

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

Derecho a la salud en la frontera
Uruguay - Brasil: un estudio exploratorio

Lucrecia Lapaz Figueredo
Tutora: Elizabeth Ortega

2014

Índice

Introducción.....	pág.3
Estrategia teórico-metodológica.....	pág.5
Objetivo General y Específicos.....	pág.5
CAPÍTULO I: Reforma de Salud en Uruguay: Sistema Nacional Integrado de Salud,	
1.1) Aproximación al concepto de Salud.....	pág.6
1.2) Descripción del Sistema Nacional Integrado de Salud.....	pág.9
CAPÍTULO II: Legislación de la Salud en la zona de la frontera Uruguay- Brasil	
.....	pág.16
CAPÍTULO III: Territorio: Configuración social y demográfica de los departamentos	
de la frontera Uruguay-	
Brasil.....	pág.25
Reflexiones finales.....	pág.32
Bibliografía.....	pág.34
Fuentes documentales.....	pág.36
Anexos.....	pág.39

Introducción

El presente trabajo constituye la Monografía Final de Grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

La propuesta de trabajo se articula con el proyecto de investigación: *“Una cuestión y dos temporalidades: derecho a la salud en la frontera del Mercosur 2003-2013”*, elaborado por un grupo de investigadores de las Universidades de los países del Mercosur¹.

“El proyecto (2012) pretende conocer cómo los actores políticos conciben el derecho a la salud en las fronteras de Brasil y los demás países del Mercosur en el año 2013 comparándolo con los resultados obtenidos en la investigación sobre el mismo tema realizada en el 2003². El objeto de estudio se justifica en la medida en que en estos diez años se produjeron cambios en los marcos políticos, económicos y sociales en los países integrantes del Mercosur, donde se originaron repercusiones ético-políticas y jurídico-administrativas en los sistemas de salud. Los gobiernos nacionales y los organismos de promoción de América Latina establecen el derecho universal a la salud y la atención integral de las obras sanitarias”.

Uno de los objetivos y metas que figura en el proyecto (2012:17) es:

“Comparar la concepción del Derecho a la Salud como un discurso, y el valor práctico, que se encuentra en el año 2003, con relación al dado en el 2013, para poder identificar los cambios en los niveles ético-políticos, jurídicos, administrativos y programáticos en la línea de frontera entre Argentina, Brasil, Uruguay y Paraguay”.

¹El proyecto está llevándose a cabo en la Universidad Católica de Pelotas Centro de Ciencias Jurídicas Económicas y sociales, en Brasil en el año 2012 por investigadores de la Universidad Nacional de Asunción - Paraguay, Universidad Nacional de Misiones, Argentina, Universidad de la República Oriental del Uruguay, Escuela de Creu Roja Enfermería - España, la Universidad de Regional del Noroeste del Estado de Río Grande do Sul, Facultad Unión de las Américas / Foz do Iguaçu, la Universidad Federal de Santa Catarina y con la consultoría de la Escuela Nacional de Salud Pública.

² Los proyectos se llevaron a cabo con el apoyo financiero del CNPq y los dos últimos estudios apoyados por CONASEMS - Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud, siendo los resultados publicados en capítulos de libros, tesis, disertaciones, los estudiantes de pregrado, de fin de obra cursos, eventos y revistas”.

En esta monografía se pretende estudiar para el caso uruguayo las transformaciones en la legislación de la salud, la configuración demográfica, social y las reglamentaciones a nivel de la frontera con Brasil, desde la perspectiva del derecho a la salud.

La pregunta a la que se buscará dar respuesta, tiene relación con las transformaciones ocurridas en el ámbito legislativo en el campo de la salud, en Uruguay, y en función a las leyes aplicadas en la zona fronteriza.

Al abordar este tema se hace necesario realizar un estudio descriptivo y analítico acerca de la configuración social de los departamentos del Uruguay, ubicados en la zona de la frontera con Brasil.

De esta forma, la monografía se divide en tres capítulos. En el capítulo primero se realizará una breve descripción acerca del concepto de salud como derecho. Luego una breve reseña del proceso de reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay, el cual se instala a partir de 2007.

En el segundo capítulo, se abordará la legislación que se aplica en la zona fronteriza de Uruguay-Brasil.

Y por último, en el tercer capítulo, se desarrollará el concepto de territorio, territorialidad, línea de frontera y zona de frontera como modo de reflexión acerca de las peculiares características de los departamentos de la frontera Uruguay-Brasil, desde el punto de vista demográfico y social.

Estrategia teórico- metodológica

Con respecto al enfoque teórico - metodológico se pretende realizar un estudio descriptivo exploratorio, en base a búsqueda bibliográfica, análisis de las leyes que consolidan el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay, así como también de fuentes estadísticas para el estudio de la configuración social en la frontera.

Las fuentes secundarias tienen que ver con documentos, artículos y materiales provenientes del Ministerio de Salud Pública (MSP), así como el Instituto Nacional de Estadística (INE), entre otras.

Objeto de estudio

Estudio de las transformaciones en la legislación de la salud en Uruguay, la configuración demográfica, social y las reglamentaciones a nivel de la frontera con Brasil.

Objetivos específicos

- Indagar acerca de las leyes que se incorporan a partir de la reforma actual de la salud en el Uruguay.
- Estudio de las leyes que se aplican en la zona fronteriza.
- Indagar acerca de la configuración demográfica y social de los departamentos de la frontera en relación a la salud.

CAPÍTULO I:

Reforma de Salud en Uruguay:

Sistema Nacional Integrado de Salud

Para comenzar a describir en función a la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud, se hace necesario previamente destacar algunas aproximaciones en torno al concepto de Salud.

Cabe resaltar que existen y han existido múltiples conceptos de salud, tanto como contextos socioeconómicos y culturales de diferentes momentos históricos.

1.1) *Aproximación al concepto de Salud*

En primer lugar, refiriéndose al ámbito internacional, cuando se crea la ONU y la OMS al término de la segunda Guerra Mundial, se incorpora el reconocimiento del derecho a la Salud. Un conjunto de expertos definen a la Salud en la Carta Magna (1946) como;

“el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Luego, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en el artículo 25 se establece que la Salud es un Derecho, en el entendido de que;

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.³

³ <http://www.un.org/es/> (Consultada en Setiembre 2014)

Por su parte, la autora Giovanella concibe la Salud como:

“un elemento central de los derechos humanos y el acceso a la atención de salud como parte de este derecho. El acceso a la atención a la salud es imprescindible para permitir el disfrute de una vida digna. A medida que la sociedad pueda garantizar a todos sus miembros la atención frente a sus necesidades de salud individual y colectiva, se fortalece en la ciudadanía el sentimiento de mayor protección y pertenencia, favoreciendo la cohesión social” (Giovanella 2013:6).

En tanto que ciudadanía, como expresa Melano (2001:173-174):

“refiere a la reivindicación de poder. Ser ciudadano supone ser portador de derechos, reconocer titularidad de derechos, tener la posibilidad de reconocimiento participar de forma directa o indirecta a través de sus representantes. Esto significaría acceder a ciertas políticas diseñadas para los sectores que entran en categoría de ciudadanos y que solo estos pueden elegir a sus representantes y gozar de ciertos beneficios”.

Por ello, la garantía de los derechos sociales requiere de un Estado fuerte, con capacidad interventiva en el área política, económica y social.

Sin embargo, es preciso destacar que en el Artículo 44° de nuestra Constitución la salud no se presenta como un “derecho”, sino como un “deber”, expresando que;

“El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”. (1967)⁴

⁴ www.parlamento.gub.uy (Consultada en julio 2014)

La ley N° 15181 del año (1981) en su artículo primero señala:

“El Estado establecerá una cobertura de atención médica para todos los habitantes de la República como esencial componente de la seguridad social, a través de organismos públicos y privados “. (Decreto ley 15181)⁵

En la definición de Sistemas de Salud por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se establece que los mismos, comprenden a todos los recursos y mecanismos que una sociedad utiliza para la protección y el bienestar de la salud de las personas, entendiendo que:

“Los sistemas de salud propenden al logro del mayor y más equitativo estado de salud posible. Para lograr este propósito, un buen sistema debe ser equitativo en la forma en que las personas contribuyen al financiamiento de la atención, así como también responder a las expectativas de la gente respecto a su tratamiento, tratándolas con la dignidad que se merecen.” (OMS en MSP, 2008:11).

En tanto que el MSP (2008:11) establece que;

“La salud es un componente fundamental dentro de las políticas sociales, en este caso las políticas de salud hacen a la calidad de vida de las personas, no solo porque las protegen de la enfermedad, sino porque las ampara frente a la pesada carga económica que supone la enfermedad”. (MSP, 2008:11).

Como complemento de este enfoque el análisis de la política de salud como política pública, no es, sin embargo, sólo una intervención del Estado en una situación considerada crítica, como es comúnmente presentada. Según Di Giovanni (2009: 5), la política pública es;

“(…) Una forma contemporánea de ejercer el poder en las sociedades democráticas, como resultado de una compleja interacción entre el Estado y la sociedad, entendida aquí en un sentido amplio, incluyendo las relaciones sociales también lucharon en la economía. También creo que es exactamente esta

⁵www.parlamento.gub.uy (Consultada en julio 2014)

interacción que definen situaciones sociales como la problemática y las formas, contenidos, medios, significados y modalidades de la intervención del Estado”.

1.2) Descripción del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

Es a partir del 2005 con la asunción del Frente Amplio al gobierno, que comienza un proceso que se plantea garantizar la cobertura universal a la Salud, con la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud, basado en el principio de “equidad y solidaridad”. La ley 18.211 busca reglamentar el derecho a la protección de la salud de todos los habitantes del Uruguay, de todas las personas que residen en el territorio Nacional, con “la accesibilidad, calidad, equidad y universalidad” de la salud. La ley establece en su artículo 1º:

“La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social”.

De acuerdo a lo planteado en el artículo 1º, se expone a continuación una de las diferencias en cuanto a la política actual con respecto a la política de los años 90.

Se puede afirmar que existe una diferencia entre la política social de Salud actual y la de los años 90, teniendo en cuenta que la política hasta los años 90, en base a la Estructura Sanitaria, se basaba en aspectos de la medicina individual y asistencialista, dejaba afuera lo preventivo y promotor que tampoco se consideraba para la formación de profesionales. Por lo tanto la cultura Sanitaria no se ocupaba de las enfermedades predominantes que eran las crónicas, las cuales requerían un trabajo orientado hacia modificar el estilo de vida y la presencia de un médico de familia que hiciera un seguimiento a lo largo del tiempo y no intervenciones urgentes y de carácter individual (Bentura: 2006).

En relación a la política actual, se trata de atender a la Salud en un enfoque integral que incluya las determinantes sociales, económicas, políticas y culturales,

involucradas en el proceso de Salud-enfermedad. Se propone orientar sus acciones bajo los principios de universalidad, continuidad, calidad, oportunidad, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática y participación social entre otros (Bentura: 2006).

Este aspecto también se ve comprendido en la Ley n° 18.211;

“se ha diseñado sobre la base de igualdad de oportunidades para todos y teniendo en cuenta las enormes desigualdades propias del sistema, que el neoliberalismo de los 90 agudizaron y que la crisis terminó de ampliar” (MSP, 2008: 34).

El SNIS recoge la legislación anterior que continúa vigente: la Ley Orgánica de Salud Pública (9202, de 1934), que crea el Ministerio de Salud, quién asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país.

Dicho Sistema, apunta a un cuidado integral de los individuos, así como también al mejoramiento en la prestación de servicios promoviendo la participación de usuarios.

El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos:

- a) “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 aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población”.
- b) “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”.
- c) “Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales”.

- d) “Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales”.
- e) “Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse”.
- f) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
- g) “Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios”.
- h) “Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud”.

Por eso se hace foco en la población con mayor vulnerabilidad social y de poca accesibilidad económica, para lograr la “universalización” en el acceso a los servicios de atención de salud, con el fin de que toda la población, conozca y ejerza no solo sus derechos sino que también sus obligaciones. Es decir la reforma, pretende lograr un cambio en el modelo de atención, con énfasis en la estrategia de Atención Primaria de Salud y un Sistema integral de atención para de esa forma poder garantizar el derecho a la salud, a través de una cobertura integral que asegure una mayor accesibilidad a los servicios.

Con este cambio se da lugar a un Sistema Integrado público-privado, con un Seguro Nacional que integra en forma paulatina a nuevos colectivos con cobertura extendida a la familia, surge la posibilidad de elección entre prestadores tanto públicos como privados, la cuota pasa a ser única a una cuota diferenciada por edades y sexo, y se busca promover la participación social.⁶

La ley 18.121 establece que “el SNIS será financiado por un Seguro Nacional de Salud⁷, que contará con un Fondo Público único y Obligatorio constituido por los aportes del Estado, empresas públicas y privadas y de los

⁶ www.msp.gub.uy (Consultada en julio de 2014)

⁷ El Seguro Nacional de Salud opera bajo un esquema de seguro social, que apunta a combinar justicia contributiva, eficacia sanitaria y eficiencia económica. Los individuos aportan según capacidad contributiva y reciben atención según sus necesidades de salud.

hogares beneficiarios del SNIS". (MSP, 2008:56). Asimismo, se crea, el Fondo Nacional de Salud (FONASA)⁸, y la Junta Nacional de Salud (JUNASA).⁹

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, los principales prestadores de atención a la salud existentes en el país son, por un lado, el subsector público, cuyo mayor prestador es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) que a partir de la ley 18.161 del año 2007, se crea como un servicio descentralizado y como tal recibe los establecimientos de atención a la salud que anteriormente eran dirigidos por el Ministerio de Salud Pública.

Se establece entonces, una separación de las funciones de rectoría que permanecen y se fortalecen en manos del MSP y de prestación de servicios de salud que desarrolla ASSE.

Además de la red de ASSE, cabe afirmar que otras instituciones públicas brindan asistencia total o parcial a cierto grupo de población, en ellas se encuentran los Servicios de Salud de las Intendencias Municipales (SSIM), que brindan servicios de Atención Primaria en Salud principalmente a la misma población que se atiende en ASSE, la Red Pública del Banco de Previsión Social (BPS), El Banco de Seguros del Estado (BSE), el Hospital Policial, el Hospital Militar, el Hospital de Clínicas y la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS) que los integra a todos en una red pública, la cual fue creada en 2010. (MSP: 2008).

ASSE constituye el prestador más importante del país por sus dimensiones, ya que tiene servicios en todo el territorio nacional, y por el número de beneficiarios que tiene alrededor de 1.200.000.¹⁰

⁸ Este Fondo reúne los diferentes aportes a la seguridad social, iniciando el proceso de incorporación de todos los trabajadores a los mecanismos centrales de la seguridad social. Las cuotas salud que pagará el Fondo serán ajustadas por riesgo, según sexo y edad. Además, los beneficiarios ahora pueden elegir ASSE como una opción asistencial, facilitando el acceso a la atención a los trabajadores de bajos ingresos. Se eliminan las dobles coberturas integrales, lo cual supone un avance en términos de la utilización racional de los recursos de salud.

⁹ Organismo creado en el ámbito del Ministerio de Salud, responsable de administrar el Seguro Nacional de Salud. Con este nuevo organismo el MSP fortalece notablemente sus competencias de conducción del sistema.

¹⁰ www.asse.com.uy (Consultada en Diciembre 2012)

Con respecto al subsector privado, se encuentran las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Las cuales son;

“Instituciones privadas sin fines de lucro que brindan prestaciones en salud a través de un régimen de aseguramiento en el que se adquieren los derechos a cambio de una cuota de prepago. Por lo tanto, y haciendo la salvedad de que existía y existe heterogeneidad al interior del sector, el rasgo fundamental es que este tipo de institución integra la función de aseguramiento y la de prestación de servicios de salud”.¹¹

Por otro lado, se encuentran los Seguros Parciales, que son seguros de prepago que brindan atención frente a diferentes necesidades (Emergencias, Cirugía, etc.), brindan gran diversidad de prestaciones. Surgen en la década del 80' (Decreto 578/80) y se encuentran en rápida expansión. A diferencia de las IAMC se encuentran escasamente reguladas por el Estado.

Las Instituciones de Asistencia Particular Privada, (Sanatorios, Clínicas, etc.) brindan prestaciones mediante el pago directo de intervenciones.

Y además, los Institutos de Medicina altamente Especializadas (IMAE), creados por Ley 14897/79 realizan procedimientos de alta complejidad y costo, teniendo acceso a las mismas todas las personas que aporten una cuota al Fondo Nacional de Recursos (FNR)¹² o paguen las prestaciones. Los IMAE pueden ser privados o públicos, predominando los primero.

De acuerdo al Artículo 45° de la ley N° 18.211 del SNIS:

“Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán suministrar a su población usuaria los programas integrales de

¹¹ www.paho.org/uru (consultada en Setiembre 2014)

¹² El Fondo Nacional de Recursos (FNR), creado en 1979, funciona como un reaseguro para las prestaciones de medicina altamente especializada. Con el SNIS mantiene su rol de financiador, de control de la calidad y del análisis de las nuevas prestaciones y procedimientos.

prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública, con recursos propios o contratados con otros prestadores integrales o parciales públicos o privados”.

“Los programas integrales de prestaciones incluirán:

- a) “Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas”.
- b) “Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados”.
- c) “Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda”.
- d) “Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes”.

Estos programas integrales son de cumplimiento obligatorio por parte de los prestadores del SNIS. Esto significa que si se vulnera el derecho de atención de un usuario del SNIS, el MSP deberá intervenir de inmediato para amparar al beneficiario en su derecho a la atención. (MSP: 2007).

En suma, el objetivo central de la reforma es:

“la universalización de la atención en salud a toda la población en niveles de accesibilidad y calidad homogéneos y con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano”. (Ríos, 2013:291).

Lo anterior, pone como eje de la reforma al cambio en el modelo de atención, con énfasis en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y un sistema integral de atención. Al mismo tiempo exige cambios en los modelos de gestión y financiamiento incluyendo la participación de trabajadores y usuarios en la conducción institucional.

Así, se plantea que;

“el primer y segundo gobierno de izquierda ha optado por un modelo de gestión participativa, en el cual los diferentes actores tienen varios ámbitos de expresión. Se integraron representantes del Sindicato Médico del Uruguay (SMU), la Federación Médica del Interior (FEMI), las Instituciones Médicas Colectivas y Trabajadores de la Salud. Esta estrategia es un avance democrático del sistema de salud Uruguayo”. (OPS 2004-2011:31).

También se destaca como un logro del proceso de reforma, y favorecido por la legislación vigente:

“al crecimiento de los fondos asignados a ASSE, que explica el 37 % del crecimiento total del gasto público en salud del período (2004-2011). Los fondos ejecutados por ASSE pasaron de 4.448 millones de pesos en el año 2004 a 16.166 millones de pesos en el año 2011, los más altos asignados al subsector público en la historia del país. (...) El gasto por usuario alcanzado en 2011 casi triplica en términos constantes los valores de 2004” (Benia, Fernández Galeano, 2014: 50)

En las primeras etapas de la reforma de salud culminadas, según un informe del INE (2008), durante el primer semestre de 2008, la pobreza se redujo a 21,7%. Esto significa una reducción respecto al mismo semestre del año 2007 de 4,7 puntos porcentuales, lo cual implica que alrededor de 150 mil personas captaron ingresos que les permitieron superar la línea de pobreza. Según el estudio, una parte importante de este descenso se explica por la incorporación de los menores de 18 años al FONASA. De no considerar la incorporación de menores de 18 años al Seguro Nacional de Salud, la pobreza se hubiese ubicado en 24,1%. Esto es, 2,3 puntos porcentuales, casi la mitad del total de reducción neta de la pobreza, se deben a la reforma de salud. (MSP 2007: 87)

A modo de síntesis, como consecuencia de este cambio de política de salud se entiende que las acciones están focalizadas a promocionar la salud y prevenir enfermedades, a diferencia de la política anterior la atención se da de forma integral. Se considera a la familia, la comunidad y no un individuo aislado.

La salud es una responsabilidad del individuo, familia, comunidad y del gobierno. El individuo tiene derecho a la Salud y la responsabilidad de protegerla, y los gobiernos el deber de poner al alcance de estos, todos los recursos necesarios para que ese equilibrio se mantenga en la forma más positiva.

CAPÍTULO II:

Legislación de la Salud en la zona de la frontera Uruguay- Brasil

Para comenzar con el abordaje respecto a la legislación de la Salud en la frontera Uruguay-Brasil a lo cual se enfoca parte de este estudio, se hace necesario señalar a las seis ciudades gemelas que conforman esta frontera: Aceguá / Aceguá, Barra do Cuareim / Bella Unión, Chui / Chuy, Jaguarão / Rio Branco, Santana do Livramento / Rivera y Quaraí / Artigas. (Como se muestra en el mapa anexo).

Las políticas de integración fronteriza entre los gobiernos de Brasil y Uruguay tienen una larga trayectoria pero se considera un momento “fundacional” a partir de dos acuerdos binacionales firmados en el año 1975 que establecieron las instituciones encargadas de implementar políticas públicas: el Tratado de Amistad, Cooperación y Comercio (TACC) firmado el 12 de junio de 1975 en Rivera, que refiere a las fronteras “secas” y el Tratado de Cooperación para el Aprovechamiento de los Recursos Naturales y/o Desarrollo de la Laguna Merín (TCADLAM).¹³

El primero de estos acuerdos crea la Comisión General de Coordinación (CGC) que se propone fortalecer la cooperación entre ambos países, analizar los asuntos de interés y proponer a los Gobiernos medidas que entiendan pertinentes. Estaba presidida por los Ministros de Relaciones Exteriores de ambos países pero esta Comisión no se reunió hasta marzo de 1986. En esa oportunidad se crean los Comités de Frontera (CF) en el ámbito de la Subcomisión para el Desarrollo fronterizo en 1989.

Los Comités de Frontera tenían como cometido promover el desarrollo socio- económico de la región, fomentar la coordinación con los gobiernos centrales y facilitar la circulación de personas, mercaderías y vehículos; se ubicaron en las “ciudades gemelas” de las fronteras Uruguay – Brasil

¹³ <http://cienciassociales.edu.uy/> (consultada en Setiembre 2014)

Estos Comités fueron útiles en su primera etapa como vías para abordar las dificultades específicas que afectan las poblaciones fronterizas. Muchos de los temas presentados por los comités referían a dificultades que ya habían sido resueltas a nivel operativo, pero al ser presentados a nivel de la Cancillería surgían dificultades de carácter legal que dificultaban avanzar. (Del Castillo, 1995)

Los principales temas abordados por los comités de frontera en el período de 1990-1994 fueron referidos a salud, saneamiento y medio ambiente. El tema de la salud fue el que se planteó con mayor frecuencia en los CF (12 veces sobre un total de 41). (Achard, 1995)

De acuerdo a lo señalado, luego, se crea el Mercosur;

El Mercosur (Mercado Común del Sur) se constituye el 26 de marzo de 1991 por el Tratado de Asunción, está integrado por Argentina, Brasil, Uruguay y Paraguay. Venezuela se incorpora como miembro de pleno derecho el 31 de julio de 2012. En la cumbre de Brasilia del 3-4 diciembre de 2012, Bolivia firma el protocolo de adhesión. Mercosur aglutina el 75 por ciento del producto interno bruto (PIB) de Sudamérica¹⁴

En el Mercosur es construida una agenda social de integración acompañando la reglamentación de la libre circulación de personas, mercaderías y servicio de capital, los cual son fundamentos económicos del Mercosur.

El tratado del Mercosur, expresa;

“Los Estados Partes que conforman el Mercosur comparten una comunión de valores que encuentra expresión en sus sociedades democráticas, pluralistas, defensoras de las libertades fundamentales, de los derechos humanos, de la protección del medio ambiente y del desarrollo sustentable, así como su compromiso con la consolidación de la democracias, la seguridad jurídica, el combate a la pobreza y el desarrollo económico y social con equidad”¹⁵

¹⁴ www.exteriores.gob.es (consultado en julio 2014)

¹⁵ www.mercosur.int/ (consultada en agosto 2014)

Siguiendo a De Sierra, G (2001) el estudio sobre el Mercosur es una tarea compleja, en la medida en que el mismo es un proceso que integra países y sociedades con similitudes y diferencias, entre ellas pueden mencionarse tamaño territorial, cifras poblacionales y aspectos socio-culturales.

No obstante, en el Mercosur en la agenda política de los gobiernos regionales vienen siendo incorporados los sistemas de salud.

En lo que respecta a nuestro tema de interés como lo es la relación binacional entre la zona fronteriza Uruguay y Brasil, se remite en este caso a la aprobación e institucionalización del Mercosur, el cual se ha desarrollado con distintos efectos y ritmos el escenario fronterizo uruguayo-brasileño regulado formalmente desde el Tratado de Límites de 1851¹⁶ y actualizado por sucesivos tratados, protocolos y acuerdos.

Conforme a estas relaciones fronterizas de Uruguay-Brasil tradicionalmente se han caracterizado, en comparación con otras situaciones latinoamericanas, por un buen sentido de vecindad, encuentro intercambio y cooperación. (Mazzei, E: 2000).

Este particular relacionamiento, ha sido favorablemente condicionado por la geografía del área de vecindad.

Se puede afirmar, en ese contexto, que en Uruguay surgen cambios en cuanto a su inserción en procesos regionales y/o internacionales. Hay una fuerte vinculación con la forma en cómo se conciben a sí mismos los ciudadanos, dado que el país viene sufriendo transformaciones a partir de la década de los 80. Uruguay define integrar el proyecto de Mercosur, asume este compromiso como Estado, comprendiendo las instituciones, la sociedad y toda su extensión geográfica. Dentro de esta se encuentra la frontera, conceptualizada como una línea, un límite entre dos Estados donde culmina la soberanía de uno y comienza la de otro. (Bizzozero 1997).

¹⁶ www.parlamento.gub.uy (consultada en Noviembre 2014. (Ver Anexo)

De acuerdo al concepto de frontera, se hace mención al concepto de “integración fronteriza” el cual se entiende por:

“el proceso convenido por dos Estados en sus territorios fronterizos colindantes a través de acuerdos o tratados específicos, que tiene por objeto propiciar su desarrollo sobre la base del aprovechamiento conjunto y complementario de sus potencialidades, recursos y afinidades, así como de costos y beneficios compartidos, proceso que generalmente constituye un componente central del progreso y fortalecimiento de la relación bilateral en su conjunto”. (Oliveros, 2002: 73).

En este contexto de territorios fronterizos, Uruguay y Brasil comparten una extensión de 1068 kilómetros y es, toda ella, poblada y de fácil circulación en todas las direcciones. Es claramente una frontera dinámica de acuerdo con el concepto ya referido y esa condición es la resultante de un desarrollo histórico que involucra múltiples dimensiones y se integra desde el inicio en la prolongada competencia internacional por el control de la Cuenca del Plata. (Clemente, I: 2010).

La importancia de las relaciones fronterizas para el avance de la integración, estuvo presente desde el momento mismo de la fundación del Mercosur tanto en los encuentros de alto nivel como en las actividades de los subgrupos de trabajo creados por el Tratado de Asunción.¹⁷ En lo que respecta a la frontera uruguayo-brasileña, muchas veces en respuesta a demandas procedentes de las llamadas "fuerzas vivas", los gobiernos de los dos países fueron generando instancias gubernamentales para la definición de regímenes especiales y de políticas públicas conjuntas para la frontera. De esa manera, fueron establecidas las Comisiones para el Desarrollo de las Cuencas de la Laguna Merín (CLM) y del Río Cuareim (CRQ), así como seis Comités de Frontera, en el transcurso de los años 90.

¹⁷ En el Mercosur, se crearon quince Sub-Grupos de Trabajo (SGT), entre ellos se destacan los SGT 10, volcados a las relaciones de trabajo, empleo y seguridad social, por otro lado, el SGT 11, destinado a la salud, ambos en busca de incorporar la dimensión social en el proceso de integración regional.

En 2002 fue creado, el Grupo Ad Hoc de “Integración Fronteriza”.

El cual expresa en el artículo I del Mercado Común;

“El Grupo será coordinado por los Ministerios de Relaciones Exteriores e integrado por representantes de alto nivel de los órganos técnicos con competencia sobre los temas específicos a ser tratados en el ámbito de su agenda, con el objetivo de crear instrumentos que promuevan una mayor integración de las comunidades fronterizas impulsando una mejora en la calidad de vida de sus poblaciones”.

Posterior a la creación de dichos grupos, como ya se hizo mención, se establecieron las “ciudades gemelas”: Chui-Chuy, Yaguarón- Rio Branco, Aceguá-Aceguá, Santa Ana do Livramento-Rivera, Artigas-Quaraí y Barra do Quaraí-Bella Unión.

Un hecho de gran incidencia fue el que ocurrió en el periodo de 2002-2005 con los gobiernos de Jorge Batlle en Uruguay y de Luiz Ignacio da Silva en Brasilia, en la constitución en 2002 del mecanismo denominado "Nueva Agenda de Cooperación y Desarrollo Fronterizo Brasil-Uruguay", que funciona a nivel de Vicecancilleres. Este fue el punto de partida de una serie de reuniones para tratar los temas de la "Nueva Agenda" por parte de cuatro Grupos de Trabajo sobre los temas de Salud; Educación y Formación Profesional; Cooperación Policial y Judicial; Medio Ambiente y Saneamiento. La construcción de una institucionalidad fronteriza avanzó en 2004 con la instalación del Comité Binacional de Intendentes y Prefectos de la Frontera. Este nuevo organismo sesiona simultáneamente con la reunión de Vicecancilleres. La V Reunión de Alto Nivel se celebró en Montevideo, en julio de 2007.

Entre los resultados de la Nueva Agenda de Cooperación y Desarrollo Fronterizo, se ubica la aprobación en el año 2002, de la Ley N° 17.659¹⁸ del “Acuerdo de Permiso de Residencia, Estudio y Trabajo para Fronterizos”, que determina la concesión del “documento especial fronterizo” para brasileños y Uruguayos domiciliados en las localidades vinculadas a dicho acuerdo, ubicadas en una faja de 20km de cada lado de la frontera. Bajo el nuevo acuerdo, los

¹⁸ <http://www.parlamento.gub.uy/> (consultada en Setiembre 2014)

antiguos “indocumentados” ahora pueden vivir, estudiar, trabajar y tener acceso a la seguridad social en la zona de frontera de ambos países. (Clemente, I 2010).

Conforme al ámbito de salud para las ciudades gemelas, vale destacar que la firma del ajuste complementario del Acuerdo sobre el permiso de residencia, Estudio y trabajo para nacionales fronterizos uruguayos y brasileños se amplía para la prestación de servicios de salud, lo cual fue firmada en Río de Janeiro (Brasil), el 28 de noviembre de 2008, aprobado por el Decreto Legislativo N° 933/2009 y promulgada por el Decreto N° 7239/2010. Este acuerdo hace que no haya ciudadanía brasileña o uruguaya, sino una ciudadanía regionalizada.

Este acuerdo complementario, según el artículo I:

“se propone permitir la prestación de servicios de salud humana a personas físicas o jurídicas situadas en las Localidades vinculadas establecidas en el Acuerdo sobre el permiso de residencia, estudio y trabajo para nacionales fronterizos Uruguayos y Brasileños”¹⁹

- a) “residencia en la localidad vecina situada en el territorio de la otra Parte, a la cual queda vinculada según lo dispuesto por este Acuerdo”;
- b) “ejercicio del trabajo, oficio o profesión, con las consiguientes obligaciones y derechos correspondientes a la previsión social derivadas de los mismos”;
- c) “asistencia a establecimientos de enseñanza pública o privada”;

2. “Los derechos establecidos en este artículo se extienden a los jubilados y pensionistas”.

3. “La calidad de fronterizo podrá ser inicialmente otorgada por 5 (cinco) años, prorrogable por igual período, terminado el cual podrá ser concedida por tiempo indeterminado y valdrá, bajo cualquier circunstancia, exclusivamente, en los límites de la localidad para la que fue concedida”.

¹⁹ www.parlamento.gub.uy (consultada en Octubre 2014)

A su vez, cuando se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay en el año 2007, en el artículo 10° se expresa que;

“El Ministerio de Salud Pública promoverá la armonización de los parámetros de calidad de los bienes, servicios y factores productivos del área de salud y los mecanismos de control sanitario de los Estados Parte del MERCOSUR, en el marco del proceso de integración regional”.²⁰

En tanto que, Uruguay y Brasil como Estados Partes del Mercosur,

“se encaminan hacia la movilización por mejores servicios públicos para asegurar el derecho de los ciudadanos al acceso universal e igualitario. En este sentido, los servicios de salud en ambos países ha sido objeto de constantes cambios en el proceso de gestión de los profesionales de dar a los usuarios nuevas posibilidades de estas políticas.”²¹

Por tanto, en Uruguay y Brasil, se debe fomentar acciones de integración y cooperación en diversos sectores, como la salud, en la construcción de unidades de salud con un servicio integral y universal a los residentes de la zona fronteriza. Actualmente hay una posición de los representantes consulares de Brasil en Uruguay, con el fin de movilizar a la gestión integrada de la salud y otras políticas sectoriales en algunas ciudades del estado acciones (Bontempo, 2012).

Por tanto, Estado, Sistema de Salud, políticas y programas sociales mantienen una dinámica constante en esta relación bilateral.

Clemente (2010), destaca que entre 2005-2010 un importante avance para la integración fronteriza fue la creación en el Mercosur de los Fondos de Convergencias Estructurales. En el caso de Uruguay, estos fondos se han canalizado mayoritariamente hacia proyectos que atienden problemas de las poblaciones de la frontera.

Considerando lo anteriormente dicho, Uruguay ha utilizado los recursos del Fondo de Convergencia Estructural del Mercosur (FOCEM) en la partida del

²⁰ www.msp.gub.uy (consultado en julio 2014)

²¹ <http://www.unavarra.es/> (consultada en Octubre 2014)

Programa de Cohesión Social desde el año 2009, y bajo la coordinación del Ministerio de Desarrollo Social - MIDES está desarrollando dos proyectos que buscan contribuir al desarrollo social, especialmente en las zonas fronterizas.

El primero realiza intervenciones múltiples en asentamientos ubicados en ciudades de frontera. El segundo busca dinamizar la economía social en las fronteras con Brasil y Argentina. El tercer proyecto tiene el objetivo de mejorar las condiciones de vida y trabajo de clasificadores informales de residuos en el interior del país, con especial énfasis en los departamentos de frontera (MIDES, 2009).

Asimismo, en el año 2009 se firma el Memorando de Entendimiento entre el Gobierno de la República Federativa de Brasil y el Gobierno de la República Oriental del Uruguay en el área de asistencia humanitaria y defensa civil. Se acuerda trabajar conjuntamente en lo concerniente a desastres naturales y antrópicos, promover ejercicios conjuntos, intercambio de experiencias mediante becas, cursos, seminarios.

No obstante, el 30 de mayo del año 2011 se firma el Memorando de Entendimiento entre los Gobiernos de República Oriental del Uruguay (ROU) y Brasil en el área de la Salud. Este documento amplía y continúa con los mecanismos y modalidades de cooperación ya desarrollados por las Partes en el marco del acuerdo Básico de Cooperación Científica y Técnica. Brasil designa al ABC como organismo responsable de la coordinación de actividades y al MS.ROU designa a la agencia Uruguaya de cooperación internacional (AUCI), a MRREE y al MSP. Áreas: medicamentos, APS, Capacidad regulatoria, asuntos fronterizos, VIH-SIDA, participación social, RRHH, Salud rural, etc.

Y por último se firma en mayo de 2011, el Ajuste Complementario al Acuerdo de Cooperación Técnica entre los Gobiernos de Uruguay y Brasil para la ejecución del complementario de la Ley 18546. Proyecto "Apoyo al fortalecimiento

del Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay con énfasis en lugares de menos de cinco mil habitantes”.²²

En este capítulo, vale aclarar que fueron tratados algunos de los acuerdos entre las ciudades gemelas. El contenido de dichos acuerdos implica una larga trayectoria y continuidad en esta relación regional y fronteriza.

²² www.msp.gub.uy (consultada en Noviembre 2014)

CAPÍTULO III:

Territorio:

Configuración demográfica y social de los departamentos de la frontera Uruguay-Brasil en relación con la salud.

En el marco de este capítulo se establecerán los conceptos de territorio, territorialidad, línea de frontera y zona de frontera, los cuales son de relevancia para la efectivización de este estudio.

Esto posibilita adoptar la concepción de territorio como un espacio que puede tender a marcar una exclusión.

Según Feldmann (1990:62) el territorio:

“Es producto de procesos de control, dominación y apropiación de espacios físicos por agentes estatales o no estatales”.

A su vez, por territorialidad entiende:

“a los procesos relacionados a las influencias, al control de uso social, de espacio físico, pudiendo tener un carácter inclusivo, “incorporando nuevos y viejos espacios de forma oportunista y selectiva, no separando quién está adentro y quién está afuera”. (Feldmann 1990:62).

Desde la perspectiva de Ribeiro, V. (2012) la noción de territorialidad ha ido cambiando entre los años 1950 y 1980 en donde la misma es consolidada como producto histórico, material y de las interacciones entre la sociedad y la naturaleza hecha por los mediadores semióticos, técnicos y tecnológicos. La autora entiende, que deriva de las relaciones sociales, económicas, políticas y culturales realizado en los diferentes niveles del espacio escalar como ser la familia y la comunidad.

En este apartado se tomará en cuenta el concepto de territorialidad, dado que posee una connotación más amplia que el de territorio.

Para definir frontera, es relevante distinguir entre línea de frontera y zona de frontera. En cuanto a la línea de frontera ésta es definida legalmente, asociada

a los límites territoriales del poder estatal. Por zona de frontera, se puede decir que la misma apunta a:

“un espaço de interação, uma paisagem específica, com espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional, e por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialização mais evoluída é a das cidades gêmeas”. (Brasil, 2005, P.21).

Desde esta perspectiva, Isabel Clemente (2010), expresa que las regiones de frontera han tenido un rol importante en procesos de integración, siendo que la frontera deja de ser una sola demarcación político-territorial para constituirse en un espacio relevante para la intensidad de relaciones transfronterizas. En algunos casos, los gobiernos locales han tenido una aprobación activa en la articulación de proyectos que incluyen la participación de las naciones. Esa realidad se hace relevante en contextos donde una historia regional de construcción de redes económicas, sociales, culturales y políticas ha contribuido a generar intereses compartidos.

En efecto, se realizará una breve descripción en relación a la configuración social y demográfica de los departamentos de la frontera, Artigas, Rivera, Cerro Largo y Rocha, tomando como punto de referencia a la salud.

Cabe señalar que las características que se tomarán en cuenta para este estudio, serán analizadas tanto para Uruguay como para los departamentos en cuestión. Dichas características se encuentran fuertemente vinculadas al bienestar de la salud de las personas, por tanto, se cree que la salud es considerada como un problema al cual hay que abordar para revertir las precarias condiciones que existen en la sociedad. Por esto, es que se puede comprender a la salud como derecho.

En este contexto, se hace necesario mencionar a la zona fronteriza uruguayo-brasileña, la cual se extiende a lo largo de 1.068 km y abarca los territorios de cuatro departamentos: Artigas, Rivera, Cerro Largo, y Rocha, cuya área representa el 25,5% del total del territorio uruguayo. Esa franja es habitada

por un total de 329.657 personas, las que significan un 10% del total de la población del Uruguay (Censo de Población INE 2011).

Esa población se distribuye en un 31% en el departamento de Rivera, 26% en el departamento de Cerro Largo, 22% en el departamento de Artigas y un 21% en el departamento de Rocha (ver cuadro 1 anexo). Del mismo modo, la sub-área de los municipios brasileños limítrofes con Uruguay está habitada por un total de 468.821 personas, las que significan un 4,4% de la población total del Estado de Rio Grande do Sul y un 0,2% de la población total de Brasil (según Censo de Población 2010 del IBGE)²³. En 2010, del total de la población de los municipios fronterizos brasileños, los municipios de Uruguayana 27%, Bagé 25% y Santana do Livramento 18%, son los que evidencian mayores porcentajes de población, los que agrupados concentran un 70% del total poblacional de los 12 municipios fronterizos con Uruguay.

En definitiva, el área fronteriza uruguayo-brasileña suma un total de 798.478 habitantes según datos de los Censos de uno y otro país.²⁴

Refiriéndose a la distribución de la población urbana y rural en Uruguay, se destaca que esta es mayormente urbana 94.7% del total, mientras que la población rural descendió y alcanzó un 5.3%. (Según INE 2011).

Con respecto a los departamentos en estudio, se observa un comportamiento similar que al del país, siendo la población urbana de Rivera 92.7%, Cerro Largo 93% y Rocha 93.9%, mientras que el departamento de Artigas se diferencia respecto a los mismos por un mayor peso de su población urbana con un 95.2%.²⁵ Asimismo, representan valores similares también en los porcentajes de población rural, Artigas 4.8%, Rivera 7.3%, Cerro Largo 7% y Rocha 93.9%. (Ver cuadro 2 anexo).

²³ www.ibge.gov.br (consultada en Diciembre 2014)

²⁴ Datos según Censo 2011 INE-Uruguay/IBGE Censo 2010-Brasil.

²⁵ <http://www.cci.edu.uy/> (consultada en Diciembre 2014)

“En lo que refiere a las tasas de natalidad y mortalidad del país, éstas se han estabilizado en valores bajos, el número de nacimientos ha descendido de casi 52.800 en el año 2000 a 46.700 en el año 2011. Dicho descenso se detuvo en el 2005 y, desde ese momento el número de nacimientos se ha mantenido, al mismo tiempo ha disminuido la población infantil, los menores de 15 años suman 715.000 y representan aproximadamente el 22% del total de la población. Por otra parte, se representa una profundización del envejecimiento de estructura por edades”. (Según Reporte Social 2013: 28-29).

En relación a los departamentos, las tasas de natalidad y mortalidad también descendieron. Con respecto a la tasa de natalidad, Artigas posee (15.48%), Rivera (16.45%), Cerro Largo (15.95%) y Rocha (14.04%). En cuanto a la tasa de mortalidad, Artigas posee (7.05%), Rivera (7.8%), Cerro Largo (8.64%) y Rocha (10.44%).

En Uruguay, la distribución por edad refleja una profundización del envejecimiento de la población, con un peso muy significativo de los adultos mayores en el total de la población los mayores de 65 años alcanza el 14% de la población total. Este sobreenvjecimiento de la estructura de la población va acompañado de una creciente feminización de la vejez. (Ver gráfico 1 anexo)

Para los departamentos de Artigas, Rivera, Cerro Largo y Rocha, hay un elevado porcentaje de habitantes en la franja de edad de 0 a 14 años con respecto al resto de los departamentos de Uruguay. En cuanto al tramo de edad de 65 y más años, estos poseen un porcentaje menor.

En cuanto al sexo de la población, estos departamentos coinciden uniformemente con Uruguay en la existencia de un mayor porcentaje de mujeres que hombres. (Ver cuadro 3 anexo).

En lo que respecta al nivel educativo del país (según el Censo 2011), la educación media podría resumirse en altas tasas de repetición, acumulación de faltas y elevados índices de deserción. (Ver gráfico 2 anexo)

Los departamentos de Rivera (4,0%), Artigas (4,0%) y Rocha (3,4%) y Cerro Largo (2,7%), constituyen el grupo de departamentos con mayor analfabetismo a escala nacional.²⁶ (Ver cuadro 4 anexo)

En el ámbito del empleo en Uruguay, en el período 2000-2012, hubo un aumento sostenido de las tasas de actividad y empleo, así como en el descenso de la tasa de desempleo. Al igual que ocurre en los departamentos de la frontera, entre 2006-2010, Artigas creció del 52% al 56%, Rivera del 51% al 58%, y Cerro Largo del 52% al 56%; al tiempo que en 2010 el municipio de Jaguarao registra una tasa de ocupación del 62% y el municipio de Livramento de 58%.

Por otro lado, en lo que refiere al escenario cultural, según Mazzei y Souza (2012) la sociedad fronteriza uruguayo-brasileña, constituye un territorio de cultura presente en todas sus interacciones sociales, el cual es diferenciado de las culturas de cada país. Se trata de procesos de identificación social en los cuales “el nosotros” se compone por “lo uruguayo” y “lo brasilero”.

Expresadas las características anteriores como aspectos que determinan al bienestar de la salud, se tomará en cuenta para este estudio al concepto de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), dado que el mismo también se encuentra asociado al derecho a la salud.

En tanto que, Necesidades Básicas Insatisfechas:

“se encuadra dentro de los llamados métodos directos de medición de la pobreza con un enfoque multidimensional. Se orienta a identificar la falta de acceso a bienes y servicios (o problemas críticos en cuanto a la calidad de aquellos) cuya disposición constituye una condición para el ejercicio de derechos sociales. En tanto requiere la selección de las necesidades que serán consideradas *básicas* y la fijación de los umbrales por debajo de los cuales se estima que la privación es *crítica*, el método tiene un carácter fuertemente normativo. Constituye una herramienta para la identificación de población potencialmente beneficiaria de políticas públicas orientadas a asegurar el ejercicio de derechos (habitar una vivienda decorosa, acceder a la educación o a la atención de salud), la fijación de

²⁶ Datos extraídos de ENCH 2010 Principales Resultados. INE.

prioridades de intervención del Estado y el seguimiento de los resultados de dichas intervenciones”. (De los Campos, 2005; Fernández, 2012).

A su vez, se define a las necesidades básicas como:

“el conjunto de requerimientos psicofísicos y culturales cuya satisfacción constituye una condición mínima necesaria para el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos en una sociedad específica. Y propuso que los umbrales de privación se fijasen tomando como referencia lo que la imagen colectiva de lo que una sociedad o comunidad particular considera como condiciones dignas de vida (DGEC, 1990).

Según el Reporte Social (2013) se utilizó un nuevo método para el cálculo de las necesidades básicas insatisfechas, siendo que pasaron a ser consideradas seis necesidades básicas en las cuales se valoran las dimensiones de: vivienda decorosa, abastecimiento de agua potable, servicio sanitario, energía eléctrica, artefactos básicos de confort y educación.

Desde esta perspectiva se toma en cuenta a la salud como una condición básica y necesaria para todo ser humano. Sin embargo, a partir de los Censos 2011 y utilizando la nueva metodología de cálculo de las NBI,

“En Uruguay se encuentran casi 1.068.000 personas y 347.700 hogares particulares con al menos una carencia crítica. Esto equivale al 30,7% de los hogares particulares y al 33,8% de la población residente en ellos. Considerando el sexo de las personas, la población con NBI presenta una relación de 109 hombres por cada 100 mujeres, mientras que en la población con NBS esa relación es de 96, lo cual denota masculinización en términos de carencias críticas”. (Atlas sociodemográfico 2013: 27).

A su vez, para los departamentos fronterizos se representa un mayor porcentaje de personas con al menos una necesidad básica insatisfecha, Artigas 54,4%, Rivera 45,4%, Cerro Largo 44,8% y Rocha 35%. (Atlas sociodemográfico 2013)

Para finalizar, se puede resaltar la importancia del comportamiento de los diversos factores demográficos y sociales que fueron tratados en este capítulo, en relación a la salud. Al considerar los departamentos de la frontera con Brasil se pudo observar que existen porcentajes desiguales con el resto del país, lo cual expresa un nivel de pobreza no menor.

Para avanzar en estas cuestiones sociales se requiere de la participación democrática de las sociedades y de un Estado “fuerte” que intervenga de forma permanente.

Reflexiones finales

Con este proyecto de monografía final de grado se llevó a cabo un proceso de estudio y profundización en los aspectos que conforman el entramado socio-político, en el cual a partir de la legislación del Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay, el gobierno progresista se propone universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y el financiamiento, calidad asistencial y sustentabilidad al sistema.

En efecto, se pudo constatar que la reforma ha llevado adelante diferentes acciones que han implicado importantes avances para el país en el camino hacia la cobertura universal en salud. Uno de los pilares dentro de esta reforma, fue la creación del Seguro Nacional de Salud, financiado por un fondo único, público y obligatorio: el Fondo Nacional de Salud (FONASA), junto a esta importante acción se llevó adelante otra que fue la del fortalecimiento de los fondos públicos destinados a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), principal prestador público.

Estos cambios en el modelo de financiamiento del sistema han llevado a que exista al día de hoy una mayor protección financiera de la población, pero sin olvidarnos de aquella población que aún permanece “desprotegida”.

Esto también permite analizar de qué manera los avances en la legislación han impactado sobre el sistema de salud y los servicios de la frontera Uruguay-Brasil.

El área fronteriza uruguayo-brasileña refleja las complejidades propias de una binacionalidad donde confluyen los proyectos políticos de ambos países cuya desigualdad de gestión condiciona sus procesos de desarrollo social.

Cabe destacar que en el proceso de conformación de la región de frontera, han operado líneas tendenciales de largo plazo con incidencia en la realidad demográfica, social económica y política de las ciudades gemelas Uruguay-Brasil.

Otros elementos de continuidad identificados en este trabajo son la importancia de los movimientos de los habitantes a través de las líneas de demarcación fronteriza desde los orígenes mismos de la historia regional hasta el presente con formas de movilidad asociadas al trabajo, al estudio, la salud, la educación y otras actividades productivas.

En ese sentido la creación de una nueva institucionalidad fronteriza tanto desde el ámbito del Mercosur como de los acuerdos binacionales genera un espacio para fortalecer la integración, con el fin último de mejorar las condiciones de vida de quienes viven en estos espacios.

En tanto que se ha comenzado a desarrollar un proceso en esta línea de apertura a las comunidades, visualizando la necesaria articulación entre lo público y lo privado para la legitimación de acciones de política internacional y/o regional. Asimismo, se comienza a dar un marco formal a esas situaciones a partir de la firma de los acuerdos, convenios y leyes que fueron tratados en este trabajo.

No obstante, se debe continuar ampliando el debate entre los Estados, así como también la participación de la sociedad civil, se considera que esa participación democrática debe ser desarrollada en los sistemas de protección y de derechos sociales.

De acuerdo con lo que plantea Bizzozero (1997), asistimos a la presencia de ciudadanos uruguayos integrados e influidos por la impronta regional y serán ellos quienes puedan aportar una mirada con una tendencia hacia ella, respecto a los vínculos y a una nueva concepción de los otros países, en particular con Brasil.

En este proceso de debate, seguramente haya coyunturas favorables y desfavorables pero lo importante es avanzar en materia de derechos sociales.

Bibliografía

- Achard, D, 1995. La Frontera Uruguay Brasil, un análisis de las instituciones que promueven la integración fronteriza. En “La integración fronteriza y el papel de las regiones en la Unión Europea y en el Cono Sur: Experiencias Opiniones y Estrategias. CEFIR. cefir.org.uy/wpcontent/uploads/downloads/2012/05/DT,pp 116
- Atlas sociodemográfico y de la Desigualdad del Uruguay. Fascículo 1-Las Necesidades Básicas Insatisfechas, a partir del Censo 2011. Editorial Trilce. Año: 2013
- Benia, W; Fernández Galeano, M. 2014. El derecho a la salud de los uruguayos. Nuestro tiempo. . Montevideo. IMPO
- Bizzozero, Lincoln (1997). “La política Internacional de Uruguay a principios del siglo XXI. ¿Un socio pequeño de carácter regional, occidental o Mundial?” En Uruguay en la región y el mundo. Retrospectivas7prospectivas. Revista Uruguaya de Ciencias Sociales. Cuadernos del CLAEH N° 78-79, serie año 22,pp 43-54
- Bontempo, Carla Gabriela Cavini. Entrevistas com representantes consulares. Digi, Mestrado em Política Social – UCPEL, 2012.
- De Sierra Gerónimo (2001), “Uruguay y América Latina ante la (s) integraciones en revistas de Ciencias Sociales- Dpto de Sociología, Junio Año XV n° 20 pp 7-9
- De los Campos, Hugo (2000). El índice de necesidades básicas insatisfechas. Crítica de la definición oficial y propuesta de una metodología alternativa. Documento de Trabajo n.º 13. Departamento de Trabajo Social (FCS-Udelar). Montevideo.
- Di Giovanni. As estruturas elementares das políticas públicas. In: Cadernos de Pesquisa, no.82. Unicamp, 2009, 30 p

- Feldamnn S. Segregação Como especial de prostituição feminina em São Paulo. Debates Espaço Revista. 1990 28:59-66
- Fernández, Tabaré (2012). «Metodología preliminar para la medición multidimensional de la pobreza en Uruguay», en: Cortés, F. y Mora, M. *Metodología multidimensional de medición de la pobreza*. El Colegio de México. México.
- Giovanella: “Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada. Observatorios de Mercosur de sistemas de salud. 2013. pp (1- 120). Rio de Janeiro.
- Mazzei. De Souza. “La Frontera en Cifras” disponible en: http://www.cci.edu.uy/sites/default/files/Mazzei,%20E.%20y%20De%20Souza,%20M.%20%282013%29.%20La%20frontera%20en%20cifras.%20Montevideo-%20Imprenta%20CBA_0.pdf
- Melano, María Cristina “Un Trabajo Social para los nuevos tiempos” p 173 – Editorial Lumen Humanitas 2001.
- MSP. (2008)” *La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud*”. MSP, Uruguay. www.msp.gub.uy (consultado en Julio 2014)
- OLIVEROS, Luis Alberto. La Integración de las Fronteras (2002). Disponible en : http://cefir.org.uy/fronteras/images/audios/T023600004719-0-Integracion_Fronteriza.pdf
- Pérez del Castillo, G, 1995, Una metodología para abordar los problemas fronterizos a nivel municipal. En “La integración fronteriza y el papel de las regiones en la Unión Europea y en el Cono Sur: Experiencias Opiniones y Estrategias. CEFIR. cefir.org.uy/wpcontent/uploads/downloads/2012/05/DT, pp 105

- Reporte Social. Principales características del Uruguay Social. Año 2013.
- Ribeiro, Vera María (2012). “Uma questão e duas temporalidades: Direito á saúde na fronteira MERCOSUL- 2003-2013”. Proyecto de Investigación de la Universidad Católica de Pelotas, Brasil
- Ríos G. Perfil Descriptivo del Sistema de Salud de República Oriental del Uruguay. Perfiles Descriptivos de los Sistemas de Salud de los Estados-Parte del MERCOSUR. Montevideo: Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud. 2012.
- Rocha Valencia, Alberto (2002). “América Latina y el Caribe- La dimensión política de procesos de integración regional y subregional”, en revista de Ciencias Sociales- Depto. de Sociología, junio, Año XV/N|20 PAG 23-37.
- Salud en Las Américas 2007. “Las Políticas Públicas y los Sistemas y Servicios de Salud”.

Fuentes documentales:

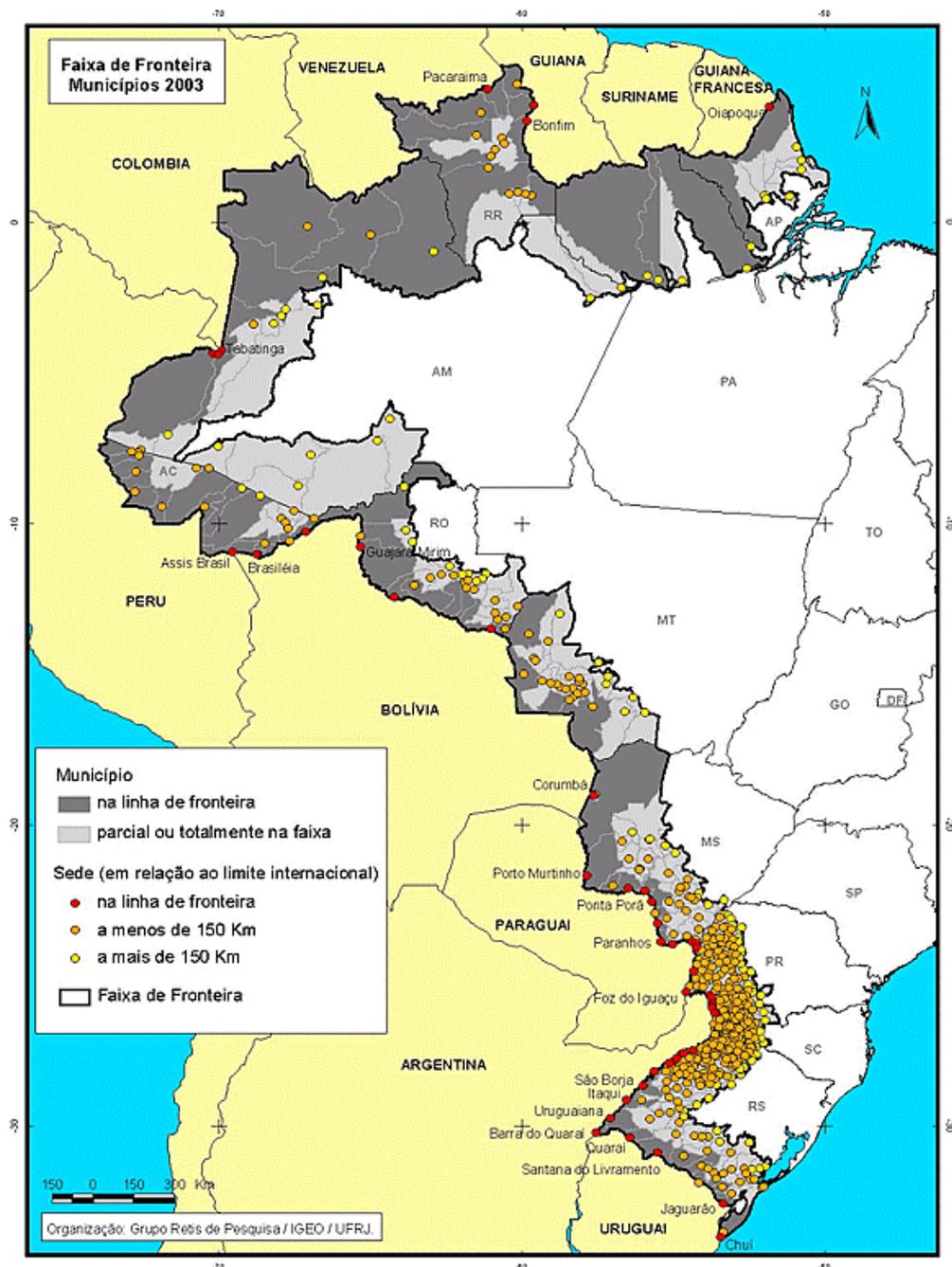
www.parlamento.gub.uy

- Ley 15181 del año (1981) (Consultada en Junio de 2014)
- Ley 18121
- Ley 18161
- Ley 18211
- Ley 17659 (Consultada en Setiembre de 2014).
- Ley 18546 (Consultada en Noviembre de 2014).
- Artículo 44° de La Constitución de la República Oriental Del Uruguay, disponible en: www.parlamento.gub.uy (consultado en Julio 2014)

- Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. “Cuentas Nacionales de Salud 2005-2008- Uruguay Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=cat_view&Itemid=241 (Consultada en Setiembre 2014)
- Brasil: Ministério da Integração Nacional. Programas e ações. Disponível em: <www.min.gov.br>. 2005. (consultada en Diciembre 2014).
- IBGE. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/fronreira.shtm> . 2012. (consultada en Diciembre 2014)
- DGEC (1990). Las Necesidades Básicas en el Uruguay. Montevideo, DGEC.
- MIDES, FOCEM. Antecedentes. 2009. Disponible en www.mides.gub.uy (consultada en Noviembre 2014).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. *Agenda de Salud para las Américas – 2004 -2011*. Washington.
- Poblacion en Uruguay- Datos Censo- 2011. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/index.html>
- Revista ASSE N°2 Disponible en: www.asse.com.uy (Consultada en Diciembre 2014)
- Salud en la frontera Uruguay Brasil. “Un estudio exploratorio de la legislación uruguaya <http://cienciassociales.edu.uy/> (consultada en Setiembre 2014).
- Tratado de Asunción del Mercosur, disponible en: http://www.mercosur.int/msweb/portal%20intermediario/es/archivos/destacado1_es.doc. www.exteriores.gob.es (consultado en Julio 2014)
- Tratado de Estados partes del Mercosur disponible en www.unavarra.es (consultado en Octubre 2014).
- Tratado de Límites 1851. Disponible en: www.parlamento.gub.uy (consultada en Noviembre 2014-

ANEXOS

Mapa da fronteira e municípios da linha da fronteira brasileira.



Mapa extraído de **Projecto (2012) Uma questão e duas temporalidades: Direito à saúde na fronteira MERCOSUL - 2003-2013**

Cuadro 1. Población de los departamentos uruguayos fronterizos.

	1996	2004	2011
Artigas	75.059	78.019	73.378
Rivera	98.472	104.921	103.493
Cerro Largo	82.510	86.564	84.698
Rocha	70.292	69.937	68.088
Total	326.333	339.441	329.657

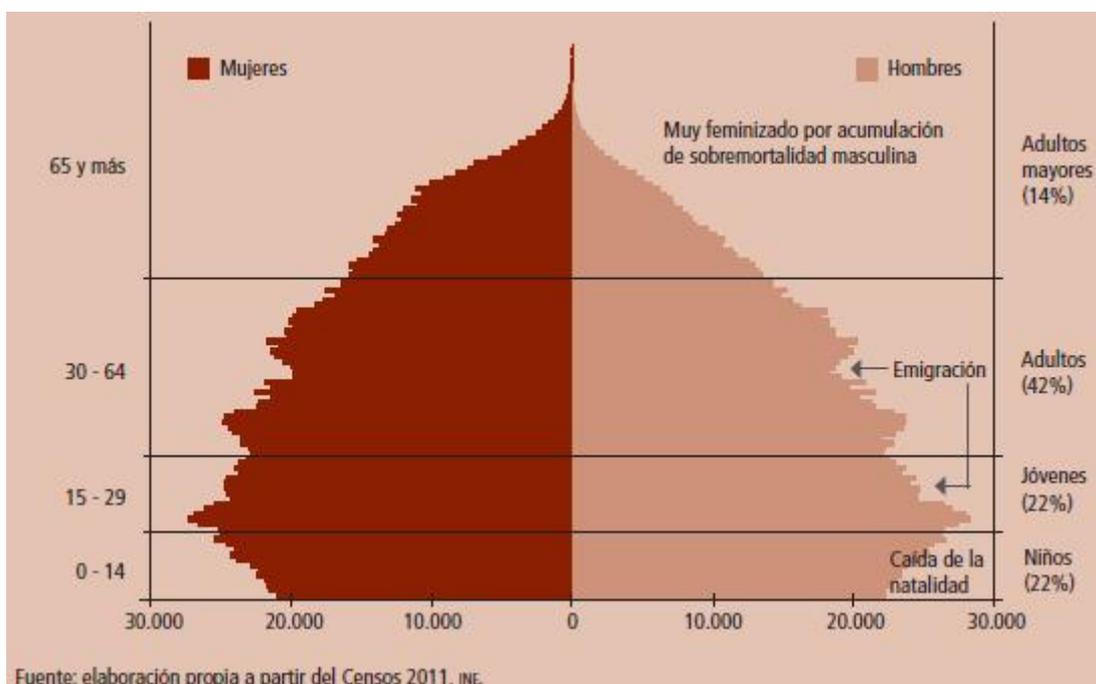
Fuente: INE

Cuadro 2. Distribución de la población departamental fronteriza urbano-rural 2011.

	Urbano	%	Rural	%
Artigas	69.854	95,2	3.524	4,8
Rivera	95.891	92,7	7.602	7,3
Cerro Largo	78.762	93,0	5.936	7,0
Rocha	63.942	93,9	4.146	6,1
Total	308.449	93,6	21.208	6,4

Fuente: INE

Gráfico 1. Estructura por edad y sexo de la población del Uruguay, 2011.

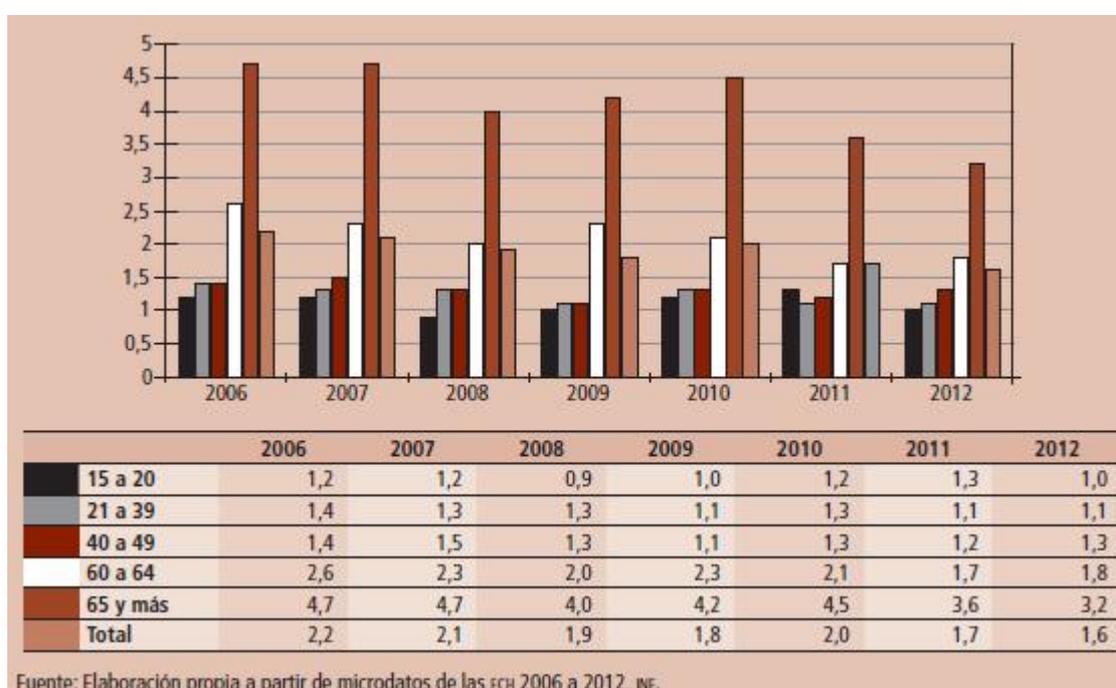


Cuadro 3. Distribución porcentual de la población de los departamentos del área fronteriza uruguayo-brasileña por sexo, año 2011.

Departamento	Hombres	Mujeres
Artigas	49,0	51,0
Rivera	49,0	51,0
Cerro Largo	48,0	52,0
Rocha	49,0	51,0

Fuente: INE 2011

Gráfico 2. Tasa de analfabetismo, según tramo de edad, en porcentajes, total del país, 2006-2012.



Cuadro 4. Distribución porcentual de analfabetismo Dptos de Uruguay en la zona de frontera con Brasil. (ECH-INE 2010)

Rivera	4.0 %
Artigas	4.0 %
Rocha	3.4 %
Cerro Largo	2.7 %



Ley N° 18.211

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

NORMATIVA REFERENTE A SU CREACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y FINANCIACIÓN

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2º.- Compete al Ministerio de Salud Pública la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud que articulará a prestadores públicos y privados de atención integral a la salud determinados en el artículo 265 de la [Ley N° 17.930](#), de 19 de diciembre de 2005.

Dicho sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país.

Artículo 3º.- Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud:

- A) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- B) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
- C) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.
- D) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- E) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.
- F) 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.
- G) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.
- H) La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.

- I) La participación social de trabajadores y usuarios.
- J) La solidaridad en el financiamiento general.
- K) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
- L) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Artículo 4º.- El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos:

- A) 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 aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- B) 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.
- C) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
- D) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
- E) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.
- F) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
- G) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
- H) Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

Artículo 5º.- A efectos de lo dispuesto en el [artículo 2º](#) de la presente ley, compete al Ministerio de Salud Pública:

- A) Elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud, y ejercer el contralor general de su observancia.
- B) Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y a los prestadores parciales con quienes contraten.
- C) Controlar la gestión sanitaria, contable y económico-financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables.
- D) Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- E) Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.

- F) Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.
- G) Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación.
- H) Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.
- I) Promover, en coordinación con otros organismos competentes, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.
- J) Las demás atribuciones que le otorga la presente ley, la [Ley N° 9.202](#) "Orgánica de Salud Pública", de 12 de enero de 1934, y otras disposiciones aplicables.

Artículo 6º.- El Ministerio de Salud Pública creará un registro obligatorio de recursos de tecnología de diagnóstico y terapéutica de alto porte de los servicios de salud.

La reglamentación determinará los contenidos de la información que deban proporcionar las instituciones, su periodicidad y las sanciones en caso de incumplimiento. Toda nueva incorporación de tecnología deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud Pública teniendo en cuenta la información científica disponible, la necesidad de su utilización y la racionalidad de su ubicación y funcionamiento.

Artículo 7º.- La política nacional de medicamentos tendrá por objetivo promover su uso racional y sustentable. El Ministerio de Salud Pública aprobará un formulario terapéutico único de medicamentos que contemple los niveles de atención médica y establecerá la obligatoriedad de su prescripción por denominación común internacional según sus principios activos; racionalizará y optimizará los procesos de registro de medicamentos y fortalecerá las actividades de inspección y fiscalización de empresas farmacéuticas y la fármaco vigilancia.

Artículo 8º.- El control de la calidad integral de la atención en salud a cargo del Ministerio de Salud Pública tomará en cuenta el respeto a principios de la bioética y a los derechos humanos de los usuarios.

Dicha modalidad será aplicable a la incorporación y uso de tecnologías y medicamentos.

Artículo 9º.- El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con otros organismos competentes, promoverá y evaluará que el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos de las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud responda a los principios rectores del mismo.

Artículo 10.- El Ministerio de Salud Pública promoverá la armonización de los parámetros de calidad de los bienes, servicios y factores productivos del área de salud y los mecanismos de control sanitario de los Estados Parte del MERCOSUR, en el marco del proceso de integración regional.

CAPÍTULO II

INTEGRACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 11.- Podrán integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud:

- A) Los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas, estatales y no estatales.
- B) Las entidades a que refiere el artículo 265 de la [Ley N° 17.930](#), de 19 de diciembre de 2005.

Artículo 12.- Para integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud es preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios. La reglamentación determinará la naturaleza y forma de los mismos, según el tipo de entidades de que se trate.

Artículo 13.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, además de sus órganos de gobierno, deberán contar con un Director Técnico como autoridad responsable ejecutiva en el plano técnico ante la propia entidad, la Junta Nacional de Salud que se crea en el [artículo 23](#) de la presente ley y el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 14.- Para autorizar como integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud a las entidades referidas en el [artículo 11](#) de la presente ley, la Junta Nacional de Salud evaluará, además de los requisitos establecidos en el literal B) del [artículo 5º](#) y en los [artículos 12](#) y [13](#) de la presente ley, su caudal de usuarios, los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, los programas de atención a la salud, la tecnología, el funcionamiento organizacional y el estado económico-financiero, según criterios que fije la reglamentación.

La integración al Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá carácter funcional, no modificando la titularidad de las entidades ni su autonomía administrativa.

Artículo 15.- La Junta Nacional de Salud suscribirá un contrato de gestión con cada uno de los prestadores que se integre al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objeto de facilitar el control del cumplimiento de las obligaciones que impone a éstos la presente ley. La reglamentación determinará el contenido de dichos contratos.

Artículo 16.- Las entidades que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud ajustarán su actuación a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud Pública y quedarán sujetas a su control.

Artículo 17.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán recabar, con fundamentos debidamente documentados, autorización del Ministerio de Salud Pública, quien oirá en todos los casos a la Junta Nacional de Salud, para:

- A) Crear, clausurar o suspender servicios de atención médica.
- B) Construir, reformar o ampliar plantas físicas destinadas a la atención médica.
- C) Adquirir, enajenar, ceder y constituir otros derechos reales sobre bienes inmuebles y equipos sanitarios.

Artículo 18.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán realizar afiliaciones de carácter vitalicio, sin perjuicio de respetar los derechos adquiridos al amparo de normativas anteriores a la presente ley. En estos casos, las prestaciones que supongan no darán derecho a la entidad al cobro de cuotas salud.

Artículo 19.- Las prestaciones incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública podrán requerir el pago de tasas moderadoras, que autorizará el Poder Ejecutivo, fijando también sus montos máximos.

El Poder Ejecutivo promoverá la progresiva reducción del monto de las tasas moderadoras, priorizando las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población.

Artículo 20.- Los profesionales y entidades que presten servicios de salud podrán realizar publicidad mediante cualquier modalidad de difusión siempre que limiten las menciones a sus datos identificatorios, títulos que posean y especialidades que desarrollen, los que deberán estar debidamente registrados ante el Ministerio de Salud Pública.

Cuando dichos profesionales o entidades se propongan ampliar el alcance de su publicidad, deberán recabar previamente autorización al Ministerio de Salud Pública, en los términos de la reglamentación aplicable.

Las personas o entidades que infrinjan estas normas se harán pasibles de sanciones entre 30 UR (treinta unidades reajustables) y 500 UR (quinientas unidades reajustables) que aplicará el citado Ministerio, sin perjuicio de la inmediata suspensión de la publicidad que le será notificada a los responsables de los medios utilizados para su difusión. Si la orden no fuere efectivizada, a los medios se les aplicarán iguales sanciones económicas.

Artículo 21.- Las entidades de atención a la salud privadas que no se incorporen al Sistema Nacional Integrado de Salud podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitadas a tal efecto por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario.

Artículo 22.- Los seguros integrales a que refiere el artículo 265 de la [Ley Nº 17.930](#), de 19 de diciembre de 2005, podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitados por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario.

Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud que contraten con dichas entidades deberán comunicar su decisión a la Administración del Fondo Nacional de Salud.

Estos usuarios aportarán al Fondo Nacional de Salud creado por la [Ley Nº 18.131](#), de 18 de mayo de 2007, de acuerdo a lo dispuesto en el [Capítulo VII](#) de la presente ley y gozarán de los mismos derechos asistenciales que quienes se inscriban en los padrones de las demás entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales las cuotas salud que correspondan a dichos usuarios siempre que se cumplan acumulativamente los siguientes requisitos:

- 1) Que otorguen a los mismos las prestaciones incluidas en los programas integrales aprobados por el Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio del régimen previsto en el inciso primero de este artículo, y
- 2) aporten al Ministerio de Salud Pública y a la Junta Nacional de Salud la información asistencial y económico-financiera que les sea requerida a efectos del contralor de sus obligaciones respecto a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. En caso de incumplimiento de las mismas, será aplicable el régimen sancionatorio previsto en el literal E) del [artículo 28](#) de la presente ley.

En ningún caso la Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales un monto superior al del aporte obrero-patronal del contribuyente. La reglamentación de la presente ley determinará la distribución del mismo considerando las cuotas salud y los aportes que deba transferir al Fondo Nacional de Recursos según la estructura del núcleo familiar del usuario.

Los seguros integrales verterán al Fondo Nacional de Salud el 6% (seis por ciento) de los ingresos recibidos del propio Fondo por concepto de costos de administración el que se destinará al financiamiento del Seguro Nacional de Salud.

CAPÍTULO III

JUNTA NACIONAL DE SALUD

Artículo 23.- Créase la Junta Nacional de Salud como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública con los cometidos que le atribuye la presente ley.

Artículo 24.- Son cometidos de la Junta Nacional de Salud:

- A) Administrar el Seguro Nacional de Salud que crea la presente ley, con arreglo a sus disposiciones y a la reglamentación respectiva.
- B) Velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Artículo 25.- La Junta Nacional de Salud tendrá carácter honorario, sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo y estará compuesta por:

- A) Dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales la presidirá.

- B) Un miembro representante del Ministerio de Economía y Finanzas.
- C) Un miembro representante del Banco de Previsión Social.
- D) Un miembro representante de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- E) Un miembro representante de los trabajadores de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- F) Un miembro representante de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En todos los casos, por cada titular se designará un alterno.

Todos los integrantes de la Junta Nacional de Salud deberán formular una declaración jurada de bienes e ingresos a cualquier título, a la Junta Asesora en Materia Económico Financiera del Estado, de acuerdo con lo dispuesto por el Capítulo V de la [Ley N° 17.060](#), de 23 de diciembre de 1998, en lo que resulte pertinente.

Artículo 26.- La reglamentación de la presente ley determinará la forma de integración de los representantes sociales a que refieren los literales D), E) y F) del [artículo 25](#) de la presente ley, garantizando mecanismos de selección democrática de los mismos. Su mandato tendrá una duración máxima de dos años.

Los representantes de prestadores y trabajadores que se integren a la primera Junta serán propuestos por sus organizaciones representativas.

Artículo 27.- La Junta Nacional de Salud contará con Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales, que se integrarán en la forma que determine la reglamentación de la presente ley, observando que en los mismos estén representados los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, sus trabajadores y sus usuarios.

Estos Consejos tendrán funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones, pero sus informes y propuestas no tendrán carácter vinculante.

Artículo 28.- Compete a la Junta Nacional de Salud:

- A) Suscribir con los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud los contratos de gestión a que refiere el [artículo 15](#) de la presente ley.
- B) Aplicar los mecanismos de financiamiento de la atención integral a la salud que corresponda a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al Fondo Nacional de Salud que se determinan en el Capítulo VII de la presente ley.
- C) Disponer el pago de cuotas salud a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.
- D) Controlar las relaciones entre los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y entre éstos y terceros.
- E) Disponer la suspensión temporal o definitiva, total o parcial, del pago de cuotas salud en caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo de los prestadores, determinado por acto administrativo firme.
- F) Elaborar el proyecto de su reglamento interno de funcionamiento que elevará al Poder Ejecutivo para su aprobación, dentro de los ciento ochenta días de su constitución.

G) Las demás que le asigne la presente ley.

Artículo 29.- Compete al Presidente de la Junta Nacional de Salud:

- A) Presidir sus sesiones, sin perjuicio de los mandatos sustitutos que otorgue en previsión de sus ausencias.
- B) Ejecutar las resoluciones de la Junta.
- C) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Junta Nacional de Salud, dando cuenta de ellas a la misma en la primera sesión posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad será necesario el voto de por lo menos cinco de los miembros de la Junta. Mientras no se integren a él los representantes sociales, a estos efectos se requerirá el voto de tres de sus miembros.
- D) Representar al organismo y suscribir todos los actos, contratos y convenios en que intervenga el mismo.
- E) Las demás tareas que le sean encargadas por la Junta.

Artículo 30.- Para sesionar, el Directorio de la Junta Nacional de Salud requerirá la presencia de cuatro de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del cuerpo.

En caso de empate el voto del Presidente del Directorio se computará doble.

Artículo 31.- Créase dentro del Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública" el Programa "Administración del Seguro Nacional de Salud" dentro del cual se constituye la Junta Nacional de Salud como su unidad ejecutora.

Artículo 32.- Facúltase al Poder Ejecutivo, a propuesta del Ministerio de Salud Pública, a adecuar sus programas y redistribuir los créditos presupuestales a los efectos de atender los costos de funcionamiento de la Junta Nacional de Salud.

Artículo 33.- La Junta Nacional de Salud deberá elevar anualmente al Poder Ejecutivo una rendición de cuentas de la administración del Seguro Nacional de Salud, dentro de los primeros ciento veinte días de vencido cada ejercicio.

Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud publicarán anualmente los estados de situación y balance de resultados de su gestión. Estas entidades deberán poseer sistemas de información contable ajustados a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes y proporcionar a la Junta Nacional de Salud toda la documentación que ésta le solicite.

CAPÍTULO IV

RED DE ATENCIÓN EN SALUD

Artículo 34.- El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

Artículo 35.- La Junta Nacional de Salud, de acuerdo a las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública, establecerá y asegurará los mecanismos de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención.

Artículo 36.- El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural

y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia.

Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.

Artículo 37.- El segundo nivel de atención está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asientan la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.

Artículo 38.- El tercer nivel de atención está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.

Artículo 39.- La Junta Nacional de Salud fomentará el establecimiento de redes de atención en salud. Las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud podrán coordinar acciones dentro de un marco territorial definido, para brindar una adecuada asistencia y racionalizar los recursos.

Artículo 40.- Las redes territoriales de atención en salud podrán articular su labor con los centros educativos en cada zona así como con las políticas sociales existentes y el conjunto de las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, desarrollando una perspectiva intersectorial.

Artículo 41.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud podrán contratar entre sí y con terceros las prestaciones incluidas en los programas integrales de atención a la salud que apruebe el Ministerio de Salud Pública.

Dichos contratos deberán ser sometidos a la autorización de la Junta Nacional de Salud, la que controlará todo lo referente a la habilitación de los prestadores y su infraestructura, capacidad asistencial, relación entre el volumen de prestaciones a contratar y el número de usuarios del prestador contratante, plazos de los contratos y la estabilidad de las condiciones de relacionamiento.

La Junta Nacional de Salud verificará que las entidades contratantes no mantengan deudas vencidas con quienes pretenden contratar, en cuyo caso deberán cancelarlas o refinanciarlas antes de la firma de un nuevo contrato.

Si la Junta Nacional de Salud no formula observaciones ni deniega la autorización dentro de los treinta días de presentada la solicitud, el respectivo contrato se considerará autorizado.

En situaciones de caso fortuito, fuerza mayor y otras razones de urgencia, los prestadores podrán contratar notificando de inmediato a la Junta Nacional de Salud. Ésta concederá un plazo prudencial para la presentación de la documentación contractual y acreditante de las circunstancias excepcionales que motivaron la contratación. En caso de incumplimiento, se aplicará el régimen sancionatorio previsto en el literal E) del [artículo 28](#) de la presente ley.

Artículo 42.- Las farmacias registradas y habilitadas por el Ministerio de Salud Pública podrán dispensar medicamentos a los usuarios de los prestadores de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, en los términos de los contratos que celebren con los mismos.

A dichos contratos les será aplicable, en lo que corresponda, lo dispuesto en el [artículo 41](#) de la presente ley.

Artículo 43.- Los precios de referencia para las contrataciones a que refieren los artículos 41 y 42 de la presente ley, podrán ser determinados por el Poder Ejecutivo.

Artículo 44.- Es incompatible el ejercicio de la dirección y el gerenciamiento de las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud que demanden servicios a terceros con la provisión de los mismos, salvo cuando se formalicen alianzas estratégicas entre prestadores o cuando uno de ellos asuma el gerenciamiento del otro. En ambos casos se requerirá autorización de la Junta Nacional de Salud.

La incompatibilidad incluye a las personas que ejerzan la función, sus socios, cónyuges o concubinos, ascendientes y descendientes hasta el segundo grado de consanguinidad.

Los contratos que se formalicen violando esta disposición serán nulos a partir del momento en que se verifique dicha incompatibilidad.

CAPÍTULO V

COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA

Artículo 45.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán suministrar a su población usuaria los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública, con recursos propios o contratados con otros prestadores integrales o parciales públicos o privados.

Los programas integrales de prestaciones incluirán:

- A) Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas.
- B) Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados.
- C) Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda.
- D) Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes.

La reglamentación de la presente ley definirá taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descriptas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados, conforme a los cuales la Junta Nacional de Salud auditará la atención brindada a los efectos de autorizar el pago de cuota salud a los prestadores.

Artículo 46.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán ofrecer a su población usuaria prestaciones de emergencia médica incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública. La reglamentación definirá las modalidades y fecha de aplicación de esta disposición.

La afiliación a las entidades prestadoras de los referidos servicios de emergencia se realizará, por parte de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, entre aquéllas que se encuentren habilitadas por el Ministerio de Salud Pública para la prestación establecida en el inciso precedente y acepten las condiciones correspondientes.

El Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Economía y Finanzas, oyendo a la Junta Nacional de Salud, fijará el importe que las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud abonarán a los prestadores de los servicios de referencia, así como los plazos en que el mismo deberá ser vertido.

Artículo 47.- Las prestaciones no incluidas en los programas integrales de observancia obligatoria, que ofrezcan a sus usuarios las instituciones que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, serán convenidas entre prestadores y usuarios, en régimen de libre contratación. Cuando se trate de prestaciones sanitarias, el Ministerio de Salud Pública las controlará en sus aspectos técnicos.

Artículo 48.- Las prestaciones económicas correspondientes a enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y otras contingencias relacionadas con la salud, continuarán siendo brindadas por los organismos públicos y las entidades privadas competentes, de conformidad con las disposiciones en vigor. Los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud realizarán, para sus respectivos usuarios, las pericias técnicas que correspondan.

Los servicios complementarios de asistencia médica a que refiere el literal A) del artículo 7º del Decreto N° 7/976, de 8 de enero de 1976, que abona el Banco de Previsión Social, alcanzan exclusivamente a las personas comprendidas en el artículo 8º del [Decreto-Ley N° 14.407](#), de 22 de julio de 1975, modificado por el artículo 1º de la [Ley N° 15.953](#), de 6 de junio de 1988, incluidas en el literal A) del artículo 2º de la [Ley N° 18.131](#), de 18 de mayo de 2007.

CAPÍTULO VI

USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 49.- Son usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud todas las personas que residan en el territorio nacional y se registren en forma espontánea o a solicitud de la Junta Nacional de Salud, en una de las entidades prestadoras de servicios de salud que lo integren. La reglamentación de la presente ley establecerá los términos y condiciones de dicho registro.

Artículo 50.- La elección de prestador es libre. Una vez formalizado el registro ante una de las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, podrá modificarse en los términos que fije la reglamentación.

No se admitirá la doble cobertura de atención médica integral a cargo del Sistema, debiendo los usuarios optar por una de las que eventualmente les correspondiera.

Artículo 51.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tienen los siguientes derechos respecto de los prestadores integrados al mismo:

- A) A recibir información completa y actualizada sobre los servicios a que pueden acceder y sobre los requisitos para hacer uso de los mismos.
- B) A recibir, en igualdad de condiciones, las prestaciones incluidas en los programas integrales a que refiere el [artículo 45](#) de la presente ley.
- C) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.
- D) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en las entidades que presten servicio de salud, sin perjuicio del requerimiento fundado de la Junta Nacional de Salud, del Ministerio de Salud Pública y del Fondo Nacional de Recursos cuando se trate de actos médicos financiados por el mismo, siempre conservándose la condición de confidencialidad respecto a terceras personas.
- E) A conocer los resultados asistenciales y económico-financieros de la entidad.
- F) A recibir información sobre las políticas de salud y los programas de atención integral que se implementen en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- G) Los demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

Artículo 52.- Son obligaciones de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud:

- A) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones a que tienen derecho.
- B) Dar cumplimiento a las formalidades que se requieran para acceder a los servicios de salud.
- C) Respetar los estatutos de las entidades prestadoras de servicios.
- D) Cumplir con las disposiciones de naturaleza sanitaria de observancia general y con las específicas que

determinen las entidades prestadoras cuando estén utilizando sus servicios.

E) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las mismas.

F) Las demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

El incumplimiento de las obligaciones antes referidas acarreará las consecuencias previstas en los estatutos de las entidades prestadoras.

Artículo 53.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán el derecho a participar en los órganos a que refiere el [artículo 12](#) de la presente ley, en los términos que determine su reglamentación.

Artículo 54.- La Junta Nacional de Salud podrá establecer un sistema de recepción de quejas y denuncias de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como mecanismos de solución de diferendos entre éstos y los prestadores, sin perjuicio de los recursos administrativos y judiciales correspondientes.

CAPÍTULO VII

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 55.- Las prestaciones que, conforme a la presente ley y su reglamentación, deben brindar obligatoriamente a los usuarios incorporados al Seguro Nacional de Salud los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, darán derecho a éstos al cobro de cuota salud según el número de personas inscritas en sus padrones.

La cuota salud, cuyo valor será igual para prestadores públicos y privados, será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales.

Se actualizará con la periodicidad que determinen las autoridades competentes, tomando en consideración costos asociados a sus componentes e incorporación de nuevos programas de atención a la salud.

El ajuste del monto de la cuota salud, la incorporación de nuevas prestaciones y la reducción de las tasas moderadoras, se efectuará teniendo en cuenta la existencia de economías derivadas de mejoras en la eficiencia del sistema y de la incorporación de nuevos usuarios a los padrones de los prestadores.

Artículo 56.- La Administración de los Servicios de Salud del Estado adecuará las prestaciones de salud a las exigidas a las restantes entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, en forma progresiva, no pudiendo exceder este período de adecuación el 31 de diciembre de 2009.

Artículo 57.- Créase el Seguro Nacional de Salud, el que será financiado por el Fondo Nacional de Salud creado por el artículo 1º de la [Ley N° 18.131](#), de 18 de mayo de 2007, con cargo al cual se pagarán las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

El Fondo Nacional de Salud se constituirá en el Banco de Previsión Social de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1º de la [Ley N° 18.131](#), de 18 de mayo de 2007. Ello sin perjuicio de las competencias de la Junta Nacional de Salud como administradora del Seguro Nacional de Salud y consiguientemente titular y destinataria del Fondo que constituye su patrimonio.

El Banco de Previsión Social receptorá los aportes a que refieren los artículos siguientes de la presente ley y efectivizará el pago de cuota salud a los prestadores, de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud.

En el ejercicio de los cometidos de administración tributaria a que refiere el inciso segundo, el Banco de Previsión Social actuará como sujeto activo de las contribuciones especiales de seguridad social que constituyen los recursos del Fondo conforme lo dispuesto por el [artículo 60](#) de la presente ley.

En dicha calidad estará plenamente facultado para el cumplimiento integral de los procesos y procedimientos sustanciales implicados en la gestión tributaria de tales aportes incluyendo recaudación, fiscalización, determinación tributaria, agotamiento de la vía administrativa, defensa contencioso anulatoria y gestión coactiva.

Artículo 58.- Los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán rechazar a ningún usuario amparado por el Seguro Nacional de Salud ni limitar las prestaciones incluidas en los programas integrales de salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 59.- Los créditos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, creada por [Ley N° 18.161](#), de 29 de julio de 2007, con financiación 1.2 "Recursos con Afectación Especial", se ajustarán mensualmente de acuerdo al monto de la recaudación correspondiente a dicho organismo por concepto de cuota salud, a cuyos efectos el administrador del Fondo Nacional de Salud remitirá la información necesaria al Ministerio de Economía y Finanzas.

Simultáneamente se reducirán los créditos correspondientes a la financiación 1.1 "Rentas Generales", en el importe anualizado resultante a la variación mensual en el número de usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud inscriptos en el padrón de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, multiplicado por el costo promedio por usuario de dicho organismo. Dicho costo promedio será determinado por el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud Pública.

El Ministerio de Economía y Finanzas comunicará a la Contaduría General de la Nación el monto de las modificaciones presupuestales dispuestas en los incisos precedentes, así como el resultante del artículo 8° de la [Ley N° 18.131](#), de 18 de mayo de 2007.

La Administración de los Servicios de Salud del Estado comunicará a la Contaduría General de la Nación y a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto la distribución a nivel de unidad ejecutora, grupo y objeto de gasto y proyecto de inversión, de las modificaciones presupuestales dispuestas en la presente norma, sin la cual no podrá ejecutar los créditos a que refiere el presente artículo.

Artículo 60.- Serán recursos del Fondo Nacional de Salud el ciento por ciento de los provenientes de:

- A) Aportes obligatorios de trabajadores y empresas del sector privado.
- B) Aportes obligatorios de los trabajadores del sector público incorporados al Seguro Nacional de Salud.
- C) Aportes del Estado y de las personas públicas no estatales sobre la masa salarial que abonen a sus dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud.
- D) Aportes obligatorios de pasivos.
- E) Aportes obligatorios de personas físicas que no queden incluidas en los literales anteriores.
- F) El porcentaje previsto en el artículo 22 de la presente ley.
- G) Otros que pudieran corresponderle por aplicación de disposiciones legales o reglamentarias.
- H) Las rentas generadas por sus activos, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Autorízase al Poder Ejecutivo en acuerdo con el Ministerio de Economía y Finanzas a atender las insuficiencias financieras del Fondo Nacional de Salud debidamente justificadas.

Artículo 61.- El Estado, las personas públicas no estatales y las empresas privadas aportarán al Fondo Nacional de Salud un 5% (cinco por ciento) del total de las retribuciones sujetas a montepío que paguen a sus trabajadores amparados por el Seguro Nacional de Salud y los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 337 y siguientes de la [Ley N° 16.320](#), de 1° de noviembre de 1992, y

sus modificativas, manteniéndose -a los efectos de este artículo- las exoneraciones previstas en los literales A) y B) del artículo 90 de la [Ley N° 18.083](#), de 27 de diciembre de 2006.

Los aportes patronales básicos y complementarios a que refiere el inciso anterior se aplicarán respecto de todos los colectivos incorporados al Seguro Nacional de Salud por la presente ley y por la [Ley N° 18.131](#), de 18 de mayo de 2007, en los plazos que las mismas establecen.

Las empresas rurales comprendidas en la [Ley N° 15.852](#), de 24 de diciembre de 1986, seguirán aportando en base a la superficie explotada en un todo de acuerdo a dicha norma.

Los patronos y empresas unipersonales rurales mantendrán el régimen de aportaciones previsto en las [Leyes N° 16.320](#), de 1° de noviembre de 1992, y [N° 16.883](#), de 10 de noviembre de 1997.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, los unipersonales rurales optantes por la cobertura de salud bonificada de conformidad con la [Ley N° 16.883](#), de 10 de noviembre de 1997, aportarán el 45% (cuarenta y cinco por ciento) de la cuota mutual y aquellos que se encuentren en la situación a que refiere el [artículo 64](#) de la presente ley, aportarán el 60% (sesenta por ciento) del valor de la cuota mutual determinada de acuerdo a lo previsto por el artículo 337 de la [Ley N° 16.320](#), de 1° de noviembre de 1992.

Los empresarios unipersonales rurales y los empresarios unipersonales monotributistas mantendrán el carácter opcional de su afiliación al Seguro de Salud, conforme con las disposiciones legales vigentes ([Ley N° 16.883](#), de 10 de noviembre de 1997, y [Ley N° 18.083](#), de 27 de diciembre de 2006).

Los trabajadores públicos y privados aportarán un porcentaje de sus retribuciones dentro de las que se computarán los aportes ya previstos en el [Decreto-Ley N° 14.407](#), de 22 de julio de 1975, y en la [Ley N° 18.131](#), de 18 de mayo de 2007, de acuerdo al siguiente detalle:

- A) 6% (seis por ciento) si las retribuciones superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.
- B) 4,5% (cuatro con cinco por ciento) si las retribuciones superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.
- C) 3% (tres por ciento) si las retribuciones no superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, con independencia de que tengan o no a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.

Para el caso de los trabajadores públicos y otros dependientes del Estado, incorporados al Seguro Nacional de Salud por aplicación del artículo 2° de la [Ley N° 18.131](#), de 18 de mayo de 2007, regirá lo dispuesto por el [artículo 4°](#) de la misma ley, debiendo aportar un porcentaje adicional de sus retribuciones cuando sus ingresos superen 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, de acuerdo al siguiente detalle:

- A) 3% (tres por ciento) si tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino.
- B) 1,5% (uno con cinco por ciento) si no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino.

No se considerará hijo a cargo, a los efectos de esta ley, cuando el menor de 18 años o mayor de esa edad con discapacidad genere por sí mismo el derecho a integrarse como trabajador al Seguro Nacional de Salud.

Artículo 62.- Los trabajadores dependientes y no dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud que se acojan al beneficio de la jubilación, continuarán amparados por el mismo y realizando los aportes sobre el total de haberes jubilatorios por los cuales se jubila, determinados en los [artículos 61](#) y [66](#) de la presente ley, según corresponda a la estructura de su núcleo familiar.

El usufructo del derecho previsto en el inciso anterior será optativo para quienes justifiquen el acceso, por otros medios, a cobertura de salud de un nivel similar a la que brinda el Sistema Nacional Integrado de Salud, no quedando exonerados de realizar los aportes correspondientes.

Se consideran usuarios del Seguro Nacional de Salud creado por la presente ley, los trabajadores que cumplen un mínimo de trece jornadas de trabajo en el mes o perciben el equivalente a 1,25 veces de la Base de Prestaciones y Contribuciones. No obstante lo dispuesto precedentemente, los patronos que asuman la financiación patronal complementaria a que refiere el [artículo 61](#) de la presente ley, podrán atribuir la respectiva condición de usuario del seguro al trabajador, cualquiera fuera el tiempo de trabajo o su nivel de ingreso.

Artículo 63.- Los jubilados que se desempeñaron como no dependientes en actividades amparadas por el Banco de Previsión Social, cuyo haber jubilatorio total no supere la suma de 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y que además integren hogares donde el promedio de ingresos por todo concepto, por integrante no supere la suma de 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales podrán optar por ingresar en el Seguro Nacional de Salud aportando un 3% (tres por ciento) de su pasividad a partir del 1º de enero de 2008.

Artículo 64.- Los aportes a que hacen referencia los [artículos 61, 62, 70 y 71](#) de la presente ley darán derecho a los hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino a cargo de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Los asegurados mencionados en el inciso primero podrán optar por incluir a sus hijos desde los 18 y hasta cumplir los 21 años de edad, amparándolos por el Seguro Nacional de Salud, aportando al Fondo Nacional de Salud el valor de la cuota salud y la correspondiente al Fondo Nacional de Recursos. La reglamentación establecerá las condiciones de pago de esta opción.

Los padres elegirán para ellos el prestador público o privado que estimen conveniente, en acuerdo con el [artículo 50](#) de la presente ley e independientemente de aquél al que ellos estén incorporados. En caso de fallecimiento de los progenitores o de disolución de la pareja parental por separación o divorcio, realizará la elección de la entidad quien, teniendo la condición de trabajador o pasivo amparado por el Seguro Nacional de Salud, tenga la guarda. Para los que estén sujetos a tutela o curatela, los tutores o curadores que tengan la condición de trabajadores o pasivos amparados por el Seguro Nacional de Salud elegirán la entidad atendiendo a las necesidades particulares de los mismos.

El concepto de hijo a cargo y los derechos que la presente ley otorga a los concubinos y a sus hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad se aplicarán en los términos de la reglamentación que dicte el Poder Ejecutivo.

Artículo 65.- Todas las personas que dejen de cumplir las condiciones para ampararse en el Seguro Nacional de Salud podrán optar por continuar inscriptos en los padrones de los mismos prestadores, pagando directamente por los servicios de atención integral de salud que reciban, no pudiendo ser rechazados por ellos.

Artículo 66.- Los trabajadores públicos y privados y las personas amparadas por el Seguro Nacional de Salud a que refieren los [artículos 62, 70 y 71](#) de la presente ley que tengan cónyuge o concubino a cargo, aportarán un 2% (dos por ciento) adicional de sus retribuciones para incorporar a los mismos a dicho seguro, lo que les dará derecho a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La incorporación de cónyuges y concubinos y el inicio del aporte previsto en el inciso precedente se realizarán teniendo en cuenta el número de hijos menores a cargo, de acuerdo al siguiente cronograma:

Antes del 31 de diciembre de 2010: cónyuge o concubino del aportante con 3 o más hijos menores de 18 años a cargo.

Antes del 31 de diciembre de 2011: cónyuge o concubino del aportante con 2 hijos menores de 18 años a cargo.

Antes del 31 de diciembre de 2012: cónyuge o concubino del aportante con 1 hijo menor de 18 años a cargo.

Antes del 31 de diciembre de 2013: cónyuge o concubino del aportante sin hijos menores de 18 años a cargo.

Artículo 67.- Estarán exceptuados de realizar los aportes determinados en el [artículo 61](#) de la presente ley, las personas a que se refiere el [artículo 18](#) de la presente ley, en tanto permanezcan en la misma entidad. Si tuvieran a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino, aportarán el 3% (tres por ciento) de sus retribuciones. De tener cónyuge o concubino a cargo, aportarán 2% (dos por ciento) de sus retribuciones, de acuerdo al cronograma previsto en el [artículo 66](#) de la presente ley.

Artículo 68.- Quedarán incorporados al Seguro Nacional de Salud a partir del 1º de enero de 2008 -además de los comprendidos en lo dispuesto en el artículo 2º de la [Ley N° 18.131](#), de 18 de mayo de 2007- los funcionarios del Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública", del Inciso 16 "Poder Judicial", del Inciso 25 "Administración Nacional de Educación Pública", del Inciso 26 "Universidad de la República", del Inciso "Administración de los Servicios de Salud del Estado", del Poder Legislativo, incluyendo a los legisladores, y los funcionarios de los organismos públicos nacionales, con excepción del Inciso 03 "Ministerio de Defensa Nacional" e Inciso 04 "Ministerio del Interior". Asimismo, quedarán incorporados a partir de dicha fecha, los beneficiarios del subsidio transitorio por incapacidad parcial establecido en el artículo 22 de la [Ley N° 16.713](#), de 3 de setiembre de 1995.

Los créditos presupuestales habilitados a la Administración Central y a los organismos del [artículo 220 de la Constitución de la República](#), para financiar regímenes propios de cobertura médica a quienes resulten beneficiarios del Seguro Nacional de Salud por aplicación del inciso precedente, financiarán los aportes establecidos en la presente ley, de acuerdo a lo que determine la reglamentación.

Los funcionarios públicos y otros dependientes del Estado que tengan regímenes propios de cobertura médica aprobados por ley o aun por normas que no sean leyes, los mantendrán hasta que los mismos sean modificados por las autoridades competentes.

Lo dispuesto en el inciso anterior no exonera a los mismos de aportar al Fondo Nacional de Salud, según corresponda por aplicación de las disposiciones de la presente ley.

Artículo 69.- Los trabajadores comprendidos en el régimen de Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales que funcionen al amparo del artículo 41 del [Decreto-Ley N° 14.407](#), de 22 de julio de 1975, así como los afiliados a la Caja Notarial de Seguridad Social a que refieren los literales B), C), D) y E) del artículo 43 de la [Ley N° 17.437](#), de 20 de diciembre de 2001, y los amparados en lo dispuesto por los artículos 337 a 342 de la [Ley N° 13.318](#), de 28 de diciembre de 1964, y sus modificativas (CHASSFOSE), que aseguren a sus beneficiarios cobertura integral de salud en un nivel no inferior al establecido por la presente ley, se incorporarán al Seguro Nacional de Salud no más allá del 1º de enero de 2011. Hasta el momento de su incorporación al Seguro Nacional de Salud, dichas entidades continuarán recibiendo los aportes y rigiéndose por las disposiciones legales y reglamentarias que les son aplicables.

Facúltase al Poder Ejecutivo a dar el mismo tratamiento a los trabajadores que cuenten con regímenes acordados con los empleadores privados mediante convenios colectivos o acuerdos similares que hayan estado vigentes al menos desde un año antes de la promulgación de la presente ley.

Artículo 70.- Quienes obtengan ingresos originados en la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, realizarán los aportes al Fondo Nacional de Salud aplicando la tasa que corresponda a la diferencia entre el total de los ingresos originados en dichos servicios y el porcentaje a que refiere el artículo 34 del Título 7 del [Texto Ordenado 1996](#).

En caso de que los ingresos a que refiere el inciso anterior hayan quedado incluidos en el Impuesto a las Rentas de las Actividades Económicas, las referidas alícuotas se calcularán sobre la base imponible de dicho tributo.

Lo dispuesto precedentemente se aplicará de acuerdo a lo establecido en los [artículos 61 y 66](#) de la presente ley; a los aportes resultantes se le adicionarán los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 338 de la [Ley N° 16.320](#), de 1º de noviembre de 1992.

La obligación de aportar, así como la incorporación de los respectivos usuarios al Seguro Nacional de Salud cuando no fueren beneficiarios del mismo, regirá a partir del 1º de enero de 2011 y se realizará en la forma que determine la reglamentación.

Artículo 71.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, a partir de la vigencia de la presente ley los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en el [Decreto-Ley N° 14.407](#), de 22 de julio de 1975, que no tengan más de un trabajador subordinado y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social, realizarán solamente los aportes personales y patronales al Fondo Nacional de Salud, aplicando las tasas establecidas en los [artículos 61 y 66](#) de la presente ley, sobre un ficto de 6,5 BPC (seis con cinco bases de prestaciones y contribuciones).

Para el caso de los propietarios de empresas unipersonales referidos en el inciso anterior, que presten solamente servicios personales fuera de la relación de dependencia, el régimen establecido en el presente artículo regirá hasta el 31 de diciembre de 2010. A partir del 1º de enero de 2011 pasarán a regirse por lo dispuesto en el artículo anterior.

Artículo 72.- Facúltase al Poder Ejecutivo a postergar las fechas de ingreso establecidas en la presente ley, siempre que fuera necesario para asegurar la sostenibilidad de las cuentas públicas. El Poder Ejecutivo deberá informar de ello al Poder Legislativo con una antelación mínima de ciento veinte días previos al 1º de enero de cada uno de dichos años.

Artículo 73.- El Fondo Nacional de Recursos mantendrá su autonomía administrativa en los términos de la [Ley N° 16.343](#), de 24 de diciembre de 1992, y demás disposiciones aplicables. Los aportes a que refieren los literales A), B) y C) del artículo 3º de la [Ley N° 16.343](#), de 24 de diciembre de 1992, serán sustituidos por una cuota única por cada beneficiario del Seguro Nacional de Salud que la Junta Nacional de Salud le reembolsará.

Artículo 74.- Facúltase al Poder Ejecutivo a incluir en el régimen de la presente ley a los funcionarios de los Gobiernos Departamentales, quienes realizarán los aportes previstos en los [artículos 61 y 66](#) de la presente ley.

CAPÍTULO VIII

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 75.- Los beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud no incluidos en el régimen de la presente ley seguirán abonando directamente a sus respectivos prestadores por los servicios de salud que reciban.

Artículo 76.- Hasta la instalación de la Junta Nacional de Salud, las funciones que se le atribuyen a la misma serán ejercidas por el Ministerio de Salud Pública y el Banco de Previsión Social, según corresponda.

Facúltase al Poder Ejecutivo a dictar las normas reglamentarias necesarias que viabilicen la transición hacia el sistema que regirá a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 77.- La presente ley regirá a partir del 1º de enero de 2008.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 21 de noviembre de 2007.

ALBERTO COURIEL,
Presidente.
Hugo Rodríguez Filippini,
Secretarios.

MINISTERIO DEL INTERIOR
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS
MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MINERÍA
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO D GANADERÍA, AGRICULTURA Y PESCa



Ley Nº 17.659

BRASIL - URUGUAY

ACUERDO SOBRE PERMISO DE RESIDENCIA, ESTUDIO Y TRABAJO PARA LOS NACIONALES FRONTERIZOS URUGUAYOS Y BRASILEÑOS Y SU ANEXO

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

Artículo Único.- Apruébase el [Acuerdo](#) entre el Gobierno de la República Oriental del Uruguay y el Gobierno de la República Federativa del Brasil sobre Permiso de Residencia, Estudio y Trabajo para los Nacionales Fronterizos Uruguayos y Brasileños y su [Anexo](#), suscrito en la ciudad de Montevideo el 21 de agosto del año 2002.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 11 de junio de 2003.

LUIS HIERRO LÓPEZ,
Presidente.
Mario Farachio,
Secretario.

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
MINISTERIO DEL INTERIOR

Montevideo, 19 de junio de 2003.

Cúmplase, acúsesse recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos.

BATLLE.
GUILLERMO STIRLING.

PERMISO DE RESIDENCIA, ESTUDIO Y TRABAJO PARA LOS NACIONALES FRONTERIZOS URUGUAYOS Y BRASILEÑOS

ARTÍCULO I

Permiso de Residencia, Estudio y Trabajo

1. A los nacionales de una de las Partes, residentes en las localidades fronterizas enumeradas en el [Anexo](#) de Localidades Vinculadas, podrá ser concedido permiso para:

- a) residencia en la localidad vecina situada en el territorio de la otra Parte, a la cual queda vinculada según

lo dispuesto por este Acuerdo;

- b) ejercicio del trabajo, oficio o profesión, con las consiguientes obligaciones y derechos correspondientes a la previsión social derivadas de los mismos;
- c) asistencia a establecimientos de enseñanza pública o privada;

2. Los derechos establecidos en este artículo se extienden a los jubilados y pensionistas.

3. La calidad de fronterizo podrá ser inicialmente otorgada por 5 (cinco) años, prorrogable por igual período, terminado el cual podrá ser concedida por tiempo indeterminado y valdrá, bajo cualquier circunstancia, exclusivamente, en los límites de la localidad para la que fue concedida.

ARTÍCULO II

Documento Especial de Fronterizo

1. A los individuos referidos en el artículo anterior se les podrá otorgar el documento especial de fronterizo, caracterizando dicha calidad.

2. La posesión del documento especial de fronterizo no exime del uso de los documentos de identidad ya establecidos en otros acuerdos vigentes entre ambas Partes.

ARTÍCULO III

Concesión

1. Compete a la Dirección Nacional de Migración del Uruguay y al Departamento de la Policía Federal del Brasil, respectivamente, conceder el documento especial de fronterizo.

2. En el documento especial de fronterizo constará la calidad de fronterizo y la localidad donde estará autorizado a ejercer los derechos previstos en este Acuerdo y otros requisitos establecidos por convenio administrativo entre el Ministerio del Interior del Uruguay y el Ministerio de Justicia del Brasil.

3. El documento especial de fronterizo permite la residencia exclusivamente dentro de los límites territoriales de la localidad fronteriza a que se refiere.

4. Para la concesión del documento especial de fronterizo se exigirán:

- a) pasaporte u otro documento de identidad válido admitido por las Partes en otros acuerdos vigentes;
- b) comprobante de residencia en alguna de las localidades que constan en el [Anexo](#) del presente Acuerdo;
- c) documento relativo a procesos penales y antecedentes criminales en las localidades de residencia de los últimos 5 (cinco) años;
- d) dos fotografías tamaño 3 x 4 a color y recientes;
- e) comprobante de pago de la tasa respectiva.

5. No se podrá beneficiar de este Acuerdo quien hubiera sufrido condena penal o estuviera sometido a proceso penal en las Partes o en el exterior.

6. Mediante convenio administrativo entre el Ministerio del Interior del Uruguay y el Ministerio de Justicia del Brasil se podrá detallar o modificar la relación de documentos establecidos en el párrafo 4.

7. En el caso de los menores, la solicitud se formalizará por medio de representación o asistencia.

8. Para el otorgamiento del documento especial de fronterizo se aceptarán, igualmente, por ambas Partes, documentos redactados en español o portugués.

ARTÍCULO IV

Cancelación

1. La calidad de fronterizo será cancelada, en cualquier oportunidad, en que ocurriera alguna de las siguientes hipótesis:

- a) pérdida de la nacionalidad de una de las Partes;
- b) condena penal en cualquiera de las Partes o en el exterior;
- c) fraude o utilización de documentos falsos para su otorgamiento;
- d) obtención de otro status migratorio, o
- e) tentativa de ejercer los derechos previstos en este Acuerdo, fuera de los límites territoriales establecidos en el [Anexo](#).

2. La cancelación aparejará el retiro del documento especial de fronterizo por la autoridad que lo expidiera.

3. Las Partes, podrán establecer otras hipótesis de cancelación de la calidad de fronterizo.

ARTÍCULO V

Otros Acuerdos

1. El presente Acuerdo no modifica derechos ni obligaciones establecidos por otros acuerdos y tratados vigentes.

2. El presente Acuerdo no obsta a la aplicación, en las localidades que el mismo abarca, de otros tratados y acuerdos vigentes.

3. Este Acuerdo no se aplicará a aquellas localidades que no consten expresamente en su [Anexo de Localidades Vinculadas](#).

ARTÍCULO VI

Anexo de Localidades Vinculadas

1. La lista de localidades fronterizas y de las respectivas vinculaciones para la aplicación del presente Acuerdo es la que consta en el Anexo, pudiendo ser ampliada o reducida por intercambio de notas entre las Partes con 90 (noventa) días de antelación.

2. La ampliación de la lista establecida en el Anexo solamente podrá contemplar aquellas localidades situadas en una faja de hasta 20 (veinte) kilómetros de la frontera y de común acuerdo entre ambas Partes. La ampliación podrá contemplar la totalidad o parte de los derechos previstos en el [Artículo I](#).

3. Cada Parte podrá, según su criterio, suspender o cancelar unilateralmente la aplicación del presente Acuerdo en cualesquiera de las localidades que constan en el Anexo, por medio de nota diplomática, con treinta 30 (treinta) días de antelación. La cancelación o suspensión se podrá también referir a cualesquiera de los incisos del artículo I del presente Acuerdo.

4. La suspensión o cancelación de la aplicación de este Acuerdo, previstas en el inciso 3, no afecta la validez de los documentos especiales de fronterizo ya expedidos así como el ejercicio de los derechos originados por los mismos.

ARTÍCULO VII

Extinción de Penalidades

Quedan extinguidas las penalidades administrativas aplicadas o aplicables a la fecha de entrada en vigor de este Acuerdo, en razón de la permanencia irregular de las personas que hubieran ingresado hasta el 15 de marzo de 2002, en las localidades mencionadas en el Anexo.

ARTÍCULO VIII

Estímulo a la Integración

Cada una de las Partes podrá ser tolerante en cuanto al uso del idioma de la otra Parte por los beneficiarios de este Acuerdo cuando se dirijan a organismos o reparticiones públicas para reclamar o reivindicar los beneficios que surjan del mismo.

ARTÍCULO IX

Vigencia

Este Acuerdo entrará en vigor en la fecha de intercambio de los instrumentos de ratificación por las Partes.

ARTÍCULO X

Denuncia

El presente Acuerdo podrá ser denunciado por cualquiera de las Partes, por medio de comunicación escrita, transmitida por vía diplomática, con una antelación mínima de 90 (noventa) días.

ARTÍCULO XI

Solución de Controversias

Cualquier duda relacionada con la aplicación del presente Acuerdo será solucionada por medios diplomáticos con el respectivo intercambio de notas.

Hecho en Montevideo el 21 de agosto de 2002, en dos ejemplares originales, en los idiomas español y portugués, siendo ambos textos igualmente auténticos.

ANEXO DE LOCALIDADES VINCULADAS

Relación de Vinculación de Localidades Fronterizas

1. Chuy, 18 de Julio, La Coronilla y Barra del Chuy (Uruguay) a Chuí, Santa Vitória do Palmar/Balneário do Hermenegildo y Barra do Chuí (Brasil)

2. Río Branco (Uruguay) a Jaguarao (Brasil)

3. Aceguá (Uruguay) a Aceguá (Brasil)

4. Rivera (Uruguay) a Santana do Livramento (Brasil) 5. Artigas (Uruguay) a Quaraí (Brasil) 6. Bella Unión (Uruguay) a Barra do Quaraí (Brasil)

TRATADO PARA LA CONSTITUCIÓN DE UN MERCADO COMÚN ENTRE LA REPUBLICA ARGENTINA, LA REPUBLICA FEDERATIVA DEL BRASIL, LA REPUBLICA DEL PARAGUAY Y LA REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY.

La República Argentina, la República Federativa del Brasil, la República del Paraguay y la República Oriental del Uruguay, en adelante denominados «Estados Partes»;

CONSIDERANDO que la ampliación de las actuales dimensiones de sus mercados nacionales, a través de la integración, constituye condición fundamental para acelerar sus procesos de desarrollo económico con justicia social;

ENTENDIENDO que ese objetivo debe ser alcanzado mediante el más eficaz aprovechamiento de los recursos disponibles, la preservación del medio ambiente, el mejoramiento de las interconexiones físicas, la coordinación de las políticas macroeconómicas y la complementación de los diferentes sectores de la economía, con base en los principios de gradualidad, flexibilidad y equilibrio;

TENIENDO en cuenta la evolución de los acontecimientos internacionales, en especial la consolidación de grandes espacios económicos y la importancia de lograr una adecuada inserción internacional para sus países;

EXPRESANDO que este proceso de integración constituye una respuesta adecuada a tales acontecimientos;

CONCIENTES de que el presente Tratado debe ser considerado como un nuevo avance en el esfuerzo tendiente al desarrollo en forma progresiva de la integración de América Latina, conforme al objetivo del Tratado de Montevideo de 1980;

CONVENCIDOS de la necesidad de promover el desarrollo científico y tecnológico de los Estados Partes y de modernizar sus economías para ampliar la oferta y la calidad de los bienes y servicios disponibles a fin de mejorar las condiciones de vida de sus habitantes;

REAFIRMANDO su voluntad política de dejar establecidas las bases para una unión cada vez más estrecha entre sus pueblos, con la finalidad de alcanzar los objetivos arriba mencionados,

ACUERDAN:

CAPITULO I

PROPÓSITOS, PRINCIPIOS E INSTRUMENTOS

ARTICULO 1

Los Estados Partes deciden constituir un Mercado Común, que deber estar conformado al 31 de diciembre de 1994, el que se denominará «Mercado Común del Sur» (MERCOSUR).

Este Mercado Común implica:

-La libre circulación de bienes, servicios y factores productivos entre los países, a través, entre otros, de la eliminación de los derechos aduaneros y restricciones no arancelarias a la circulación de mercaderías y de cualquier otra medida equivalente;

-El establecimiento de un arancel externo común y la adopción de una política comercial común con relación a terceros Estados o agrupaciones de Estados y la coordinación de posiciones en foros económico comerciales regionales e internacionales;

-La coordinación de políticas macroeconómicas y sectoriales entre los Estados Partes: de comercio exterior, agrícola, industrial, fiscal, monetaria, cambiaria y de capitales, de servicios, aduanera, de transportes y comunicaciones y otras que se acuerden, a fin de asegurar condiciones adecuadas de competencia entre los Estados Partes;

-El compromiso de los Estados Partes de armonizar sus legislaciones en las áreas pertinentes, para lograr el fortalecimiento del proceso de integración.