universidad de la República, Congreso de Intendentes, Organizaciones de los usuarios.

SISTEMA DE SALUD ANTES DE LA REFORMA²⁹			
	Principales prestadores	Cobertura	Financiamiento
Subsistema público	ASSE Hospital de Clínicas	Toda la población sin otra cobertura 48% de la población	Recursos fiscales
Seguridad Social	Contrata IAMC	Trabajadores privados Algunos públicos Jubilados de bajos ingresos 20% de la población	Contribuciones sobre ingresos Recursos fiscales
Subsistema privado	IAMC	43% de la población (incluyendo seg. Soc.)	Gasto privado Recursos de la Seguridad Social

²⁹ Muñoz, María J., Ministra de Salud Pública en “La reforma de Salud en Uruguay” – Asociación de Docentes de la Universidad de la República – 9 de noviembre de 2006

³⁰ <http://www.msp.gub.uy/SNIS>

El Consejo Consultivo ha trabajado durante el 2005 sobre la base de tres grupos, referidos a los aspectos clave de la Reforma de Salud: Seguro Nacional de Salud, Estatuto del Trabajador de la Salud, Cambio del Modelo de Atención. Al mismo tiempo, se han establecido cuatro mesas de trabajo adicionales, que incorporan la presencia de actores representativos de diferentes intereses sectoriales: Mesa Sectorial de Medicamentos, Mesa Sectorial de Tecnologías Médicas, Mesa Sectorial de Emergencias Móviles, Mesa Sectorial de Seguros Privados. Los resultados de este trabajo fueron expresados en numerosos documentos, discutidos en el seno del Consejo Consultivo, a partir de los cuales se realizó una segunda etapa de discusión (2005-2006), en los siguientes grupos de trabajo: Definición del Plan Integral de Prestaciones; Complementariedad Asistencial Público – Privado; Políticas de Recursos Humanos.

De acuerdo con la ley, el SNIS se regirá por los principios de: la promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población; la intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población; la cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud; la equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones; la orientación preventiva, integral y de contenido humanista; la calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios; el respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud; la elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios; la participación social de trabajadores y usuarios; la solidaridad en el financiamiento general; la eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales; la sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

La ley establece que el SNIS tiene los siguientes objetivos: alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y

al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquéllas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población; implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos; impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales; organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales; lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse; promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica; fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios; establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

El SNIS ha de ser un **organismo público descentralizado, en la órbita del MSP, dirigido por una Junta Nacional de Salud. El conjunto de los efectores de salud públicos y privados sin fines de lucro dependerán de la Junta Nacional de Salud** en la definición de las políticas nacionales, de las normativas y planes de salud y en la contratación de sus prestaciones, y su financiación dependerá del Seguro Nacional.

La reforma en curso se ubica entonces en el centro de las transformaciones sociales, económicas y políticas, pero también ético-morales y de justicia social. Una propuesta de cambio de fondo, que implica tres cambios complementarios y progresivos: **cambio de modelo de atención, cambio de modelo de gestión y cambio de modelo de financiamiento.**³¹

³¹ Borgia, F. *¿Cambiando la herencia de los gobiernos postdictadura? Los primeros pasos... hacia la utopía concreta: La mirada puesta en la indigencia la inequidad en salud*, Tesis de Maestría en Sociología. FCS/UDELAR, Montevideo, 2005.

El cambio de modelo de gestión, se evidencia en la ya referida instalación del Consejo Consultivo y sus subgrupos de trabajo; en el apoyo a la conformación de organizaciones de usuarios de servicios de salud y de las oficinas de atención al usuario, la descentralización de las acciones de la Dirección General de la Salud con la conformación de 19 Direcciones Departamentales de Salud y la descentralización de la gestión de ASSE mediante la creación de las Coordinaciones Departamentales respectivas; descentralización que se vio acompañada de la priorización del trabajo con abordaje territorial, definiendo regiones, zonas y áreas de salud; priorización del fortalecimiento de los equipos de salud en el Primer Nivel de Atención; mejora de la gestión y atención con recursos propios, coordinación interinstitucional a nivel público y coordinación y complementación público-privado cuando correspondiere; avance en la democratización y transparencia del ingreso a los cargos vacantes, mediante llamados a concurso público, etc.

El cambio de modelo de atención, se expresa en el reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental, en su interdependencia con los determinantes sociales y ambientales de la salud, y en el desarrollo de políticas que anteponen la prevención y promoción de la salud a la respuesta a la demanda asistencial espontánea. Estos cambios requirieron de la redefinición y/o formulación de programas prioritarios nacionales de salud, los que adquieren valor de norma sanitaria y deben ser desarrollados por todos los prestadores integrales incorporados al SNIS. Dichos programas son: Niñez, Adolescencia, Adulto, Adulto Mayor, Mujer y Género, ITS/SIDA, Nutrición, Salud Bucal, Control del Tabaco, Discapacidad, Salud Mental, Prevención de Accidentes, Salud Ocular, Salud Bucal, Diabetes, Control del Cáncer. Asimismo el MSP, desarrolla proyectos de Gestión de Riesgo y el Proyecto Uruguay Saludable; fortalece su capacidad de vigilancia sanitaria, mediante una red nacional, incorpora la vigilancia de enfermedades no transmisibles, genera planes de capacitación a todos los recursos humanos de la red e informatización de la gestión. También promueve estrategias de combate a brotes de hepatitis A, incorpora la vacunación preventiva a la influenza estacional; y formula planes de

contingencia para el control del dengue y la gripe aviar.

El cambio de modelo de Financiamiento se apoya en la Ley 18.131 del 18/5/07 que crea el **Fondo Nacional de Salud** (FONASA), administrado por el **Banco de Previsión Social**, financia el régimen de asistencia médica de los beneficiarios incluidos en el mismo. El FONASA se conforma con aportes obligatorios de trabajadores y empresas, aportes del Estado y personas públicas no estatales, aportes obligatorios de jubilados, el porcentaje previsto para los Seguros Privados Integrales y las rentas generadas por sus activos, según lo establezca la reglamentación. Las tasas de aportación son las siguientes: las empresas públicas, privadas y personas públicas no estatales aportarán un 5% del total de las retribuciones sujetas a montepío de sus trabajadores y el complemento de cuota mutual en caso de corresponder (diferencia de restar al valor cuota los aportes patronales y de los trabajadores sumados). Los trabajadores públicos y privados: 6%, si sus retribuciones superan 2,5 BPC (USD 200.-) y tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad; 4,5%, si sus retribuciones superan 2,5 BPC y no tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad; 3%, si sus retribuciones no superan 2,5 BPC (USD 200.-), tengan o no a cargo hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad; d) Los trabajadores que no completen 13 jornales o 1,25 BPC no serán beneficiarios del seguro, no obstante se mantiene la posibilidad de cobertura voluntaria por parte del empleador: 3%, los socios vitalicios de las IAMC con hijos a cargo menores de 18 años o mayores con discapacidad: 0 %, los socios vitalicios de las IAMC sin hijos a cargo menores de 18 años o mayores con discapacidad.

Actualmente (en 7 meses) están incorporados al SNIS, todos los y las trabajadoras que tributan a la seguridad social – con la excepción del personal militar y policial, y el personal de los gobiernos departamentales (la ley faculta al poder ejecutivo a incluirlos) -, sus conyugues o concubinos/as, y sus hijos/as menores de 18 años y los/as mayores discapacitados/as.

El proceso de reforma, implica en su actual fase de desarrollo, la coexistencia parcial con las modalidades pre-existentes de cobertura

asistencial de la salud, por lo que, la no integración actual al SNIS, no significa que la persona no tenga cobertura asistencial. La incorporación al SNIS implica una “única e integral prestación” (no existe una canasta básica-mínima) brindada por el prestador elegido (entre los prestadores integrales) por el/la usuario/a, con una cápita establecida, con un plus por el cumplimiento de metas prestacionales (vinculadas a la prevención y promoción de la salud), con un pago variable en función de un porcentaje de los ingresos laborales y la integración del núcleo familiar, y co-pagos variables dependiendo del prestador elegido.

El SNIS no incluye a los prestadores parciales. Éstos fueron los que más se desarrollaron por la vía organizacional/sindical y/o comunitaria, en intentos de “dar alguna respuesta sanitaria” a los trabajadores (formales o informales) de un gremio, o a los miembros de una comunidad que por sus características (dimensión, lejanía, pobreza, capacidad organizativa y de resistencia a la dictadura, etc.) no tenían respuestas del Estado ni del Mercado. Muchos de estos servicios coexisten aún hoy bajo la modalidad de Policlínicas Comunitarias y/o Servicios de Salud Sindicales o de Cajas de Auxilio. Cuando el auge neoliberal en el país, el aumento de los precios de las coberturas integrales tradicionales, llevó al desarrollo de otro tipo de coberturas parciales, comúnmente denominados “seguros parciales”, que buscaron “captar” a ese nicho de mercado intermedio “los que podían pagar, pero menos”, por lo que desarrollaron en su mayoría seguros quirúrgicos parciales – por lo que muchas veces las personas se encontraban con que lo que había contratado no cubría su necesidad asistencial -; bajo esa misma modalidad se desarrollaron los servicios de “Emergencia Móvil”, los Seguros y servicios odontológicos colectivos/prepagos, y en menor medida, los de atención psicológica. Por otro lado, existen también otros prestadores parciales o integrales no incorporados aún al SNIS: servicios de salud públicos, que solo desarrollaron el primer nivel de atención (policlínicas municipales); otros que desarrollaron áreas de atención especializadas (Sanatorio Canzani del BPS); e incluso el Hospital de Clínicas (Universidad de la República), que es un prestador integral aunque con escaso desarrollo del primer nivel respecto de las áreas de 3er y 4to

nivel de complejidad; otros servicios de salud universitarios que realizan algunas prestaciones asistenciales y acciones de promoción de salud comunitaria; los Servicios de Sanidad Militar y Policial.

La próxima etapa de desarrollo del SNIS, coloca a la sociedad uruguaya ante el desafío de integrar, promoviendo la asociación y complementación de servicios entre una diáspora de pequeños prestadores de salud comunitarios, sindicales y cajas de auxilio con otros prestadores públicos que requieren complementariedad e incluso con ASSE; sin perjuicio de las asociaciones entre prestadores integrales o parciales privados y eventuales complementaciones con los demás prestadores públicos y/o comunitarios. Dicha integración deberá completarse para las Cajas de Auxilio, a satisfacción de la autoridad sanitaria, y de acuerdo con la ley, antes del último día del mes de diciembre de 2010.

No se pueden negar los avances, pero tampoco puede decirse que los problemas de inequidad de la salud en Uruguay se hayan resuelto, cualquiera de “esas verdades a medias” constituyen un engaño. La etapa más trascendente de la reforma del sistema de salud recién inicia y tiene un carácter dinámico, es decir, que la reforma del sistema no sólo no ha finalizado, sino que no está acabada en su concepción, dada la estrategia de promover la participación de los actores claves del sistema. La participación de usuarios y trabajadores en la dirección de las políticas sanitarias, tanto en la Junta Nacional de Salud como en ASSE, marca un punto de inflexión, dejando el rol “consultivo” para asumir la tarea de “co-conducción del sistema y su reforma”.

La reforma de salud y el Uruguay progresista

El desafío es poder transmitir la vinculación dialéctica y fáctica entre los diferentes aspectos del programa de gobierno y la reforma de la salud. Obviamente, por razones de espacio, el abordaje seguirá siendo parcial. Para valorar las cifras adecuadamente, se debe tener presente que el Uruguay tiene una población estimada a junio de 2008 de 3.334.052 habitantes.³²

³² INE (2005)

Por el lado del “Uruguay Productivo” puede decirse que el país ha crecido en su economía y que ese crecimiento fue acompañado de un crecimiento del empleo, el desempleo se redujo en un 38,2%, bajando hasta el 8,1% (diciembre 2007, comparable con el 8% de 1986), creció el empleo decente, de inclusión en la seguridad social, y que es ésta última la que facilita la inclusión en el SNIS. Dicho de otra forma, el PBI³³ ha crecido 7% en 2006, 7,25% en 2007 y se proyecta un 5,25% para 2008, y los cotizantes a la seguridad social alcanzaron el millón en julio de 2005, en febrero de 2007 eran 138.000³⁴ más y en octubre 180.000³⁵ más, por lo que se estiman en más de 1.200.000 actualmente, cifra record en la historia del país, pero que además significa que **la población trabajadora incluida en la seguridad social creció más de un 30% en tres años!** Sectores de trabajadores, como los trabajadores rurales o las trabajadoras domésticas, por primera vez son especialmente contemplados por el sistema de seguridad social. El salario real da cuenta de un proceso moderado y sostenido de recuperación, la recuperación de salarios en términos reales se ubica en 17,97%, lo que equivale a 2/3 de las pérdidas generadas en el período de gobierno anterior (de coalición colorada y nacionalista).

En la etapa actual el SNIS prevé la incorporación de todos los trabajadores privados que contribuyen a la seguridad social, sus hijos menores de 18 años, los cónyuges (legales o de hecho) y los jubilados y pensionistas de bajos ingresos. Esto significa que al 24 de marzo de 2008 se incorporaron 1.200.000³⁶ trabajadores/as y 335.000 niños y niñas menores de 18 años, dicho de otra forma, se incorporaron al SNIS 500.000 personas desde agosto de 2007. En palabras del Presidente del Banco de Previsión Social “*en los últimos siete meses, la cantidad de personas*

incorporadas al sistema, equivalen al 70% del total de los afiliados en los últimos 34 años”.³⁷

En este contexto de aumento de la tasa de actividad, del empleo y el salario real, no puede decirse que la aplicación de una tasa adicional del 3% al 4,5% por parte de los y las trabajadoras para financiar el SNIS tenga efectos regresivos. No puede decirse eso porque en el marco del programa del “Uruguay social” se planteó **una reforma tributaria que busca generar mayor equidad, es decir, “que pague más el que gana más”**. Dicha reforma implicó la derogación 15 impuestos (entre ellos el Impuesto a las Retribuciones Personales –IRP), una leve reducción del IVA y la unificación de los aportes patronales a la Seguridad Social (entre otras medidas). El nuevo Impuesto a la Renta de las Personas Físicas (IRPF) comenzó a aplicarse en julio de 2007, incluye las deducciones por aportes a la seguridad social y salud (será ajustado en 2008-2009 para ampliar la cantidad de personas que no tributan o reducir el tributo aplicado). No es una diferencia de nombre, sino de concepto, dado que el IRP se aplicaba sólo a salarios y pasividades, mientras que el IRPF se aplica a la totalidad de rentas (por ejemplo, se gravan las rentas inmobiliarias, intereses bancarios, etc.). De forma tal que se estima que el 60% de los y las trabajadoras y el 82% de los y las pasivas no pagarán o pagarán menos IRPF que IRP (las cifras finales estarán después de cumplido el año de aplicada la reforma tributaria). El efecto buscado aquí es redistributivo y no recaudatorio, aunque el aumento de la actividad económica puede implicar un aumento de la recaudación.

El “Uruguay Social” tuvo una expresión organizativa con la creación del Ministerio de Desarrollo Social, que desarrolló el Plan de Atención a la Emergencia Social (PANES), durante los primeros dos años y medio de gobierno, orientado a transformar las situaciones de pobreza extrema en situaciones de inclusión social, alcanzando a 400.000 personas de 91.000 hogares. La pobreza extrema **disminuyó del año 2004 al 2006 de 5,99% a 2,69%, y de 7,26% a 3,93% en**

³³ Astori, D. – Ministro de Economía y Finanzas -. “La Consolidación Fiscal y Financiera: Plataforma para el Cumplimiento del Programa de Gobierno”, ACDE. Montevideo, 6 de diciembre de 2007.

³⁴ <http://www.larepublica.com.uy/politica/258174-bps-alcanzo-un-record-historico-de-cotizantes>

³⁵ http://www.mides.gub.uy/noticias/sepredi_101007.html

³⁶ <http://www.bps.gub.uy>

³⁷ http://www.msp.gub.uy/noticia_1682_1.html

Montevideo.³⁸ El desarrollo concatenado de subprogramas del PANES: desarrollo de habilidades básicas para el empleo, alfabetización de adultos (“yo sí puedo” con la cooperación cubana), empleo transitorio, identificación, apoyo educativo (maestros comunitarios y aulas adolescentes), mejoramiento del hábitat, ayuda alimentaria, fomento productivo–social–cultural–

cooperativo, micro crédito, entre otros, y, en su conjunto, contribuyeron de manera relevante al proyecto incluyente, a la recuperación de la dignidad y la esperanza.

Pese a haber disminuido (del año 2004 al 2006 de un 40,96% a 33,39% a nivel nacional y de 41,54% a 35,75% en Montevideo,³⁹ es decir que hay 184.000 pobres menos, de los



³⁸ INE (2001-2006).

³⁹ INE (2001-2006).

cuales 80.000 son niños), la pobreza sigue excluyendo a 1 de cada 3 uruguayos/as, por esa razón se ha formulado el **PLAN de EQUIDAD**. Dicho Plan

... está compuesto por dos grandes capítulos: (...) las reformas estructurales, dentro de las cuales están la reforma de la salud, la de la educación, la reforma tributaria y el plan de igualdad de derechos y oportunidades de hombres y mujeres". "El segundo capítulo está compuesto por políticas focalizadas, (...) políticas de más largo aliento, que apunten a un sector más amplio de la población y en particular a los sectores que están por debajo de la línea de pobreza."⁴⁰

El total de las prestaciones sociales no contributivas (políticas de educación para la infancia y la adolescencia, políticas de empleo promovido y políticas alimentarias) abarcará al 95% de los hogares por debajo de la línea de pobreza, por lo que se busca un impacto directo hacia la inclusión social de 900.000 personas en los próximos 2 años. Transferencias monetarias: 490.000 niños serán beneficiados por el nuevo régimen de asignaciones familiares; y aproximadamente se otorgarán 7.122 pensiones a la vejez, lo que significa un aumento del 30% con respecto a los actuales beneficiarios. Empleo promovido: La idea es emplear a 20.000 trabajadores en los próximos dos años. Políticas de educación: La cobertura de niños de 0 a 3 años se extenderá a 22.000 niños; El programa Maestros Comunitarios atenderá a 30.000 niños por año; Se espera que 20.000 adolescentes se revinculen al sistema educativo o a programas de educación y trabajo; Política alimentaria: Para 2008 se espera haber alcanzado los 92.000 hogares beneficiarios de la tarjeta magnética para compra de alimentos en los comercios del barrio.

Todos los subprogramas del PANES tenían como contrapartida social de sus protagonistas los

⁴⁰ Olivera, A. – Subsecretaría de Desarrollo Social <http://www.larepublica.com.uy/politica/251508-el-plan-de-equidad-abarcara-a-poblacion-de-900-mil-personas>

controles preventivos de salud de las jefas de familia (en su mayoría eran mujeres) y sus hijos/as, y su inserción o reinserción en el sistema educativo. Progresivamente, fueron incorporando el carné de salud laboral, siendo que, en particular durante el último año, incorporó la atención odontológica integral (mediante convenios con la Facultad de Odontología, la Intendencia Municipal de Montevideo y el Ministerio de Salud Pública). También se coordinó con la **Operación Milagros en Cuba**, la que permitió que 2.027 personas de escasos recursos se realizaran exitosamente cirugías oftalmológicas en Cuba, que culminó con la instalación de un “Hospital de Ojos” con equipamiento donado por ese país y con la cooperación técnica de profesionales cubanos (y el correspondiente conflicto con la Sociedad Uruguaya de Oftalmología) que comenzó a realizar cirugías el 1° de febrero de 2008 para responder a una lista de espera de más de 3.800 pacientes del subsector público.⁴¹

El “Uruguay integrado a la región y al mundo” ha incluido, sin dudas, una rápida recomposición de las relaciones con Cuba y el desarrollo de proyectos de cooperación recíproca en el área sanitaria. Al mismo tiempo, el fortalecimiento del MERCOSUR y de su grupo de trabajo específico SGT11, la consecución de apoyos no reembolsables del Gobierno de Japón; o de préstamos parcialmente no reembolsables y con financiamiento blando con la Cooperación Italiana, que permitirá el fortalecimiento del equipamiento tecnológico en toda la red asistencial de ASSE; de cooperación técnica con la Junta y la Escuela Andaluza de Salud Pública, que ha instalado su sede regional en Montevideo; de cooperación recíproca con la República Bolivariana de Venezuela, que implica la formación de profesionales de aquel país en Uruguay y el apoyo de Venezuela a la reconstrucción/modernización del Hospital de Clínicas (Hospital Universitario); el desarrollo de la estrategia de comunidades productivas y saludables con la cooperación de OPS; la cooperación del PNUD como, por ejemplo, “Uruguay Saludable”, etc. Los impactos son

⁴¹ <http://www.presidencia.gub.uy/web/noticias/2008/02/2008020111.htm>

notorios en la mejora de la infraestructura pública y en el desarrollo de programas de capacitación periódica al personal sanitario del sector estatal.

El “**Uruguay Innovador**” y el “**Uruguay Cultural**” se evidencian en la asignación de recursos. Los asignados a la innovación en 2008 serán 9 veces los destinados a dicha área en el año 2004. Los recursos para el Ministerio de Salud Pública pasaron de USD 170 millones en 2004 a USD 400 millones en 2008 y USD 490 millones si se consideran las transferencias al FONASA, y USD 530 millones para 2009. En la educación se partió de un presupuesto de USD 430 millones que significaba el 3,1% del PIB y se alcanzará el 4,5% del PIB (que ha crecido considerablemente), estimándose para 2009 USD 1.350 millones. Es decir que **el presupuesto público de salud y educación será más de 3 veces el presupuesto al inicio del gobierno. Para el 2005 los recursos destinados al pago de deuda pública, representaban el 34% del PBI, en la actualidad, se destina a este rubro el 25%** Los lineamientos estratégicos de gestión de la deuda son: reducir la deuda condicionada incrementando deuda soberana; aumentar plazos y reducir el riesgo de refinanciamiento; reducir la exposición a la moneda extranjera y la vulnerabilidad cambiaria; y extender las curvas de rendimiento en moneda nacional. **El gasto en políticas sociales a igual período era del 40% en la actualidad los recursos volcados a este rubro llegan al 49%, un 9% más que hace dos años⁴², y se proyecta que para el 2009 alcance el 52%⁴³. El salir del Fondo Monetario Internacional (FMI) a través de pagos adelantados de capital y de la cancelación total del saldo restante en noviembre de 2006, se **logró sustituir totalmente la deuda condicionada del FMI por deuda de mercado**, lo que se evidencia en el desarrollo de las políticas públicas (que el FMI rechazaba), y además un ahorro en el pago de intereses.**

Entre el componente de innovación, se encuentra el PROYECTO CEIBAL (Conectividad Educativa de Informática Básica para el Aprendizaje en Línea), el mismo procura facilitar a la mayor parte

⁴² Astori, D. – Ministro de Economía y Finanzas -. “Informe Semanal de SEPREDI”. Montevideo, 2 de agosto de 2007.

⁴³ Astori, D. (diciembre 2007)

de los uruguayos, a través de los alumnos de las Escuelas Públicas, a la información computarizada y al trabajo en red entre los domicilios, así como entre éstos, los maestros y las escuelas⁴⁴. El proyecto dotará a cada alumno y cada maestro de las Escuelas Públicas del País, de una computadora portátil especialmente diseñada para este fin. Las computadoras comenzaron a entregarse en mayo de 2007 en Villa Cardal (pequeña localidad del departamento de Florida) y la meta del gobierno es entregar en todo el interior durante el 2008 y en 2009 en Montevideo. Este proyecto tiene también que ver con el “**Uruguay Democrático**”, porque se trata de democratizar el acceso a la informática y las telecomunicaciones, de democratizar la denominada “segunda alfabetización”.

En estos tres años se han generado por primera vez ámbitos abiertos de discusión cómo “el debate educativo”, o “el diálogo sobre seguridad social”, o la consulta ciudadana a “propuestas para la reforma tributaria”, etc. **Es la primera vez en la historia en que se realizan sesiones públicas del Consejo de Ministros encabezado por el Presidente de la República, y es la primera vez que dichas sesiones se hacen fuera de la capital, y en general en pequeñas localidades;** la democratización implica acercarse a la población a dialogar, especialmente a la más “alejada” territorialmente.

La democratización, incluye “**verdad y justicia**” respecto de las violaciones de los derechos humanos durante el período autoritario y de facto. Esto implica la recuperación de la verdad como política de derechos humanos que fortalece la democracia en una sociedad, más aún en una como la nuestra, que fuera golpeada fuertemente por el terrorismo de Estado. La búsqueda de los y las uruguayas desaparecidos/as dentro y fuera de fronteras, la búsqueda y algunos hallazgos de restos sepultados clandestinamente, el procesamiento, la habilitación a la justicia para investigar y para actuar por delitos cometidos por civiles o por militares y policías antes del golpe de Estado, o por delitos de enriquecimiento ilícito (como por ejemplo el cobro de rescate por personas desaparecidas), son algunos de los

⁴⁴ <http://www.ceibal.edu.uy/>

avances en este sentido. **La detención y procesamiento con prisión, entre otros, del exdictador Gregorio Álvarez, por su responsabilidad en el secuestro, traslado clandestino, asesinato y desaparición de 30 ciudadanos uruguayos exiliados en Argentina en 1978**, cuando era comandante en Jefe del Ejército, son significativos.

La democratización plena del Estado y la sociedad, se habrá alcanzado, cuando se sepa “la verdad completa”, cuando no queden desaparecidos por encontrar, ni niños o niñas secuestrados que desconocen su verdadera identidad y a su verdadera familia, cuando todos los responsables puedan ser sometidos a un proceso judicial y la sociedad haya perdido el miedo a las represalias, cuando no se defienda más esa ley que consagra la impunidad. Una sociedad que convive con la impunidad no es una sociedad saludable, **es necesario que se conozca la verdad y se haga justicia para que haya salud.**

En la propuesta programática de “**Uruguay Democrático**” se incluía la descentralización y participación ciudadana. En ese sentido, **las transferencias de recursos desde el gobierno nacional a las Intendencias Municipales, se duplicaron entre el 2004 y el 2007**, a pesar de que la mayoría de dichas intendencias son gobernadas por Intendentes pertenecientes a otras fuerzas políticas (10 al Partido Nacional y uno al Partido Colorado). La propuesta (proyecto de ley) de “Reforma del Estado” implica una profundización de la descentralización, respetando

la actual división territorial/administrativa del Estado, y generando 100 nuevos gobiernos locales autónomos y electos directamente por la ciudadanía.

Pero es aún más evidente la presencia del “Uruguay Democrático” en la Reforma de la Salud, con la conformación de la *Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud*, del *Consejo Consultivo de Salud Para los Cambios*, de las Comisiones de Participación a instalarse en los Centros de Salud del MSP y en las Policlínicas Municipales “*concebidas como un espacio institucional de análisis conjunto de la marcha de los programas de salud, por parte de los usuarios organizados, los trabajadores de la salud y los equipos de gestión de los servicios*”.⁴⁵

Finalmente, corresponde resaltar que en el SINS, en su organismo máximo de conducción, la Junta Nacional de Salud incorpora representantes sociales (usuarios y trabajadores), al igual que en la Dirección de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Pero, por si quedaran dudas de la intencionalidad democratizadora en la salud, en el artículo 12 de la Ley de creación del SNIS, establece “*Para integrar el SNIS es preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios*”.



Medicina Social

Salud Para Todos

⁴⁵ Anzalone, P., *Lanzamiento de las comisiones de participación a instalarse en los centros de salud y policlínicas municipales*. Montevideo, 8, de junio de 2007, Intendencia Municipal de Montevideo.