

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

**Estudio exploratorio acerca de los dispositivos de  
salud que operan en las ciudades gemelas de la  
frontera Uruguay- Brasil**

**Gabriela Rocha Rodríguez**  
Tutora: Elizabeth Ortega

**2014**

## **Índice:**

Introducción.....	3
Estrategia Teórica Metodológica.....	6
Objetivo General y Específicos.....	7
Capítulo I	
1.1 Aproximación a la construcción del concepto de Salud como un Derecho Universal.....	8
1.2 Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), un camino hacia el acceso Universal.....	17
1.3 Reforma de Salud de Brasil una breve reseña.....	22
Capítulo II	
2.1 Una mirada a la Institucionalidad del MERCOSUR en relación a la Salud.....	24
2.2 Las Ciudades gemelas de las fronteras de Uruguay y Brasil: Marco institucional de integración.....	31
2.3 Cuantificando, Cobertura de Salud Pública y Privada en la ciudades gemelas de la frontera del lado Uruguayo.....	43
Reflexiones finales.....	47
Bibliografía utilizada .....	51
Fuentes documentales.....	54
Anexos.....	56

## **Introducción:**

El presente documento constituye la monografía final de grado correspondiente a la Licenciatura en Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de la República.

La temática abordada está enmarcada en el Proyecto<sup>1</sup> de investigación “Una pregunta y dos temporalidades: Derecho a la Salud en la frontera MERCOSUR- 2003-2013” que pretende conocer como los actores políticos conciben el Derecho a la Salud en las ciudades gemelas de Brasil y los demás países del MERCOSUR en el año 2013 comparándolo con los resultados obtenidos en la investigación sobre el mismo tema realizado en el 2003. Esto se realiza en el entendido de que durante estos diez años transcurridos ocurrieron numerosas alteraciones tanto en el plano político, económico, social de los países integrados en la investigación. Al tratarse de un estudio comparativo se compara dos tiempos históricos. Integran el Proyecto investigadores de varias Universidades de los países del MERCOSUR.<sup>2</sup>

Los objetivos tal como figuran en el Proyecto (2012:17-18) son:

- A. “Identificar las congruencias e incongruencias que se dan, entre el discurso sobre el Derecho Universal a la Salud y los dispositivos programáticos ofrecidos por los sistemas de salud locales y qué tan factibles son de realizar las propuestas discursivas “
- B. “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,

---

<sup>1</sup> Cita: en adelante lo denominaremos Proyecto (2012)

<sup>2</sup> Universidad Nacional de Asunción -Paraguay, Universidad Nacional de Misiones- Argentina, Universidad de La República Oriental Del Uruguay, Escuela de Enfermería Cruz Roja – España, Universidad Regional de Noroeste Del Estado do Rio Grande do Sul, Faculdade União das Américas/Foz do Iguaçu, Universidad Federal de Santa Catarina, Escola Nacional de Saúde Pública.

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”.

- C. “Caracterizar la demanda de acciones y servicios de salud en relación con el tipo, la ubicación y las respuestas ofrecidas por los sistemas locales de salud en la zona fronteriza, destacando las diferencias entre 2003 y 2013”.
- D. “Profundizar en la reflexión sobre cómo y en qué punto de vista ético-político, el derecho a la salud se ha ido consolidando en los países del MERCOSUR, el establecimiento de un enfoque de medidas de protección social de la salud que están siendo desarrollados por la Unión Europea”.
- E. “Identificar las acciones y desafíos para la práctica profesional de los trabajadores sociales relacionadas con el trinomio, salud-derecho- fronteras”.

La presente monografía abordara en forma exploratoria y descriptiva alguno de los aspectos claves que permitirán posteriormente analizar los dispositivos que operan en las ciudades gemelas<sup>3</sup> de Uruguay y Brasil relacionado con el Derecho a la Salud. Dichos aspectos claves refieren a las formas legislativas que se aplican a la Salud como derecha, al MERCOSUR como organismo regional, a la frontera como espacio de interacción y a los servicios de Salud establecidos en cada una de las ciudades gemelas.

En el presente documento, en primer lugar se describen los objetivos generales y específicos y la metodología que sirvió de guía en el documento. La estrategia metodológica estuvo basada en la utilización de diferentes técnicas de recolección de información con el propósito de comprender el objeto de estudio en su totalidad.

En el primer capítulo, se da una aproximación al concepto de Salud, a la Salud con un Derecho universal, así como también una descripción acerca del proceso que vivió nuestro

---

<sup>3</sup> Ciudades gemelas: Bella Unión – Barra de Quaraí, Artigas- Quaraí, Rivera- Santana do Livramento , Acegua, Rio Branco-Yaguarão, Chuy-Chuí.

país con la Reforma de la Salud, en el entendido que la misma se basa en una perspectiva que plantea el acceso Universal. En el mismo se hace un análisis de las leyes que rigen esta reforma . Por último se hace una breve reseña acerca del proceso de reforma de la Salud vivido por Brasil.

En el segundo capítulo hace referencia a las Instituciones involucradas tanto a nivel regional como binacionales en el tema Salud. Se comienza con una mirada al MERCOSUR y los acuerdos que en materia de Salud están vigentes entre los países miembros. Luego se estudian los acuerdos y reglamentaciones que involucran a las ciudades gemelas fronterizas y la puesta en prácticas de los mismos. Como cierre de este capítulo se realiza un estudio cuantitativo acerca de la cobertura de Salud pública y privada de las ciudades gemelas de la frontera del lado Uruguayo.

Por último se procede a las reflexiones finales.

### **Estrategia Teórica Metodológica:**

El presente estudio es de corte exploratorio y descriptivo con la finalidad de generar información, con una estrategia metodológica de tipo cualitativa, tendiente a brindar la descripción de cualidades del fenómeno a estudiar y de esa forma la posibilidad de un estudio profundo (Valles; 1997).

Según Vasilachis (2006:18) la investigación social cualitativa es: “(...) interpretativa, inductiva, multimetódica y reflexiva. Emplea métodos de análisis y de explicaciones flexibles y sensibles al contexto social en el que los datos son producidos”. Es importante destacar que en este tipo de investigación lo primordial es lograr la comprensión de dicha realidad social en todos sus aspectos.

Es un estudio que describe y analiza la legislación en Salud en Uruguay y Brasil así como la específica que se aplica en la frontera. También se realiza un estudio cuantitativo sobre los servicios de Salud tanto privados como públicos que se encuentran en las ciudades gemelas de la frontera del lado Uruguayo (Chuy, Acegua, Rio Branco, Rivera, Artigas, Bella Unión).

Las fuentes tienen que ver con leyes, documentos, artículos.

Las técnicas para la recolección de la información serán: la revisión bibliográfica, análisis documentales para la selección y sistematización de documentos de interés para el proyecto.

La conjunción de estas técnicas permitirá lograr la comprensión del fenómeno a estudiar de manera integral.

Por lo tanto se plantea como objetivo general en este estudio:

**Objetivo General:**

- Describir y analizar la conformación del Sistema de Salud Uruguayo a partir de ella reforma (2007) y su alcance a nivel de la frontera Uruguay- Brasil.

**Objetivos específicos:**

- Conocer la legislación Uruguaya actual sobre Salud en general y sobre Salud en la frontera.
- Analizar la legislación vigente que existe en el MERCOSUR acerca de los temas de Salud.
- Conocer la distribución de los servicios de Salud en la frontera.

## **Capítulo I:**

### **1.1 Aproximación a la construcción del concepto de Salud como un Derecho Universal.**

Para abordar el objeto de estudio planteado se hace necesario profundizar en algunos conceptos que servirán como guía en el presente proyecto: Salud, MERCOSUR y Frontera.

En primer lugar, a lo largo del tiempo las diferentes culturas le han asignado (y aun asignan) distintos sentidos al concepto de Salud. Es así que se ha de tener en cuenta que es sumamente dinámico y que se presenta como una construcción histórica y cultural. Antes la salud se centraba principalmente en la “dimensión fisiológica del individuo”, tornándola una variable con una sola dimensión, la cual podía limitar sus categorías al de “sano o enfermo” únicamente.

La salud no solo se considera desde una concepción médica, sino que se incorpora el componente social de la misma, entendiendo que:

“La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo luchando frente a los conflictos que la interacción con su medio físico, mental y social le imponen y cuando en esa lucha logra resolver tales conflictos aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive, o modificarla de acuerdo a sus necesidades o aspiraciones. De tal forma que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad que surge de la actuación de hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos” (Ferrara, F; 1983:90)

Por su parte Ebole, O (1986:76) conceptualiza:

“la salud como parte de las condiciones de la vida de la población (...)No estamos pensando en la salud como un ideal de bienestar, la mayor parte de las veces inalcanzable, sino como una realidad concreta que permita vivir desarrollando al máximo las potencialidades productivas del individuo y los grupos humanos que integran”

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, es que se toma al acceso a la Salud como un derecho ciudadano.

Desde esta mirada Aquín. N, Acevedo P, Rotandi. G (2002) sostienen que la noción de ciudadanía con un fuerte predominio de los derechos, ha sido cuestionada tanto en el plano político como teórico, tales críticas apuntan a que en la misma se deben incorporar necesariamente obligaciones y responsabilidades como constitutivas de la ciudadanía.

Afirmando lo ante dicho es que se entiende que la construcción de la ciudadanía se debe hacer desde: “una ciudadanía activa, donde las relación que se establece entre el individuo y la nación, a partir de una base de respeto permite la expansión de los derechos y las políticas sociales.” (Pérez, R y Ribeiro, V ;2009:52)

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.”<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> [www.un.org/es/](http://www.un.org/es/) (Consultada en Junio 2014)

Ratificándolo es que Villar, H y Capote, R (2006: 5) enfatizan que:

“La salud es una categoría biológica y social, que se encuentra en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interacción del individuo con su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, que permite al individuo el cumplimiento de su rol social, que está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico de la sociedad; es un derecho humano fundamental y constituye un inestimable bien social”.

Para poder conocer el nivel de salud adquirido por una población, así como las medidas a tomar para que este sea posible es necesario analizar los denominados determinantes de la salud. Lalonde (en Salleras, Sanmartí; 1990) entiende que el nivel de salud de una comunidad está determinado por la interacción de cuatro variables, la biológica humana (referido a la genética), el medio ambiente (contaminación, física, química, biológica, psicosocial y cultural), estilo de vida relacionado a las conductas de salud y por último el sistema de asistencia sanitaria. Según esta visión nuestra salud está netamente influenciada por estos determinantes y por lo tanto el llegar a un nivel de salud adecuado no solo depende de nuestra “voluntad” sino de factores exógenos.

Por lo tanto “(...) calidad de vida daría cuenta de un ejercicio de los derechos ciudadanos, donde la salud y el acceso a la misma configuren un derecho elemental de la sociedad” (Ferreyra, S.E; 2003:130).

Desde esta perspectiva, se torna fundamental que exista un fuerte componente educativo, para que se den los instrumentos necesarios para conocer acerca de sus derechos y de esa forma desarrollar en cada persona la conciencia de ser sujeto de derecho.

Esto permite incorporar el concepto de ciudadanía ya que:

“la ciudadanía es un contrato social válido para todos los miembros de una sociedad, y el fundamento de sus oportunidades vitales. Se trata del marco legal definido por la existencia de la ley, que otorga a cada uno de los sujetos e individuos un conjunto de derechos y deberes que hace posible la vida común”. (Aquin, N; 2003:16)

En relación a la visión sobre el derecho y ciudadanía Ribeiro, V y Pires, D (2004), sostienen que los mismos deben ser entendidos así como aprendidos o apropiados desde una ciudadanía activa en constante lucha contra cualquier obstáculo que impida su ejercicio pleno.

Por lo tanto los derechos que los individuos tienen, están en un continuo proceso de cambio pero siempre tomando como punto fundamental “el derecho a tener derecho”.

Con respecto a la Salud, en nuestra constitución el artículo 44° expresa 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 tiene 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)<sup>5</sup>

En la Constitución se encuentra expresamente establecido, que la salud pasa a ser responsabilidad de los individuos y que el Estado se compromete a asistir gratuitamente a aquellos individuos identificados como carentes de recursos, manteniendo un riguroso control de los servicios de salud tanto públicos como privados. El Decreto ley 15.181 del año 1981 establece las normas para la asistencia médica colectiva y privada, es decir “ lo referente al control de los aspectos técnicos y contables de funcionamiento de las instituciones de asistencia medica colectiva”<sup>6</sup> la misma en su artículo primero ratifica lo expresado en la Constitución:

“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)<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> [www.parlamento.gub.uy/](http://www.parlamento.gub.uy/) (Consultada en Junio 2014)

<sup>6</sup> [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy) (Cosultada en Octubre 2014)

<sup>7</sup> [www.parlamento.gub.uy](http://www.parlamento.gub.uy) (Consultada en Junio 2014)

Desde la mirada de Rotondi, G (2008: 119-129-130):

“Los derechos sociales suponen una expectativa de los ciudadanos/as que involucraría la acción del Estado en esa expectativa, proponiendo para éste último la idea de obligación. Es decir que lo que se busca y se plantea es (...) la posibilidad de que los derechos sean exigibles, y sus beneficiarios deben ser vistos como ciudadanos que exigen sus legítimos derechos al reclamar los recursos y servicios”.

En esa misma línea Ribeiro, V y Pires, D (2004: 755) expresan que:

“Os direitos sociais não devem ser entendidos como uma ficção jurídica, (...).É preciso afastar-se da visão de um ideal de direito social que não se realiza no plano concreto. É preciso considerar a universalidade e a igualdade em sua expressão plena, evidenciando as formas de relações sociais estabelecidas e transitando entre o plano dos valores e da materialidade efectiva. É preciso, portanto, deslocar-se de uma perspectiva formalista e alcançar a realização cotidiana, somente possível em espaços públicos onde os interesses divergentes são traduzidos, democraticamente, em consensos relativos que devem ser objetivados em práticas concretas.”

A partir del 2005 con la asunción del Frente Amplio al gobierno 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, todas las personas que residen en el territorio Nacional, busca garantizar “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”.

Es así, que el acceso al servicio integral de salud debe estar garantido por toda la normativa para asegurar que este se haga efectivo.

Bolis (2007:2,3) afirma que:

“la salud entendida como un derecho humano, involucra la responsabilidad del Estado en el aseguramiento de las condiciones normativas y materiales que garanticen su ejercicio y goce efectivo por todos los habitantes del territorio nacional”.

El significado de universalidad toma gran importancia en cuanto el mismo se lo relaciona con la dirección que toman las políticas de Estado que aseguran la garantía plena del Derecho universal a la Salud así como el acceso a los servicios de salud de todos los habitantes, como lo manifiesta la constitución del OMS:

“El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, 1946)<sup>8</sup>

La universalidad así como la equidad en el acceso a los servicios de Salud se vuelven objetivos fundamentales en los países en cuanto a la generación de políticas públicas que aseguren dichos objetivos.

Es así que en el 2005, con la celebración de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud se aprobó una resolución en la que se exhorta a los países a promover la “cobertura universal” (WHO: 2005) el tema comienza a tener un mayor relevancia en los debates acerca de Salud en el mundo.

Citando a Stuckler (2010) el mismo sostiene que existe una ambigüedad respecto al significado de la universalidad en el concepto de “cobertura universal”, por un lado se puede entender al mismo como :“atención universal” este término se usa para describir las políticas de salud en los países que tienen ingresos más elevados con sistemas públicos universales de Salud con financiamientos y prestación pública; o “cobertura universal”, el mismo se usa para designar las políticas en los países con mediano o menores ingresos, con cobertura de Salud diferenciados según la capacidad de pago, pueden ser seguros de salud, públicos o privados. Al existir cobertura diferenciada según la capacidad de pago se consolida la desigualdad, restringiendo el acceso y el uso integral de los servicios de salud. Con respecto a la cobertura

---

<sup>8</sup> [www.un.org/es/](http://www.un.org/es/) (Consultada en Agosto 2014)

universal Giovanella (2012) entiende que la integralidad de la atención es otro factor que permite garantizar la atención tanto a nivel individual como colectivo. La igualdad en el acceso a los servicios de salud va a depender de la amplitud y del nivel de universalidad que estará en relación directa con los fondos que se destinen a los servicios de salud, dentro del gasto público independientemente del nivel de ingreso de la población.

Esta ambigüedad acerca de la universalidad de la salud también se expresa en los documentos de la OMS, del año 2008 “Atención primaria ahora más que nunca” en los que se expresa que el nivel de cobertura universal significa la proporción de gastos de salud cubiertos con financiamiento público, en el entendido de que con la financiación pública es la única forma de garantizar los cuidados a la población independientemente de la capacidad de pago que los mismos tengan.

En el informe del OMS del 2008, se detallan las distintas dimensiones que involucran la universalidad de sistema de salud:

“i) Amplitud: cobertura poblacional-¿Quién esta con fondos públicos solidarios (impuestos o cotizaciones para seguridad social/seguros sociales)?; ii) Nivel: cobertura pública -¿En qué proporción están cubiertos los costos con fondos públicos? o sea ¿Cuál es la participación de los gastos públicos en el total de gastos en salud en el país?;iii) Profundidad: cobertura de servicios/cartera de servicios-¿Qué prestaciones están incluidos? o sea ¿La cobertura pública cubre la gama de servicios requeridos para dar respuesta integral a las necesidades de salud individuales y colectivas” (OMS,2008)

Giovanella (2013: 150) sostiene que: “Un indicador crucial de la universalidad de los sistemas de salud es la participación del gasto público (fuentes fiscales + contribuciones para la seguridad social) en el gasto total en salud”

En su informe del 2010 titulado “La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal” la OMS menciona la necesidad de considerar tres dimensiones para poder hablar de cobertura universal:

- “Cobertura horizontal o poblacional: refiere a la producción de la población que está cubierta”.
- “Cobertura vertical o protección financiera: implica el acceso equitativo a la atención en salud independientemente de la capacidad de pago de la persona (proporción de gastos cubiertos)”.
- “Profundidad de la cobertura o cobertura prestacional: hace referencia a las prestaciones o servicios a los que la población cubierta tiene acceso”.<sup>9</sup>

Reafirmando lo antedicho es que se vuelve fundamental garantizar los recursos económicos destinados a la salud, dichos recursos deben ser específicos para su ejecución así como transparente en su gestión, para que los mismos puedan brindar un desarrollo sostenible del sistema de salud, así como también cubrir las necesidades de los ciudadanos.

En palabras de Giovanella, L (2013:105):

“Tornar transparente el significado de la universalidad deseada es crucial para dar direccionalidad a las políticas en el sentido de la garantía del derecho universal a la salud y al acceso a servicios de salud de todas las personas, independiente de sus ingresos, sin distinción de cualquier orden, como expresa la propia Constitución de la OMS”.

Desde esta mirada queda claro que el acceso a los servicios de salud va a quedar restringido si no existe una amplitud y garantía del derecho al mismo y una apertura hacia la universalidad, sin distinciones económicas, siento esto uno de los más cruciales desafíos para reducir las desigualdades.

Como sostiene la OPS (2007: 315):

---

<sup>9</sup> [www.paho.org](http://www.paho.org) :El camino hacia la Cobertura Universal en Uruguay (Consultada en Agosto 2014)

“Las políticas de salud son importantes porque afectan directa o indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana, las acciones, los comportamientos y las decisiones. Pueden prohibir conductas que se perciben como riesgosas, alentar las que se consideran beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de algunas poblaciones, impulsar ciertas actividades o proporcionar beneficios directos a los ciudadanos necesitados. Las políticas reguladoras pueden definir acreditaciones profesionales, establecer controles de precios para los bienes y servicios, determinar criterios de calidad, seguridad y eficacia para los servicios de la salud, y abordar cuestiones de regulación social, tales como las relacionadas con la seguridad social y ocupacional, la inmunización, los alimentos y medicamentos, y la contaminación ambiental”.

Por lo tanto universalizar y mejorar las políticas de salud resulta un desafío para todos los actores sociales, en la búsqueda de acuerdos y estrategias para la acción. Es decir no solo desde el discurso, sino también desde la práctica con acciones concretas.

La CEPAL (2006) destaca en relación a esta mirada, que se torna indispensable que, “(...) las sociedades nacionales de la región acuerden caminos para conjugar el desarrollo orientado a los derechos con el diseño de instituciones y políticas que permitan producir y asignar los recursos necesarios para darles un carácter efectivo. Esto implica la construcción de pactos sociales entre diversos actores del Estado y de la sociedad civil, y una consecuente institucionalidad y autoridad sociales que otorguen fuerza y viabilidad políticas para avanzar en esa dirección”.

## **1.2 Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), un camino hacia el acceso Universal**

Actualmente en Uruguay, el discurso en donde se apoya la reforma de los temas de Salud plantea concretar el acceso universal a los servicios de salud por parte de los ciudadanos, en donde se hace foco en las políticas preventivas.

Con la asunción del Frente Amplio en el 2005 se configura un nuevo escenario político en el que comienzan a discutirse reformas en distintos sectores, así como también la implementación de nuevas políticas sociales. Es, en ese momento que el sector salud cobra un papel protagónico debido a que comienza a conformarse un nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Este Sistema tendría como objetivos principales<sup>10</sup>:

- F. “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”.
- G. “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”.
- H. “Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales”.

---

<sup>10</sup> [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy) (Consultada en Julio 2014)

- I. “Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales”.
- J. “Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse”.
- K. “Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica”.
- L. “Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios”.
- M. “Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud”.<sup>11</sup>

La reforma pretende lograr un cambio en el modelo de atención con énfasis en la estrategia de Atención Primaria de Salud, es decir “es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y aun costo accesible para la comunidad y el país”.<sup>12</sup>

Con este cambio se da lugar a un Sistema Integrado público-privado, con un seguro nacional que integra toda la población con cobertura extendida a la familia, surge la posibilidad de elección entre asistencia pública o privada, cápita pasa de ser única a una cápita diferenciada por edad y sexo. Todo en busca de promover la participación social.

El SNIS se organiza en tres niveles de atención, en donde según Villar (2003) se distinguen según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. El primer nivel de atención es el conjunto de actividades sistematizadas dirigido a la persona, familia, comunidad y medio ambiente que tienden a satisfacer las necesidades básicas, es donde se encuentra el 80% de los casos, se focaliza en la prevención y educación con fortalecimiento de Policlínicas y Centros de Salud. El segundo nivel consiste en un conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico. Por último el tercer nivel se encarga de la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamientos de alta especialización. El mismo está destinado a todas las personas que

---

<sup>11</sup> [www.parlamento.gub.uy](http://www.parlamento.gub.uy) (Consultada en Julio 2014)

<sup>12</sup> [www.who.int/](http://www.who.int/)(Consultada en Julio 2014)

residen en el territorio nacional, todos los usuarios del SNIS tienen derecho a recibir información completa y actualizada de los servicios a los que pueden acceder, al conocimiento de resultados asistenciales, situación económico/financiero de la entidad y recibir información sobre políticas y programas de salud; además se garantiza la confidencialidad y el respeto a la persona. ”Todos tenemos derecho a solicitar y recibir del servicio de salud información vinculada a su estructura, cobertura y servicios, condiciones de acceso en todo el territorio nacional, así como información sobre los costos de su prestaciones”.<sup>13</sup>

En el 2007 votaron las tres leyes que conforman un nuevo Sistema. La primera de ellas la ley 18.121 creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA) el mismo reúne todos los fondos de la Seguridad Social destinados a financiar los servicios de salud, con los ajustes por edad y sexo, las cuotas de salud pagadas por el Banco de Previsión Social (BPS) y como nueva opción asistencial, para los contribuyentes, incorporó la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). La ley 18.211, reglamentó el derecho a la protección de la salud de todos los residentes del territorio nacional, a la vez que estableció la creación, financiamiento y funcionamiento del SNIS, concretó las obligaciones y competencias de cada uno de los actores del Sistema. Por último la ley 18.161 que otorgó autonomía a ASSE para que esta pueda gestionar de manera descentralizada los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP) concretándose la separación de funciones de rectoría y de prestación de los servicios de salud. La descentralización de ASSE del MSP fue parte del proceso de reforma del Uruguay en donde se le concedió a este un estatuto jurídico con gestión más autónoma y flexible. Desde 1987, hasta ese momento, ASSE era un servicio desconcentrado del MSP y por lo tanto la atención a la salud era parte de las actividades del MSP.

Como se mencionó el FONASA/SNS (Seguro Nacional de Salud)<sup>14</sup>, son financiados con las contribuciones de empleadores, trabajadores y los aportes desde el Estado. A partir de

---

<sup>13</sup> [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy) (Consultada en Agosto 2014)

<sup>14</sup> “En Uruguay todos los ciudadanos que acceden al FONASA/Seguro Nacional de Salud tienen la opción de elegir su institución de asistencia médica de un listado de 47 (IAMC, ASSE y seguros privados). Después de un plazo de tres o más años de afiliación, los asegurados pueden cambiar y afiliarse a otra institución. En caso de

la elección que los contribuyentes hacen, se contratan para la prestación de los servicios de salud instituciones de atención médica como:

- a) Instituciones de Asistencia Medica Colectiva (IAMC)<sup>15</sup>, b) ASSE, c) En menor grado los seguros privados.

Siguiendo con el estudio de Giovanella, L (2013) la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) funciona como el principal prestador público, es la institución más grande que tiene el país en relación a su extensión geográfica y de cobertura. Tiene como mayor responsabilidad la cobertura de aquellos sectores más desprotegidos de la sociedad que no logran tener acceso al FONASA, es decir aquellos sectores que se encuentran sin vinculación formal al mercado de trabajo y de menor ingreso. También pueden hacer uso de esta prestación aquellos beneficiarios del FONASA que así lo deseen. Este debe garantizar la atención integral con las mismas prestaciones que se le exigen al subsector privado, es por eso que cuenta con una fuerte presencia de servicios del primer nivel distribuidos en todo el territorio nacional.

Con la nueva legislación del SNIS (2007) se incorpora ASSE como una nueva opción asistencial extendiendo las opciones para los beneficiarios de la Seguridad Social. De esta forma ASSE se convierte en el prestador público más importante “ por población tributaria, capacidad instalada, presencia en todos los niveles de atención y distribución territorial” pero no es el único, hay otros servicios que también son públicos que se dedican a algunas prestaciones específicas o poblaciones predeterminadas como algunas empresas públicas, FFAA (Fuerzas Armadas) y Policía. También se encuentra el Hospital Universitario que depende directamente de la UDELAR (Universidad de la Republica) que actúa sobre la misma

---

una denuncia por insatisfacción respecto a la calidad o seguridad de los servicios pueden cambiar en cualquier momento. Todos los usuarios pueden cambiarse a ASSE en cualquier momento”. (Giovanella,L; 2013 56)

<sup>15</sup> “Las IAMC son empresas privadas sin fines de lucro que agrupan a las históricas mutuales de inmigrantes, cooperativas médicas y corporaciones. Actualmente su forma jurídica predominante son las Cooperativas Médicas y mutuales o empresas de medicina prepaga sin fines de lucro. Tienen una larga trayectoria en el sector y fuerte regulación del Estado. Brindan atención integral y disponen de Infraestructura propia en los tres niveles de atención. Tiene doble función de aseguradoras y prestadoras que prestan la mayor parte de los servicios de salud directamente (por veces contratan algunos servicios de terceros)”. (Giovanella,L; 2013:39)

población de ASSE y tiene algunos servicios de alta complejidad. Las Intendencias municipales de los 19 departamentos del país cuentan también con servicios médicos, en la gran mayoría destinados a la promoción de la salud y en casos puntuales estas poseen policlínicas del primer nivel de atención así como policlínicas móviles y odontológicas. (Giovannella, L; 2013:38)

Como fue mencionado en Uruguay, la Constitución de 1967 establece que el deber del Estado es brindar asistencia a los carentes de recursos, en su artículo 44°. Con la puesta en marcha del SNIS (ley 18,211), la salud pasa a ser definida como un derecho de todos, asegurando el acceso a los servicios integrales de salud de manera gradual para todos los habitantes y alcanzar la meta de acceso universal. Actualmente no todos los habitantes están cubiertos por el SNIS, quedan por fuera del mismo los mayores de 18 años<sup>16</sup> no indigentes y que no se encuentren trabajando en el sector formal, los extranjeros sin documentación uruguaya pueden tener acceso a la urgencia o emergencia y deben pagar por su cobertura. Por último la cobertura de jubilados y pensionistas (ley 18.922) viene siendo incorporada de manera progresiva, aún quedan categorías de estos sin incorporar.

Según los datos relevados “En 2012, 47 instituciones prestadoras integrales están habilitadas para la provisión de servicios para el Seguro Nacional de Salud. (...) Son 46 instituciones privadas: 40 IAMC y 6 seguros privados integrales y una pública: ASSE” (Giovannella, L; 2013: 39)

Es así que el SNIS garantiza la atención integral mediante la red de servicios tanto público o privado que se encuentran en todo el territorio nacional.

---

<sup>16</sup> En Uruguay según lo dispuesto por la ley 16,719 en el Art 280 del Código Civil, la mayoría de edad se adquiere a los 18 años.

### **1.3 Reforma de Salud de Brasil una breve reseña**

Como el presente trabajo se centra en las ciudades gemelas de las fronteras de Uruguay y Brasil se considera pertinente realizar una breve reseña acerca del proceso que Brasil tránsito para la construcción de su Sistema de Salud.

De acuerdo con Giovanella (2013) se puede decir que el proceso que vivió Brasil se denominó Reforma Sanitaria y fue gestado en la década del 70' en busca de la transformación de las condiciones de salud y de la atención de los brasileños. La materialización institucional de la misma se dio con la creación del Sistema  nico de la Salud (SUS) de acceso universal y financiado con recursos fiscales. Como resultado de esta nueva mirada, es que en 1988 la Constitución de ese país declara a la Salud como “un derecho de todos y un deber del Estado”<sup>17</sup>. A principios de 1990 el SUS quedó establecido con la unificación de las instituciones de la asistencia médica del seguro social (Inamps) y del Ministerio de Salud, el mismo define políticas comunes, regula, coordina y transfiere los servicios de salud propios de la Previsión Social a los Estados y municipios. Por lo tanto el SUS es descentralizado con responsabilidad compartida por las tres esferas de gobierno: nacional (Unión), estatal (estados-provincias) y municipal. A través de sus Secretarías Estatales de Salud (SES) los 26 Estados más el Distrito Federal (Brasilia) definen las políticas de los Estados, apoyan a sus municipios en la implementación del SUS y prestan servicios especializados.

El Sistema  nico de Salud tiene como principios:

---

<sup>17</sup> En su proceso de democratización Brasil, incorpora a la Salud como un derecho constitucional, que queda establecido en la Constitución Nacional de 1988 en donde define:” La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que busquen la reducción del riesgo de enfermedad y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación” (Constitución de la República Federativa de Brasil, 1988. Art. 196)

- “el acceso universal a la atención integral en servicios preventivos y curativos, individuales y colectivos en todos los niveles de complejidad (primario, secundario y terciario) para todos los ciudadanos y residentes en Brasil independientemente de ingresos, clase social, etnia, ocupación o contribución – esto significa que todo ciudadano tiene derecho a la asistencia sanitaria”.
- “La descentralización con funciones y responsabilidades compartidas por los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal”.
- “La participación social en la formulación e implementación de las políticas de salud a través de los consejos de salud constituidos a nivel federal, estatal y municipal”. (Giovannella,L; 2013:24)

Con la creación del SUS se estableció el Sistema Nacional de Salud de Brasil, que con financiamiento fiscal busca el acceso universal a la atención integral que debe ser prestada por los servicios de salud a través de una red “regionalizada y jerarquizada”. Sin embargo parte de la población tiene doble cobertura, por un lado el SUS el cual es utilizado por la mayoría de los brasileños y el subsistema de salud suplementar que incluye las empresas operadoras de planes y seguros privados de salud.

En 1990, la reglamentación del SUS se dio a través de las leyes orgánicas (8080 y 8142), donde se establecen las directrices de descentralización con responsabilidad compartidas en cada esfera gubernamental, la participación social y la atención integral.

Por lo tanto: “En Uruguay, la salud como derecho universal es definida como derecho en la Ley que creó al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de 2007. En Brasil, la Constitución de 1988 define la salud como derecho de todos y el deber del Estado garantizarlo”. (Giovannella,L ;2013:29)

A continuación, en el siguiente capítulo se hará referencia a la reglamentación existente en el MERCOSUR en relación a la Salud. Para luego introducirse en el estudio del

marco institucional que tiene la Salud en las ciudades gemelas de la frontera de Uruguay – Brasil.

## **Capítulo II:**

### **2.1 Una mirada a la Institucionalidad del MERCOSUR en relación a la Salud**

Uruguay se encuentra integrado al MERCOSUR por lo tanto, Estado, sistema de Salud, políticas y programas mantienen una dinámica constante.

Por MERCOSUR se entiende como el Mercado Común del Sur, hoy integrado por Argentina, Brasil, Paraguay, Venezuela y Uruguay. El tratado original fue firmado en 1991, en Asunción, (Paraguay) por Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay<sup>18</sup>, habiéndose incorporado en el año 2006 oficialmente Venezuela. Cabe señalar que otros países de la región como Chile, Perú, Bolivia, participan como “Estados Asociados”.

Según lo que dicta este tratado:

“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”.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Ver Anexo: Mapa Político de países miembros y asociados del MERCOSUR

<sup>19</sup> [www.mercosur.int/](http://www.mercosur.int/) (Consultada en Junio 2014)

El Tratado en su artículo 1° hace referencia a lo que implica formar parte del Mercado Común:

- a) “La libre circulación de bienes, servicios y factores productivos entre los países, (...)”.
- b) “El establecimiento de un arancel externo común y la adopción de una política comercial común con relación a terceros Estados o agrupaciones de Estados (...)”.
- c) “La coordinación de políticas macroeconómicas y sectoriales de comercio exterior, agrícola, industrial, fiscal, monetaria, cambiaria y de capitales, de servicios, aduanera, de transportes y comunicaciones y otras que acuerden, a fin de asegurar condiciones adecuadas de competencia entre los Estados partes.”
- d) “El compromiso de los Estados partícipes de armonizar sus legislaciones en las áreas pertinentes para lograr el fortalecimiento del proceso de integración”.

En su artículo 2° ratifica que: “El Mercado Común estará fundado en la reciprocidad de derechos y obligaciones entre los Estados Partes”<sup>20</sup>

A mediados de los 80, los países de la región comenzaban un proceso de democratización, luego de sobrellevar por varios años los regímenes militares, en ese contexto fue que se dio comienzo a la construcción de la “cooperación” entre los países, en busca de mecanismos de ayuda para superar problemas sociales, económicos y políticos. Esta cooperación sirvió como estrategia para consolidar el proceso de integración de los países de la región.

El MERCOSUR cuenta con una estructura institucional compuesta por diversos órganos. En su inicio se realizaron diferentes reuniones que permitieron identificar los temas comunes a los países miembros, así como la designación de las personas que deberían participar en los mismos. Estos órganos tienen la potestad de aprobar normas, facilitando de esa forma el cumplimiento de los objetivos planteados.

---

<sup>20</sup> [www.rau.edu.uy/](http://www.rau.edu.uy/)(Consultada en Julio 2014)

Con la firma del tratado Ouro Preto (Brasil) el 16 de diciembre de 1994 se establece una reestructura institucional del Mercosur que amplió el número de órganos a seis, estos son: 1) CMC (Consejo del Mercado Común), 2) GMC (Grupo Mercado Común), 3) CCM (Comisión de Comercio del MERCOSUR), 4) CPC (Comisión Parlamentaria Conjunta), 5) FCES (Foro Consultivo Económico Social), 6) SAM (Secretaría Administrativa del MERCOSUR), de estos seis solo la CMC, GMC y CCM tienen capacidad decisoria de naturaleza intergubernamental<sup>21</sup>.

Desde 1997 la Salud comenzó a ser tratada en dos foros específicos, por un lado en la Reunión de Ministros de Salud (RMS), que dio comienzo en 1995 y por otro el Subgrupo de Trabajo 11 "Salud" (SGT 11) que se crea en 1996.

La Reunión de Ministros se crea bajo la Resolución N° 03/95: "Crea la Reunión de Ministros de Salud, la que tendrá como función proponer a este Consejo, medidas tendientes a la coordinación de políticas en el área de salud para el MERCOSUR". El mismo está conformado por los Ministros de Salud de los Estados Partes y Estados Asociados, tiene como principal objetivo coordinar políticas estratégicas vinculadas a la salud pública teniendo en cuenta las prioridades de los países de la región y desarrollar acciones que tiendan a la generación de programas conjuntos. Dentro del RMS se encuentra el Comité Coordinador (CC-RMS), el cual está constituido por las Coordinaciones Nacionales de los Estados Partes y Asociados, este se encarga de coordinar las actividades de la Reunión Ordinaria de los Ministros de Salud, además de coordinar las actividades de las Comisiones Intergubernamentales (C.I) y eleva a consideración de los "Señores Ministros" los documentos y acuerdos. El C.I son coordinados por CC-RMS, están conformados por técnicos de cada uno de los países, para tratar temas específicos que son considerados como prioritarios a tratar por los Ministros de Salud.

---

<sup>21</sup> Ver Anexo : Organigrama "Reunión de los Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados (RMSM-EA)".

Estos son: “Política de Medicamentos” (CIPM) busca mejorar el acceso equitativo a toda la población, promocionar el uso racional de los mismos así como incentivar la investigación científica y tecnológica, “Control de Dengue” (CICD) realizar actividades de Vigilancia epidemiológica para el control, erradicación y eliminación del Aedes Aegypti trasmisor del virus dengue, “VIH-SIDA” (CIVIH) generar acciones de vigilancia, educación, prevención y control; elaborar estrategias para el acceso a los medicamentos. Articular acciones con organismos gubernamentales, ONG y organismos internacionales, “Control del Tabaco” (CICT) impulsar estrategias y proyectos de cooperación técnica para el control del tabaco, “Salud Sexual y Reproductiva” (CISSR), promover y generar estrategias basadas en el derecho a la salud sexual y reproductiva, en el entendido de que la mujer tiene derecho a elegir libre y responsablemente sobre su cuerpo eliminando toda forma de discriminación contra ella, “Salud Ambiental y del Trabajador ” (CISAT) generar estrategias para prevenir factores de riesgo en el ambiente y en el trabajo, “Gestión de Riesgo y Reducción de Vulnerabilidad” (CIGRRV), elaborar políticas y planes de acción orientadas a mitigar accidentes ambientales, naturales, químicos, tecnológicos y biológicos que sucedan en la región, “Implementación del RSP”(CIRSI) generar políticas con el fin de prevenir propagaciones de enfermedades, “Donación y Trasplantes” (CIDT) se trata de cooperación en los niveles de integración para lograr la optimización de los recursos destinados a asegurar la accesibilidad y equidad a la población con garantía de calidad y seguridad del proceso de trasplante y donación, “Determinantes Sociales de la Salud y Sistemas de Salud” (CIDSS), promover las investigaciones en el área de salud para de esa forma generar estrategias regionales que incorporen las dimensiones sociales y de salud para el logro del progreso social y por lo tanto la disminución de las asimetrías sociales.

Por último se encuentra el Sistema de Información y Comunicación en Salud (CISICS) el mismo busca poder fortalecer la información y la comunicación así como proveer de información precisa , además de contar con una base de datos referente a la Salud en el MERCOSUR y Estados Asociados y coordinar reuniones de grupos técnicos como el SGT N°11<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> [www.indt.edu.uy](http://www.indt.edu.uy) :“Salud en el MERCOSUR” (2009) (Consultada en Agosto 2014)

El SGT 11 es el órgano ejecutivo del CMC, fue creado por la Resolución N° 151/96. Entre sus funciones se destacan promover la cooperación técnica y coordinar las acciones necesarias del proceso de integración entre los Estados Partes en el área de Salud, armonizar legislaciones y directrices y por último definir el relacionamiento del SGT N° 11 “Salud” con las demás instancias de MERCOSUR, procurando el logro de la integración así como la complementación de acciones. Con la resolución N° 04/98 se aprobó la primera pauta de trabajo, la que fue derogada en el 2001<sup>23</sup> en el entendido que existieron, en ese lapso de tiempo, grandes avances tecnológicos por lo que se hace necesario incluir temas de interés que son de tratamiento prioritario, y actualizar e incluir nuevos tópicos que hasta el momento no estaban contemplados <sup>24</sup>

En el 2004 se concreta una “pauta negociadora “que identifica como tarea general de este grupo el:

“Armonizar las legislaciones de los Estados Partes referentes a los bienes, servicios, materias primas y productos del área de salud, los criterios para la vigilancia epidemiológica y el control sanitario con la finalidad de promover y proteger la salud y la vida de las personas y eliminar los obstáculos al comercio regional, contribuyendo de esta manera al proceso de integración” <sup>25</sup>

La autora Delia Sánchez (2007) plantea que si bien el SGT 11 “Salud” tiene una estructura con un perfil técnico, este muchas veces, siguiendo directivas, ha recurrido para la discusión a la reunión de Ministros cuando se hace imposible llegar a un consenso en un tema, esto explicaría la aparente duplicación de grupos temáticos como a continuación se detalla en la estructura del mismo.

La estructura del SGT 11 “SALUD” está conformada por tres Comisiones cada una de estas está bajo la coordinación de un responsable del área y está constituida por Subcomisiones o Grupos denominados Ad Hoc, estas son:

---

<sup>23</sup> Ver Anexo: Documento: “Pauta Negociadora del SGT N°11 “SALUD” (Derogación de la Res.GMC N° 4/98) (14 páginas)

<sup>24</sup> [www.paho.org](http://www.paho.org) (Consultada en Agosto 2014)

<sup>25</sup> [www.mercosur.int/](http://www.mercosur.int/)(Consultada en Agosto 2014)

- Comisión de Productos para la Salud integrada entre por :
  - “Grupo Ad Hoc de Cosméticos”
  - “Grupo Ad Hoc de Productos Domisanitarios”
  - “Grupo Ad Hoc de Sangre y Hemoderivados”
  - “Grupo Ad Hoc de Productos Médicos”
  - “Grupo de Ad Hoc de Psicotrópicos y Estupefacientes”
  - “Grupo de Ad Hoc de Reactivos para Diagnostico “IN VITRO””
- “Comisión de Vigilancia Epidemiológica y Control Sanitario de puertos, aeropuertos y pasos de frontera” integrada:
  - “Sub Comisión de Vigilancia Epidemiológica”
  - “Sub Comisión Control Sanitario de Puertos, Aeropuertos, y terminales y Pasos Fronterizos”
- “Comisión de Prestación de Servicios de Salud”
  - “Sub Comisión Prestación de servicios de Salud”
  - “Sub Comisión Ejercicio Profesional”
  - “Sub Comisión Tecnológica en Salud”<sup>26</sup>

Por lo tanto el SGT 11 “Salud” es uno de los grupos del GMC, órgano ejecutivo del CMC, que tiene como cometido principal el de armonizar legislaciones y directrices, promover la cooperación técnica y coordinar las acciones necesarias de integración de los Estados Partes en el área de salud y por lo tanto definir el relacionamiento de este Sub grupo con los demás instancias del MERCOSUR, buscando la integración y complementación de acciones.<sup>27</sup>

A modo de ejemplo en el 2013 se celebra la XL Reunión Ordinaria del SGT11 “Salud” , en Montevideo, Uruguay, dentro de los temas a tratar fueron :”Recomendaciones para la Salud de los viajeros”, “Directrices para el Manejo Sanitario de Desechos líquidos y Aguas

---

<sup>26</sup> Ver Anexo: Estructura del Subgrupo de Trabajo 11 Salud (SGT 11)  
<sup>27</sup> [www.mercosur.int](http://www.mercosur.int) (Consultada en Agosto 2014)

Servidas en Puertos, Aeropuertos, Terminales Internacionales de Cargas y Pasajeros y puntos de Frontera Terrestre del MERCOSUR”, ”Reglamento Técnico MERCOSUR sobre listas de Sustancias que No pueden ser utilizadas en Productos de Higiene Personal, Cosméticos y Perfumes” , entre otros.<sup>28</sup>

Es así que el SGT11 “Salud” representa un avance significativo en la “agenda integracionista” teniendo en cuenta las diferencias en los modelos de desarrollo de los países miembros, y las dificultades regionales y nacionales, motivo de diversos conflictos y tensiones. Con la crisis económica que afectó a la región en el 2002 se promovió una orientación más integral con enfoques auténticamente regionales donde el SGT11 “Salud” fue el referente técnico que acompañó las decisiones políticas

Delia Sánchez (2007) señala que este proceso ha tenido avances diferentes debido a que, no ha existido una definición inicial que establezca el modelo de integración en Salud que los países requieren en un largo plazo, situación que se agrava por la falta de integración económica. La discusión sobre los servicios de salud se ha visto relegada al no existir un modelo objetivo de integración en salud que se vea reflejada en los ciudadanos y en la concreción de sus derechos. Para Sánchez la integración económica y laboral se dará más rápidamente que la de salud por lo que los sistemas de salud de los países deberán responder a nuevas situaciones sin resoluciones consensuadas y claras. Como ejemplo presenta los avances que la Comisión de productos de Salud ha tenido en especial en el tema cosméticos y en las normativas de fabricación de medicamentos, mientras que la Comisión de Servicios de Salud ha tenido muchos problemas para determinar sus competencias y desarrollarse.

Por lo tanto nos encontramos frente a una integración muy débil en el tema de la Salud, en donde la misma depende de otros factores como son el grado de integración en lo económico y político entre los países miembros, ya que ahí es donde se encuentra la mayor

---

<sup>28</sup> Ver Anexo : DOCUMENTO SOBRE LA XL REUNION ORDINARIA DEL SGT 11 “SALUD” 2013 (10 páginas )

desigualdad. A medida que esto se logre encauzar, el proceso de integración se realizara con fluidez y se comenzaran a concretar los objetivos planteados por los Estados miembros.

En Suma una vez que el MERCOSUR incorpora en su agenda a la Salud en su dimensión social, relacionada al bienestar social y al ejercicio de los derechos como ciudadanos comienzan a verse propuestas enfocadas a la integración regional.

## **2.2 Las Ciudades gemelas de la fronteras de Uruguay y Brasil: Marco institucional de integración**

En este ítem se analiza el marco institucional de integración establecido por los gobiernos de Uruguay y Brasil y como el mismo repercute en la población que vive a ambos lados de la frontera en las ciudades gemelas.

Siguiendo con el análisis para poder comprender qué se entiende por frontera, se considera importante comenzar haciendo referencia al concepto de territorio para poder acercarnos a la territorialidad.

Se puede entender al territorio “como una porción del espacio concreto sobre la cual ejerce influencia o dominio alguna especie. Tiene límites que varían con el tiempo” (Martínez, E; 2001)

Escobar, A (1999: 194) entiende que:

“el territorio es un espacio fundamental multidimensional en el que se crean y recrean las condiciones de sobrevivencia de los grupos étnicos y los valores y prácticas culturales, sociales y económicas que le son propios. La defensa del territorio es asumida en una perspectiva histórica que liga el pasado con el futuro. En el pasado, la historia de los asentamientos mantuvo cierta autonomía, conocimientos, modos de

vida, y sentidos éticos y estéticos que permitieron ciertos usos y manejo de los recursos naturales”.

Desde la mirada Ribeiro, V. (2012) la noción de territorialidad ha ido cambiando entre los años 1950 y 1980 en donde la misma se consolida como producto histórico, material y de las interacciones entre la sociedad y la naturaleza hecha por los mediadores semióticos, técnicos y tecnológicos. Por lo tanto 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.

Desde esta concepción la territorialidad asume una dimensión más amplia que la entendida en el concepto de territorio que asume una distinción “de espacio físico”.

Siguiendo en la línea Ribeiro, V. (2012) la misma establece que para poder entender el concepto de fronteras es necesaria una visión de la totalidad, que supera la visión tradicional que se reduce al límite territorial y área de segmentación política y social. La línea y la zona de la frontera marcan por lo tanto el:

“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)

La frontera es un espacio donde se generan interacciones económicas, culturales y políticas por lo que representan territorialidades heterogéneas. Estas conviven cotidianamente con los sistemas políticos, monetarios, de protección de la seguridad social diferentes y la intensificación de los flujos de mercancías y servicios de personas que surge de la integración; esto genera tensiones y desafíos para los sistemas de salud de las ciudades fronterizo, exigiendo políticas específicas destinadas a garantizar el derecho a un acceso universal a la salud por parte de estas regiones. Por lo tanto el debate que surge en relación a la mirada de los derechos sociales sobre la salud no se restringe a los límites de los Estados – Naciones

sino que los mismos se extienden para los bloques regionales a raíz de las demandas económicas, dando forma a nuevas áreas de regulación. (Giovanella, Guimarães, at: 2007)

Clemente (2010:8) hace referencia a las “fronteras dinámicas” en el entendido de que: “se trata de áreas extensas, con intensa interdependencia económica y social, múltiples interacciones transfronterizas entre poblaciones establecidas en torno al eje limítrofe, movimientos migratorios de carácter laboral y asimetrías de peso diverso. En esas regiones, el movimiento de personas es constante en una y otra dirección”.

Según la concepción de González, C (2005: 89) la frontera se:

”Concibe como signo visible de la existencia del Estado: el territorio termina en la frontera, donde los poderes del Estado se encuentran monumentalmente inscriptos”

Clemente (2010) la misma destaca la importancia de las relaciones fronterizas para el avance de la integración las mismas estuvieron presente desde el comienzo del MERCOSUR no solo en lo que refiere a las reuniones de “alto nivel” (Organizadas por Cancillería) sino también en las actividades llevadas a cabo por los subgrupos de trabajo creados por el Tratado de Asunción.

Según Giovanella (2007) los acuerdos bilaterales así como también los multilaterales que se dan en la región de América del Sur se encuentran en etapas diferentes, presentando diferencias en sus metas, marco legal y mecanismos de implementación.

Uruguay - Brasil mantienen un acuerdo bilateral, en donde el énfasis está dado en la integración fronteriza en el entendido de que la misma se vuelve fundamental para la promoción y garantía de sus Derechos como ciudadanos.

Ambos países comparten una franja de frontera de 1067 km de extensión, va desde la desembocadura del arroyo Chuy hasta la desembocadura del Rio Cuareim en el Rio Uruguay, del total de la frontera 320 km corresponden a frontera terrestre siendo el resto frontera

“fluvial”, no existen accidentes geográficos notables que impidan la libre circulación entre ambos países. La delimitación del espacio geográfico en la frontera de ambos países fue realizado por el acuerdo para el Permiso de Residencia, Estudio y Trabajo, que más adelante estudiaremos. El mismo estableció una faja de 20 km hacia el interior de cada uno de los Estados medidos desde la línea divisoria. A partir de este criterio es que se pueden cuantificar la cantidad de población viviendo en la misma, aproximadamente 350.000 habitantes<sup>29</sup>. Las ciudades que se encuentran dentro de la faja de la frontera<sup>30</sup> del lado uruguayo son: Bella Unión, Artigas, Rivera, Rio Branco, Acegua, Chuy del lado brasileño, incluye a las ciudades de Barra de Quaraí, Uruguaiana, Quaraí, Santana do Livramento, Yaguarão y Chuí. (Rótulo y Damiani, O, O: 2010)

El libre tránsito de personas y trabajadores permite la movilidad de un país a otro, para trabajar, por lo que se plantean una serie de problemas: ¿a quién le compete la atención de la salud de ese trabajador?, ¿quién se hace cargo de los gastos que esa atención genera? ¿qué sucede con los derechos adquiridos en el país en donde trabajó y cotizó si vuelve a su país o se traslada a otro país de la región?

Es así que en la frontera Uruguay- Brasil debido a diversas demandas los gobiernos fueron generando instancias gubernamentales para la definición de “regímenes especiales” y de “políticas públicas” conjuntas para la frontera. Así comenzaron a establecerse Comisiones, entre ellas la del Desarrollo de la Laguna Merín (CLM) y la del río Cuareim (CRQ), así como seis Comités de frontera (Bella Unión-Barra de Quaraí, Artigas-Quaraí, Rivera -Santana do Livramento, Río Branco- Yaguarão, Acegua-Acegua, Chuy-Chuí) en el transcurso de los años 90. En el 2002 como ya se mencionó se forma el Grupo Ad Hoc de Integración Fronteriza, dentro del Sub Grupo SGT 11, quedando establecido el mecanismo denominado “Nueva Agenda de Cooperación y Desarrollo Fronterizo Brasil-Uruguay”, el

---

<sup>29</sup> Datos del Instituto Nacional de Estadística(INE) (2013) en: [www.ine.gub.uy](http://www.ine.gub.uy) (Consultado en Agosto 2014)

Instituto Brasileño de Geografía Estadística (IBGE) (2007) en: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) :(Consultado en Agosto 2014)

<sup>30</sup> Ver Anexo: Mapa Político de la frontera de Uruguay y Brasil

mismo funciona a nivel de los Vicecancilleres, es decir reuniones de “Alto Nivel”. Este fue sin ninguna duda el comienzo de una serie de reuniones conformado por cuatro grupos, para tratar temas de la “Nueva Agenda” sobre: Salud, Educación y Formación Profesional, Cooperación Policial y Judicial, Medio Ambiente y Saneamiento. Esta agenda lo que pretende es revitalizar las comisiones binacionales con el objetivo de crear un “Estatuto de Frontera” con temas concernientes a la misma. Como resultado se realizó la Negociación Bilateral en el marco de la “Nueva Agenda” en donde quedo establecido el “Acuerdo de Permiso de Residencia y Estudio y Trabajo para Fronterizos” que entro en vigor el 14 de Abril del 2005, el mismo determina la concesión del “documento especial fronterizo” tanto para brasileños como para uruguayos domiciliados en las localidades vinculadas a dicho acuerdo. Este nuevo acuerdo permitió ponerle fin al problema de los denominados “indocumentados” que se encontraban en la faja de la frontera, ahora pueden tener acceso a la educación, trabajo, seguridad social y residir en la zona de frontera de ambos países. Con una institucionalidad fronteriza más madura se instaló el Comité Binacional de intendentes y prefeitos de la frontera, este nuevo organismo sesiona simultáneamente con la reunión de Vicecancilleres. (Clemente: 2010)

Como forma de afianzar los procesos migratorios y el derecho a la libre circulación entre ambos países es que en octubre del 2006 se realiza la Negociación multilateral, decisión CMC N° 28/02 incorporada bilateralmente en donde se da el permiso de Residencia para Nacionales de los Estados Partes del MERCOSUR, a diferencia del anterior que otorgaba un “Documento Especial Fronterizo” ahora es un Permiso de Residencia. En relación a los derechos generados en la primera negociación se otorgaba derecho a Residencia, trabajo y seguridad social solo en la jurisdicción de las localidades vinculadas. Ahora los Nacionales y sus Familias:

“gozaran de los mismos derechos y libertades civiles, sociales, culturales y económicas de los nacionales del país de recepción, en particular el derecho al trabajo, el ejercicio de toda actividad lícita en las condiciones que disponen las leyes, el derecho de petición, el derecho de entrar, permanecer, transitar y salir del territorio de las Partes,

el derecho de asociarse con fines lícitos y la libertad de culto. Tales derechos serán ejercidos de conformidad con la legislación interna del país de recepción”.<sup>31</sup>

La afinidad política entre los gobiernos “progresistas” de Uruguay y el PT (partidos de los Trabajadores) de Brasil entre los años 2005 -2010 permitió promover la integración fronteriza, así por ejemplo se desarrolló un concepto más integrado de medio ambiente, salud, territorio, poder ciudadano y desarrollo social, tendiente a fortalecer las instituciones locales a largo plazo. Se creó dentro del Sub grupo del GT de salud la Comisión Binacional Asesora de Salud en el 2007 en Santa Ana do Livramento con el fin de elaborar políticas públicas de Salud integrando a ambas ciudades. Del trabajo del mismo surgió la propuesta de un nuevo ajuste complementario sobre el permiso de residencia, estudio y trabajo para los pobladores de la franja Uruguay y Brasil para la prestación de servicios de Salud firmado por los Ministros de Salud y ratificado por las Comisiones de Salud de los respectivos parlamentos. (Rótulo y Damiani, O: 2010)

Está claro el nuevo redireccionamiento de las políticas en pos de la integración fronteriza, es así que en el período 2005-2010 se crea en el MERCOSUR los fondos de Convergencias Estructural, en donde en el caso de Uruguay dichos fondos se han destinado mayoritariamente hacia proyectos que atienden a problemas concernientes a las poblaciones de la frontera. (Clemente: 2010)

Posteriormente en Rio de Janeiro el 28 de noviembre del mismo año 2008, se realiza un nuevo ajuste complementario de acuerdo para prestaciones de los Servicios de Salud, aprobado por el Decreto legislativo N° 933/2009 y promulgado por el Decreto N° 7239/2010. Este acuerdo conlleva a que no exista una ciudadanía brasileña o uruguaya sino que sea una “ciudadanía regionalizada” (2012:15)

En el documento expedido en Uruguay por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Ministerio de Salud Pública fechado el 23 de marzo del 2009 se encomienda al Sr Presidente de la Asamblea General que:

---

<sup>31</sup> [www.parlamento.gub.uy](http://www.parlamento.gub.uy) (Consultado en Agosto 2014)

“El Poder Ejecutivo tiene el honor de dirigirse a la Asamblea General, de conformidad con dispuesto por los artículos 85, numeral 7 y 168, numeral 20 de la constitución de la República, a fin de someter a su consideración el proyecto de ley adjunto, mediante el cual se aprueba el Ajuste Complementario de Acuerdo sobre Permiso de Residencia, Estudio y Trabajo para Nacionales Fronterizos Uruguayos y Brasileños para Prestación de Servicios de Salud, firmado en la ciudad de Rio de Janeiro el 28 de noviembre del 2008” (2009:1)<sup>32</sup>

El mismo se enmarca dentro del acuerdo precedente: “(...) 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 Nacionales Fronterizos Uruguayos y Brasileños suscrito en Montevideo el 21 de agosto de 2002 y de las Notas Revérsales de 23 de abril y 20 de mayo del 2008” (2009:1)<sup>33</sup>

Su ámbito de aplicación: “(...) comprende la prestación de servicios de salud humana por personas físicas o jurídicas situadas en las Localidades Vinculadas establecidas en el Acuerdo sobre Permiso de Residencia, Estudio y Trabajo para los Nacionales Fronterizos Uruguayos y Brasileños”.(2009:1)<sup>34</sup>

Una vez aprobado en la sala de sesiones de la cámara de representantes el 18 de agosto del 2009, y por el Congreso de Brasil, ley N °18546 en donde se expresa que:

“El Gobierno de La República oriental del Uruguay y el Gobierno de la República Federativa del Brasil (en adelante denominados “Partes”). Considerando los intensos lazos históricos de fraterna amistad existentes entre las dos Naciones; Reconociendo que la frontera entre Uruguay y Brasil constituye un elemento de unión e integración de sus poblaciones; Reafirmando el deseo de encontrar soluciones comunes con vistas al bienestar y la salud de las poblaciones de los dos países; Destacando la importancia de consolidar soluciones mediante instrumentos jurídicos que faciliten el acceso de los ciudadanos fronterizos a los servicios de salud, en los dos lados de la frontera; Buscando amparar el intercambio que ya existe en la prestación de servicios de salud humana en la región fronteriza, y Considerando la legislación y la organización de los Servicios de Salud de ambos países” (2009:2)<sup>35</sup>

A continuación se detallan los artículos de Ajuste como ser el ámbito de su aplicación, personas habilitadas, los contratos, las formas de pago, el tránsito de vehículos, la

---

<sup>32</sup> [www.parlamento.gub.uy](http://www.parlamento.gub.uy) (Consultada en Agosto 2014)

<sup>33</sup> ibídem

<sup>34</sup> ibídem

<sup>35</sup> ibídem

documentación de recién nacidos y la certificación de defunción, los mismos están destinados a dar un marco jurídico que respalde a los ciudadanos de la frontera.

#### Artículo I. Ámbito de Aplicación:

1.”El presente Ajuste Complementario se propone permitir la prestación de servicios de salud humana por personas físicas o jurídicas situadas en las Localidades Vinculadas establecidas en el Acuerdo sobre Permiso de Residencia Estudio y Trabajo para los Nacionales Fronterizos Uruguayos y Brasileños”(2009:6)<sup>36</sup>

2.”Ingreso de Paciente. La personas física o jurídica contratada solo admitirá pacientes residente en las zonas urbanas, suburbanas o rurales de una de las localidades “a misma se hará mediante: “(...) la presentación de documentación que acredite su identidad y la constancia de domicilio expedida por la autoridad policial correspondiente u otro documento probatorio de su residencia, como el Documento Especial de Fronterizo”(2009:6)<sup>37</sup>

En el en el Artículo II, hace referencia a las personas jurídicas Uruguayas y Brasileñas que están habilitadas a contratar los servicios de salud “humana”, en el numeral 2º indica que:

“La prestación de servicios podrá ser hecha tanto por los respectivos sistemas públicos de salud como por medio de contratos celebrados entre personas jurídicas como contratante, de un lado, y persona física o jurídica como contratada, por el otro, tanto de derecho público como el derecho privado”.(2009:06<sup>38</sup>)

En relación al Contrato se hace referencia en el Artículo III en donde queda establecido que por un lado las partes contratantes serán personas jurídicas del derecho público y privado mientras que las partes contratadas serán personas jurídicas de derecho público, privado o físicas, las mismas serán sometidas a controles y normas técnicas y administrativas y a las directrices de los Sistemas de Salud de cada parte. Las prestaciones por la cual está sujeta este contrato son: “Servicio de carácter preventivo, servicio de diagnóstico, servicios clínicos,

---

36 ibídem

37 ibídem

38 ibídem

incluso tratamiento de carácter continuado, servicios quirúrgicos, internaciones clínicas y quirúrgicas, y atención de urgencias y emergencias”.

En el Artículo IV hace referencia a la forma de pago, el mismo será de acuerdo a las normas y reglamentaciones de cada Parte. El contratante por su parte no podrá ceder al contratado material utilizado en servicios de Salud como ser medicamentos, vacunas, materiales quirúrgicos como forma de pago del contrato. Lo que refiere a los Vehículos se detalla en el Artículo V dejando establecidos que los vehículos podrán circular de manera libre en las zonas urbanas, suburbanas y rurales de ambos lados de la frontera siempre y cuando los mismos estén identificados debidamente. Con relación a la Documentación de los Recién nacidos dispuesto en el Artículo VI, el registro se hará por parte de alguno de los progenitores o de personas que están habilitadas según la ley de Registros Públicos. El declarante debe presentar el documento probatorio. La parte del contratado emitirá el documento del recién nacido y lo remitirá a la autoridad consular de la Parte contratante con el fin del que el niño nacido en el territorio de la otra Parte sea debidamente registrado en el Consulado o Vice-Consulado respectivo. Como artículo VII está el Certificado de Defunción, en el caso de fallecimiento la Parte del contratado emitirá el certificado de defunción y lo remitirá al Consulado del país del contratante que lo “intervendrá” de manera gratuita en los casos de pobreza o indigencia y quedara incorporado a los registros consulares. Si el fallecimiento ocurriera en tránsito el certificado se hará en el destino excepto si hubiese regresado al punto de partida.

En suma se detallaron los artículos considerados medulares que se encuentran inscriptos como parte de la ley de prestaciones de Salud establecidas en el Acuerdo sobre Permiso de Residencia, estudio y Trabajo para Nacionales Fronterizos de Uruguay y Brasil.

Con el nuevo cambio de gobierno que se dio en el 2010 se ha dado inicio a encuentros binacionales en donde se ha intensificado el dialogo “bilateral” permitiendo de esa manera abordar asuntos de interés fundamentales para la población de la fronteras. Es así que en el 2012 se lanza el “nuevo esquema de vínculos bilaterales”.

Las potencialidades para una integración fronteriza son muchas, pero se hace necesario los mecanismos institucionales como modo de fortalecer la integración en palabras de Clemente (2010:29): “(...) la creación de una nueva institucionalidad fronteriza tanto desde el ámbito del MERCOSUR como desde los acuerdos binacionales genera un espacio para fortalecer la integración”.

Desde la mirada de Guimarães (2005 at 2012:25-26) indica que:

“a intensificação dos intercâmbios entre as nações provoca na região de fronteira, uma situação de dualidade- diferença versus integração. Além das diferenças de língua e cultura há a convivência cotidiana entre "entre sistemas políticos , monetários, de segurança, de proteção social, etc. distintos, geradores de tensões e contradições entre as realidades local, regional e o conjunto das instituições, normas e práticas dos países”

En esa misma línea como menciona Ribero, V y Pérez, R (2009:54):

“(...) mientras un lado de la frontera presenta los recursos suficientes de atención en salud, en el otro lado no se da la misma situación, generando una desigualdad territorial para los ciudadanos de un país frente a los del otro, incluso mediando escasos metros entre los servicios fronterizos”

Está claro que desde que se instauró el debate sobre los temas de salud en la agenda binacional se han generado herramientas para que existan posibilidades de integración entre ambos países, tratando de mitigar las desigualdades o las diferencias que entre ellos hay, en el entendido de que la integración supone superar las mismas.

La realización e implementación de acuerdos específicos como ser el acuerdo Bilateral entre Uruguay- Brasil, más allá que los mismos fortalezcan las instituciones “supranacionales” orientadas a la integración de las fronteras, las mismas son fundamentales para la promoción de la ciudadanía de la población de la frontera (Gadelha, Carlos. A; Costa,L : 2005).

Un ejemplo fue lo sucedido en 17 de julio del 2013 cuando El Hospital de Bella Unión (Artigas) y la Prefeitura Municipal de Barra do Quaraí (RS-Brasil) inauguraron la primera Policlínica Binacional de Salud Sexual y Reproductiva “Salud sin Frontera” en el marco de un convenio de cooperación que mantienen ambas instituciones. La atención se centra en la Educación sexual y reproductiva así como la prevención de enfermedades de transmisión sexual y VHI-SIDA. Se podrán realizar los “test” rápidos de VIH, VDRL (Prueba serológica para la Sífilis), se pone todo el énfasis en captar y acceder a las zonas rurales donde es difícil conocer a la población de riesgo. Esto es un claro ejemplo de que conjuntamente se pueden realizar cambios importantes en pos de mejorar la calidad de vida de los habitantes de las ciudades gemelas de Bella Unión y Barra de Quaraí. Además se dio a conocer una Policlínica móvil la que recorrerá las zonas más alejadas de los centros de Salud de la fronteras de ambas ciudades. El mismo establecerá un cronograma de rondas semanales, en donde será anunciado a través de los programas radiales, para que las personas puedan saber y asistir y fomentar de esa forma el control y la prevención de toda la población objetivo. Se estima que la misma oscila entre los 30,000 usuarios. Los recursos materiales que incluyen el móvil y los consultorios para la atención odontológica, atención pediátrica y de adultos será brindado por la Prefeitura y la Secretaria de Salud de la Barra do Quaraí. Mientras que los recursos humanos así como las horas profesionales están a cargo de ASSE, esto se hace a través de los recursos humanos del Hospital de Bella Unión y la Dirección de Primer Nivel de Artigas. El equipo multidisciplinario que trabaja en la misma está compuesto por un Médico General, una Trabajadora Social y una Psicóloga<sup>39</sup>.

En el 2014 se promulga una nueva ley la N° 19.214, la misma establece la libre circulación y el Derecho a ejercer cualquier actividad en las mismas condiciones que los Nacionales del país de recepción. Esta ley surge del acuerdo suscrito en la ciudad de Brasilia (Brasil) entre ambos países en el 2013, con el objetivo de alcanzar la “libre circulación de personas”. La ley 19.214 en su artículo 1° establece que:

---

<sup>39</sup> [www.presidencia.gub.uy/](http://www.presidencia.gub.uy/) (Consultado en Agosto 2014)

“La República Oriental del Uruguay y la República Federativa del Brasil, en adelante denominadas “Partes”; REAFIRMANDO la voluntad demostrada por los presidentes de la República Oriental del Uruguay y de la República Federativa del Brasil en alcanzar la libre circulación de personas, y lo dispuesto en el plan de Acción para el establecimiento progresivo de la libre circulación de personas, firmado por los países el 4 de diciembre de 2012; CONVENCIDOS de que sería oportuno facilitar el tránsito de sus nacionales entre sus respectivos territorios, con el fin de ampliar las oportunidades para todos los ciudadano brasileños y uruguayos; RECONOCIENDO que las fronteras que unen las Partes constituyen elementos de integración entre sus poblaciones; CONSIDERANDO necesario contribuir para el desarrollo y ajuste estructural de las economías menores y regionales desarrolladas; y CONVENCIDOS de la necesidad de un instrumento que permita efectivamente alcanzar el objeto de este Acuerdo, a través de la implementación en el corto plazo, con procedimiento que faciliten el tránsito de los nacionales de ambas Partes”<sup>40</sup>

Reafirmando lo antedicho, las personas: “tienen derecho a ejercer cualquier actividad, en las mismas condiciones que los nacionales del país de recepción, dentro de los límites impuestos por las normas internas de cada Parte”. Con esta ley se dan las condiciones para seguir avanzando sobre el derecho recíproco de residencia e igualdad en el acceso a la salud, trabajo y educación.

Sin embargo existen aún muchas críticas a este proceso como lo señalan los autores Rótulo y Damiani, O (2010: 33-34)

“El diseño institucional ha dado muestras de inestabilidad y baja eficiencia a través del tiempo, con la excepción aún en proceso de desarrollo de las instituciones de la Nueva Agenda. Ello se explica fundamentalmente por un factor estructural, como lo es la propia naturaleza intergubernamental que debilita la capacidad decisoria de los órganos creados. Ello ha tornado el avance del proceso altamente dependiente de los cambios políticos que se han sucedido en ambos países, lo que constituye una vulnerabilidad del proceso. Similares problemas enfrenta el Mercosur.”

Sin embargo se han:

“(…) conseguido algunos resultados concretos como es el caso de la creación de la Comisión Binacional de Salud Santana do Livramento-Rivera”.

---

<sup>40</sup> [www.parlamento.gub.uy](http://www.parlamento.gub.uy) (Consultada en Agosto 2014)

A modo de cierre de este capítulo se puede expresar que si bien se han avanzado en la institucionalidad de la integración con los acuerdos referidos a la residencia, libre circulación, la educación y específicamente en lo que concierne a la salud, aún existen dificultades para el acceso a los servicios de salud tanto de un lado como del otro de la frontera, generando de esa forma desigualdades en torno a los pobladores fronterizos, en el entendido de que dichas desigualdades no deberían de existir cuando existen acuerdos que no solo expresan el espíritu de integración sino que además el de cooperación entre los pobladores en donde se genera un sentido de pertenencia a un lugar que les es común para ambos.

En el próximo ítem se dará cuenta de los servicios de Salud tanto públicos y privados que se encuentran en las ciudades gemelas de la frontera del lado Uruguayo. En él se hace un recuento de los servicios que existen tanto en un sector como en el otro.

### **2.3 Cuantificando, Cobertura de Salud Pública y Privada en la ciudades gemelas de la frontera del lado Uruguayo**

Tras la implementación de la reforma de salud, la misma tiene como meta la expansión de la cobertura de los sistemas de salud con el fin de lograr una mejor distribución de la población en relación a los prestadores.

Cuando se hace referencia a la cobertura de los servicios de salud, dicha cobertura se puede medir como: “la porción de población que manifiesta tener derechos vigentes en al menos un servicio de salud, ya sean públicos o privados” (MIDES: 122)

En lo que se refiere a los datos en concreto de la distribución de la población por prestadores de servicios de salud existen notorias diferencias entre el interior del país y la capital. Los datos arrojados en el 2012 indican que hay una mayor cobertura del SNIS en

Montevideo 63% más que en el interior del país con un 57%, esto tiene que ver con las diferencias que existen en relación al grado de formalidad del mercado laboral.

Las IAMC se han convertido en el prestador mayoritario en todo el país, en Montevideo cubre el 64 % de la población y en el interior el 51%. Sin embargo la tercera parte de la población del interior tiene derechos exclusivamente en ASSE, este es un rasgo histórico que si bien ha descendido en los últimos años aún sigue teniendo una alta prevalencia. El perfil de usuarios de la misma continúa siendo joven en comparación con la de los servicios privados aun teniendo en cuenta que se ha incrementado en el último bienio la presencia de población mayor de 65 años, producto de la reciente incorporación del SNIS<sup>41</sup>.

A continuación se detallan por ciudad las prestaciones en el orden Público:

✓ **Departamento de Rocha, Chuy:**

- Hospital de Chuy  
Centro Auxiliar de Chuy – U.E. 073
- Policlínicas Dependientes de RAP Rocha:  
Policlínica Barra de Chuy "Bernardo Ventura"
- Policlínicas de la Intendencia Municipal de Rocha gestionadas por ASSE:  
Samuel Prilliac  
Puimayen

✓ **Departamento de Cerro Largo, Rio Branco:**

- Hospital de Rio Branco  
Centro Auxiliar de Rio Branco U.E 052
- Policlínicas Dependientes de RAP Rio Branco:  
Policlínica de Acegua

---

<sup>41</sup> Informe Social (Ministerio de Desarrollo Social )2013

✓ **Departamento de Rivera, Rivera:**

- Hospital de Rivera

Hospital Departamental de Rivera U.E 025

- RAP Rivera

Centro de Salud “Dr. José Royol”

Centro de Salud “Q.F. Federico Díaz”

- Policlínicas Dependientes de RAP Rio Branco

Policlínica Periférica “Paso de la Estiva”

Policlínica Periférica “La Pedrera”

Policlínica Periférica “Lagunon”

Policlínica Periférica “Mandubi”

Policlínica Periférica “Rampla”

Policlínica Periférica “Santa Isabel”

Policlínica Periférica “Tres Cruces”

✓ **Departamento de Artigas:**

- **Artigas**

- Hospital de Artigas

Hospital Departamental de Artigas -U.E.01

- RAP de Artigas

Centro de Salud de Artigas

- Policlínicas Dependientes de RAP Artigas

Policlínica Bernabé Rivera

Policlínica Sequeira

- Policlínicas Periféricas de Artigas

Cerro Ejido - Intendencia Municipal de Artigas (IMA)

Pintadito – (IMA)

Vitopa

Aparicio Saravia

Ayuí – (IMA y ASSE)

19 de Junio

Fabini – (IMA y ASSE)  
Catalá – (IMA y ASSE)  
Barrio Sur  
Cobazo  
Las Flores  
San Miguel

- **Bella Unión**

- Hospital de Bella Unión

Hospital de Bella Unión – U.E 034

- Policlínicas Periféricas de Bella Unión

Cuareim – (IMA)  
Las Piedras – (IMA)  
Cainsa  
Mones Quíntela  
U.T.A  
Tres Fronteras  
Las Láminas  
Barrio Sur  
Portón de Fierro  
Nuevo Colorado

En lo que se refiere a las prestaciones en el orden Privado:

- GREMEDA : Gremial Medica de Artigas (Artigas, Bella Unión)
- COMERI :Cooperativa Medica de Rivera (Rivera)
- CASMER : Cooperativa Asistencia de Rivera (Rivera)
- MEDICA URUGUAYA. M.U.C.A.M (Medica Uruguaya Corporación de Asistencia Medica) (Rivera)
- COMERO : Cooperativa Medica de Rocha (Chuy)
- MEDICA URUGUAYA. M.U.C.A.M (Medica Uruguaya Corporación de Asistencia Medica) (Chuy)
- CAMCEL : Cooperativa Asistencial Medica (Rio Branco, Acegua)
- COMECCEL : Cooperativa Medico de Cerro Largo (Rio Branco)

La cantidad de los servicios de Salud privados de las ciudades de la frontera estudiadas es notoriamente menor a la brindada por el sector público. No se puede establecer el tipo de servicios que se brinda en el sector privado por eso se hace énfasis en la cantidad de servicios efectivos. En el sector público, si se puede establecer que existe una diversificación de la atención con la presencia de la RAP (Red de Atención Primaria) y sus policlínicas.

### **Reflexiones finales:**

A través del presente trabajo se pretendió profundizar sobre algunos conceptos que sirvieron de guía para dar luz a los objetivos planteados en el mismo. Es así que se dio comienzo a un proceso de estudio y de profundización de los aspectos que conforman el entramado socio político acerca de analizar los dispositivos que operan en las ciudades gemelas de Uruguay y Brasil relacionado con el Derecho a la Salud.

Dentro de ellos la Salud, entendida no desde una concepción médica sino desde una concepción más amplia incorporándole a la misma “el medio físico y social” los cuales influyen directamente en la salud y por lo tanto en el bienestar, ya que la misma es parte de las condiciones de vidas de las personas, y se vuelve indispensable el acceso a ella como un bien social común a todos.

En lo que se refiere a Uruguay y Brasil, existen diferencias en relación a la normativa respecto a la Salud. En el caso de Uruguay la Constitución de la República en su artículo 44° expresa que la Salud no es responsabilidad del Estado, sino de cada uno de los individuos y que por lo tanto el Estado se compromete únicamente a asistir de manera gratuita aquellos individuos que son identificados como carentes de recursos. Sin embargo en la Constitución de Brasil en su artículo 196, define que la Salud pasa a ser un Derecho de todos y que por lo tanto es el Estado quien debe garantizar dicho Derecho.

En el 2005, en la celebración de su 58° aniversario, la Asamblea Mundial de la Salud aprueba una resolución en la que solicita a los países que los mismos promuevan la cobertura Universal a la Salud.

Pasa a ser responsabilidad de los Estados y de las políticas que los mismos tomen, la garantía y el goce de dichos Derechos. La generación de políticas públicas destinadas al cumplimiento de dichos objetivos, exige a los Estados destinar recursos económicos que deben ser específicos y con transparente ejecución, en el entendido que el nivel de cobertura está netamente relacionado a la proporción de gastos de Salud cubiertos con financiamiento público. Garantizar el acceso universal y la equidad en el mismo se vuelven objetivos fundamentales. De esta manera se asegura que todos accedan a los servicios de Salud independientemente de sus ingresos económicos. Es así que se vuelve un desafío para los Estados, generar dichas políticas.

En el caso específico de Uruguay, con la asunción del Frente Amplio en el 2005, se da comienzo a un proceso en el cual el objetivo primordial es el de garantizar la cobertura universal a la Salud, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), en busca de un cambio de modelo en la atención; generándose un compromiso con la población que trasciende lo político partidario, transformándolo en un política de Estado.

El SNIS puesto en marcha garantiza la atención integral de la Salud a través de servicios tanto públicos como privados, con el fin de asegurar una mayor accesibilidad y cobertura de los servicios de Salud a toda la población.

De esta manera Uruguay y Brasil garantizan el acceso universal a la Salud, en el caso de Uruguay como ya se mencionó lo legítima a través de la ley que crea el SNIS (18.211) y en el caso de Brasil se establece en su constitución Art 164 en donde el Estado debe generar políticas sociales de acceso universal e igualitario destinadas a la reducción del riesgo de enfermedades.

En relación a la integración fronteriza de las ciudades gemelas de Uruguay- Brasil la misma estuvo presente desde el comienzo del MERCOSUR, si bien existen aún una débil integración regional en temas de Salud debido a las desigualdades tanto políticas como económicas, estos mantienen acuerdos de cooperación en el marco de la denominada Nueva Agenda, con el fin de revitalizar las comisiones binacionales.

Las similitudes políticas existente entre ambos gobiernos, han tenido una notoria influencia sobre las políticas de integración fronteriza. Como consecuencia de este acercamiento político en el 2010 se genera el espacio para sucesivos diálogos “bilaterales”. De esa manera se fue solidificando la integración bajo mecanismos institucionales que otorguen legitimidad a la voluntad demostrada por ambos países y prueba de ello fue la creación del “Estatuto de Frontera”.

Los acuerdos que se han mantenido entre los gobiernos de los dos países trascienden muchas veces los aspectos económicos ya que los mismos abarcan aspectos que tienen impacto más directo sobre la población de la región como ser los permisos de libre circulación o los temas relacionados a la salud. Está claro que los mismos comenzaron a tener trascendencia cuando, como forma de integración, fueron parte de la “agenda de los debates binacionales”.

Este proceso de integración se dio de manera gradual, donde los acuerdos fueron suponiendo un grado mayor de afianzamiento. Cabe mencionar que el primer acuerdo que se firmó, en el marco de la “Nueva Agenda”, estableció el Permiso de Residencia, Estudio y Trabajo para fronterizos; el mismo tuvo su entrada en vigor en el año 2005. El cometido primordial era “regularizar” la situación de aquellas personas “indocumentados”.

En el 2006 se realizó la “Negociación multilateral” que tuvo como finalidad el garantizar los procesos migratorios y el Derecho a la libre circulación, como consecuencia de él es que se estableció el Permiso de Residencia. Esto supuso un gran avance teniendo en cuenta el tiempo transcurrido. En el 2007 un nuevo ajuste complementario a dicho permiso, solo para las prestaciones de los servicios de Salud. Un año después, se inscribe un nuevo acuerdo en donde se establece una “ciudadanía regionalizada”. En el 2010 con el diálogo “bilateral” ya instalado se comenzó a abordar temas que son específicos de las fronteras, es así que en el 2012 se formó el “nuevo esquema de vínculos bilaterales”.

Todos estos acuerdos terminaron impulsando lo que en el 2014 se promulgó como la ley 19,214, la que estableció la libre circulación y el Derecho a ejercer cualquier tipo de actividad en las mismas condiciones que los Nacionales del país de recepción.

La cooperación entre Uruguay y Brasil a través de sus diferentes acciones suponen una oportunidad de desarrollo importante para las ciudades gemelas fronterizas, para que se puedan implementar las demandas de los ciudadanos de dichas ciudades.

Las mismas deben ser puestas en marcha con transparencia y eficacia para que puedan desarrollarse de una manera óptima y fortaleciendo la integración.

De todas formas se han logrado avances muy importantes como aquellos acuerdos referidos a la residencia, libre circulación, la educación.

En lo que concierne a la Salud aún existen muchas dificultades para el acceso a la misma, tanto de un lado como del otro de la frontera; está claro que es en donde se deberían focalizar los esfuerzos al existir desigualdades económicas y de gestión, de esa manera es

que se vería reforzada la integración y se consolidaría el acceso a un Derecho Humano fundamental. El cumplimiento de los acuerdos firmados por ambos países es la forma de concretarlos.

### **Bibliografía utilizada:**

- Ü Aquin, N. (2003). Entorno a la Ciudadanía. Ensayo sobre ciudadanía. Reflexiones de Trabajo social. Espacio editorial, Buenos Aires.
- Ü Aquín, N.; Acevedo, P.; Rotandi, G.(2002): “La Sociedad civil y la Construcción de Ciudadanía”. En Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales: Margen. ISSN-e 0327-7585. N°25.
- Ü Bolis, Mónica (2007) “La fusión del marco regulatorio en el contexto de la seguridad global en la Salud” TALLER OPS/OMS-CIESS LEGISLACIÓN DE SALUD disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pie%20comunicacionales/cdbibliografiaCOFELESA/impacto>. Visitado: Junio 2014

- Ü CEPAL, (2006). “La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad” Documento de las Naciones Unidas. 2006
  
- Ü Caetano, G. (2006) “Parlamento Regional y Sociedad Civil en el proceso de integración. ¿Una nueva oportunidad para “otro “MERCOSUR”?. Ed. FRIEDRICH EBERT STIFTUNG
  
- Ü Clemente, I. (2010) “La Región de frontera Uruguay-Brasil y la relación Binacional: pasado y perspectivas”. Rev.Urug.Cienc.Polit.Vol:19.Nº1. Montevideo.
  
- Ü Ebole, O. (1986). “Hacia un servicio nacional de salud”. En: VV.AA. Cuadernos del Centro Latinoamericano de Economía Humana. Año 11, Nº 37. P. 75-78.Uruguay.
  
- Ü Escobar, Arturo. (1999). El final del salvaje. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia / Centro de Estudios de la Realidad Colombiana.87)
  
- Ü Ferrara, F. (1983). “Medicina de la comunidad”. Ed. Interamericana. Buenos Aires
  
- Ü Ferreyra, S. E. (2003). La Calidad de vida como concepto. Su utilización en el accionar de los Trabajadores Sociales en el ámbito de la salud. En: revista de Servicio Social y Sociedad Nº 74. Ed. Cortez. Brasil.
  
- Ü Gadelha, Carlos. A; Costa, L (2005)” A política nacional de integração e o desenvolvimento das fronteiras: o Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira-PDFF. En: Oliveira TCM, organizador. Território sem limites.Estudos sobre fronteiras.Campo Grande: Editora UFMS; 2005 pág. 25-46. Brasil.
  
- Ü Giovanella, L. Et al (2007). “Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva

- dos secretários municipais de saúde”. En: Cad.Saúde Pública, v .23, sup 2. pag 251-266. Rio de Janeiro, Brasil.
- Ü Giovanella, L. (2013). “Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada “. Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud. Rio de Janeiro, Brasil.
  - Ü González, C (2005).”La frontera en debate: una discusión en torno a la integración regional y el futuro del Estado nación”. En: Mercosul em multiplas perspectivas. Ed: Edipucrs.Brasil.
  - Ü Guimarães,L(2005). “Integração Regional e Politicas de Saude: estudo do acceso aos serviços de saúde nas cidades brasileiras de fronteira com países do Mercosul. En: Uma questão e duas temporalidades: Direito á saúde na fronteira MERCOSUL- 2003-2013”.Projecto de Investigación de la Universidad Católica de Pelotas, Brasil (2012)
  - Ü Martínez, E. (2001): “Modo de gestión y producción del territorio metropolitano de Montevideo”. ITU Facultad de Arquitectura –UDELAR.
  - Ü Mendizábal, N. (2006). “Los componentes del Diseño Flexible en la Investigación cualitativa. En Vasilachis de Gialdino, I. coord. (2006) Estrategias de investigación Cualitativa. Barcelona, España. Ed. Gedisa.
  - Ü OPS, (2007) “Salud en las Américas 2007”. Volumen I Regional. Publicación Científica y Técnica N° 622. Washington, USA.
  - Ü Salleras Sanmartí, Luis (1990). “La Salud y sus determinantes, en educación Sanitaria principios, métodos y aplicaciones. Madrid

- Ü Sánchez, Delia. (2007) “Procesos de integración en Salud: una reflexión sobre los desafíos del MERCOSUR en Salud”. En: Cad.Saúde Pública v.23. Supl 2.Rio de Janeiro. Brasil.
  
- Ü Santos, Milton. (2006). A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. [Libro en línea].en:[http://www.geociencia.xpg.com.br/dwd/Milton\\_Santos\\_A\\_Natureza\\_do\\_Espaco.pdf](http://www.geociencia.xpg.com.br/dwd/Milton_Santos_A_Natureza_do_Espaco.pdf)
  
- Ü Sautu et al (2005) Manual de metodología. Construcción del marco teórico, Formulación de los objetivos y elección de la metodología. CLACSO, Colección Campus Virtual, Buenos Aires, Argentina. 2005. 192 p. ISBN: 987 □ 1183 □ 32 □ 1.
  
- Ü Stuckler D, Feigl AB, Basu S, McKee M. (2010) “La economía política de la cobertura universal de salud”. Documento de antecedentes para el simposio mundial sobre la investigación del sistema de salud. Del 16 al 19 de noviembre del 2010 Montreux, Suiza
  
- Ü Ribero, V.; Pérez, R (2009):”La construcción de los derechos sociales y los sistemas sanitarios: Los desafíos de las fronteras”. .En: Rev.Katál. v. 12 n. 1. pag 50-58. Florianópolis.Brasil.
  
- Ü Ribeiro, V y Pires, D (2004). “Direito á saúde: um convite á reflexão”.En: Cad.Saúde Pública v.20. Supl 3. pág 753-760. Rio de Janeiro, Brasil.
  
- Ü 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
  
- Ü Rotondi, G (2008) “Mercosur y protección social en Argentina: desafíos y perspectivas. En: Mercosul em multiplas perspectivas. Ed: Edipucrs.Brasil.

- Ü Rótulo, D.; Damiani, O. (2010). “El caso de la integración fronteriza Uruguay Brasil: dimensiones analíticas e hipótesis de trabajo preliminares”. Documento de Investigación Nro. 61 Facultad de Administración y Ciencias Sociales Universidad ORT.ISSN 1688-6275. Uruguay
- Ü Valles, M. (1997), Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis.
- Ü Villar, Hugo. (2006):”La Salud, una política de Estado”. Hacia un Sistema Nacional de salud. Marco conceptual, el contexto, situación actual y propuestas de cambio. Publicación del Sindicato Médico Uruguay. Montevideo
- Ü [www.paho.org/uru](http://www.paho.org/uru) : “El camino hacia la Cobertura Universal en Uruguay” Visitado: Agosto 2014

### **Fuentes documentales:**

- Ü Brasil (2005). Acordo sobre localidades fronteiriças vinculadas. Disponível em: [www2.mre.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_área=1021](http://www2.mre.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_área=1021). Acceso em: jul. De 2006.
- Ü Mides (Ministerio de Desarrollo Social) : Reporte Social 2013.Principales características del Uruguay social.
- Ü OPS; 1989 en: [www.paho.org/uru](http://www.paho.org/uru). Visitado: Agosto 2014
- Ü “Salud en el Mercosur”: Informe de la Presidencia Pro Tempore Paraguaya mercosur salud (2009) disponible en: [http://www.indt.edu.uy/documentos/documentacion\\_legal/mercosur\\_informe\\_salud-en-el-mercosur.pdf](http://www.indt.edu.uy/documentos/documentacion_legal/mercosur_informe_salud-en-el-mercosur.pdf)
- Ü [www.ibge.gov.br/](http://www.ibge.gov.br/) Visitado: Agosto 2014

- Ü [www.indt.edu.uy](http://www.indt.edu.uy): “Salud en el MERCOSUR” (2009) Visitado: Agosto 2014
- Ü [www.ine.gob.uy](http://www.ine.gob.uy) . Visitado: Agosto 2014
- Ü [www.mercosur.int/](http://www.mercosur.int/). Visitado: Agosto 2014
- Ü [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy). Visitado: Julio, Octubre 2014
- Ü [www.parlamento.gub.uy/](http://www.parlamento.gub.uy/). Visitado: Junio ,Julio, Agosto 2014
- Ü [www.presidencia.gub.uy](http://www.presidencia.gub.uy). Visitado: Agosto 2014
- Ü [www.rau.edu.uy/](http://www.rau.edu.uy/). Visitado: Julio 2014
- Ü [www.un.org/es/](http://www.un.org/es/). Visitado: Agosto 2014
- Ü [www.who.int/](http://www.who.int/). Visitado: Julio 2014
- Ü Ley: 15.181
- Ü Ley: 18.121
- Ü Ley: 18.211
- Ü Ley: 19.214

# **ANEXOS**