

El derecho a la salud en la frontera: un análisis crítico

The right to health at the border: a critical analysis

O direito à saúde na fronteira: uma análise crítica

Milton Sbárbaro Romero¹, Elisa Ayup Ferdinand²

¹ Dr. en Ciencias de la Salud (DrC). Profesor Titular Depto. Administración de los Servicios de Salud. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Mail: miltonsbarbaro@gmail.com ORCID: 0000-0001-7545-6633

²Lic. Enfermera Docente Ayte. Depto. Administración de los Servicios de Salud. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Mail: elisafabiana1973@gmail.com ORCID: 0009-0004-7682-3158

Resumen

La Organización de las Naciones Unidas ha realizado un llamamiento universal con la finalidad de contribuir a la eliminación de la pobreza, equilibrar la sostenibilidad social, económica y ambiental para el 2030, en particular se plantea lograr la cobertura sanitaria universal y el acceso a servicios de atención de salud esenciales de calidad.

Estos objetivos, se encuentran alineados con los principios de Alma Ata del 78 y de Astaná del 2018 y son recogidos por el sistema de salud de Uruguay. En el presente artículo nos planteamos como objetivo, realizar un análisis crítico de su alcance, para lo cual trabajaremos con tres investigaciones realizadas en una red de policlínicas públicas de Uruguay en zona fronteriza con Brasil, analizándolas a la luz

de las normativas nacionales e internacionales sobre el acceso a servicios de salud.

A lo largo del mismo transitaremos por normas, leyes, experiencias diferentes y autores que ponen en cuestión las definiciones y la práctica, evidenciando las contradicciones existentes entre las definiciones de principios y las definiciones políticas, entre garantizar el derecho a la salud o la mercantilización del sistema sanitario. Lo que se evidenció en las grandes diferencias en el acceso a los servicios de salud entre los usuarios del subsector público y del subsector privado entre otras brechas de acceso a servicios de salud.

Una de las conclusiones del artículo refuerza la idea de que la salud es un producto histórico en permanente cambio,

dialécticamente unido a las necesidades de las personas y en contradicción con los intereses de las empresas, esta particularidad genera un espacio de permanente lucha en donde los Estados deben asumir un rol más firme en la defensa de la salud como un derecho humano fundamental.

Palabras clave: Derecho a la salud; Acceso Universal a los Servicios de Salud; Poblaciones Vulnerables; Uruguay.

Summary

The United Nations has made a universal call with the purpose of contributing to the elimination of poverty, balancing social, economic and environmental sustainability by 2033, in particular it aims to achieve universal health coverage and access to health services. quality essential health care.

These objectives are aligned with the principles of Alma Ata of 78 and Astana of 2018 and are included by the Uruguayan health system. In this article we aim to carry out a critical analysis of its scope, for which we will work with three investigations carried out in a network of public polyclinics in Uruguay in the border area with Brazil, analyzing them in light of national and international regulations on access to health services.

Throughout it we will go through norms, laws, different experiences and authors

who question definitions and practice, evidencing the contradictions between definitions of principles and political definitions, between guaranteeing the right to health or the commercialization of health. sanitary system. This was evident in the large differences in access to health services between users of the public subsector and the private subsector, among other gaps in access to health services.

One of the conclusions of the article reinforces the idea that health is a historical product in permanent change, dialectically linked to the needs of people and in contradiction with the interests of companies, this particularity generates a space of permanent struggle where States must assume a stronger role in defending health as a fundamental human right.

Keywords: Right to Health; Universal Access to Health Care Services; Vulnerable Populations; Uruguay.

Resumo

As Nações Unidas fizeram um apelo universal com o propósito de contribuir para a eliminação da pobreza, equilibrando a sustentabilidade social, económica e ambiental até 2033, em particular visa alcançar a cobertura universal de saúde e o acesso aos serviços de saúde.

Estes objetivos estão alinhados com os princípios de Alma Ata de 78 e Astana de 2018 e estão incluídos no sistema de saúde

uruguayo. Neste artigo pretendemos realizar uma análise crítica de seu alcance, para a qual trabalharemos com três investigações realizadas em uma rede de policlínicas públicas do Uruguai na zona fronteira com o Brasil, analisando-as à luz das regulamentações nacionais e internacionais sobre acesso aos serviços de saúde.

Ao longo dele percorreremos normas, leis, diferentes experiências e autores que questionam definições e práticas, evidenciando as contradições entre definições de princípios e definições políticas, entre a garantia do direito à saúde ou a comercialização do sistema sanitário. Isto ficou evidente nas grandes diferenças

no acesso aos serviços de saúde entre os utilizadores do subsector público e do subsector privado, entre outras lacunas no acesso aos serviços de saúde.

Uma das conclusões do artigo reforça a ideia de que a saúde é um produto histórico em permanente mudança, dialeticamente ligado às necessidades das pessoas e em contradição com os interesses das empresas, esta particularidade gera um espaço de luta permanente onde os Estados devem assumir uma posição mais forte. papel na defesa da saúde como um direito humano fundamental.

Palavras-chave: Direito à Saúde; Acesso Universal aos Serviços de Saúde; Populações Vulneráveis; Uruguai.

Recibido: 20240108

Aceptado: 20240716

Introducción

Los Jefes de Estado de todo el mundo, en el año 2015, definieron un conjunto de objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos, planteando que para lograr un desarrollo sostenible es necesario entre otros objetivos, garantizar una vida sana y promover el bienestar de los pueblos. Para lo cual se plantean como meta lograr la cobertura sanitaria universal en general y en particular el acceso a servicios de salud esenciales de calidad⁽¹⁾.

En Uruguay pareciera que el derecho a la salud es uno de esos supuestos generalizables, todos pensamos que se encuentra garantizado por parte del Estado, y esa percepción de garantía nos hace sentir seguros de que al momento de necesitar los servicios del sistema sanitario accederemos a los mismos sin ninguna dificultad; que esa tan reflexionada cobertura universal a servicios de calidad, se dará sin ningún tipo de restricción;

que esa equidad en el acceso a servicios sanitarios, que reza negro sobre blanco en la ley que nos protege de los avatares del *mercado de la salud*, está tan fuerte en la práctica como en la letra.

Estas páginas se proponen el objetivo de analizar críticamente esos supuestos, poniendo en diálogo las políticas sanitarias de Uruguay con los resultados obtenidos en los estudios de Ayup et al, *Revisión Narrativa: Salud en la Frontera*; Arguello et al, *Desempeño del modelo de atención desde la mirada del usuario de una red de efectores públicos*; y de Liliana Denis, *Desempeño de una red sanitaria pública fronteriza del Primer Nivel de Atención desde la perspectiva de sus actores. Cerro Largo. 2023*, realizados en el marco del proyecto posdoctoral “*Intervención en salud en efectores sanitarios públicos del PNA en zonas fronterizas. Uruguay-Brasil*”^a.

La metodología utilizada para la búsqueda bibliográfica la tomamos basados fundamentalmente en el estudio realizado por Ayup et al, en la cuál se plantearon se “centraron en dos ejes: el primero, la búsqueda de leyes, decretos y recomendaciones de los países, tanto a nivel global como del continente; y el segundo, la revisión bibliográfica de artículos científicos donde asentar el trabajo desde las experiencias prácticas, estrategias, logros y falencias de los países”⁽²⁾. Se destaca que la búsqueda de las normativas se realizó en diferentes páginas gubernamentales nacionales y de organismos sanitarios y de derechos humanos internacionales como la ONU, OPS/OMS, MERCOSUR, MSP, ASSE, entre otros, y para la búsqueda de artículos científicos se utilizaron los portales de BVS, Scielo, Timbó y colibrí, en idioma español y portugués.

Por otra parte, durante el discurrir del artículo, creemos importante posicionarnos asumiendo como propio el supuesto de que las poblaciones de frontera son poblaciones vulnerables desde el punto de vista socio económico y por ende son más frágiles cuándo se habla de exigir y garantizar sus derechos.

Frontera: espacio geo-político donde el producto salud se fortalece en su identidad y se debilita por las estrategias nacionales.

Tratando de no caer en generalizaciones que puedan distorsionar el análisis, es que, sumado a los estudios antes mencionados, se hace necesario conocer algunas características

^a Sbárbaro M. “Intervención en salud en efectores sanitarios públicos del Primer Nivel de Atención de zonas fronterizas (Uruguay – Brasil)”. La finalidad es aportar a elevar la calidad del cuidado de las poblaciones que viven en dicho territorio, a través de la mejora del desempeño de los efectores sanitarios, con intervenciones conjuntas entre los servicios sanitarios y la academia que contribuyan, además, a la formación de los recursos humanos de la salud. UdelaR-UFPel. 2022-2024.

de la frontera, entendiendo que, como plantean Dicancro y Sarne, la salud es un producto resultante de la interacción ineluctable de tres sistemas, el genético, el ecológico y el sistema social⁽³⁾.

En este sentido se puede decir que la frontera uruguayo – brasileña tiene una extensión de 1068 km, es mayoritariamente terrestre y está ubicada al sur del estado brasileño de Río Grande Do Sul, desde la frontera norte (triple frontera Uruguay/Argentina/Brasil), hasta la desembocadura del Arroyo Chuy al sur. Las ciudades fronterizas también llamadas “ciudades binacionales” (o las más importantes) son seis, Bella Unión - Barra de Quaraí, unidas por el Puente Internacional Bella Unión/Barra de Quaraí; Artigas - Quaraí, unidas por el Puente Internacional de la Concordia sobre el río Cuareim; Rivera - Santana Do Livramento, separadas por la avenida 33 Orientales del lado uruguayo y Av. João Pessoa del lado brasileño y también por Av. Paul Harris; Aceguá - Aceguá, separadas por la Av. Internacional; Río Branco - Jaguarao, unidas por el Puente Internacional Barón de Mauá sobre el río Yaguarón y las ciudades de Chuy - Chuí, separadas por una avenida común que tiene el nombre de Av. Brasil del lado uruguayo y Av. Uruguay del lado brasileño.

Gran parte de la extensión de frontera terrestre se encuentra poblada y tiene una fácil y fluida circulación hacia ambos lados. Es muy común que los habitantes de estas zonas tengan familia en ambos países, que trabajen en Brasil y vivan en Uruguay o viceversa, que suceda lo mismo con su lugar de estudio y con los servicios que utilizan. Esto la convierte en una frontera dinámica, tanto en lo que refiere a relaciones personales como comerciales, así como en la construcción de una cultura propia donde incluso han confluído ambos idiomas (español y portugués) en una *mezcla no oficial* de ambos, el Portuñol.

Estas particularidades construidas a través de los distintos procesos históricos entre ambos países, abarcan varias dimensiones y hacen que estas poblaciones tengan una identidad propia⁽⁴⁾. Al mismo tiempo, estos elementos operan como generadores de altos niveles de vulnerabilidad de derechos (comunes a todas las regiones de frontera y particulares a cada una) y, por lo tanto, se hace imprescindible desarrollar estrategias específicas que promuevan factores de protección en contexto con esta idiosincrasia.

Sumado a esto, Mazzei y De Souza, en un estudio realizado en el año 2013, en donde entre otros aspectos analizan los índices de desarrollo humano de la zona de frontera de Uruguay y Brasil, consideran que dichas zonas constituyen una región de generalizada depresión de sus capacidades de desarrollo⁽⁵⁾, lo que conceptualiza y define de hecho a estas poblaciones como altamente vulnerables.

Salud: ¿Derecho o deber? ¿Qué papel le asignamos al Estado?

Hoy nadie niega que la salud es un gran mercado mundial, regional y local, y que la influencia de los organismos financieros y de crédito internacional son cada vez mayores sobre las políticas sanitarias de los gobiernos que llevan adelante nuestros países. Evelyne Hong, hablando del peso específico que tiene el Banco Mundial (BM) en relación con los aspectos financieros y su influencia en las políticas de los gobiernos, plantea que es notorio como éste en su informe *Financiación de los servicios de salud en los países en vías de desarrollo: una agenda para la reforma, invertir en salud*, “ha configurado el modo en que los donantes, los organismos de ayuda y otros organismos internacionales del Norte conciben y financian la labor sanitaria. Los gobiernos dispuestos a aplicar estas políticas sanitarias reciben ayuda y préstamos para financiar cambios estructurales en el sector salud”⁽⁶⁾.

El resultado acumulado de estas políticas aplicadas al sector salud, lo colocan a éste en una posición muy débil para garantizar el acceso universal de los pueblos a servicios de salud de calidad. Esta impronta vuelve imprescindible que el derecho a la salud esté garantizado en mayor o menor medida por las reglamentaciones de los diferentes Estados, con la necesaria diferenciación de las políticas e intereses de los gobiernos de turno, es decir, que se deben garantizar en las Cartas Magnas (Constituciones) de los Estados y no a través de leyes circunstanciales que se forjan en pugnas político-económicas coyunturales.

En este sentido, es interesante recordar que la salud logra posicionarse como un tema de Estado en el Uruguay, recién en el año 1934 con la creación del Ministerio de Salud Pública, como el resultado de las luchas por el control y reparto del mercado de la salud, dada por el corporativismo médico y sistema político. Si bien se define claramente que la salud es un problema de Estado, en los hechos se dividió el mercado en dos subsectores que al día de hoy subsisten, el público y el privado, con un fuerte posicionamiento del empresarismo médico en la conducción sanitaria⁽⁷⁾.

Esta división del mercado de la salud queda claramente definida en la letra de la Constitución de la República, que en su articulado refiere que son los habitantes del país quienes tienen el deber de cuidar su salud, definiendo que “el Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”^b, dejando a la mayoría de la población a merced del mercado, articulado que se ha mantenido hasta el día de hoy.

^b República Oriental del Uruguay. Poder Legislativo. Constitución de la República de 1934. Disponible en: <https://infolegislativa.parlamento.gub.uy/temporales/const934.HTML#art171>

Por su parte, Brasil ha plasmado expresamente en su Carta Magna que la salud es un derecho de todos sus habitantes y un deber del Estado el garantizar, mediante políticas sociales y económicas, el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación^c.

Esta diferencia de Derechos expresadas en las Cartas Magnas de Brasil y Uruguay, suma en la zona de frontera un elemento más de movilidad de las poblaciones en busca de acceder a servicios que den alguna respuesta a sus necesidades concretas de salud.

Acceso universal a servicios de salud

En este marco contextual y conceptual, entendemos que el estudio de la salud en la frontera se vuelve particularmente importante al dimensionarlo como el cuidado de poblaciones en un escenario donde confluyen dos estrategias de política sanitarias diferentes, dada por las legislaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay (SNIS) y el Sistema Único de Salud de Brasil (SUS). A ello se le suma que los modelos de atención a la salud no se desarrollaron homogéneamente a la interna de cada país. En particular, Uruguay tiene una muy fuerte centralización de la población, acompañada por una centralización de sus servicios y el sector salud no escapa a esta lógica. A medida que nos alejamos de la capital, el acceso de la población a los servicios de salud va disminuyendo y esta situación se reproduce al interior de los departamentos, en donde las poblaciones rurales y particularmente las poblaciones de frontera alejadas de la capital departamental, presentan dificultades para el acceso a los servicios sanitarios.

En esa línea de análisis, Ayup et al. plantean que “dadas las características particulares de las llamadas ciudades binacionales y las continuas crisis económicas que ha sufrido la región profundizando, sobre todo, el deterioro a nivel de vivienda, alimentación y salud, es preciso observar cómo los sistemas sanitarios se han comportado en este contexto”⁽²⁾. Estas características se agudizan en las poblaciones vulnerables, sumándose a ello, grandes diferencias en el acceso a los servicios de salud entre los usuarios del subsector público y del subsector privado. Datos del Ministerio de Salud Pública (MSP) del 2022^d indican que el

^c República Federativa del Brasil. Constitución 1988. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0507.pdf>

^d Ministerio de Salud Pública. Población afiliada a ASSE por tipo de afiliación 2012 – 2022. Cerro Largo Afiliados IAMC y ASSE 100.349 usuarios Afiliados ASSE 56.844 usuarios
 ASSE FONASA 14.454 usuarios
 ASSE NO FONASA 42.390 usuarios

42,24% de la población del departamento de Cerro Largo son usuarios NO FONASA^e de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), lo que significa que ellas y sus familias no tienen trabajo, determinando que ven vulnerado entre otros, su derecho de elegir en qué prestador de servicios de salud atenderse^f, ya que por su condición socioeconómica y por la estructura financiera del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), pueden acceder solamente al subsistema público de salud.

Por otro lado, en Uruguay todos los habitantes residentes tienen, por ley, el derecho a la protección de la salud, con ese principio como guía se generó la última reforma de sistema sanitario, basando su modelo de atención en la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS). En el año 2012 ASSE incorpora como estrategia de trabajo el Plan de Redes Integradas de Servicios de Salud en Base Regional (RISS-R), “con el fin de mejorar el acceso a los servicios y la atención a los usuarios en todo el territorio”⁽⁸⁾.

En estos puntos es en donde se pone en tensión la Ley del SNIS que tiene como principio la cobertura universal y equitativa en salud y la Constitución de la República del Uruguay, que no garantiza ese acceso, lo que ya se evidenciaba en la investigación desarrollada en el año 2017, en una red de efectores públicos del Primer Nivel de Atención, en donde quedó de manifiesto que existen aspectos que “podrían influir en que los usuarios de la red no puedan acceder a servicios integrales y equitativos. Se puede acreditar que el nuevo modelo está lejos aún de poder brindarlos”, dicha “situación se ve reflejada en el cuidado a estas poblaciones, en donde no se le realizan ni los controles ni las interconsultas requeridas”⁽⁹⁾.

Jaque al sistema de salud

¿Es posible la participación social sin información?

Es fundamental centrarnos en la importancia de la participación social como clave en la defensa de los derechos de las personas, las familias y las comunidades. En ese sentido,

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/poblacion-afiliada-asse-tipo-afiliacion-2012-2022>

^e Usuarios NO FONASA, se refieren de esta forma a los usuarios del sistema Nacional Integrado de salud, por los cuales los prestadores no reciben de la Junta Nacional de Salud la *cuota salud* [cápita], debido a que no son aportantes al sistema ni ellos ni algún familiar por ellos.

^f Parlamento Nacional. Ley Nro. 18211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. El Art. 50 de la presente Ley expresa que “La elección del prestador es libre”. Disponible en: <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18211>

Marta Harneker expresaba que “es necesario tener una gran confianza en la iniciativa creadora del pueblo, considerando que este puede llegar a elaborar soluciones que quizá no han sido pensadas por la administración, [y dice más] en todas las administraciones que he estudiado, la llave maestra para llegar a las bases y motivar la participación de la gente (...) ha sido convocar a la población a discutir y decidir”⁽¹⁰⁾, razón por la cual la información se vuelve fundamental. La participación entendida de esta forma, no se puede dar sin información.

El estudio realizado por Argüello et al. en las policlínicas de frontera en Cerro Largo, mostró que el 87% de las personas de la red estudiada refirieron que no conocen sus derechos como usuarios del SNIS⁽¹¹⁾, desconocimiento que atenta contra toda forma de participación consciente y creadora.

En esta línea, los resultados arrojados en el estudio de Denis L. son concluyentes en relación con la participación social para la defensa de sus derechos, solamente el 1% de los usuarios y el 23% de los trabajadores participan directa o indirectamente en el gobierno de la red sanitaria, y un 5% de los trabajadores participó en la elaboración de la Misión, Visión, Valores y Objetivos de la red⁽¹²⁾, esta objetivación coloca en jaque al sostenimiento de las políticas sanitarias referidas en la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Aunado a esto, Marilena Chauí al analizar el tema de la representación y la participación ciudadana, refiere que la separación en todos los ámbitos sociales entre dirección y ejecución, en el que se incluye la participación social en el sistema de salud, actúa como herramienta de dominación en las formas de la administración burocrática; planteando de esta forma que “la cuestión democrática, antes de volverse una discusión sobre la ciudadanía como derecho a la representación, debería ser la cuestión de cómo se hace concreta la propia ciudadanía; se trata del *derecho a la gestión* de la vida económica, social y política por sus agentes”⁽¹³⁾.

Pensada desde esta perspectiva, entendemos que la participación social referida en la Ley del sistema de salud resulta fundamental para la defensa del derecho a la salud, ya que su profundización “implica una revisión crítica de los modelos que han fundado sus prácticas, y que han promovido la creación de barreras con las comunidades. La ruptura de las barreras de accesibilidad es una condición no solo para el cumplimiento de sus objetivos, sino para su sobrevivencia”⁽¹⁴⁾.

Otro aspecto que entendemos importante, relacionado con la participación social en la defensa del derecho al acceso a servicios de salud de calidad es el concepto del necesario trabajo intersectorial como forma efectiva para resolver los problemas vinculados a los

determinantes de la salud en la búsqueda de mejorar el bienestar de la población. En este sentido, Castell-Florit Serrate plantea que

“la Carta de Ottawa, al señalar: “por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario”, sentó precedentes para enfocar la salud con ese nuevo paradigma de ser concebida como el bienestar y requiere, indudablemente, enfrentarlo con el apoyo de todos los sectores de la sociedad, sin que ello minimice el importante papel del sector salud.

Las muertes evitables en el cuadro de la salud, son tanto responsabilidad individual como responsabilidad pública, sustentan el empeño de educar, informar, persuadir, entrenar, modificar el medio ambiente y adecuar las condiciones en que vive el Hombre, para que pueda tener una mayor calidad de vida y por ende una mejor salud. [...]

Así, la intersectorialidad se presenta como solución y problema, por consiguiente, la primera tarea del sector salud consiste en preparar a las fuerzas de poder y las fuerzas sociales para asumirla, pues solo de esta forma, podrá lograr las transformaciones que se requieren en la forma de abordar los problemas que determinan o influyen en el bienestar de las poblaciones.”⁽¹⁵⁾

Por su lado, la Organización Panamericana de la Salud concibe la intersectorialidad para el abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud como un instrumento de política pública disponible para la conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud⁽¹⁶⁾. Estos conceptos se encuentran alineados con los principios de la Ley 18211 de creación del SNIS, donde se reconoce la importancia de “la intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población. [expresando que] Las redes territoriales de atención en salud podrán articular su labor con los centros educativos en cada zona, así como con las políticas sociales existentes y el conjunto de las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, desarrollando una perspectiva intersectorial”^g.

En esta perspectiva, el Sistema Nacional Integrado de Salud defiende como principios, entre otros, la promoción de la salud, cobertura universal, accesibilidad, el respeto al derecho de los usuarios, la participación social, tomando como estrategia la Atención Primaria en

^g Parlamento Nacional. Ley 18211 de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Disponible en: <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18211#:~:text=%2D%20La%20presente%20ley%20reglamenta%20el%20orden%20p%C3%BAblico%20e%20inter%C3%A9s%20social.>

Salud, todo lo cual entendemos que, como plantea Castell-Florit Serrate, no es posible desarrollar sin una acción y una respuesta intersectorial científicamente fundamentada.

En este aspecto, el estudio de la red mostró la necesidad de fortalecer la estrategia de trabajo intersectorial para mejorar las condiciones de salud de la población y proteger el derecho al acceso a sistemas de salud de calidad. Esto se evidenció en el dato de que tres de cada cuatro directivos no reconocen la existencia de grupos de trabajo intersectoriales y solamente el 5% de los trabajadores reconoce el trabajo intersectorial como forma de abordaje a los problemas de salud de la comunidad.

Impacto de la participación social organizada en el acceso a los servicios de salud.

¿La posición ideológica con que se defina el sistema de salud sobre la participación social, impacta en el acceso a los servicios de salud?

Ahora bien, entendiendo la importancia del abordaje intersectorial y de la participación social en la defensa del derecho al acceso a servicios de calidad, veamos como impactó, entre otras cosas, la crítica participación social en la red estudiada. En ese sentido, datos del Ministerio de Salud Pública muestran una inequidad en el acceso a los servicios de salud del Primer Nivel de Atención en el departamento estudiado, según sean usuarios del subsector público o privado, vinculando esta inequidad, entre otros aspectos, a la evidencia de que los usuarios de la red estudiada no conocen sus derechos, por lo que están impedidos de su defensa. Los datos expuestos en INFOSALUD muestran que los usuarios de ASSE (efector público) en promedio realizan 3.2 consultas/año, mientras que los del subsector privado tienen un promedio de 6.1 consultas/año; el promedio de recetas de atención ambulatorias a las que acceden los usuarios del sector público es de 12.2/año, mientras que los usuarios del efector privado acceden en promedio a 22.3/año. En relación, por ejemplo, al acceso a estudios imagenológicos por usuario, en ASSE es de 111.3/año a ecografías, a RX 0.27/año, a tomografías 54.4/año y a estudios endoscópicos un promedio de 7.9/año; mientras que los usuarios del subsector privado en contraposición acceden en promedio entre 2 y 3 veces más a estos servicios (ecografía 409,6/año; RX 0.54/año, tomografías 98,6/año y estudios endoscópicos 27,7/año)^h.

Esta información se condice con los resultados del estudio realizado por Argüello et al, en el que se evidenció que las consultas con especialistas no se realizan con la frecuencia

^h Ministerio de Salud Pública. [Internet]. Indicadores Info Salud segunda edición. Informes. 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/info-salud-segunda-edicion> [Consulta: 9 de setiembre de 2023]

recomendada en la Guía de Práctica Clínica de ASSE, en donde en el 63% de los usuarios no se cumple con la frecuencia de consulta con el Diabetólogo, el 79% con el Cardiólogo, el 87% con el Odontólogo, el 88% con Nutricionista, el 94% con el Oftalmólogo, y un 97% de los usuarios no presenta controles con la Licenciada en Enfermería y el 100% con el Podólogo.

En relación con los controles clínicos y paraclínicos se destaca que al 46% de los usuarios no le efectúan controles de HbA1c, en cuanto a la glucemia se destaca que al 40% no le realizan dicho control, al 37% de los usuarios no le realizaron control de perfil lipídico, al 36% de proteinuria y microalbuminuria y al 34% no le realizaron control de creatinina; en relación con el control de peso y talla se destaca que no se le realizó a ningún usuario⁽¹¹⁾.

Si bien las inequidades son multicausales, no deja de impactar la relación evidenciada entre la escasa participación social en los servicios de salud, la vulneración del derecho al acceso a servicios sanitarios de éstas poblaciones y la posición ideológica generalizada en el sistema de no promover la participación social en las definiciones de política sanitaria.

¿Carta Magna o Ley, cuál garantiza la equidad al acceso a servicios de salud?

Los datos expuestos se vinculan directamente con la Ley 18335 de Derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud, evidenciando una contravención a los derechos de los usuarios, en donde se expresa en su artículo 2 que “los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea (...) condición social, (...) nivel cultural o capacidad económica”ⁱ, al reflejar que según los datos del propio MSP muestran que las personas con menos recursos económicos son usuarios de ASSE y acceden a menos servicios que los del sector privado. Por otro lado, los usuarios del sector público, como se demostró en el estudio de Argüello et al, no acceden o acceden tarde a los especialistas o controles para el tratamiento de su patología. Esta situación marca una clara contradicción con la ley que expresa que las personas deben acceder al cuidado de todas las patologías sin ningún tipo de limitación, siendo responsabilidad de los servicios de salud las omisiones de su incumplimiento.

Esta contradicción dada entre la inequidad en el acceso a los servicios de salud según condición económica y social y la letra en la Ley del SNIS, es una muestra clara de cómo opera el mercado de la salud en el Neoliberalismo, donde existe la decisión expresa de

ⁱ Ley 18335. Derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>

recortar los derechos sociales proponiendo “el encogimiento del espacio público de los derechos y la extensión del espacio privado de los intereses del mercado [provocando la idea de que] los derechos sociales como presupuesto y garantía de los derechos civiles o políticos tiende a desaparecer, porque lo que era un derecho se convierte en un servicio privado regulado por el mercado y, por tanto, es una mercancía a la que acceden solo los que tienen el poder adquisitivo para pagarla”⁽¹³⁾.

En esta línea, acordamos con la conclusión realizada por Ayup et al, en la que

“(...) se entiende que aún se mantiene la brecha entre “derecho” y “acceso” a la salud, con un fuerte componente de contradicción entre los enunciados teóricos y los acuerdos internacionales en relación al contenido y la forma con que se han implementado medidas. El factor “mercantilización” continúa siendo muy fuerte a nivel de los servicios de salud, generando uno de los mayores impedimentos en la generación de políticas sociales capaces de abarcar a todas las personas sin limitaciones de cualquier índole”⁽²⁾.

Hay otro dato clave que hace la diferencia en garantizar o no el derecho al acceso a los servicios de salud, que se vincula también con la ley 18355, cuando expresa en su artículo 7 que todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad, con trabajadores de salud debidamente capacitados, y es la conformación del Equipo Básico de Salud necesario para desarrollar la estrategia de APS en el Primer Nivel de Atención que garantice ese derecho.

Múltiples investigaciones realizadas en la región dan cuenta de ello, como la realizada en Brasil, que demostró que “la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) es el punto clave de la Atención Primaria de Salud (APS), especialmente para la reorganización del modelo de atención, a través de la actuación de un equipo multiprofesional. Dentro de este equipo, el enfermero se ha mostrado fundamental para la expansión y consolidación de la ESF. (...) es posible ver cómo este profesional ya marca la diferencia, por la calidad de su práctica de cuidado”⁽¹⁷⁾.

De manera similar, un estudio desarrollado en México da cuenta del impacto del programa PREVENIMSS del PNA

“el IMSS^j inició un proceso de fortalecimiento de la atención primaria mediante la creación de un curso de capacitación para 14.000 médicos de familia, el diseño y publicación de guías clínicas de atención de las principales enfermedades, la

^j Instituto Mexicano de Servicios de Salud

introducción de la historia clínica electrónica y la integración de una estrategia preventiva denominada PREVENIMSS. (...) Los servicios son prestados sistemáticamente por enfermeros registrados y capacitados en la práctica (...) [los] resultados muestran que las tasas de incidencia y mortalidad de ENT seleccionadas entre los afiliados al IMSS disminuyeron durante los 11 años de mejoras en la atención primaria”⁽¹⁸⁾.

Por su parte, “en Cuba, la atención primaria es la base del sistema nacional de salud, con acceso universal y cuidado de los individuos, sus familias y la comunidad (...) [llevado adelante por] el Programa del médico y enfermera de la familia (MEF) para mejorar el estado de salud de la población con acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, teniendo en cuenta las características inherentes de la APS”⁽¹⁹⁾.

Finalmente, entendemos que la salud es un inestimable bien social. Por tanto, quienes tienen la llave del cambio son los individuos y la comunidad. En consecuencia, “es preciso acentuar su participación consciente, individual y colectiva, en todos los mecanismos de dirección y de producción y ligarla a la idea de la necesidad de la educación técnica e ideológica, de manera que sienta cómo estos procesos son estrechamente interdependientes y sus avances son paralelos”⁽²⁰⁾. Queda así en evidencia, que es en los Equipos Básicos de Salud en general, y en sus integrantes en particular, en quienes recae el diferencial determinante en la mejora de la calidad de la atención brindada por la red. Es, por tanto, donde hay que desarrollar políticas para su formación y conformación, fortaleciendo, particularmente, la participación de Enfermería profesional en ellos como elemento clave para la defensa del derecho al acceso universal a servicios de salud de calidad.

A modo de reflexión final:

A lo largo de estas páginas se dejó en evidencia que el acceso a los servicios de salud está condicionado por distintos factores: económicos, sociales, políticos y estructurales, todos interrelacionados y codependientes entre sí. Además, se reafirmó que los sistemas de salud no están ajenos a los sistemas políticos ni a la organización económica de la sociedad, por el contrario, son el reflejo constante de las grandes contradicciones que estos ponen de manifiesto.

La salud, como condición de bienestar, es quizá el único bien que no apreciamos hasta que se pierde. Generalmente damos por sentada su existencia por sí sola, sin considerar cuán importante y vulnerable es y cuantos determinantes operan sobre esta condición. No obstante esto, al menos intuitivamente, somos conscientes que tenemos derecho a gozar del más alto

nivel de bienestar biopsicosocial y al mismo tiempo ignoramos cuánto de nosotros es crucial para garantizar este derecho. Y es que, aunque existan muchos acuerdos y documentos que declaran en un papel que la salud es uno de los DDHH fundamentales, al igual que con el resto de los derechos que hemos conquistado, somos nosotros quienes debemos exigir y velar por su cumplimiento.

Entendemos que los acuerdos internacionales, las leyes, los decretos y la normativa, en cualquiera de sus formas, son solo una manifestación de voluntad y generalmente han quedado cortos en su alcance o comprensión de las distintas realidades de los pueblos. A esto hay que sumarle la fuerte influencia que ejercen sobre el Estado los distintos grupos económicos que conforman las *empresas de salud* y como opera esta presión en el funcionamiento de los distintos sistemas sanitarios.

Es por eso que socializar la información y fomentar el ejercicio activo de todos los mecanismos de participación ciudadana, se torna una tarea impostergable y esencialmente colectiva para garantizar el acceso a servicios de salud de calidad como única forma de hacer tangible el derecho a la salud. En esta lógica, los trabajadores y usuarios tienen una responsabilidad mayúscula, cambiar las estructuras de poder que nos aíslan para generar espacios solidarios e inclusivos donde se reconozcan las necesidades de los individuos con sus particularidades.

En consecuencia, surge con claridad que el abordaje integral de la salud requiere esfuerzos trans institucionales, con compromisos ideológicos y estrategias políticas firmes, alejadas del mercantilismo empresarial y enfocadas a fortalecer el primer nivel de atención desde una perspectiva de género como única forma de avanzar a cambios reales. Sin esta unificación de voluntades y esfuerzos, sin una profunda convicción de cambio, no es posible romper la inmensa brecha existente entre las necesidades de las poblaciones y el acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad.

Referencias bibliográficas

- 1- Organización de la Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Informe 2023. [Internet]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health> [consulta: 09 set 2023].
- 2- Ayup E, Gutiérrez M, Hernández P, Ramos E, Soria F. Revisión narrativa: salud en la frontera. [Tesis]. Montevideo: Facultad de Enfermería-Udelar; 2022. p. 6.
- 3- Dicancro M, Sarne E. La salud en el Uruguay: notas para una reflexión nacional. Montevideo: Forum; 1983.
- 4- Clemente I. La región de frontera Uruguay – Brasil y la relación binacional: pasado y perspectivas. Rev. Urug. Cienc. Polít. [Internet] 2010; 19(1):165-84. Disponible en: <https://rucp.cienciassociales.edu.uy/index.php/rucp/article/view/177/129> [consulta: 16 set 2023].
- 5- Mazzei E, De Souza M. La frontera en cifras. Universidad de la República. Cerro Largo; 2013.
- 6- Hong E. El movimiento en favor de la atención primaria de la salud se enfrenta al libre mercado. En: Fort M, Mercer M, Gish O. El negocio de la salud: los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público. Barcelona: Paidós Ibérica; 2006.
- 7- Sbárbaro Romero M. Evolución histórica de los modelos y sistemas sanitarios en Uruguay: su impacto en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Rev. Urug. Enferm. [Internet] 2015; 10(1):56-73. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/8> [consulta: 16 set 2023].
- 8- Uruguay. Administración de los Servicios de Salud. Plan de Redes Integradas de Servicios de Salud de Base Regional (RISS-R). Disponible en: <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/asse-inicio-plan-redes-integradas-servicios-salud-base-regional-riss-r> [consulta: 16 set 2023].
- 9- Sbárbaro Romero M. Procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas: aplicación en una red de atención primaria de Uruguay. Rev. Urug. Enferm. [Internet] 2017; 12(2):54-74. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/229> [consulta: 16 set 2023].
- 10- Harneker M. Haciendo posible lo imposible: la izquierda en el umbral del siglo XXI. México: Siglo XXI; 1999. p. 301.
- 11- Argüello C, Barboza M, Burgos N, Del Pino L, Moreira A, Ricarte M. Desempeño del modelo de atención desde la mirada del usuario de una red de efectores públicos: Cerro Largo 2022. [Tesis]. Montevideo: Facultad de Enfermería – Udelar; 2022.

- 12- Denis L. Desempeño de una red sanitaria pública fronteriza del Primer Nivel de Atención desde la perspectiva de sus actores. Cerro Largo. 2023. [Tesis de Maestría]. Montevideo: Facultad de Enfermería – Udelar; 2023.
- 13- Chauí M. La ideología de la competencia: de la regulación fordista a la sociedad del conocimiento. Ulzama: NED; 2018. p. 66-8.
- 14- Stolkiner A. Tiempos posmodernos: ajuste y salud mental. En: Saidón O, Troianovsky O. Buenos Aires: Lugar; 1994. p. 25-55.
- 15- Castell-Florit Serrate P. La intersectorialidad en la práctica social. La Habana: Ciencias Médicas; 2007. p. 18.
- 16- Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. [Internet]. 2010. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y> [consulta: 16 set 2023].
- 17- Bernardes MS, Cruz JCS, Bernardes RS, Santos MH, Silva AC, Toloni MHA. Factores de riesgo para doenças crônicas em agentes comunitários de saúde de um município do interior de Minas Gerais, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet] 2021; 16(43):26-61. Disponible en: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2661/1656> [consulta: 16 set 2023].
- 18- Borja-Aburto VH, González-Anaya JA, Dávila-Torres J, Rascón-Pacheco RA, González-León M. Evaluación del impacto en enfermedades crónicas no transmisibles de un importante programa integrado de atención primaria de salud en México. Family Practice [Internet] 2016; 33(3):219–25. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz049> [consulta: 16 set 2023].
- 19- Di Fabio JL, Gofin R, Gofin J. Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. Rev. Cubana Salud Pública [Internet] 2020; 46(2): e2193. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rcsp/2020.v46n2/e2193/#%20ISSN%201561-3127> [consulta: 16 set 2023]. Guevara E. El socialismo y el hombre nuevo. 2ª. ed. México: Siglo XXI; 1979. p. 7.

Nota de contribución de autores:

- Milton Sbárbaro Romero: conceptualización, administración del proyecto, búsqueda bibliográfica, redacción: borrador original, redacción: revisión y edición, curación de los datos usados, revisión formal y supervisión.
- Elisa Ayup Ferdinand: conceptualización, administración del proyecto, búsqueda bibliográfica, redacción: borrador original, redacción: revisión y edición, curación de los datos usados, revisión formal y supervisión.