

ARTIGO

La construcción de los derechos sociales y los sistemas sanitarios: Los desafíos de las fronteras

Roser Pérez Jiménez

Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), España

Vera Maria Ribeiro Nogueira

Universidade Católica de Pelotas (UCPEL)

La construcción de los derechos sociales y los sistemas sanitarios: Los desafíos de las fronteras

Resumen: Este artículo plantea las asimetrías entre la globalización económica y social, evidenciando las desigualdades territoriales en salud ya existentes así como la aparición de nuevas demandas con repercusiones en los derechos sociales. Los movimientos de capital y de los procesos productivos se dan de forma global al contrario de lo que sucede con los procesos de protección social y de salud, los cuales siguen circunscritos a los estados nacionales. Las iniciativas en los países de la Unión Europea y del Mercosur no han trascendido de intervenciones puntuales marcadas por la urgencia de la atención no llegando a la construcción de derechos en ámbitos regionales. Los distintos sistemas sanitarios y características de cobertura no se han armonizado y la atención a la salud en los espacios fronterizos presenta una gran diversidad. Este es el caso de las situaciones presentadas en dos zonas del Estado Español, Extremadura y Cataluña y en la frontera de Brasil, Argentina e Paraguay – Foz de Iguazu, Puerto Iguazu y Ciudad del Este.

Palabras clave: sistemas de salud, desigualdades territoriales en salud, derechos sociales, fronteras, globalización.

A construção dos direitos sociais e os sistemas sanitários: os desafios das fronteiras

Resumo: O presente artigo expõe as assimetrias entre a globalização econômica e social, evidenciando as já existentes desigualdades territoriais em saúde, bem como o surgimento de novas demandas com repercussões nos direitos sociais. Os movimentos do capital e dos processos produtivos acontecem de forma intensa, ao contrário do que ocorre com os processos de proteção social e de saúde, os quais continuam circunscritos aos estados nacionais. As iniciativas nos países da União Européia e do Mercosul não têm transcendido de intervenções pontuais, marcadas pela urgência da atenção, não alcançando a construção de direitos em âmbitos regionais. Os diferentes sistemas sanitários e as características da cobertura não têm se harmonizado, ao mesmo tempo que a atenção da saúde nos espaços de fronteira apresenta uma grande diversidade. Este é o caso das situações apresentadas em duas regiões do Estado Espanhol, Extremadura e Catalunha, e na fronteira de Brasil, Argentina e Paraguai – Foz de Iguaçu, Porto Iguaçu e Cidade do Leste.

Palavras-chave: sistemas de saúde, desigualdades territoriais em saúde, direitos sociais, fronteiras, globalização.

The Construction of Social Rights and Healthcare Systems: the Challenges of Borders

Abstract: This article presents the asymmetries between economic and social globalization, revealing the existing territorial inequalities in healthcare, as well as the rise of new demands with repercussion for social rights. The movements of capital and of productive processes take place in an intense manner, contrary to what occurs with the processes of social protection and healthcare, which continue to be limited to nation states. The initiatives in the countries of the European Union and Mercosur have not transcended isolated interventions, marked by the urgency of attention, and have not achieved the construction of rights on a regional level. The different healthcare systems and characteristics of coverage have not been placed in harmony, while there is a great diversity of attention to healthcare in the border regions. This is the case of the situations presented in the two regions in Spain, Extremadura and Catalunha, and in the region of the Brazil, Argentina and Paraguay border – in the cities of Foz de Iguaçu, Porto Iguaçu and Cidade do Leste.

Key words: healthcare systems, territorial inequalities in healthcare, social rights, borders, globalization.

Recebido em 07.11.2008. Aprovado em 12.01.2009.

Introducción

Esta comunicación apunta las asimetrías entre la globalización económica y la globalización social, evidenciando las desigualdades territoriales en salud ya existentes entre los países y la emergencia de nuevas demandas relativas a las necesidades en la salud. Estas últimas derivan de procesos de integración regional, y precisan, debido a eso, adecuar los sistemas sanitarios de modo que ofrezcan respuestas innovadoras y resolutorias.

Abordar el tema propuesto exige tener en cuenta los fenómenos socio-políticos y económicos de las últimas décadas del siglo 20, nombrados genéricamente de procesos de globalización. Décadas marcadas por una reversión de tendencias universalistas de protección de los derechos sociales, y entre ellos el derecho a la salud, y su sustitución por matrices derivadas del pensamiento basado en racionalidades que niegan la garantía integral de los derechos sociales, entre los cuales el derecho a la salud, como una de las conquistas de civilización. Esta forma de modernización favorece el tránsito de un Estado de bienestar basado en derechos sociales en dirección a otras formas de atención social, condicionado a la privatización de los servicios públicos, de las jubilaciones y pensiones y la flexibilización del mercado de trabajo. La consecuencia inmediata es la remercantilización de la vida de los ciudadanos, el fomento de la relación entre el mercado y la sociedad y la reducción del papel y participación pública como garantía de los derechos. Se altera, así, la regulación en nivel nacional sobre la base de la flexibilización y la desregulación neoliberal. La política social ya no apunta hacia la esfera de la redistribución ni al derecho legal de subsistencia independiente del mercado, sino que induce a la promoción de la actividad empresarial de cuño social y el ajuste de las personas al mercado (JEPSEN; SERRANO, 2005). Estos procesos afectan directa e indirectamente todas las dimensiones de la vida, incidiendo sobremano sobre las condiciones de la salud.

La globalización, a pesar de todo, no es un fenómeno reciente y viene afectando distintos dominios de la vida social e incidiendo de manera desigual en las sociedades nacionales. Lo que se ve actualmente es la aceleración de los procesos de globalización viabilizados por las innovaciones tecnológicas y la informática, favoreciendo el intercambio de bienes y capital de forma inédita. Se reconoce, de un lado, el gran dinamismo de la agenda económica global implicando y exigiendo respuestas rápidas ante las mudanzas estructurales que se están produciendo. Los movimientos de capital y los procesos productivos se intensifican, superando las tradicionales barreras institucionales derivadas de la regulación de los países para su desarrollo.

Por otro lado los procesos de protección social y de salud siguen circunscritos a los estados nacionales. Se observa la similitud de este escenario tanto en relación a los bloques económicos en estado adelantado de integración – tal el caso de Unión Europea – como también en los procesos incipientes, en la fase de unión comercial y aduanera, como – el Mercado Común del Sur (MERCOSUR)

Estudios realizados en el ámbito de la Unión Europea, así como en el Mercosur, a respecto de la protección social en la salud, evidencian estos aspectos y muestran las desigualdades existentes en este terreno. Dichas desigualdades se expresan de formas más contundentes cuando ocurre el tránsito interno de la población entre los países de cada uno de los bloques (BUSSE; WISMAR; BERMAN, 2002; LEIDL, 1998; GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2006; GUIMARÃES; QUEIROZ, 2007). Las comparaciones y las búsquedas de los extranjeros dirigidas a una atención sanitaria más eficiente fuera de su país, a su vez, ocasionan dificultades a los sistemas de salud nacionales, ocupados con la demanda oriunda de los propios habitantes y aumentada con la de los países vecinos.

Las iniciativas para resolución de los impases mencionados, en los países de la Unión Europea, no han trascendido de intervenciones puntuales marcadas por la urgencia de atención. Los sistemas sanitarios y las características de cobertura no se armonizaron y la atención a la salud presenta una gran diversidad (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2006; HUBEL; PRICE, 2005). Asimismo, en los países integrantes del Mercosur, las iniciativas de armonización de los sistemas son débiles y como consecuencia de la gran diversidad entre los países en el campo de la protección a la salud – relativas al grado de cobertura, a la extensión de los programas, a la calidad de la atención y a la propia red instalada – esas desigualdades se tornan éticamente inaceptables (NOGUEIRA, 2005, 2006, 2007; GIOVANELLA *et al.*, 2007; ARBOLEDA-FLÓREZ *et al.*, 1999).

Además, se reconocen los problemas propios de los sistemas sanitarios de cada uno de los países, con desigualdades territoriales en salud, provenientes de la forma de distribución de los servicios sanitarios en los territorios nacionales. En numerosas ocasiones la instalación de una estructura sanitaria ocurre a partir de los intereses de los actores envueltos en el tema, que articulan, muchas veces, teniendo en cuenta no las necesidades en la salud, pero si las exigencias particulares e individuales. Este aspecto se agrava en el caso del Mercosur, en donde las instituciones públicas del campo de la salud son frágiles y las agendas pactadas no son cumplidas integralmente. Usualmente los acuerdos binacionales relacionados al tema de protección de la salud no son aplicados, agravando la desigualdad existente y latente (NOGUEIRA, 2007; AGUSTINI, 2008).

Teniendo como referencias los aspectos citados, este texto presenta la relación entre ciudadanía y los derechos sociales y el derecho a la salud, las imbricaciones entre los modernos procesos de integración y la atención a la salud así como las desigualdades en salud en espacios fronterizos en los marcos de la globalización. Además rescata, sucintamente, tres situaciones vivenciadas en municipios fronterizos, siendo dos en el ámbito de la Unión Europea y una experiencia en el Mercosur, buscando contribuir a la solución de la cuestión planteada.

La ciudadanía, la construcción de los derechos sociales y los sistemas sanitarios

El desarrollo de las sociedades occidentales, a partir de la configuración del estado contemporáneo y de las relaciones de ciudadanía, es el punto de partida que marcará las intervenciones de los estados europeos en la gestión de la dinámica social. La construcción de la ciudadanía se presenta como la superación de fórmulas sociales anteriores fuertemente jerarquizadas y establece los vínculos entre ciudadano y estado a partir de la determinación de los derechos. Las estrategias en la configuración de la ciudadanía en la Francia del siglo 19 ayudan a entender la concepción de ciudadanía como una ciudadanía activa, donde la relación que se establece entre el individuo y la nación, a partir de una base de respeto permitió la expansión de los derechos y las políticas sociales.

El concepto de ciudadanía muestra la historia política de las sociedades modernas occidentales en relación al cambio social. Se ha construido una ciudadanía que implica en un conjunto de derechos dinámicos y no acumulativos o lineales que varían en el tiempo o, mejor dicho, con los tiempos y los juegos de fuerzas entre actores, a partir de los intereses políticos, económicos y sociales. De manera que los cambios sociales afectan a la concreción de los derechos sociales, si bien estos se apoyan en una base moral y en la necesidad de un pacto social que ha favorecido y permitido un amplio desarrollo en el marco de los Estados de bienestar (EB) en la segunda mitad del siglo 20 y ha construido la ciudadanía social.

Las nuevas demandas y problemas que se plantean desde “lo social” permiten que se trate el problema de la “pobreza” al margen de las implicaciones económicas y los conflictos relacionados con los derechos individuales, de manera que se trata la desigualdad en una sociedad de iguales. Desde la perspectiva neoliberal, en oposición a los principios universalistas, la desigualdad no es un problema estructural sino el fruto del fracaso personal, y así la desigualdad deviene como problema de socialización y esta será la base del conjunto

de servicios sociales y sanitarios contemporáneos. Por otra parte, el tratamiento de las diferencias culturales y de identidad como la base de problemas y necesidades, clausura el debate sobre la igualdad y la sustantividad de los derechos sociales, debilitando por lo tanto la ciudadanía social.

En el caso de los sistemas sanitarios, desde finales del siglo pasado se van introduciendo modificaciones que parten de los cambios en la inversión y en el diseño de las políticas sanitarias de cada país en relación al gasto sanitario y a las nuevas formas de gestión y organización que, bajo las reglas del mercado, permiten captar los recursos públicos y, además, fomentar la cobertura de las necesidades bajo la implicación de los propios ciudadanos mediante aseguradoras privadas, apartándose así de la cobertura universal como una responsabilidad y deber del Estado. Los actores implicados en la atención a la salud no responden tanto a la participación ciudadana sino a la participación empresarial que acaba definiendo oligopolios territoriales frente al monopolio público de otras décadas (TUÁ, 1990; PÉREZ, 2006). El resultado fue, por una parte, la búsqueda de fórmulas comunes en la organización y tratamiento de los aspectos de la salud, para lo cual las propuestas de la OMS significaron el intento de armonizar los objetivos y las políticas sanitarias y, por otra parte, los intereses en cada uno de los países miembros fruto del juego de fuerzas de los actores implicados, ciudadanos, industria farmacéutica y sanitaria, sindicatos y el propio estado con su configuración político-ideológica. La estructura de desigualdades entre los países que componen la Europa globalizada no se tiene en cuenta de forma que la globalización económica no va acompañada de la armonización social y la ciudadanía social se ve mermada en su formulación.

Procesos de integración regional y salud

La dimensión económica de los procesos de globalización fue y está siendo analizada de forma exhaustiva mientras que las demás dimensiones, político-institucional y simbólico-cultural solamente en los últimos años han merecido atención. Según Guimarães y Giovanella (2006) los acuerdos bilaterales y multilaterales existentes se encuentran en etapas variadas, presentando diferencias en sus metas, marco legal y mecanismos de implementación. A pesar de que los bloques económicos están presentes en todos los continentes, se observa que la inclusión de temas sociales, incluyendo la salud, todavía es tímida. Desde la perspectiva de este trabajo interesa especialmente el abordaje de los aspectos socio-político-institucionales para caracterizar las desigualdades en la salud e identificar las formas

y estrategias que se vienen utilizando para encaminar las demandas, en particular en regiones fronterizas.

Los trabajos académicos sobre el tema presentan un amplio abanico polisémico, oscureciendo frecuentemente los términos del debate político y las construcciones teóricas. Conforme la afirmación de Draibe (1998, online), cuando se refiere especialmente al Mercosur, “[...] la construcción de la agenda social de la integración parece tener la contradictoria capacidad de concentrar todo el optimismo y todo el pesimismo tanto de los avaladores como de los evaluadores de los diversos procesos de integración económica regional.”

Algunos textos sobre el tema, en lugar de delimitar y profundizar los determinantes responsables por el éxito o fracaso de algunas proposiciones de orden social, tangencian los procesos vividos en las últimas décadas, inclusive les otorgan autonomía con respecto a las transformaciones provenientes de la globalización y, consecuentemente, de las exigencias y consecuencias de la integración regional. Tal enfoque asume a lo largo del tiempo un fuerte matiz ideológico, oscureciendo el plano analítico crítico, indispensable para indicar las alternativas y los mecanismos políticos necesarios para alterar la situación social de los países integrantes de los bloques.

Otro procedimiento evaluativo sobre el encaminamiento de la atención a la salud tiene como referencia comparaciones con otras políticas, especialmente de corte económico y prominentes en la agenda de los bloques, dadas las interferencias con las cuatro libertades fundamentales que estructuran los mercados internos de los bloques regionales: personas, servicios, bienes y capital. Esta línea de razonamiento tiende a ignorar tanto las crisis – económicas, políticas y/o sociales – que fundamentan los procesos de regionalización, como ciertos aspectos positivos y no siempre intencionales provenientes de la integración. Conviene no olvidarse que las iniciativas de construcción de los bloques son resultados de compromisos de las elites, políticas o económicas, que presentan perfiles distintos de país a país. A su vez, la compatibilidad de puntos consensuales debido a los intereses financieros es rápida y circunscrita a los actores hegemónicos, del campo político o empresarial. Numerosos estudios ignoran acuerdos bilaterales y trilaterales, tan relevantes en la construcción de los bloques regionales, pues apuntan hacia consensos ya obtenidos, especialmente los relacionados a la agenda social.

Además, es necesario tener en cuenta la distancia entre las proposiciones y directrices estructurales, y los mecanismos y resultados de su implantación. Ese trayecto requiere fuertes mecanismos de poder, tanto en el plan nacional como supranacional, para obtener la adhesión necesaria para la implementación de las medidas aprobadas. En el plan operacional, en el interior de cada Estado-parte, son confrontados intereses divergentes, que deben ser armonizados para la realización de las agendas definidas regionalmente. También se exigen convergencias y sinergias que entrelacen las directrices y las acciones prácticas en el campo sanitario, ya que sin ellas las políticas propuestas se tornan meras piezas discursivas, inocuas desde el punto de vista de sus efectos prácticos. Mismo cuando dichas políticas se tornan objetos de acuerdos multilaterales o bilaterales, innumerables veces la inexistencia de garantías institucionales oscurece sus posibilidades de extensión del derecho de protección a la salud. Generalmente, los procesos de integración operan transformaciones internas pro-

gresivas para capacitar a los países integrantes para una abertura comercial más amplia, demandada por los fenómenos de la globalización. En bloques, los países buscan superar conflictos, aumentar la seguridad, aprovechar ventajas regionales de escala, mejorar eficiencia y alcanzar beneficios colectivos. Diferentes estudios demuestran que los ajustes realizados por los países para implementar los acuerdos comerciales multilaterales in-

fluyen en las políticas de la salud. Luego, en los procesos de integración, la mejor interacción entre las políticas comerciales y sanitarias alcanzarían una mejor coordinación intersectorial de los resultados (BUSSE; WISMAR; BERMAN, 2002). Experiencias de integración consolidadas, como el caso de la Unión Europea, indican que la integración influye de modo intencional previsto, y no intencional inesperado en las políticas de salud (BUSSE; WISMAR; BERMAN, 2002; LEIDL, 1998 *apud* GUIMARÃES, 2006).

Globalización y desigualdades en salud

Bajo esta realidad fuertemente condicionada por los intereses económicos y el juego de los actores sociales ligados a la globalización económica, las desigualdades marcan y condicionan las desigualdades en salud, que se identifican como subordinadas a los determinantes sociales. Los ejes de desigualdad so-

Los ejes de desigualdad social, como son clase, género, edad, origen y territorio permiten identificar cómo se construyen las condiciones de vida que impiden reducir dichas desigualdades.

cial, como son clase, género, edad, origen y territorio permiten identificar cómo se construyen las condiciones de vida que impiden reducir dichas desigualdades. La diversidad política, económica y social en la Unión Europea y en el Mercosur son amplias y las desigualdades en salud son similares pero no homogéneas. Cada sistema presenta sus propios problemas en relación a ellas y la existencia de fronteras en el acceso a los recursos de cada nación, los pone a éstos al servicio de sus ciudadanos pero no de los colindantes, generando una discriminación entre iguales pero vecinos, bajo el esquema de la nación-estado. De ahí que se pueda observar que mientras un lado de la frontera presenta los recursos suficientes de atención a la 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.

La distinta especificidad en la política sanitaria y la organización del sistema entre los países fronterizos dificultan el trato de las desigualdades de acceso y atención. Por lo tanto, es distinta la gestión de las necesidades de salud en la frontera en los países que presentan un sistema sanitario centralizado en la planificación y gestión, que en otros países donde la descentralización de la gestión y organización de los recursos ha desarrollado las intervenciones en el territorio a partir de sus especificidades, incluso en el caso de que ambos presenten similares objetivos universales de salud.

La peculiaridad de estas situaciones circunscritas al territorio ha dado lugar a distintas experiencias innovadoras, respondiendo a los intereses de cada zona pero sin articularse bajo una lógica común, si bien coinciden en las premisas de reducción del gasto, eficiencia y eficacia de los servicios.

En el caso europeo las directrices de la política sanitaria han permitido que la reforma y contrarreforma sanitaria introduzcan una serie de cambios en las formas de gestión que involucran a distintos actores que no pertenecen al sector público en sí mismo. La articulación de fórmulas y sociedades como las Fundaciones y Consorcios están demostrando que otras maneras de organizar la atención a la salud en el territorio son posibles. El margen de organización que da la descentralización territorial es importante para partir de las desigualdades sociales en el territorio y poder diseñar estrategias que impliquen la cobertura del derecho y la respuesta ante necesidades asistenciales. También es necesario apuntar que la falta de una reforma clara y sustantiva en la organización y gestión del sector público en los últimos veinte años para garantizar la universalidad de la atención, ha favorecido la entrada de las distintas fórmulas del sector privado y semipúblico en la provisión de los servicios a partir de la premisa de

que lo estrictamente público-estatal es ineficiente en su organización. En el caso de las zonas de fronteras se ha observado que la peculiaridad de las situaciones circunscritas al territorio ha dado lugar a experiencias innovadoras, para superar desigualdades asistenciales claramente discriminatorias entre personas de una misma área geográfica pero compartida entre dos países, respondiendo a los intereses de cada zona pero sin articularse bajo una lógica común.

Los ejes de desigualdad social y no únicamente territorial son el reto que debe afrontarse y sobre el que la intervención de la autoridad sanitaria debería enfocarse, superando las restricciones de fórmulas de acceso derivadas de los estados nación con delimitación territorial de fronteras, fórmulas en las cuales los derechos sociales universales sólo tienen valor en los territorios nacionales.

Experiencias fronterizas de integración de sistemas de salud

Este es el caso de las experiencias observadas en dos zonas europeas, Extremadura-Alentejo y Cataluña-Francia, y en una zona del Mercosur, conocida como Triple Frontera, por el hecho de que la línea fronteriza abarca Brasil, Argentina y Paraguay. Serán indicados los principales aspectos de cada una de las experiencias, siendo importante marcar que en el caso de Extremadura-Alentejo fue utilizado un estudio anteriormente realizado por Guimarães y Queiroz (2006). En cuanto a la experiencia de la región catalana y francesa, los datos fueron obtenidos por medio de una entrevista con el gestor español del sistema de salud, de la ciudad de Puigcerdà. En términos de Mercosur, las informaciones se refieren a reportes de estudios realizados en la región por Nogueira (2005, 2006), Silva (2007) y Guimarães (2006).

Extremadura-Alentejo

En la región de Extremadura-Alentejo, la iniciativa de implementación de la experiencia partió del interés en ampliar la cohesión económica y social mediante políticas regionales y estructurales, con la utilización de fondos europeos. Entre estos fondos se destaca el INTERREG, creado en 1991, con el objetivo de apoyar financieramente proyectos de cooperación fronteriza, transnacional e interregional, con vista al desarrollo armonioso, equilibrado y sustentable del espacio comunitario. Este fondo fue uno de los soportes de la articulación en la región de Extremadura-Alentejo, siendo que el cuarto eje del INTERREG IIIA – Fomento a la Cooperación e Integración Social e Institucional – tiene como obje-

tivos desarrollar la integración entre los espacios fronterizos. La salud se sitúa como uno de los programas desarrollados, teniendo por finalidad la inclusión de grupos sociales, la ampliación de la cobertura interregional de los servicios sociales y de salud, y la sedimentación de los mecanismos de cooperación transfronteriza (GUIMARÃES; QUEIROZ, 2007). Entre las actividades previstas en el área de salud están la capacitación de profesionales, promover la cooperación inter fronteras y el desarrollo institucional. Así, los proyectos de integración en salud de la región Extremadura-Alentejo, considerada una euro región, fueron financiados con recursos de las tres vertientes de este fondo: cooperación e integración social, laboral e institucional; desarrollo conjunto de servicios y equipamientos y estructuras de cooperación. El hecho de elegir la región de Extremadura-Alentejo ocurrió por ser un área territorial marcada por una serie de situaciones de orden socio-económico similar: bajo desarrollo, deficiencias de infraestructura, dinámicas económicas frágiles, intensas migraciones, déficit de cobertura en acciones asistenciales de salud. Las dos regiones son extensas, con bajas densidades de población y con variación negativa de población que se destaca más en el lado portugués. La cobertura de servicios y los indicadores de salud presentan valores inferiores a las medias nacionales y una considerable variación entre las regiones y provincias. La red regional de servicios de salud demanda inversiones en infraestructura, equipamientos y profesionales de salud para alcanzar los padrones europeos (GUIMARÃES; QUEIROZ, 2007).

Las características regionales en términos de institucionalización de los sistemas sanitarios determinó la división de responsabilidades, quedando el lado español responsable por la ejecución de los servicios de salud pos-regulación acordada. Inicialmente los dos países elaboraron una propuesta para integración regional en las fronteras mencionadas, presentada a la Comisión Europea en el año 2000. La proposición fue aprobada y desde 2002 al 2004 las acciones iniciadas tuvieron como punto fuerte la reducción de las deficiencias identificadas en términos de infraestructura básica y equipamientos, buscando uniformizar el desequilibrio regional. Enseguida, fueron definidas las acciones prioritarias, con base en diagnósticos de las necesidades peculiares de la frontera y de aplicación de la directriz comunitaria de profundizar la utilización de potencialidades regionales comunes para la promoción del desarrollo económico y la mejora del bienestar de las poblaciones (GUIMARÃES; QUEIROZ, 2007).

Los resultados de la implementación del INTERREG fueron considerados por los gobernantes como positivos, con indicaciones de mayor permeabilidad de los servicios de salud y de la propia

frontera, estimulando posibilidades de proyectos cooperativos fronterizos en salud. “La nueva dinámica, proveniente de los ajustes estructurales para racionalizar inversiones y gastos en las redes de atención y en los servicios de salud pública, por su vez, impusieron a los gobiernos buscar formas de cooperación” (GUIMARÃES; QUEIROZ, 2007, p. 98). Es importante destacar que no se produce interferencia o inducción de modelos de sistemas de salud para que sean adoptados por los países involucrados; existen consensos en el campo de salud pública en cuanto a que la protección de la salud del consumidor debe ser resguardada al interior del espacio europeo.

La experiencia relatada otorga un alto valor a la organización de los sistemas de salud, favoreciendo acciones cooperativas. Estas acciones parten de los gestores locales, que con sus propios recursos están en condiciones de identificar las dificultades comunes y sin solución, alentando asimismo que la demanda continua de servicios de salud en las fronteras permanezca bajo la responsabilidad de los países involucrados. En el campo administrativo los servicios y los gobiernos establecen mecanismos de registro de prestación de servicios y reglas de compensación; pactos formales de garantía de acceso a grupos específicos de pacientes, como ejemplo, la atención prenatal y los partos, siendo los pagos debidos acordados entre los gobiernos nacionales o Comunidad Autónoma.

Cataluña y Francia

Otra de las experiencias rescatadas ocurrió en la ciudad de Puigcerdá-Cataluña, España, situada próxima a la línea de frontera con Francia, en la región de los Pirineos Orientales. La región es un área turística y agropecuaria. Tiene como características, en el campo de salud, la ampliación de la demanda en los meses de invierno y verano, debido al flujo de turistas provenientes tanto de Francia como de España. La atención sanitaria se organiza en torno del hospital que atendía a los habitantes de la región sin distinción de nacionalidad hasta al final de la Segunda Guerra Mundial. Actualmente integra la Red Hospitalaria de Utilización Pública y funciona diuturnamente, desde hace mucho tiempo, con un índice de resolutiveidad de 85%. Del lado francés hay cinco centros hospitalarios con aproximadamente setecientos lechos y con bajo índice de resolutiveidad. Según relato del informante y gestor del hospital, hace doce años había un déficit de clientes para poder ampliar y optimizar el servicio. El informante pensó, entonces, en incluir franceses para que sean atendidos, visto que en ciertas situaciones, especialmente de media y alta complejidad, los pacientes deberían dirigirse a las otras ciudades francesas y en invierno

tal cosa es muchas veces imposible. Desde el año 2000, a través de un acuerdo, las parturientes son derivadas al Hospital de Puigcerdà. Los nacimientos son registrados como si fueran en territorio francés y el pago realizado a través de un convenio establecido hace seis años con la Agencia Regional de Hospitalización y Seguro Médico, con la anuencia de la Prefectura Municipal de Perpignan. Posteriormente al inicio de la atención en Puigcerdà las autoridades francesas y españolas visitaron el Hospital y resolvieron construir otro con división de responsabilidades entre Francia y España. Fue creado un instrumento jurídico para facilitar el acuerdo entre los países instituyendo una fundación de carácter instrumental. No fue definido como será organizada la contabilidad financiera y otros aspectos más objetivos, como por ejemplo, en casos de muerte. Con relación a la atención primaria la intención es verificar como podrían ser organizados los nuevos servicios. En el 2007, por iniciativa del gestor del Hospital de Puigcerdà, fue hecha inicialmente una invitación para un intercambio de experiencias entre los médicos que se inició inmediatamente. A principios de 2008, se iniciaron los protocolos comunes sometidos a sociedades científicas de los dos lados de la frontera. Se inició un debate acerca de una Red Sanitaria Transfronteriza, con la participación de profesionales de ambos países. En esta experiencia, iniciada a partir del Hospital, se pudo afirmar su papel catalizador y no regulador. Paulatinamente ocurre la integración en otras dimensiones sanitarias, siendo referido desarrollado el tratamiento de las dependencias – discapacidad por la vejez e otras, en conjunto con una fundación francesa.

Argentina, Brasil y Paraguay

La región conocida como Triple Frontera integra un área urbana de 700 mil habitantes, incluyendo las ciudades de Foz do Iguaçu (Estado do Paraná – Brasil), Puerto Iguazú (Provincia de Misiones – Argentina) y Ciudad del Este (Departamento de Alto Paraná – Paraguay). Existe un tráfico de población constante, especialmente a través del puente entre Foz do Iguaçu y Ciudad del Este, la tercera ciudad con la mayor zona franca del mundo. El intenso flujo de personas se debe también al turismo, por ser la región en donde se localizan las Cataratas del Iguazú. La gran asimetría de los sistemas de salud de los tres países que forman la región confiere una fuerte diferencia en términos de protección sanitaria. Tres hechos expresan la situación de desigualdad de salud en la Triple Frontera: la población indígena, parte de la población paraguaya que busca atenderse en Brasil o Argentina y la existencia de un gran contingente de brasileños que

residen en Paraguay y no tienen la protección sanitaria de ese país.

A pesar de ser una triple frontera, las relaciones entre las ciudades son bien diferentes. En Brasil la atención de la salud para brasileños es universal y gratuita, mientras que en Paraguay y Argentina existe una coparticipación. Este es uno de los primeros aspectos causantes de desigualdades en el acceso a los sistemas y explica la fuerte demanda de la población de los países vecinos del Brasil. Los extranjeros son atendidos en casos de emergencia y de urgencia en el sistema de salud de Foz do Iguaçu y a través de la autorización especial de la prefectura pueden tener acceso a los demás niveles de atención. Foz do Iguaçu implementó una unidad de salud exclusivamente para atender partos de ciudadanas paraguayas, en las proximidades del puente internacional. Existe una disposición municipal de buscar medios para atender la demanda proveniente de la situación de frontera.

La Ciudad del Este, según las autoridades sanitarias, también atiende a brasileños en toda la red asistencial, y eso no es un problema para los servicios de salud, incluso porque la atención es cofinanciada por el paciente. Existe también una disposición para aproximarse a la ciudad de Foz do Iguaçu y conocer mejor el sistema de salud. La demanda de servicios de salud por parte de los argentinos es muy pequeña.

Las autoridades sanitarias de Puerto Iguazú (GIOVANELLA *et al.*, 2006) relatan que la demanda de los brasileños es pequeña, pero la demanda de paraguayos es grande, principalmente relativo a atención primaria, alcanzando 25% del total de la población atendida. Esta situación se asocia a el hecho de que la atención es paga y a la inexistencia de algunos insumos o recursos que ni Puerto Iguazú ni Ciudad del Este poseen. El acceso a ese nivel de atención es abierto a los paraguayos, pero para los otros niveles existen barreras. También se manifiesta interés para establecer relaciones más frecuentes y cotidianas con las autoridades sanitarias de Foz do Iguaçu.

No hay flujos formales o informales entre los servicios de salud de las tres ciudades. Hace cuatro años se inició una mayor aproximación entre Foz do Iguaçu y Ciudad del Este con la llegada de un grupo de trabajo nombrado Itaipú/Saúde, bajo los auspicios de Itaipú Binacional – usina hidroeléctrica construida por Brasil y Paraguay.

A pesar de la existencia de muchas iniciativas de discusión y articulación en las fronteras y que las autoridades de salud han demostrado interés en conocer y establecer acuerdos con las autoridades sanitarias vecinas, son escasos los contactos entre gobiernos o profesionales de la salud, al contrario de la población, que transita, trabaja y se relaciona más profundamente, principalmente con Paraguay. Han sido realizadas acciones conjuntas de vigilancia

y registros epidemiológicos. Los debates y algunas iniciativas de salud referentes a la frontera son promovidos por el Comité de la Frontera, que incluye una Comisión de Salud. Las actividades de capacitación están siendo desarrolladas por el Comité de Salud de la Usina Hidroeléctrica de Itaipú, con la participación de profesionales de Brasil y Paraguay. No fueron firmados acuerdos formales entre los sistemas de servicios de salud de los municipios de la Triple Frontera, sólo existen contactos informales entre los profesionales acerca de determinados pacientes.

Consideraciones finales

Las relaciones entre los países implicados ilustran que la integración europea favorece el desarrollo de cooperación en las fronteras entre los países limítrofes, pero a partir de iniciativas locales donde se produce la demanda y las contradicciones ante las necesidades y los recursos existentes en el territorio. El apoyo de los fondos europeos, al lado de las inversiones propias y la creación de infraestructuras comunes en la frontera, dan un sentido a la identidad y realidad europea, rompiendo el aislamiento entre comunidades fronterizas en las que incluso la orografía no representa barreras naturales. El derecho a la salud queda restringido a los nacionales, solamente en regiones fronterizas ocurre una alteración en el estatuto de ciudadanía nacional. Por esto, las experiencias relatadas se pueden considerar una posibilidad innovadora.

Se trata de utilizar las potencialidades regionales que, sumadas, amplían las capacidades técnicas de captación de recursos y, en los planos éticos y políticos, viabilizan una nueva manera de entender y pensar el derecho a la salud, en los marcos del modelo social europeo.

En el caso del Mercosur, las iniciativas formales e legales no alcanzan los niveles municipales, permaneciendo en el ámbito de los gobiernos nacionales, no impactando las desigualdades fronterizas.

De ahí que se puede observar que, mientras un lado de la frontera presenta los recursos suficientes de atención a la 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 de un servicio fronterizo a otro.

La distinta organización y política sanitaria entre los países fronterizos dificulta el trato de las desigualdades de atención y – expresa distintos niveles de derechos, más o menos inclusivos. Por lo tanto, es distinta la gestión de las necesidades de salud en la frontera en los países que presentan un sistema sanitario centralizado en la planificación y gestión, do que en otros países donde la descentralización de la gestión y organización de los recursos, ha desarrollado en la medida de las exigencias de las intervenciones – al territorio y sus especificidades. E incluso en el caso de que ambos presenten similares objetivos universales de salud. La peculiaridad de estas situaciones circunscritas al territorio ha dado lugar a distintas experiencias innovadoras, respondiendo a los intereses de cada zona pero sin articularse bajo una lógica común.

Los desafíos se identifican con las dificultades para disminuir las desigualdades territoriales en las

zonas de frontera, entre ciudadanos que abrazan una nueva nacionalidad económica y política, en el caso de la europea supuestamente en términos de igualdad. La discrecionalidad es uno de los grandes desafíos entre los muchos que implican la armonización de sistemas sanitarios, coberturas, financiación y organizaciones distintas.

De manera que el apoyo a las experiencias diversas, que superen los problemas

derivados de las desigualdades territoriales y del mantenimiento de fronteras administrativas virtuales pero efectivas en la discriminación en el acceso a los recursos, ha de ser consolidado y evaluado en el contexto del sistema sanitario y considerarse como una peculiaridad de la nueva ciudadanía que se pretende construir en la Unión Europea y en el Mercosur.

Referencias

- AGUSTINI, J. *A descentralização da política nacional de saúde e sua institucionalidade nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul*, 2008. 231 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.
- ARBOLEDA-FLÓREZ, J.; STUART, H.; FREEMAN, P.; GONZÁLEZ-BLOCK, M.A. *Acceso a los servicios de salud en el marco del TLC*. OPS, Washington, DC, 1999.

BUSSE, R.; WISMAR, M.; BERMAN, P. C. *The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States*. Amsterdam: IOS Press, 2002.

DRAIBE, S. Mercosur: La temática social de la integración regional desde la perspectiva Institucional. CEFIR. Documentos. Disponível em: <<http://www.cefir.org.uy/docs/dt17/08draibe.htm>>. Acesso em: out. 2008

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do Mercosul na perspectiva dos secretários municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, v. 23, supl. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: out. 2008.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 9, p. 1795-1808, 2006.

GUIMARÃES, L.; QUEIROZ, W. *Integração europeia e acordos fronteiriços em saúde na Euroregião de Extremadura-Alentejo*. 2007. 321 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz do Ministério da Saúde do Brasil (ENSP/Fiocruz/MS), 2007.

HUBEL, M.; PRICE, C. *Action by the European Union on Health Inequalities*. Eurohealth, 2005; v.11, n. 4, p. 4-5, 2005.

JEPSEN, M.; SERRANO, A. The European Social Model: an Exercise in Deconstruction. *Journal of European Social Policy*, v. 15, n. 3, p. 231-245, 2005.

LEIDL, R. (Ed.). *Health Care and Its Financing in the Single European Market*. Amsterdam, Holanda: IOS Press, 1998.

NOGUEIRA, V. M. R.; DAL PRÁ, K. R.; FERMIANO, S. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, sup.2, p. 227-236, 2007.

_____. Mercosul: expressões das desigualdades em saúde na linha da fronteira. *Ser Social*. Brasília: UnB, v. 1, p. 159-168, 2006.

_____. *Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde*. Relatório de Pesquisa. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. 2005.

PEREZ, R. G. *Las desigualdades en salud*. 2006. 357 p. Tese (Doctoramento em Sociologia) – Departamento de Sociologia, Universidade Autônoma de Barcelona, Barcelona, 2006.

SILVA, M. G. da. *O local e o global na atenção às necessidades de saúde dos brasiguaios: análise da intervenção profissional do assistente social em Foz do Iguaçu*. 2006. 177 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

TUÀ, T. La participació en los Consejos de Salud. Barcelona, *Quadern CAPS*, n. 27, p. 80-85, 1998.

Roser Pérez Jiménez

Doctora en Sociologia
Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)
Seminario de Análisis de Políticas Sociales (SAPS)

Universitat Autònoma de Barcelona UAB

Escuela Universitaria Cruz Roja, Terrassa
Barcelona – España

Vera Maria Ribeiro Nogueira

Doutora em Enfermagem pela
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
Professora na UFSC e na Universidade Católica de Pelotas (Ucpel)

Universidade Católica de Pelotas (UCPEL)

Rua Félix da Cunha, 412
Pelotas – Rio Grande do Sul
CEP: 96010-000