

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

**Salud en el Uruguay :
¿derecho o mercancía?**

María Cecilia Sander Silva

Tutor: Celmira Bentura

2007

a Marcelo

AGRADECIMIENTOS.

Haber transitado y podido llegar a presentar la monografía final sin lugar a dudas genera en mí una gran alegría y una gran satisfacción por el haber podido llegar...

Atrás quedó la duda de que carrera seguir y este presente hermoso me muestra que sin lugar a dudas tome la mejor decisión: ser y hacer de mí una Trabajadora Social.

El proceso de tantos años de estudio me fue formando no sólo como profesional sino como persona. Y este sin lugar a dudas es un desafío que continuo teniendo.

El presente trabajo es el fruto de muchos años de estudio, dedicación y esfuerzo. Pero sin lugar a dudas es fruto mío y el de mucha gente que hoy quiero agradecer...

En especial a mi **familia**. A mi **mamá** que me acompaña siempre y en todo momento. A ella por ser una mujer fuerte, luchadora y emprendedora. A mis hermanos **Vale y Nico**. A Vale que me acompaña en el día a día, en lo cotidiano. Y a vos, Nico que aunque lejos siempre fuiste mi par, mi compañero y aunque se te extraña mucho cuando estas acá parece que no te has ido. A **Cliver** que aunque nos hace rezongar mucho sos una parte fundamental de la familia, gracias por tu compañía y apoyo. A la otra parte de mi familia **papá, Vicky, Juan Diego y Ana** que ocupan un lugar muy importante en mi corazón. No olvidemos a los **tíos, abuela y primos**.

A vos **Marcelo** que me alientas y acompañas incondicionalmente. Que desde hace tiempo sos mi compañero de camino y me apoyas en todo. ¡Gracias!

A los **Hnos. Misericordistas** en especial a Freddy, Jean Paul, Diego y Paolo. Que me ayudaron a crecer como persona y a comprometerme con la realidad.

A la **Obra Social Misericordista** y al **Colegio y Liceo Misericordista** que son el espacio de mi crecimiento profesional y sobre todo a mis compañeros de trabajo y de camino.

A **Adrián** culpable de mi elección de ser una Trabajadora Social sin él sería probablemente una exitosa pero poco feliz Contadora.

A mis compañeros de la **Facu: Elvira, Valeria, Alberto, Gabriel, Juan Carlos, Federico, Alison, Yanin y Mónica** con quienes compartimos muchas tardes y días de estudio. Y a nuestras familias que tan bien nos recibían.

A mis amigos **Seba, Lau y Marina**. Y en especial a **Patricia** porque además de compartir este cariño especial por la profesión en el camino me dio algo que alegro y cambio mi vida: a mi **ahijado Facundo**, razón de mi constante alegría. Pequeña personita que me llena de amor. También a su familia en especial Daniel y Juan.

Por último y no menos importante a **Celmira**. A vos Celmira por aceptar tutorear mi tesis. Gracias por todas esas horas que me dedicaste, todas esas mañanas en el hospital que me animabas a seguir, continuar y terminar este trabajo.

Sin lugar a dudas no tengo palabras de agradecimiento para todos quienes de una manera u otra me acompañaron y ayudaron en este proceso.

A todos muchas, muchas gracias...

INDICE.

SIGLAS.....	5
PROLOGO.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO 1.	
El Estado Liberal y el proceso de construcción de la cuestión social en el Uruguay.	11
CAPÍTULO 2.	
Salud, Derecho, Mercantilización y Democracia: ¿de todos y para todos?.	19
CAPÍTULO 3.	
3.1. La salud como derecho en los sistemas democráticos.....	29
3.2. ¿Derecho al acceso de la salud o mercantilización de la salud en el Uruguay?	34
CAPÍTULO 4.	
¿Una propuesta diferente: la reforma de la salud?.....	42
CAPÍTULO 5.	
A modo de conclusiones.....	46
BIBLOGRAFÍA.....	48

SIGLAS.

ASSE Administración de los Servicios de Salud del Estado.

BPS Banco de Previsión Social.

DISSE Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad.

IAMAC Instituto de Asistencia Médica Colectiva.

IMM Intendencia Municipal de Montevideo.

HC Hospital de Clínicas.

MPS Ministerio de Salud Pública.

OMS Organización Mundial de la Salud.

ONU Organización de las Naciones Unidas.

PBI Producto Bruto Interno.

PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

PRÓLOGO.

“El Uruguay esta viviendo una enorme crisis social y económica. Y la Salud, o la enfermedad, no escapan a ella. Esta crisis sanitaria ha golpeado fuertemente a casi toda la sociedad uruguaya y recién frente a ella nos cuestionamos cómo hemos encarado hasta ahora el tema: no tenemos un Sistema Nacional de Salud, no tenemos una cobertura universal, trabajamos priorizando la enfermedad y no la salud, no hay coordinación entre las diferentes instituciones sanitarias, el gasto en salud supera el 10% del PBI, hay superposición de recursos. (...) Los uruguayos hemos percibido la Salud por lo menos desde cuatro puntos diferentes: algunos como una dádiva del Estado, otros como una mercancía, muchos hoy, como algo inaccesible, y pocos como un derecho y bien público.” (SOSA, 2003: 11).

INTRODUCCIÓN.

***“Se debe partir de la realidad
y construir, en función de ésta,
de las condiciones histórico-materiales
y de los intereses de los actores
la estrategia más adecuada”
Montaño Carlos.***

El presente trabajo se realiza en el marco de la Licenciatura de Trabajo Social como requisito para obtener el título de Licenciada en Trabajo Social, carrera desarrollada a través del Departamento de Trabajo Social, en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

El tema seleccionado para la siguiente tesina de grado nace del interés por abordar y cuestionar el sistema de salud. Claro que este interés deviene del trabajo realizado con familias en el MIP III al observar recurrentemente las dificultades que presentaban las mismas para acceder al sistema de salud.

La tesis intenta responder a la siguiente pregunta: ¿derecho al acceso de salud o mercantilización de la salud en el Uruguay?. Sabemos que no es una pregunta ingenua y que contiene implícita varias ideas que iremos desarrollando a lo largo del presente trabajo.

El enfoque teórico metodológico desde el cual se aborda el tema es a través de la óptica materialista dialéctica. Puesto que a través de las diferentes “mediaciones” pudimos ir develando las determinantes que existen en el sistema de salud en Uruguay, de esta manera nos fuimos acercando más a la compleja realidad hasta poder dilucidar la pregunta que nos motiva a incursionar en este tema.

A continuación nos acercaremos a las diferentes etapas por las cuales pasó nuestro abordaje sobre el tema de la salud y como fuimos trascendiendo la pseudoconcreción y el pensamiento cotidiano.

El primer acercamiento que realizamos fue a través de una forma de abordaje de la realidad típica de lo que Kosik (1996) denomina como el “hombre práctico utilitario”. Es decir que se tenía una visión que partía del “sentido común”¹, de la familiarización que teníamos con el tema a partir de los medios de comunicación. Pero esta forma de manejarnos es lo que Heller (1972) llamaría “el despliegue liso de la vida cotidiana”, es decir, escuchamos los diferentes discursos con total normalidad sin llegar a cuestionarnos acerca de las determinaciones que subyacen en los mismos. Ésta forma de abordaje no nos proporcionó una comprensión del tema.

Dice Kosik al respecto: *“la actitud que el hombre adopta primaria e inmediatamente hacia la realidad no es la de un sujeto abstracto cognoscente, o la de una mente pensante que enfoca la realidad de un modo especulativo, sino la de un ser que actúa objetivamente y prácticamente”* (KOSIK; 1996:25).

Este pasaje nos muestra como el hombre actúa reproduciendo determinadas discursos que no son “naturales”, ni “neutrales”, sino que reproducen la supremacía de la clase dominante al tomar, todos los hombres, como propias las conductas que perpetúan la hegemonía. Pero mientras que nos acercábamos a estudiar el tema de una manera “ingenua”, comenzaron a impresionarnos y cuestionarnos determinados discursos y afirmaciones. Así, de estas inquietudes y del permanente cuestionamiento reforzado con lecturas surgió la necesidad de romper con el pensamiento cotidiano y comenzar a problematizar el tema de la salud en el Uruguay. Era necesario “trascender” el fenómeno en sí, y llegar a niveles más profundos de crítica, de aprensión y comprensión del tema.

¹ Tal vez sea importante aclarar que es discutible si luego de cuatro años de carrera el “sentido común” es tal o sería acumulación de conocimientos que hemos ido adquiriendo en este proceso de aprendizaje, pero dicho tema no nos concierne en este documento monográfico.

Sentimos que para comprender mejor el tema de la salud era necesario comprenderlo en relación con otros problemas (totalidad de los problemas) que también tiene el país hoy. Y *“totalidad significa: realidad como un todo estructurado y dialéctico, en el cual puede ser comprendido racionalmente cualquier hecho. Reunir todos los hechos no significa aún conocer la realidad, y todos los hechos juntos no constituyen aún la totalidad”* (KOSIK; 1996:55).

Desde esta perspectiva comprendimos que el problema de la salud no es un hecho aislado, sino que conforma parte de un todo, pero a su vez es un hecho concreto. Este hecho forma parte de un todo que tiene su propia estructura y movimiento. Es así que: *“el principio metodológico de la investigación dialéctica de la realidad social es el punto de vista de la realidad concreta, que ante todo significa que cada fenómeno puede ser comprendido como elemento de un todo”* (KOSIK; 1996:61).

Es decir que realizamos un “ascenso” de lo particular a la totalidad, colocándolo de esta manera en ese movimiento. La dialéctica de la relación entre la totalidad y sus partes no excusa sino que exige el estudio pormenorizado de las partes del todo. Lo que no obstante da coherencia y sistematicidad a la suma de análisis particulares, e impide que se transformen en una aglomeración de datos, es justamente que no se trata de una adición desordenada, sino de un todo integrado del cual se parte pero cuyas determinaciones específicas deben estudiarse *en concreto* para establecer su verdadera relación con el conjunto y entre sí. Se busca en suma pensar en concreto y poder reflexionar en abstracto. Lo que se buscaba, abordando el tema de la salud con ésta perspectiva era tener en cuenta el contexto en el cual nos preguntamos si la salud es un derecho o una mercancía, buscando mediaciones como bien lo pueden ser, el derecho, la democracia, la mercantilización, la pobreza y el trabajo, ésta sería nuestra manera de abordar el tema. Que lejos de ser simplista o fragmentaria, abordaría el tema en toda su complejidad.

Es por todo lo expuesto que concluimos que el materialismo dialéctico, con su carácter de reflexión total y totalizante resulta incomparablemente superior en el terreno de lo metodológico porque nos permite comprender mejor la realidad y el tema a trabajar.

El punto de vista marxista, entonces, lejos de transformarse en una llave maestra para la explicación de todos los problemas, es una invitación a abordar la realidad en toda su complejidad y sus contradicciones. Es lo opuesto a la simplificación y a veces la simple eliminación de los aspectos que no coinciden con el «esquema» como sería el planteo positivista por ejemplo.

El presente trabajo consta de 5 capítulos. El primero de ellos cuenta con una contextualización histórica del Estado y el devenir del mismo. Así como también trabajamos la construcción de la cuestión social en nuestro país.

El segundo capítulo desarrolla conceptos importantes para poder entender y comprender si la salud es un derecho o una mercancía. De esta manera se aborda el tema de la salud, mercantilización, derecho y democracia.

En el tercer capítulo se trabaja si el acceso al sistema de salud es realmente un derecho. Se trabaja desde el punto de vista del derecho internacional y nacional. Se realiza una división del sistema de salud en público y privado para poder observar como llevan adelante las tareas y cuan eficiente y eficaces son. Vemos también algunos números y estadísticas al respecto.

En el penúltimo capítulo se trabaja la reforma de la salud. Cómo es, de qué cambios consta y los pros y contra que puede tener tal cambio.

El último capítulo son algunas reflexiones finales que son el resultado de lo reflexionado al realizar el trabajo.

CAPÍTULO 1.

EL ESTADO LIBERAL Y EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA CUESTIÓN SOCIAL EN EL URUGUAY.

“Yo no soy tan simplista para creer que el imperialismo tiene la culpa de todos los males del mundo.

Pero sí creo que el imperialismo tiene la culpa de casi todos los males”.

Eduardo Galeno.

La expansión del Estado de Bienestar ha sido indudablemente uno de los rasgos más destacados en la evolución del mundo capitalista durante el siglo XX.

Los Estados de Bienestar, aunque con grandes defectos, nos han acercado y mostrado el principio de una sociedad más justa que se vio truncada por fuertes cambios económicos, políticos, sociales e ideológicos, que se han producido en las últimas décadas, pero que a su vez dan cuenta de la imposibilidad de realización de esta utopía en el marco del sistema de acumulación constante y las dinámicas basadas en el mercado que son características del sistema en el que vivimos.

En el Uruguay este modelo estatal se desarrolló en las dos presidencias de José Batlle y Ordoñez² quien propugnaba un **“desarrollo integral del hombre y una sociedad solidaria”** (NAHUM, 1999:83), buscando anteponer siempre la libertad y la justicia social.

Como bien señala Nahum: *“Negando que la violencia de las luchas sociales que había vivido la vieja Europa tuvieran que reproducirse en el joven Uruguay, creyó que había que anticiparse a su estallido mediante la intervención del Estado,*

² Primera presidencia 1903-1907, segunda presidencia 1911-1915.

árbitro y componedor de las disputas sociales. Pero un Estado como juez inclinado hacia los más débiles: el obrero (jornada laboral de 8 horas); el anciano (pensiones a la vejez); el niño (educación extendida); el enfermo (asistencia pública gratuita y laica); la mujer (el divorcio por sola voluntad)".(NAHUM, 1999:85)

Así el Estado Uruguayo dejaba de ser un Estado "no intervencionista" y pasaba a considerar que era responsabilidad suya conseguir: una situación de pleno empleo, un sistema de seguridad social que cubriera la totalidad de la población, la generalización de un alto nivel de consumo y la garantía de un nivel de vida mínimo incluso para los más desfavorecidos.

Pero ante la crisis económica que surge al finalizar la década del 60 y principios de la del 70 el *"Estado de Bienestar con dificultades para atender los problemas sociales y cuestionado de diferentes perspectivas comienza a ser desmantelado (...). Se lo presenta como obsoleto, ineficaz y coercitivo, bajo la promesa de que su desaparición, o su achicamiento, y una mayor "libertad de mercado" traerán nuevos niveles de equidad y libertad"* (CARBALLEDA, 2002:48).

Frente al agotamiento de este modelo estatal aparecen las tendencias neoliberales (que los gobiernos de Reagan 1980 en EE.UU y Thatcher 1979 en Gran Bretaña, ejemplificaron muy bien), las cuales proponen un cambio de valores y una renuncia al Estado de Bienestar. La prioridad estaría ahora en una sociedad regida casi totalmente por el mercado, una sociedad competitiva y móvil, donde cada uno tuviera que asumir los riesgos de la libertad de la misma manera que acepta sus ventajas. Queda claro entonces que *"ya no se puede seguir hablando de la crisis del Estado de Bienestar en nuestra región, sino de la imposición de un nuevo régimen que simboliza un ideario diferente, uno de exclusión social"* (VAN DER VEEN - LO VUOLO, 2002:17).

Mónica De Martino al hablarnos del modelo neoliberal nos manifiesta que se caracteriza por:

- “1) *desregulación amplia de la economía;*
- 2) *autonomía del sector financiero;*
- 3) *desmantelamiento del sector público;*
- 4) *abandono de las funciones estatales de promoción e integración social”* (DE MARTINO, S/A:4).

Queda así plasmada la tesis básica del neoliberalismo: el mercado es la forma más eficiente y eficaz para la asignación de recursos para satisfacer de esta manera las necesidades de los individuos.

Es ahora a través del mercado y no del Estado que el individuo deberá cubrir sus necesidades. De esta manera el Estado prácticamente no interviene sino que es el mercado el que opera.

La política neoliberal entonces promueve un retiro del Estado del mercado para que no ahogue las iniciativas privadas, dado que el mismo debería autorregularse.

El neoliberalismo apuesta a que el mercado es el mejor proveedor de recursos ya que el Estado genera clientelas pasivas³. De esta manera existe un viraje en la manera de proveer la protección social. *“En el campo de las políticas sociales, estas transformaciones se traducen en el pasaje de políticas centralizadas a descentralizadas; de carácter sectorial a políticas integrales; con pretensión de universalidad a otras focalizadas y finalmente de políticas administradas por el Estado a la delegación de funciones al sector privado”* (BARAIBAR, 2003:1)

³ Como bien señala Kymlicka Hill Y Norman Wayne. (1997). Este tema tiene que ver con la promoción de pasividad de los individuos que reciben los beneficios. Pero además, no sólo son pasivos sino que muchas veces son carentes de obligaciones por lo que reciben. La conducta pasiva de los actores genera en muchas ocasiones que los burócratas o funcionarios públicos a cargo de los programas terminen redefiniéndolos sin que el beneficiario se preocupe.

Este modelo se instaura en el Uruguay a partir de 1968 y se establece en la presidencia de Jorge Pacheco Areco, Juan María Bordaberry, el golpe de estado, las dos presidencias de Julio María Sanguinetti, la de Luis Alberto Lacalle, la de Jorge Batlle y la actual de Tabaré Vázquez.

Dentro de este pensamiento en muchos países de Latinoamérica -Uruguay no es ajeno a esta realidad- comienzan a pensarse reformas con respecto al Estado las cuales se asientan básicamente en un achicamiento del mismo bajo el discurso hegemónico de que esta manera se va a tornar mas eficiente y eficaz.

Es así que: *“La redefinición del rol del Estado, su relacionamiento con el sector privado- tendientes a reducir la intervención gubernamental en la esfera privada-, y el incremento de la eficiencia en la gestión estatal, han orientado, de una u otra forma la acción de los Gobiernos de este último período”* (BENTURA - STENERI, 2002:3).

De esta manera el Estado se ve obligado a renunciar a ciertas intervenciones que realizaba en el ámbito de la salud, la educación, etc., bajo el discurso hegemónico del Estado mínimo. *“De cualquier manera, la privatización y tercerización de los servicios públicos se consideran estrategias adecuadas en el actual contexto socioeconómico, en la medida que contemplan la modernización de la esfera estatal y, simultáneamente, admiten la participación de agentes privados”* (MIDAGLIA, 2001:204)

Es entonces dentro del contexto de la reforma del Estado que es pertinente hablar de las nuevas manifestaciones y del nuevo trato a la cuestión social. Entendiendo que: *“La “cuestión social” no es otra cosa que expresiones del proceso de formación y desarrollo de la clase obrera y de su ingreso en el escenario político de la sociedad, exigiendo su reconocimiento como clase por parte del empresario y del Estado. Es la manifestación, en el cotidiano de la vida social, de la contradicción entre el proletariado y la burguesía, la cual pasa a exigir*

otros tipos de intervención, más allá de la caridad y represión” (IAMAMOTO, 1997:91-92).

Asociada la cuestión social, a lo que Netto llama refracciones del capital y vinculada muy estrechamente “al proceso de formación y desarrollo de la clase obrera” que cuestionará el orden establecido, entendemos entonces que la cuestión social es una construcción conservadora, que surge en el siglo XIX. El carácter de dicha construcción es tal porque surgen para dar respuesta a ella, los seguros sociales, que realizan concesiones a la clase obrera, evitando la polarización, las interferencias con la producción en masa y con el sistema de acumulación. En este contexto la cuestión social remitía a los *disfuncionamientos de la sociedad industrial naciente* hacia fines del siglo XIX. Hoy en día la cuestión social trae aparejados nuevas manifestaciones y disfuncionamientos.

Robert Castel al hablarnos de cuestión social nos dice: “*La ‘cuestión social’ es una aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura. Es un desafío que interroga, pone en cuestión la capacidad de una sociedad (lo que en términos políticos se denomina una nación) para existir como un conjunto vinculado por relaciones de interdependencia.*” (CASTEL, 1997: 351)

Hoy la sociedad afronta nuevas manifestaciones de la cuestión social (contradicción capital-trabajo) que se enmarca en una distribución regresiva del ingreso, la privatización y descentralización de muchos servicios por parte del Estado, lo cual genera un alto grado de desocupación y la precarización del trabajo⁴ lo que trae aparejado un alto grado de exclusión y pobreza. Al decir de

⁴ Como dice Castel (1997, 13) “*La situación actual está marcada por una conmoción que recientemente ha afectado a la condición salarial: el desempleo masivo y la precarización de las situaciones de trabajo, la inadecuación de los sistemas clásicos de protección para cubrir estos estados, la multiplicación de los individuos que ocupan en la sociedad una posición de super numerarios, “inempleables”, desempleados o empleados de manera precaria, intermitente*”

lamamoto (1997) la cuestión social hoy "(...) es *aprehendida como conjunto de las expresiones de las desigualdades de la sociedad capitalista madura*"

Ante esta realidad los mecanismos clásicos de administrar la cuestión social: la represión y la caridad han sido descontinuados en su uso, proponiendo el modelo neoliberal un nuevo trato para la cuestión social. "*Por um lado, elas são retiradas paulatinamente da órbita do Estado, sendo privatizadas: transferidas ao mercado e/ou alocadas na sociedade civil. (...) Por sua vez essas políticas sociais são focalizadas, isto é, dirigidas exclusivamente aos sectores portadores de carecimentos pontuais (...).*" (MONTAÑO, S/A: 2 - 3).

Hacemos acuerdo con los autores manejados que no es que exista una nueva cuestión social⁵, sino que es la misma que nace de la contradicción capital-trabajo, lo que si ha ido cambiando es el trato, la manera de trabajar y atacar esta "metamorfosis de la cuestión social". El nuevo trato por parte de los modelos neoliberales se basa en una clara transferencia de responsabilidades del Estado hacia la sociedad. Por un lado el Estado privatiza algunos servicios que venia brindando.

Pero además existe un cambio en cuanto a las políticas sociales que implementa. Mientras que las políticas sociales en el Estado de Bienestar tendía a regular la vida individual privada, renunciando, de alguna forma, a la premisa liberal que postulaba lo contrario. Esta intromisión, sin embargo, era indispensable para lograr individuos cuyo comportamiento se adecuara a las necesidades de la sociedad de consumo.

⁵ Cabe acotar que no hacemos acuerdo con la postura de P. Rosanvallon (1995) quien habla de una "nueva cuestión social" que no remite solamente a las tradicionales disfuncionalidades de la sociedad industrial, sino que plantean también nuevos fenómenos de exclusión y situaciones de desventaja social, derivados de la estructura social misma y de la aplicación de las nuevas políticas sociales. Patricia Schettini y Julio Sarmiento abordan y trabajan también el tema de que la "nueva cuestión social" es la exclusión. (2000: 99).

De esta manera, *“lo que queremos señalar es que el Estado de Bienestar, más que una concepción de familia subrayó o abordó problemáticas familiares a partir de una perspectiva de los derechos individuales (...)”* (DE MARTINO, S/A: 8)

Es así que la familia fue “perdiendo terreno” en cuanto sus funciones anteriores, las cuales pasaban a ser abordadas cada vez más por instituciones especializadas (escuela, hospital, clínica, asilos), esto, con el costo correspondiente siendo asumido por el Estado.

El neoliberalismo, en cambio, apoyado en su postulado de la incapacidad del Estado de hacerse cargo eficazmente de estas funciones, y culpando a los enormes costos de las Políticas Sociales y del Estado en general de los fracasos económicos, propone a la familia como entidad social que tiene sobre sus hombros la reproducción del sistema, entendiendo a la *“familia como una unidad económica y política, de resolución de los problemas de la racionalidad del modelo”*. (DE MARTINO, S/A: 11). En el Estado Neoliberal, las Políticas Sociales dejan de ser una inversión, para transformarse en un gasto. Pero a partir de ahora, el gasto lo hará la familia.

En la actualidad como dice Castel: *“existe una dificultad creciente para estar asegurado contra los principales riesgos sociales que podrían clasificarse como “clásicos” y que parecían haber sido esencialmente neutralizados (accidente, enfermedad, desempleo, incapacidad de trabajar debido a la edad o la presencia de una discapacidad...)*. (CASTEL.2004:75).

Queda de esta forma plasmado como existe en nuestra sociedad lo que Castel denomina como la “inseguridad social” que se forma por los clásicos riesgos sociales que no encontraron una verdadera respuesta en los seguros sociales y los nuevos riesgos sociales engendrados a partir del desmantelamiento del Estado de Bienestar, a partir de la realidad que nos tocó vivir cuando el Estado ya no dio respuesta a muchas de las demandas de los ciudadanos.

“En el momento en que los sistemas de producción de seguridad clásicos se han debilitado de esta manera, pareció una nueva generación de riesgos, o al menos de amenazas percibidas como tales: riesgos industriales, tecnológicos, sanitarios, naturales, ecológicos, etc.” (CASTEL.2004:76).

Esta nueva inseguridad se traduce en las múltiples esferas de la vida de los actores sociales y conviven con este riesgo social en su vida cotidiana. La salud o el acceso a la salud no es un tema ajeno a esta realidad. De lo anteriormente expuesto podemos vislumbrar que podemos realizar dos distinciones en cuanto a la salud.

En primer lugar podemos hablar de la problemática de la salud o más bien la “enfermedad”, como una clara manifestación de la cuestión social, que a pesar de los cambios y mutaciones que ha tenido la cuestión social no es posible dentro de este sistema capitalista acabar con ella.

En segundo lugar es posible hablar de lo dificultoso que es acceder a un digno sistema de salud: tal vez porque se ha mercantilizado el sistema de salud, tal vez porque nuestro sistema democrático no ha sabido plantear una salida decorosa al problema del acceso al sistema de la salud o tal vez porque el mercado a invadido todas las esferas de nuestras vidas. Este también sería en teoría uno de los tantos productos que engendró la cuestión social. Queremos aclarar que **no es el derecho** a la salud lo que debe garantizar el Estado, porque ningún Estado puede garantizar que sus ciudadanos no se enfermen, lo que si debe garantizar es el **derecho a acceder a un decoroso sistema de salud**. Es este punto, el derecho al acceso al sistema de salud es el que pretendemos abordar y problematizar.

CAPÍTULO 2.

SALUD, DERECHO, MERCANTILIZACIÓN Y DEMOCRACIA: ¿DE TODOS Y PARA TODOS?

**“El hombre es el mismo en todos los Estados,
el rico no tiene el estómago más grande que el pobre;
las necesidades naturales son las mismas para todos,
los medios de poder deben ser iguales para todos”**

Juan Jacobo Rousseau.

Consideramos pertinente comenzar definiendo los términos que están en juego, a saber: salud, derecho, mercantilización y democracia. Porque son expresiones que se entrelazan a la hora de cuestionarnos si en nuestro país la salud o mejor dicho el acceso a la salud es un derecho o una mercancía. Es por ello que visualizamos de manera positiva el poder trazar a grandes rasgos que es lo que entendemos en el presente trabajo cuando hablamos de derecho, salud, mercantilización y democracia.

A los efectos del presente trabajo entendemos que la **democracia** *“excede a un método para elegir a quienes gobiernan, es también una manera de construir, garantizar y expandir la libertad, la justicia y el progreso, organizando las tensiones y los conflictos que generan las luchas de poder”*. (PNUD; 2000, 33). Podemos hablar entonces de una democracia electoral que se basa en la posibilidad de elegir a nuestros gobernantes pero también es necesario hablar e instaurar una democracia de ciudadanía que permita acceder a la equidad.

“En América Latina se ha alcanzado la democracia electoral y sus libertades básicas. Se trata ahora de avanzar en la democracia de ciudadanía. La primera nos dio las libertades y el derecho a decidir por nosotros mismos. (...). La segunda, hoy plena de carencias, es la que avanza para que el conjunto de

nuestros derechos se tornen efectivos. Es la que nos permite pasar de electores a ciudadanos.” (PNUD; 2000, 34).

El informe del PNUD nos muestra que ésta es la realidad en América Latina y que Uruguay no es ajeno a esta realidad. Debemos abogar por una democracia no electoral porque esta la tenemos, sino abogar por una democracia en donde los derechos se efectivicen, en donde el ejercicio pleno de mis derechos me lleve a ser un ciudadano pleno.

Dicho informe sostiene que *“sólo con más y mejor democracia las sociedades latinoamericanas podrán ser más igualitarias y desarrolladas. La razón es que sólo en democracia, quienes carecen de niveles mínimos de bienestar y sufren las injusticias de la desigualdad pueden reclamar, movilizándose y elegir en defensa de sus derechos”.* (PNUD; 2000, 38).

Para Robert Dahal la democracia se caracteriza por:

- “1. Autoridades Públicas electas.*
- 2. Elecciones libres y limpias.*
- 3. Sufragio universal.*
- 4. Derecho a competir por cargos públicos.*
- 5. Libertad de expresión.*
- 6. Información alternativa.*
- 7. Libertad de asociación.” (DAHAL apud SHETTINI – SARMIENTO;2000, 91).*

La presente enumeración de las características de la democracia nos habla de una democracia representativa, que nos muestra la implementación de mecanismos democráticos relacionados con los procesos de toma de decisiones en el Estado.

Por todo lo anteriormente expuesto es que podemos afirmar que es dentro de este sistema democrático en donde tenemos la posibilidad de vislumbrar un

camino nuevo con más equidad. Por eso aunque carente y defectuosa este es el mejor sistema para poder encontrar y provocar nuevos caminos.

Queda claro que la República Oriental del Uruguay tiene un gobierno democrático representativo en el cual cada uno de los ciudadanos tiene derechos y obligaciones.

Es así que entendemos al **Derecho** como: *“el conjunto de normas de conducta, inspiradas en el ideal de justicia e impuestas coercitivamente, que al determinar las facultades y obligaciones de cada uno hacen posible la coexistencia social”*. (VESCOVI;1989:12).

Entonces el Derecho es un conjunto de normas que se imponen coercitivamente a las personas que viven y se encuentran en una nación. Es el conjunto de normas que regulan la convivencia social y permiten resolver los conflictos interpersonales. Y que como bien señala Vescovi se *“ocupa de la conducta exterior del hombre, de reglamentar sus actos para hacer posible la coexistencia social; ésta es su finalidad. Por eso le interesan las acciones de los hombres en su repercusión social, en cuanto lo ponen en relación con los demás individuos.”* (1989:5).

Es entonces un orden normativo que se inspira en un ideal superior de justicia. Y que se basa en las relaciones sociales existentes que de alguna manera van a determinar su carácter y contenido. *“Su materia son las relaciones sociales externas, necesarias para la convivencia.”* (VESCOVI. 1989:5). Regula entonces no la conducta interior del hombre sino el relacionamiento con los demás, regula cuales son los comportamientos que se deben tener y cuales no, regula también la relación entre las personas y el Estado.

Para realizar nuestro análisis es pertinente hacer una clasificación del Derecho en dos sentidos.

El primero sería desde el punto de vista: **subjetivo y objetivo**. *“No hay dudas, pues, que el Derecho, como norma de conducta, lo encontramos en toda nuestra vida. Pero a veces se habla de Derecho en otro sentido; cuando yo digo que tengo derecho a expresar mi pensamiento, a practicar un culto, a vivir, no me refiero a la norma sino a la facultad que me da la norma para ejercer cierta libertad.*

En la primera acepción hablamos del Derecho en general, como norma y se llama Derecho objetivo.(...) En la segunda acepción pensamos en el Derecho como facultad y se llama derecho subjetivo” (VESCOVI; 1989:7).

Es decir, que desde el punto de vista objetivo serían el conjunto de leyes, reglamentos y demás resoluciones, de carácter permanente y obligatorio, creadas por el Estado para la conservación del orden social. Desde el punto subjetivo sería la capacidad o facultad de ejercer o no cierta libertad. Sería el derecho en nuestra vida cotidiana, serían aquellas conductas podemos exigir de los otros y cuales nos pueden exigir a nosotros. Pero para que esto sea posible, es preciso que exista un conjunto de normas o reglas establecidas en virtud de las cuales surja la posibilidad de reclamar o de quedar sujetos a una reclamación.

Y el segundo sería desde el punto de vista de la distinción que se hace entre **derechos civiles y políticos y económicos, sociales y culturales**. Los derechos civiles y políticos son la libertad física, de palabra, de pensamiento, el derecho a la propiedad, de ejercer libremente cualquier culto, la participación política, la libertad de elegir y ser elegido. Los derechos económicos, sociales y culturales serían: la seguridad social, libertad sindical, vivienda, educación, salud y participación en las actividades culturales, entre otros.

En gran parte una de las diferencias mayores que tienen estos derechos es la justiciabilidad de los mismos. *“Justiciabilidad entendida como la posibilidad de reclamar ante un juez o tribunal de justicia el cumplimiento al menos de alguna de las obligaciones que constituyen su objeto de derecho” (ABRAMOVICH - CURTIS;*

1998, 296). Resulta evidente que para hablar de justiciabilidad es necesario que estén bien marcadas las obligaciones de las partes.

Cuando hablamos de justiciabilidad vemos una clara diferencia en el pensamiento "naturalista" entre los derechos civiles y políticos y los económicos, sociales y culturales. La diferencia radicaría *"en el supuesto carácter de obligaciones negativas del primer conjunto de derechos, mientras que los derechos económicos, sociales y culturales implicarían el nacimiento de obligaciones positivas que en la mayoría de los casos deben solventarse con los recursos del erario público"* (ABRAMOVICH – COURTIS; 1998,284)

De acuerdo a esta postura, las obligaciones negativas del Estado se agotarían en un no hacer, mientras que las positivas tendrían una constante intervención hasta económica del Estado como bien puede ser proveer servicios de salud. Acá está el nudo problemático de la justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales a saber: ¿Cuándo y cuanto podemos exigirle al Estado? ¿Es posible exigirle al Estado que garantice un acceso digno al sistema de salud por y para todos?

Las visiones modernas nos hablan de que la división en derechos económicos, sociales y culturales y los civiles y políticos es algo arbitraria. Mostrando que están en desacuerdo con esta distinción banal. Proponen en cambio *"un esquema interpretativo consistente en el señalamiento de "niveles" de obligaciones estatales, que caracterizarían el complejo que identifica a cada derecho, independientemente de su adscripción al conjunto de derechos civiles y políticos o al de económicos, sociales y culturales. De acuerdo a esta propuesta, podrían discernirse cuatro "niveles" de obligaciones: una obligación de respetar, un obligación de proteger, una obligación de garantizar y una obligación de promover el derecho en cuestión"* (VAN HOOFF apud ABRAMOVICH - COURTIS;1998, 287)

De esta manera vemos como cualquiera de los derechos tendría un sesgo positivo y negativo por parte del Estado. Esta visión permitiría que los derechos sean todos por igual en cuanto a la justiciabilidad.

De lo expuesto anteriormente podemos deducir que el Derecho nace como una relación de fuerzas entre personas desiguales que busca poner en un plano de igualdad y regular las conductas. El Derecho busca una conducta deseada. Regula en sí la relación entre los diferentes sujetos de derecho.

Ricasens al hablarnos de Derecho nos dice que: *"surge precisamente como instancia determinada de aquello a lo cual el hombre tiene que atenerse en sus relaciones con los demás –certeza- pero no sólo certeza teórica (saber lo que se debe hacer), sino también certeza práctica, es decir, seguridad: saber que esto tendrá forzosamente ocurrir, porque será impuesto por la fuerza, si es preciso, inexorablemente"*. (RICASENS; S/A, 221).

Vemos entonces que lo que busca el Derecho es crear un orden seguro en el que los hombres puedan desarrollar libremente sus relaciones con los demás pero que si infringen alguna norma con certeza recibirán un castigo.

Según Kelsen el derecho en si mismo no es un fin sino un medio que la sociedad puede libremente utilizar para alcanzar algún fin deseado. (RICASENS; S/A, 224). Entonces el derecho tiene como función garantizar determinados derechos que tienen los hombres y además crea un marco de seguridad para que puedan alcanzar algunos fines.

Si bien vivimos en un país en democracia en el cual gozamos de **derechos civiles y políticos y económicos, sociales y culturales**, no podemos negar que estamos insertos dentro del sistema capitalista cuya lógica suprema es el mercado.

Para hablar de **mercantilización** diremos que: *“La riqueza de las sociedades en las que domina el modo de producción capitalista se presenta como un 'enorme cúmulo de mercancías', y la mercancía individual como la forma elemental de esa riqueza”* (MARX; 1975, 43) .

A pesar de la época histórica en la cual escribió Marx, el señalaba la tendencia del capitalismo de “mercantilizar” todo aquello que no es propiamente una mercancía⁶ como bien lo puede ser el acceso a la salud, la ideología, las relaciones sociales, entre otras cosas. Mercancía por no contener trabajo humano objetivado (*valor*, en la terminología de Marx) o no ser reproducible: *“Todo, mercancía o no mercancía, se convierte en dinero. Todo se vuelve venal y adquirible”; “Cosas que en sí y para sí no son mercancías, como por ejemplo la conciencia, el honor, etc., pueden ser puestas en venta por sus poseedores, adoptando así, merced a su precio, la forma mercantil. Es posible, pues, que una cosa tenga formalmente precio sin tener valor”*.(MARX; 1975,52) . Hoy en día son mercancía todas las cosas desde la taza que utilizamos para desayunar hasta el derecho que se puede tener para el libre acceso al sistema de salud.

La utilidad que tiene la mercancía es el valor de uso⁷ que tiene el objeto o el servicio, ahora el valor de cambio es el valor que adquiere cuando yo lo voy a vender, es decir, su precio. Ese plusvalor es lo que genera y motiva a la mayor producción de mercancías pues lo que busca como finalidad es una ganancia, un mayor rédito de dinero.

Queda plasmada de esta manera la naturaleza del capitalismo: la búsqueda del máximo beneficio a través de la mercantilización. Busca la ganancia constante y la acumulación del capital.

⁶ Entendiendo a las mercancías como la cosa en sí, es decir, el objeto externo que satisfacen las necesidades humanas que son producto del trabajo humano. En palabras de Marx: *“La mercancía es, en primer lugar, un objeto exterior, una cosa que merced a sus propiedades satisface necesidades humanas del tipo que fueran.”* (1975, 43)

⁷ Como dice Marx: *“El valor de uso se efectiviza únicamente en el uso o en el consumo.”* (1975, 44)

034165



Ahora bien, para que el acceso a un digno sistema de salud sea realmente un derecho social es necesario que su acceso no sea por la vía mercantil. En otras palabras que su acceso no se restrinja a si se tienen o no los recursos económicos para poder pagarla y de esta manera poder acceder, esta no debe ser la condición necesaria.

De lo trabajado hasta el momento podemos ir concluyendo que en el país en democracia en el cual vivimos es posible hablar de derechos y mercancías porque hay en abundancia ejemplos de las dos categorías pero antes de poder afirmar si en nuestro país la salud es un derecho o una mercancía es necesaria marcar de que hablamos cuando hablamos de salud.

Y en cuanto a la **salud** podemos encontrar muy variadas definiciones comenzando por la más básica que es entender a la salud como la ausencia de la enfermedad. *“Cuando el propio cuerpo no se hace notar, cuando funciona sin atenciones especiales, hay salud”* (HERZLICH apud DURÁN 1983: 34). También podemos ver a la salud como reserva entendida esta como que: *“no sólo se asume que se disfruta de salud en el momento presente, sino que existe una reserva, a menudo dotada ya al momento de nacer, que permite afrontar pequeños embates sin desgaste”*. (HERZLICH apud DURÁN 1983: 34). En un tercer lugar nos habla de la salud como equilibrio: *“el individuo se siente bien si consigue un estado armonioso entre sus distintas capacidades”* (HERZLICH apud DURÁN 1983: 34). Estas tres interpretaciones parecen insuficientes *“la primera es una condición en la que se está o es; la segunda se tiene, y la tercera se hace. En la primera la enfermedad destruye a la salud; en el segundo, la salud se interpreta como resistencia, y, en el tercer, como una capacidad de asimilación del desorden”*. (DURÁN 1983: 34).

Según la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la salud es entendida *“como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (O.M.S;1978,148). Como

podemos apreciar esta es una visión más amplia sobre la salud que evoca la idea de una salud integral.

“Otras definiciones de la propia OMS en materia de promoción de Salud dan cuenta de ...”proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como un objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, por lo tanto, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector salud.”

Concebir la salud como algo más abarcativo y complejo que el proceso de cura de enfermedades ha implicado trascender el individuo como beneficiario de políticas, como un objeto de acciones. Se trata de considerarlo inter-actuando y generando hechos concretos (sujeto de gestión) en el marco de un contexto social familias y comunitario.” (MPS; 2006, 10).

La salud es algo más que la salud individual y el objetivo de las políticas sociales. Debe comprenderse como un inestimable bien social. Que apunte a involucrar a los actores y a la comunidad buscando siempre como finalidad la salud integral⁸ y que sea accesible para todos.

⁸ La atención Integral a la Salud comprende un conjunto de actividades, centradas en las personas y el medio ambiente

Desarrolladas por equipos de trabajadores de la salud y la comunidad con el propósito de:

- Promover la salud
- Proteger contra la enfermedad
- Diagnosticar precozmente y tratar oportunamente y eficazmente la enfermedad
- Recuperar la salud
- Rehabilitar secuelas
- Brindar cuidados paliativos

Realizadas en todos los casos con una orientación preventiva y con un triple enfoque somático, psicológico y social, que integre el sistema de creencias y valores de la comunidad.” (CAMBIO DEL MODELO DE ATENCIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD, PROPUESTA AL CONSEJO CONSULTIVO VERSIÓN FINAL, APROBADA)

Resulta claro después de haber definido y trabajado los conceptos conjeturar cual es la relación que tienen los mismos. Podemos decir que en nuestro país, como veremos en el próximo capítulo, la salud es un derecho⁹. Entonces en un país en democracia la salud integral tiene relación directa con la plena ciudadanía¹⁰ en el ejercicio mismo de los derechos. Pero la pregunta es: ¿toda la población puede ejercer ese derecho? Y si no es así ¿existe una mercantilización de la salud? Estos son preguntas y temas que abordaremos con mayor precisión en el próximo capítulo.

⁹ Ahora si la salud es un derecho habría que reflexionar si es un hecho esta situación para todos los ciudadanos o una ilusión. En palabras del Gauchet, M *“Los hombres que realmente quieran ser veraces confesarán conmigo que después de haber conseguido la igualdad política de derecho, el deseo actual y el más activo es el de igualdad de hecho. Digo más, digo que sin el deseo o la esperanza de esta igualdad de hecho, la igualdad de derecho no sería más que una ilusión cruel”*. (GAUCHET, M. apud CASTEL; 2004: 37-38).

¹⁰ *“El calificativo de “ciudadano” también ayuda a enfatizar otro aspecto sustantivo de la propuesta: su intención de favorecer la integración social (...). El adjetivo “ciudadano” también ilustra un método de superar la exclusión: rescatando los valores de la ciudadanía en la construcción de las políticas públicas”*. (LO VUOLO; 2002, 23).

CAPÍTULO 3.

3.1. LA SALUD COMO DERECHO EN LOS SISTEMAS DEMOCRÁTICOS.

***“El capitalismo produce cada vez más,
para la producción
y no para el consumo”.***
Vivian Trias.

“El Uruguay esta viviendo una enorme crisis social y económica. Y la Salud, o la enfermedad, no escapan a ella. Esta crisis sanitaria ha golpeado fuertemente a casi toda la sociedad uruguaya y recién frente a ella nos cuestionamos cómo hemos encarado hasta ahora el tema: no tenemos un Sistema Nacional de Salud, no tenemos una cobertura universal, trabajamos priorizando la enfermedad y no la salud, no hay coordinación entre las diferentes instituciones sanitarias, el gasto en salud supera el 10% del PBI, hay superposición de recursos. (...) Los uruguayos hemos percibido la Salud por lo menos desde cuatro puntos diferentes: algunos como una dádiva del Estado, otros como una mercancía, muchos hoy, como algo inaccesible, y pocos como un derecho y bien público.” (SOSA, 2003: 11)

Frente a esta realidad y en el contexto del modelo neoliberal es que queremos reflexionar si en nuestro país ¿el acceso a la salud es un derecho o una mercancía?

Ahora bien como se declara en la Carta de las Naciones Unidas (26 de junio de 1945) *“tener buena salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideas políticas o condiciones económicas y social”.*

Cabe volver a aclarar (como lo hicieramos en el capítulo I) que en el presente trabajo nos referimos siempre al derecho que tienen los ciudadanos de

acceder al sistema de salud y no al derecho de tener o gozar de buena salud porque este nadie lo puede garantizar.

Veamos a través del siguiente cuadro el devenir histórico de la salud como derecho y en el siguiente cuales son las obligaciones estatales en cuanto a la salud en el derecho internacional.

Cuadro 1. Trayectoria de declaraciones y normas internacionales sobre derecho a la salud.¹¹

<i>Declaración con norma-pacto</i>	<i>Fecha</i>	<i>Concepción sobre derecho a la salud</i>	<i>Contenido del derecho a la salud</i>
OMS CARTA DE CONSTITUCIÓN	1946	-Definición de salud como estado completo de bienestar. -Goce del grado máximo de salud como derecho fundamental sin discriminación.	-La lucha contra la desigualdad -Sano desarrollo de la infancia Política de Estado: medidas socio-sanitarias, promoción y protección de la salud
DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (ART. 25.1)	1948	-Derecho a un nivel de vida adecuado: alimentación, vestido, servicios sociales y de asistencia médica. -Seguridad Social.	-Considera igualdad y universalidad como principios del derecho a la salud -No incorpora la definición de salud de la OMS
PACTO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (PIDESC).	1966: se formula. 1976: entra en vigor. Son 135 Estados partes Organización de las Naciones Unidas.	-Principal herramienta del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. -Art. 12: Establece compromisos estatales respecto al derecho a la salud para el disfrute universal del más alto nivel posible de salud física y mental. -Supervisado por el Comité de la ONU desde 1996.	-Reducción de la mortalidad y mortalidad infantil -Mejoramiento de la higiene del trabajo y medio ambiente -Prevención y tratamiento de enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y otras -Asistencia médica y servicios
OBSERVACIÓN GENERAL N° 14. Establece la interdependencia del derecho a la	Agosto del 2000	-Interpreta el Art. 12 del PIDESC para determinar alcance y contenidos del derecho a la salud: <ul style="list-style-type: none"> • Contenido normativo • Violación del derecho 	-Convierte en derechos las obligaciones estatales definidas en el Art. 12 -Define factores determinantes básicos de la

¹¹ ECHEVERRI, María Esperanza. "Derecho a la salud, Estado y globalización" Revista Fac. Nac. Salud Público. Vol 24 número especial. Universidad de Antioquia. Marzo 2006. Pág. 82.

Salud en el Uruguay: ¿Derecho o Mercancía?

salud con otros derechos humanos.		<ul style="list-style-type: none"> • Obligaciones del Estado • Medidas de aplicación nacional • Obligaciones de actores que no son Estado parte • Salud: derecho fundamental indispensable para el ejercicio de los demás DDHH <p>Obligaciones estatales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento jurídico • Reducción y eliminación de desigualdades y discriminación • Derechos de las mujeres (párr. 11-20), de los niños (párr.22-24), de las personas mayores y de los discapacitados (párr. 25), de los pueblos indígenas. • Distribución de los recursos (párr. 10) • Políticas y planes de salud (párr. 1) 	<p>salud: alimentación y nutrición, vivienda, agua potable, acceso a condiciones de trabajo seguras y sanas y medio ambiente sano (párr. 4)</p> <p>-Información-educación en salud</p> <p>-Participación población (párr. 11)</p> <p>Sistema de salud universal, equitativo, no regresivo, con servicios disponibles y accesibilidad no condicionada a capacidad de pago, con protección de grupos vulnerables y marginados y política de salubridad pública (párr. 8) con igualdad de oportunidades</p>
-----------------------------------	--	---	--

Cuadro 2. Obligaciones estatales en salud en el derecho internacional¹²

<i>Tipo de obligaciones</i>	<i>Definición</i>	<i>Contenido de la obligación</i>	<i>Violación de la Obligación</i>
RESPECTO (párr. 34,50)	-Abstención por parte del Estado de realizar ciertas prácticas y conductas que vulneren contenidos del derecho. -Es una obligación negativa porque se trata de "no hacer"	Abstenerse de (párr.34, 50) -Limitar el acceso universal y equitativo a bienes y servicios de salud -Limitar participación social en salud -Dañar el medio ambiente -Comercializar medicamentos peligrosos	Cuando las acciones políticas o leyes estatales producen daño p mortalidad evitable (por ejemplo regresividad en políticas públicas) que contravienen los establecido en el PIDESC
PROTECCIÓN (párr. 35,51)	Garantizar la protección a las personas de conductas abusivas y arbitrarias del propio Estado o de los particulares.	-Provisión de servicios judiciales para evitar y reparar las violaciones producidas (párr. 59) -Garantizar el acceso igual a servicios provistos por el Estado y por terceros -Medidas para grupos vulnerables y marginados	Cuando el Estado no adopta todas las medidas necesarias para "proteger dentro de su jurisdicción a personas contra las violaciones del derecho de la salud

¹² Idem. 7. Pág. 83.

Salud en el Uruguay: ¿Derecho o Mercancía?

		<ul style="list-style-type: none"> -Continuad en servicios durante procesos de privatización -Calidad en tecnología, medicamentos y recursos humanos -Velar por que las prácticas tradicionales no afecte la dignidad e las mujeres ni su acceso a los servicios. 	por terceros o por el propio Estado”
SATISFACCIÓN (párr. 36 a 38, 52)	<p>Acciones positivas que el Estado debe garantizar para hacer realidad el disfrute y ejercicio del derecho a la salud.</p> <p>Son acciones positivas, entre otras, las políticas de salud, la provisión de servicios, las medidas legislativas y de política para promover la equidad y la igualdad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Reconocimiento en los ordenamientos jurídico y político -Adopción de medidas legislativas -Acceso igual a factores determinantes básicos de la salud (FDBS) -Disponibilidad equitativa de servicios en el territorio nacional -Realizar política nacional de salud pública Seguro público nacional asequible -Educación y formación en salud -Garantía de facilidades para quienes no pueden ejercer estos contenidos del derecho 	<p>Cuando el Estado no adopta total o parcialmente o no da continuidad a las acciones positivas, a las “obligaciones básicas mínimas” o a los “contenidos esenciales” o no adopta las obligaciones inmediatas para la realización efectiva del derecho a la salud. Las obligaciones básicas mínimas son inderogables y su incumplimiento no puede justificarse en ninguna circunstancia.</p>

Uruguay es un país miembro de la ONU y ha ratificado los pactos por lo cual expresamente hace acuerdo con lo anteriormente expuesto.

Desde este punto de vista la **salud es un derecho de todos y para todos**, sin importar la posición económica, el credo, la etnia, o el partido político al que se afilie. Que debe ser respetado, protegido y que el mismo Estado debe realizar acciones positivas para que los ciudadanos disfruten de su derecho a la salud, así como garantizar obligaciones básicas mínimas.

La Constitución de nuestra República, a su vez, declara en el artículo 44 que *“el Estado legislara en todas las cuestiones relacionadas con la salud y la*

higiene pública, buscando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes". En el inciso N° 2 plantea *"todos los habitantes tienen el deber¹³ de cuidar su salud, así como de asistirse en caso de enfermedad y el Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes"*,

¿No entran en contradicción estas dos definiciones?

Está claro que el texto constitucional antecede a la irrupción del modelo neoliberal como hegemonía en la construcción de las políticas públicas de nuestro Estado. Sin embargo, en el proceso histórico de transformación del modelo estatal, es claro que estas regulaciones sirven de marco normativo para la transición sin mayores escollos, desde un modelo estatista que proveía de asistencia médica a la mayor parte de la población, a un sistema que privilegia la concepción de salud como mercancía y focaliza las políticas públicas justamente en aquellos a quienes señala la constitución: los indigentes o carentes de recursos.

Pero el origen de esta concepción "adelantada" del texto de 1934, tiene como marco un sistema de asistencia médica que se diferencia claramente del formato de prestación de servicios públicos en otras ramas. El sistema mutual, surgido en Uruguay desde principios de siglo, permitía la conjunción de una estructura privada de gestión de las políticas de salud, con un sistema de seguridad social estatal basado en la universalidad del trabajo "regulado". Los enormes cambios que sufrió el mercado laboral uruguayo, con un crecimiento sostenido, y en los últimos años vertiginoso, del desempleo y la informalidad, y el derrumbe del sistema solidario de previsión social, resultaron en el aislamiento del sistema privado, que enmarcado ahora ya sólo en el contexto del mercado, perdió

¹³ Mientras nuestra constitución enumera que la salud en nuestro país es un deber de cada uno de los habitantes. La Constitución italiana marca que *"el Estado tutela la salud como un derecho del individuo y de interés de la colectividad"* (BERLINGUER; 1994, 86) Y en la Constitución brasileña *"la salud es un derecho de la persona y un deber del Estado"* (BERLINGUER; 1994, 86)

su origen cooperativo y solidario para insertarse en la lógica del intercambio comercial como única posibilidad de existencia.

3.2. ¿DERECHO AL ACCESO DE LA SALUD O MERCANTILIZACIÓN DE LA SALUD EN EL URUGUAY?

***“Todavía no se consolidó
una prioridad de la salud
en las resoluciones gubernamentales,
en las opciones de la economía,
en las orientaciones de la sociedad (...)”.***
Giovanni Berlínquer.

El sistema sanitario uruguayo se caracteriza por una gran pluralidad y fragmentación institucional del sector sanitario. Contamos con la atención a la salud en el sector público (MSP) y contamos con una atención de la salud en el sector privado (mutualistas, emergencias móviles y casas de salud).

Además de esta división resulta claro que ni en el sector público ni en el privado *“es homogéneo ni se observa relaciones pautadas de complementación al interior del mismo ni respecto de otro, más allá de la eventual compra y venta de servicios. A su vez, hay grandes desniveles en el gasto por usuario entre estos subsectores”*.(PROYECTO DE LEY DE LA REFORMA DE LA SALUD: FEBRERO 2007).

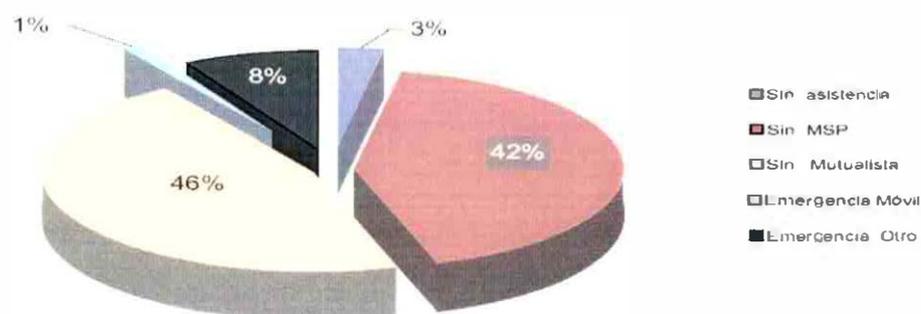
El financiamiento en el sector público se genera a través de los tributos, los impuestos, la seguridad social (dentro de ella encontramos las contribuciones del empleador y del empleado, aportes de pasivos y transferencias del gobierno a la seguridad social) y precios. El financiamiento privado serían los hogares a través de su pago de su bolsillo y el endeudamiento con organismos de carácter privado

y la transferencia que realiza DISSE a las mutualistas privadas. El gasto en salud con financiamiento público es de \$16.879 millones y en el sector privado es de \$33.984 millones. (MPS; 2006,14)

En el siguiente cuadro se puede apreciar que cantidad de personas se atienden en los enumerados servicios basados en que en el Uruguay hay un total de población de 3.305.723 habitantes¹⁴.

Población urbana, por atención de la salud, según grandes áreas y grupos de población. (porcentajes) Año 2005						
	Total	Sin asistencia	MSP	Mutualista	Emergencia Móvil	Otro
Total	100.0	2.8	42.3	45.9	1.0	8.0
Menores de 14 años	100.0	1.6	61.2	25.7	1.2	10.4
Inactivos	100.0	2.1	41.9	46.2	1.1	8.7
Ocupados	100.0	3.2	30.2	59.3	0.8	6.5
Desocupados	100.0	7.5	64.7	19.8	2.0	6.0
Montevideo	100.0	2.9	30.7	57.7	1.2	7.6
Menores de 14 años	100.0	1.5	49.6	37.4	0.8	10.7
Inactivos	100.0	2.2	29.2	59.2	1.3	8.1
Ocupados	100.0	3.1	20.9	69.0	1.0	6.0
Desocupados	100.0	9.1	53.4	29.3	2.6	5.7
Interior	100.0	2.7	54.0	34.0	0.9	8.4
Menores de 14 años	100.0	1.7	70.5	16.2	1.4	10.2
Inactivos	100.0	2.1	55.1	32.8	0.8	9.2
Ocupados	100.0	3.3	40.3	48.8	0.6	7.0
Desocupados	100.0	5.9	76.1	10.2	1.5	6.3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística - Encuesta Continua de Hogares.



¹⁴ Dato extraído del INE referente al año 2005.

En el anterior cuadro es posible ver la diferencia, aunque es poca, de los usuarios de cada servicio. El 54.9% se atiende en la salud privada ya sea en una mutualista, con la emergencia móvil u otro, el 42.3 % en la salud pública y sólo el 2.8% carece de cobertura.

Observamos además que en la franja de inactivos y ocupados existe un mayor porcentaje de población que se atiende en el área de la salud privada. No desconocemos el dato de que muchas de estas personas lo hacen por DISSE.

Podemos ir induciendo que el sistema privado da respuesta cada vez más y mejor a un sector de población que se reduce en forma creciente: los que cuentan con recursos para pagarlo; mientras que el sistema público, previsto para la atención de una porción minoritaria de población, se encuentra absolutamente desbordado por la demanda creciente. En este proceso, los intentos de nuevas entidades como los municipios, o las organizaciones de la sociedad civil, para cubrir las necesidades que emergen cada vez con mayor fuerza, tampoco alcanzan para responder a un fenómeno de dimensiones casi generalizadas.

Resulta casi evidente que *“si se mira desde la población usuaria, no es menor la diferencia que hacen los ingresos individuales o familiares en las posibilidades reales de acceso a servicios de salud”* (PROYECTO DE LEY DE LA REFORMA DE LA SALUD: FEBRERO 2007). Vemos entonces como del dinero que se dispone para el gasto en el sistema de salud corresponde, podríamos decir, casi que proporcionalmente a la calidad de atención en la salud que se recibirá.

A partir de esto, las familias con escasos recursos materiales, pero que por ubicarse en un estrato que podríamos definir de “pobreza reciente” o en una zona del vulnerabilidad como plantea Castel¹⁵, cuentan con un capital de formación e

¹⁵ Existe *“una fuerte correlación entre el lugar que ocupa en la división social del trabajo y la participación en las redes de sociabilidad y en los sistemas de protección que “cubren” a un individuo ante los riesgos de*

información mayores, son las que en general estén en mejores condiciones para acceder a lo poco que puede brindar el sistema público. Así, como señala Cecilia Zaffaroni: *“La falta de cobertura se encuentra especialmente en los hogares en situación de pobreza crónica, en los que están afectados por varias carencias críticas, en los que se ubican en el tramo de menores ingresos, y en aquellos en que la figura materna tiene menor nivel educativo”* (1998: 243).

Queda constatado que los hogares que padecen más carencias económicas y de nivel educacional son los que menos acceden a la salud. Ya sea por falta de información o porque muchas veces no pueden llegar a los centros asistenciales. No olvidemos que si bien existen policlínicas barriales son sólo de atención primaria¹⁶. Por lo visto si la salud es un derecho no es de todos o para todos, ahora ¿será una mercancía?

De todas formas no somos tan ingenuos para afirmar que con este dato podemos constatar si la salud es un derecho o una mercancía pero sabemos que nos ayuda a acercarnos más a nuestra pregunta central.

Entonces por un lado tenemos parte de la población que puede pagar los altos costos de los servicios privados que se pueden adquirir en nuestro país, por otro lado, tenemos aquellas personas que por falta de recursos se atiende en el

la existencia. De allí la posibilidad de construir lo que yo llamaría metafóricamente “zonas” de cohesión social. Entonces, la asociación “trabajo estable/inserción relacional sólida” caracteriza una zona de integración. A la inversa, la ausencia de participación en alguna actividad productiva y el aislamiento relacional conjugan sus efectos negativos para producir la exclusión, o más bien, como trataré de demostrarlo, la desafiliación. La vulnerabilidad social es una zona intermedia, inestable, que conjuga la precariedad del trabajo y la fragilidad de los soportes de proximidad.” (CASTEL; 1997, 15).

¹⁶ Algunos datos importantes acerca de la capacidad de asistencia del MSP los extrajimos de la tesis de maestría de Bentura, Celmira que dice: *“El MSP se creó en 1934 a través de la ley Orgánica de Salud Pública donde se establecieron sus cometidos en materia de higiene pública, asistencia, vigilancia y establecimiento de normas, a su vez posee unos 65 establecimientos de salud, los cuales están clasificados según los niveles de complejidad en policlínicas, centros de salud, hospitales y centros especializados. Hay un total de 6200 camas de agudos y 2300 de crónicas en todo el país. Para cada uno de los 18 Departamentos del interior del país hay un Hospital departamental que sirve de referencia para los demás establecimientos del Ministerio en el Departamento. La principal fuente de financiamiento del MSP proviene del presupuesto nacional quinquenal que se obtiene a través de impuestos directos (en torno al 88% del presupuesto total del MSP), y el resto por vía no”* (2006:80).

sistema público, pero también tendríamos un tercer sector que por poseer trabajo y realizar sus respectivos aportes a DISSE tiene acceso de esta manera al servicio privado en la teoría, pero en la práctica no cuenta con el capital suficiente para hacer frente a los altos costos que implica el atenderse en este sistema mutual y en consecuencia, aumentan las solicitudes de ingreso al sistema sanitario público que como sabemos no tiene los recursos necesarios par hacer frente a tal demanda.

De esta manera se produce la contradicción de que *“las desigualdades del modelo de asistencia sanitaria (público- privado) contribuyen al creciente reclamo de importantes sectores de la población para acceder al área mutual (privado). Integrar la actual estructura sanitaria en un verdadero sistema coordinado y coherente, con énfasis en la prevención y con claro contenido social exige nivelar los diferentes sectores, dotándolos de calidad asistencial similar”* (SERPAJ; 1996,3).

Ante esta realidad de servicios de salud tan diferenciados en eficiencia y eficacia entre el sector público y privado es necesario homogeneizar el acceso a los diferentes tipos de servicios y las diferentes oportunidades de acceso a la salud de los diferentes tipos de usuarios, buscando de esta manera una salud mas equitativa para quien puede y no pagar por ella. Tal vez el tema que abordaremos en el siguiente capítulo tiene mucho que ver en esto que será la reforma a la salud.

En el siguiente cuadro podemos apreciar como el presupuesto destinado a la salud a partir del MSP ha disminuido considerable y progresivamente pasando de ser un 1.55% del PBI en el 2000 a un 1.23% en el 2004. Cifra importante y trascendente para el desarrollo del presente trabajo. También descendió en el sector privado pero su efecto ha sido menor porque se destinan muchísimos más recursos.

Años	Egresos Operativos IAMC / PBI	Presupuesto Ejecutado MSP / PBI	IAMC + MSP / PBI
2000	4,93%	1,55%	6,47%
2001	4,97%	1,44%	6,41%
2002	4,62%	1,40%	6,02%
2003	4,01%	1,36%	5,37%
2004	3,43%	1,23%	4,71%

17

Este dato no es menos importante y nos muestra una visión paliativa por parte del Estado¹⁸ que poco concuerda con la propuesta de la Organización Mundial de la Salud. Demuestra además que no se tiene una visión de prevenir la enfermedad sino más bien de intervenir sobre la misma. El acceder a la salud parece más que un deber o un derecho, una suerte que corre la persona, porque mucha gente que muere no muere por su enfermedad sino por no haber accedido a un digno sistema de salud.

Otro dato no menos importante es el gasto per capita que se realiza en el área de la salud tanto en el sector público como en el privado. En el siguiente cuadro podemos observar como en el sector privado se gasta más en la atención a los usuarios que en el sector público. De lo visto con anterioridad vemos que a pesar de tener casi la misma población de usuarios en cada uno de los servicios:

¹⁷ Cuadro extraído MSP; 2006, 9.

¹⁸ Como dice Celmira Bentura en su tesis "A comienzos de los años 80 el Uruguay experimentó una importante reorientación de los discursos médico sanitarios así como las tecnologías bio- políticas dirigidas a la familia. Este cambio opera en el contexto ya explicitado en el que imperan los lineamientos neoliberales, e implicaron la introducción de reformas en las políticas sociales intentándose pasar de un modelo de protección social universal y centralizado para otro focalizado y dirigido a sectores en situación de riesgo o marginalidad". (2006:75)

54.9 % sector privado, 43.3 % público y 2.8% carece de cobertura. Es mucho más el dinero que se gasta en el sector privado casi un 264% más que en el público.

PROVEEDOR	Gasto Año Millones \$	Población Miles	Gasto \$ / Pobl. Mensual
ASSE	4.734	1.493	
Hospital de Clínicas	519		
BPS – Sanatorio	664		
Policlínicas IMM	127		
Intendencias Interior	92		
TOTAL PÚBLICOS	6.136	1.493	342
IAMC	14.682	1.408	869
Seguros Privados Integrales	1.170	55	1.765
TOTAL PRIVADOS	17.502	1.463	903
TOTAL GENERAL	23.638	2.956	666

Otro punto importante es el modelo de salud que se lleva adelante en nuestro país. Que es paliativo y prioriza trabajar sobre la enfermedad antes que realizar un trabajo preventivo. Esto también genera un gasto excesivo. Nuestro modelo de salud se caracteriza por *“una preocupación sanitaria centrada en la enfermedad, con consecuentes altos gastos de tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, además de duplicación, dispersión y subutilización de los recursos disponibles, completa un marco altamente disfuncional al ejercicio pleno del derecho humano a la protección de la salud (...)”* (PROYECTO DE LEY DE LA REFORMA DE LA SALUD: FEBRERO 2007).

Podemos concluir luego de realizar este trabajo que la salud se ha mercantilizado. Que lejos de ser un derecho ha cobrado la forma de una mercancía. No sólo en cuanto su acceso, sino aunque en el presente trabajo aunque no fue un punto que se abordó, somos conscientes que abarca desde el área médica, la farmacéutica y hasta la de los cuidados de los pacientes a través de empresas como AMEC¹⁹. Estas áreas para quienes las explotan generan grandes réditos. Al decir del Berlinguer *“la mercantilización de la medicina es vinculada con la conversión en mercancía o en dinero, de cada una de las partes del organismo y de todas las actividades dedicadas a la vida y a la salud”* (1994, 82).

Resulta casi evidente que desde que el modelo neoliberal se instauró se han polarizado las desigualdades y se han mercantilizado las esferas de la vida, la salud como tantas otras no es ajena a esta realidad. Con lo cual se ha producido *“la ascensión del mercado como valor absoluto”* (BERLINGUER;1994: 83).

De todas formas desde que la izquierda en nuestro país asumió el gobierno se ha comenzado a escuchar que es posible otro modelo de salud en el Uruguay...

¹⁹ AMEC es una empresa privada que brinda un servicio de acompañantes mientras el paciente lo necesite ya sea dentro de la mutualista o en su propio domicilio.

CAPÍTULO 4.

¿UNA PROPUESTA DIFERENTE: LA REFORMA EN LA SALUD?.

“De un país que Germán Rama definió una vez como “hiperintegrado” a la realidad actual existe una larga distancia. Los textos más recientes sobre marginalidad e integración en el Uruguay destacan la presencia de fracturas visibles en el tejido social uruguayo”.
Rubén Kasman y Carlos Filgueira.

La reforma de la salud nace para romper con lo anteriormente expuesto (superposición de recursos, diferente capacidad de acceso al sistema de salud, trabajar sobre la enfermedad, etc). En el contexto del capitalismo y en razón de que muchos actores no pueden acceder es que se plantea una reforma en el área de la salud. Se busca que la salud sea para todos sin distinción de la posición social que ocupa el usuario. En la actualidad mucho se ha hablado, muchas preguntas sobre su funcionamiento existen en el aire y da la sensación de que la gente quiere informarse de que se trata y cual va a ser el beneficio de tal importante cambio.

Pretendemos que el siguiente apartado pueda responder algunas de estas preguntas y por supuesto como estamos en el proceso de cambio sabemos que van a quedar muchas ventanas abiertas por donde se irán colando nuevas incógnitas.

Por lo pronto sabemos a través del proyecto de ley que *“su objetivo fundamental es asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud, orientados por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad según*

normas, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, centralización normativa y descentralización en la ejecución, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social y derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación". (PROYECTO LEY DE LA REFORMA DE LA SALUD: FEBRERO 2007).

Podemos realizar la lectura de que la reforma de la salud busca una salud más humanitaria, que atienda a todos los usuarios por igual esto se manifiesta en los principios enumerados a saber: equidad, continuidad y oportunidad. Queda claro que además busca un sistema eficiente y eficaz que realice un uso cabal de los recursos ya sean económicos o sociales. Por último no deja de mencionar poniendo un especial énfasis en que es necesaria la participación de los usuarios y la plena información de estos sobre su situación. Aunque ambiciosa la propuesta no deja de ser deslumbrante por su amplio objetivo que tiene y esconde tal vez el deseo de una sociedad más igualitaria y justa.

"Para alcanzar este objetivo, contempla cambios en tres niveles:

- a) en el modelo de atención a la salud, sustituyendo el actual por uno que privilegie la prevención y la promoción, en base a una estrategia de Atención Primaria en Salud con énfasis en el primer nivel de atención.*
- b) en el modelo de gestión, asegurando la coordinación y contemplación de servicios públicos y privados en todos los niveles; la profesionalidad, la transparencia y la honestidad en la conducción de las Instituciones y la participación activa de trabajadores y usuarios.*
- c) en el sistema de gasto y financiamiento del sector, que asegure mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad a través de un fondo único administrado centralmente."* (PROYECTO LEY DE LA REFORMA DE LA SALUD: FEBRERO 2007).

El cambio en la salud busca trabajar no sobre la enfermedad sino promocionar una vida más saludable antecediendo a la enfermedad. Busca que el

nivel de gestión sea a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud en donde los servicios públicos y privados trabajen conjuntamente en red, todo esto será supervisado por el MSP quien además elige cuales de las empresas privadas integraran este proyecto. En cuanto al sistema de gasto y financiamiento se realizará mediante la creación de un Seguro Nacional de Salud que tendrá un fondo al que aportara el Estado, las empresas privadas, y todas las personas de acuerdo a sus ingresos. Dicho fondo servirá para atender a aquellos que no pueden pagar para acceder al sistema de salud. De esta forma se intentará que todos accedan a un digno sistema de salud sin importar su posición económica. Se busca además con este sistema que sea el fondo quien pague a las instituciones que presten el servicio rompiendo con la relación del pago del cliente por el servicio lo cual limitará el pago excesivo de las tasas del mismo.

“El resultado esperado de esta reforma es que todas las personas que residan en el país accedan a la misma calidad de atención cualquiera sea el prestador y en todos los niveles, sin duplicación de servicios y sin las enormes erogaciones que serían necesarias para poner en pie a los subsectores público y privado, hoy en situación muy diferente en cuanto a recursos, aprovechando la capacidad instalada de ambos y potenciando sus fortalezas.

También simplificar la compleja red conformada por las diversas fuentes de financiamiento que coexisten actualmente y detrás de las cuales se esconden graves problemas de inequidad, así como reducir el peso relativo del pago directo, inabordable para sectores de escasos recursos.” (PROYECTO LEY DE LA REFORMA DE LA SALUD: FEBRERO 2007).

En pocas palabras el resultado que se espera es **salud por y para todos**. Busca que la salud se efectivice como derecho y romper con la mercantilización que se ha dado desde hace años en el área de la salud en el Uruguay.

Aunque con algunas carencias el modelo que se propone para reformar la salud se torna más justo y equitativo que el que tenemos por lo menos en apariencia resulta ser una mejor opción.

CAPÍTULO 5.

A MODO DE CONCLUSIONES...

***“La democracia parece perder vitalidad,
se la prefiere aunque
se desconfía de su capacidad
para mejorar las condiciones de vida”.***
PNUD.

Frente al desmantelamiento del Estado de Bienestar el Sistema Sanitario uruguayo más que ningún otro sistema de asistencia pública se vio afectado por la reestructuración del mercado de trabajo y los sistemas de previsión social. Ante esta situación, existen planteamientos actuales a cerca de la necesidad de dotar al sistema público de una mejor capacidad para la atención de la demanda creciente de asistencia médica, sin embargo esto se puede visualizar de diversas maneras: por un lado, pensando en un sistema de salud pública que se torne más eficiente, eficaz y que cuente con capacidad para atender a la demanda de la población en su conjunto, convirtiéndolo en sistema competitivo, de esta manera la salud se convertiría exclusivamente en una mercancía. Por otro lado, podemos pensar en un sistema de salud público y privado unidos que sean controlados por el Estado en pro de promover a la salud realmente como un derecho, donde el Estado sea garante de la efectivización real del mismo.

Pero es impensable que este sistema integrado pueda mantenerse efectivamente donde crece a pasos agigantados el desempleo, el hambre, la acumulación por parte de quienes más tiene, la pauperización del sistema educativo. Una vez más, como siempre, queda claro que toda transformación real es impensable en el marco de un sistema capitalista y de la mercantilización progresiva de las relaciones. Debemos dejar de pensar en sistemas aislados y empezar a pensar cuales son los caminos que nos llevan realmente a la transformación de la sociedad en la que vivimos. La salud como su definición se

indica no se remite a clínicas y laboratorios y por ende requiere de una mejora sustancial en la calidad de vida de todos los seres humanos para poder efectivizarse como un derecho.

Como previamente dijéramos en el capítulo II para que la salud se torne efectivamente como un derecho de todos y para todos no puede restringirse su acceso por la vía mercantil es necesario que todos los ciudadanos que tengan o no recursos para pagarlo puedan acceder a un digno sistema de salud.

La reforma en el sistema de la salud tiene como uno de sus objetivos que se desmercantilice dicho sistema para que todos puedan acceder. Hasta el momento de entregar esta tesis todo se encuentra escrito en los papeles en el decreto firmado el 28 de febrero del presente año pero ningún cambio ha ocurrido en realidad. Consideramos que este es el desafío que debe enfrentar el actual gobierno y el país entero con la reforma propuesta: más y mejor atención en el sistema de salud por y para todos los ciudadanos.

BIBLIOGRAFÍA.

- ABRAMOVICH, Víctor y COURTIS, Christian. "La aplicación de los tratados internacionales sobre los derechos humanos". Ed. CELS. Buenos Aires. 1998.
- BARAIBAR, Ximena. "Las paradojas de la focalización". Revista Ser Social n° 12. Universidad de Brasilia, Brasil, 2003.
- BENTURA, Celmira. Tesis de Maestría. 2006.
- BENTURA Pablo; STENERI, Teresa. "Reforma del Estado. Construcción de un marco explicativo". 1º Coloquio Brasil-Uruguay. Abril del 2002.
- BERLINGUER, Giovanni. "Ética, salud y medicina". Ed. Nordan, 1994.
- CAMBIO DEL MODELO DE ATENCIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD, PROPUESTA AL CONSEJO CONSULTIVO VERSIÓN FINAL, APROBADA.
- CARBALLEDA, Alfredo. "La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales". Buenos Aires, Paidós, 2002.
- CARTA DE LAS NACIONES UNIDAS 26 de junio de 1945.

- CASTEL, Robert. "Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado". Buenos Aires, Paidós, 1997.

- CASTEL, Robert. "La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?". Buenos Aires, Manantial, 2004.

- CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY.

- DE MARTINO, Mónica. "Notas preliminares para um debate. Familia e género no fim do século". Junio 1996. MIMEO.

- DE MARTINO, Mónica. "Políticas Sociales y Familia. Estado de Bienestar y neoliberalismo familiarista". MIMEO.

- DURÁN, María Angeles. "Desigualdad social y enfermedad". Madrid, Tecnos, 1983.

- ECHEVERI, María Esperanza. "Derecho a la Salud, Estado y globalización". Revista Fac. Nac. Salud Público. Vol 24 número especial. Universidad de Antioquia. Marzo 2006.

- HELLER, Agnes. "Historia y vida cotidiana". Ed. Grijalbo, Barcelona. 1972

- IAMAMOTO, Marilda. Servicio Social y división del trabajo. Cortez, São Paulo, 1997.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. "Salud". Uruguay. 2005.

- KAZMAN, Rubén y FILGUEIRA, Carlos. "Panorama de la infancia y la familia en el Uruguay". Doble Emme. Montevideo, octubre 2001.

- KOSIK, Karel. "Dialéctica de lo concreto". Ed. Grijalbo. Madrid, 1996.

- KYMBLICA, Hill y NORMAN, Wayne. "El retorno del ciudadano". Revista Agora n° 7, año 3, Buenos Aires.

- MARX, Karl. "El Capital". Ed. Siglo Veintiuno. Buenos Aires, 1975.

- MIDAGLIA, Carmen. "Los dilemas de la colaboración público-privada en la provisión d servicios sociales", en Calame P. y Talamant A. Con el Estado en el Corazón. Trilce. Montevideo, 2001.

- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. "Cuentas nacionales en salud. 2004." Uruguay, abril 2006.

- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. "Sistema nacional integrado de salud". Montevideo, 28 de febrero de 2007.
- MONTAÑO, Carlos. "O novo trato à "questão social". No contexto da reforma do Estado. MIMEO.
- MONTAÑO, Carlos. "La naturaleza del servicio social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción" Ed. Cortez . Brasil, 1998
- NAHUM, Benjamín. "Breve historia del Uruguay independiente". ED. Banda Oriental, Montevideo, 1999.
- O.M.S –O.P.S. "Atención Primaria en Salud". O.M.S. Ginebra, 1978.
- PNUD. "La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos". Naciones Unidas. Lima. 2004.
- Proyecto de Ley de la Reforma de la Salud. 28 de febrero de 2007.
www.presidencia.gub.uy
- RECASÉNS, Fiches. "Tratado general de filosofía del derecho". MIMEO.
- SERPAJ. 1996. MIMEO.

- SHETTINI, Patricia y SARMIENTO, Julio. "Relación entre trabajo, ciudadanía y democracia", en: Cortazzo, I. y Moise, C. (compiladoras): "Estado, Salud y Desocupación". Paidós. Buenos Aires, 2000.

- SOSA, Alicia. "La salud de todos: Desde el Proyecto a la acción. La experiencia de Montevideo". URB- AL N°5, Montevideo, 2003.

- VAN DER VEEN, Grotto, LO VUOLO. "La renta básica en agenda". Miñó y Dávila, CIEPP. Buenos Aires, 2002.

- VESCOVI, Enrique. "Introducción al Derecho". Montevideo, Ediciones Idea, 1989.

- ZAFFARONI, Cecilia, ALONSO, Daniel, MIERES, Pablo. "Encuentros y desencuentros. Familias pobres y políticas sociales en el Uruguay". Montevideo, 1998.