

Legislación sobre atención de la Salud en la frontera Uruguay Brasil: Un estudio exploratorio del caso uruguayo¹

Celmira Bentura Alonso²
Elizabeth Ortega³

Introducción

El artículo presenta los primeros hallazgos de la investigación de índole comparativa que se plantea profundizar en el estudio del sistema de salud uruguayo en la particular región de la frontera Uruguay-Brasil, desde el punto de vista del derecho a la salud, en los últimos diez años.⁴ Se toman como referencia los cambios en la legislación en salud en Uruguay y los acuerdos binacionales que en particular refieren a los servicios de salud ubicados en las denominadas ciudades gemelas (Barra do Quaraí-Bella Unión, Quaraí-Artigas, Santana do Livramento-Rivera, Acequá-Aceguá, Jaguarao-Río Branco y Chui-Chuy) y se profundiza en el análisis de los diferentes formatos legales a los que se apela al momento de

¹El presente artículo constituye una reformulación del trabajo presentado en las XIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, Udelar, Montevideo, 15-17 de setiembre de 2014.

² Docente e investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Magister en Trabajo Social, candidata a Doctora por la Udelar. Email: celmirab@gmail.com

³ Docente e investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Doctora en Ciencias Sociales por la Udelar. Email : ortega_ely@hotmail.com

⁴ La temática abordada está enmarcada en el Proyecto de investigación “Una pregunta y dos temporalidades: Derecho a la Salud en la frontera MERCOSUR- 2003-2013” que pretende investigar los aspectos relacionados a la salud en las fronteras de Brasil y los demás países del MERCOSUR en el año 2013 comparándolos con los resultados obtenidos en la investigación sobre el mismo tema realizada en el 2003. Integran el Proyecto investigadores de Universidades de los países del MERCOSUR: 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.

efectivizar el derecho a la salud de los ciudadanos residentes en el espacio fronterizo, que presenta una serie de particularidades.

En ese sentido Mazzei (2013: 33) caracteriza “a la franja fronteriza uruguayo-brasileña como un territorio heterogéneo y complejo, segmentado en unidades jurisdiccionales, departamentos y municipios, en tanto ordenamiento político administrativo binacional de una región calificada con los niveles más deficitarios de desarrollo humano”, donde, según afirma, se practica más la que denomina “integración de hecho” que la “de derecho”.

Del punto de vista demográfico en el conjunto de estas ciudades habitan 250.514 personas, en las ciudades Uruguayas suman 130.933 mientras que en las brasileñas se alcanza un total de 128.581. “Los índices de desarrollo humano (PNUD) Brasil 2003 y Uruguay 2010, por su lado, califican a los municipios brasileños fronterizos en las posiciones más bajas de desarrollo humano respecto al estado de Rio Grande do Sul y a los departamentos Uruguayos fronterizos como los de mayor déficit socio económico del Uruguay, y por ende, ellos constituyen una región de generalizada depresión de sus capacidades de desarrollo” (Mazzei, de Souza; 2012:55)

Se considera a la salud como uno de esos ámbitos relacionados a la vida cotidiana de las personas que habitan esa región fronteriza y que puede verse afectado por esa dualidad en las prácticas asistenciales.

1.Las transformaciones en la legislación en salud en Uruguay

En la conformación misma de Uruguay como Estado, la consolidación de la frontera fue un asunto clave: nace a la vida independiente luego de atravesar una serie de conflictos relacionados con la tardía instalación de la colonia y con su posición geopolítica que se tradujo en conflictos permanentes a lo largo de

los siglos XVIII y XIX entre las potencias colonizadoras (España, Portugal e Inglaterra).

La caracterización del Uruguay como *Pradera, Frontera, Puerto* (Reyes Abadie, Bruschera, Melogno: 1974), ilustra acerca de su conformación socio-política y económica: la centralidad de Montevideo, su capital, con un puerto de excelentes potencialidades, las ventajas de su tierra fértil para la producción agrícola ganadera y los límites del territorio (sus fronteras) como espacios vigilados: los límites de la nación.

Pero las características de la frontera con Brasil, que en su mayor extensión es terrestre, hacen que se creen más lazos que divisiones entre los habitantes que allí residen (MAZZEI, 2013).

En lo que tiene que ver con el derecho a la salud en la frontera la diversidad de formas de gobierno (Brasil Estado federal, con un sólido sistema descentralizado y Uruguay como Estado centralizado), las disposiciones constitucionales sobre el derecho a la salud, las leyes que afectan el tránsito de ciudadanos en las fronteras, construyen un escenario complejo al momento de abordar la temática de cómo las personas que residen en la franja fronteriza resuelven sus necesidades de salud.

A partir del año 2005 con la asunción del Frente Amplio al gobierno se dieron los primeros pasos en la concreción de una reforma del sistema sanitario uruguayo.

Desde la salida de la dictadura se sucedieron varias iniciativas no concretadas de reforma del sistema de salud (MIERES, 1997; PIOTTI, 2002; MOREIRA Y SETARO, 2002). Todos los sectores involucrados coincidían en la inviabilidad del sistema tal como estaba organizado.

Los problemas derivados de la fragmentación y segmentación del sistema se hacían cada vez más notorios. La existencia de un subsector público y un subsector privado, integrado por Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) de gran arraigo en Uruguay por su vinculación a las colectividades de inmigrantes desde mediados del siglo XIX y financiadas por los

aportes a la Seguridad Social de los trabajadores y los empleadores, hizo parte de los graves problemas del sistema uruguayo de salud.

En la década de 1990 los cambios propuestos en el sistema tuvieron una “orientación predominantemente económica (...) y su énfasis (estuvo) en la búsqueda de una mayor eficiencia del gasto público en salud, la pérdida del papel rector del Estado, la ausencia de aportes alternativos a los modelos prevalecientes de atención en salud y la baja prioridad de las agendas en la búsqueda de mayores niveles de equidad en el acceso y uso de los servicios de salud.” (BAZZANI, LEVCOVITZ: 2011, p. 7, 8)

La crisis de 2002 tuvo un efecto devastador en el sistema de salud, con un aumento progresivo de los usuarios del sector público y el quiebre de varias instituciones privadas.

Desde el punto de vista de la legislación, la Constitución vigente⁵ en Uruguay en su artículo 44 define que “el Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”.

A pesar de esta formulación de la salud como un deber más que como un derecho, la ley 18211, de 2007, que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) retoma la conceptualización de la salud como un derecho y establece en su artículo primero: “La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que

⁵ Constitución de 1967 con las modificaciones plebiscitadas el 26 de noviembre de 1989 y el 26 de noviembre de 1994, el 8 de diciembre de 1996 y el 31 de octubre de 2004.

tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud”.

El nuevo sistema se caracteriza, entonces, por la orientación hacia una integración y complementación de los denominados prestadores integrales de servicios de salud, tendiendo a la equidad en el acceso de los usuarios al sistema.

El SNIS recoge la legislación anterior que continúa vigente: la Ley Orgánica de Salud Pública (9202, de 1934), que crea el Ministerio de Salud Pública; la ley 15181 (de 1981), que regula las IAMC; la norma que creó el Fondo Nacional de Recursos (FNR), y la ley 15903 de Ejecución Presupuestal, que creó la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) como órgano desconcentrado del Ministerio de Salud Pública.

Las tres leyes de la reforma aprobadas en el año 2007 son la 18121 de creación del Fondo Nacional de Salud, la 18161 de descentralización de ASSE y la 18211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (MSP: 2010).

Pasaremos a destacar someramente los cambios que incorporan al sistema.

Ley 18121 establece que el nuevo SNIS “se financia por un Seguro Nacional de Salud, que a través de un fondo único y obligatorio, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), recibe aportes de contribuciones de la seguridad social y del Estado vía impuestos y se administra desde la Junta Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública (MSP). (Ríos, 2013: 26)

El FONASA, entonces, recibe los aportes de los trabajadores (a los que se descuenta un porcentaje de sus salarios que varía si tienen cónyuge e hijos a cargo o no) los empleadores y los jubilados. También recibe fondos del Estado a través de Rentas Generales.

A partir de la reforma se fueron incluyendo colectivos que estaban por fuera del Seguro: por ejemplo los trabajadores del Estado, los cónyuges e hijos de los trabajadores, los jubilados y otros.

A su vez el FONASA financia a los prestadores integrales de salud a través de un pago por cápita que se ajusta por edad y sexo y, además, por metas prestacionales que aseguran el cumplimiento de algunos estándares que son priorizados por la autoridad sanitaria.

Otro cambio importante es que se incorporó a ASSE como prestador integral, pudiendo ser elegido por los beneficiarios que aportan al FONASA.

Por otra parte, las IAMC están autorizadas a cobrar a sus usuarios tasas moderadoras al momento de hacer uso de los servicios de salud. Estos gastos de bolsillo han sido reducidos en los últimos años, en especial para los pacientes crónicos, embarazadas, niños pequeños.

El Banco de Previsión Social es el que recauda los aportes y la Junta Nacional de Salud (JUNASA), que es un organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública, creado por la reforma, es el que administra el Seguro Nacional de Salud contratando prestadores integrales públicos y privados.

La ley 18161 crea la Administración de los Servicios de Salud del Estado como servicio descentralizado, y como tal recibe los establecimientos de atención a la salud que anteriormente eran dirigidos por el Ministerio de Salud Pública. Se establece, entonces, una separación de las funciones de rectoría que permanecen en manos del MSP y de prestación de servicios de salud que desarrolla ASSE.

ASSE constituye el prestador más importante del país por sus dimensiones, ya que tiene servicios en todo el territorio nacional, y por el número de usuarios (alrededor de 1.200.000).

También se destaca como un logro del proceso de reforma, favorecido por la legislación vigente, que “el crecimiento de los fondos asignados a ASSE explica el 37 por ciento del crecimiento total del gasto público en salud del período (2004-2011). Los fondos ejecutados por ASSE pasaron de 4.448 millones de pesos en el año 2004 a 16.166 millones de pesos en el año 2011, los más altos asignados al subsector público en la historia del país. (...) El gasto por usuario alcanzado en 2011 casi triplica en términos

constantes los valores de 2004” (BENIA, FERNÁNDEZ GALEANO, 2014: 50)

El Ministerio de Salud Pública pasa a ejercer la función rectora del SNIS, como autoridad sanitaria y en el ejercicio de las funciones esenciales de salud pública.

La ley 18211, de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) es la que establece las garantías del funcionamiento y de la financiación del sistema en su conjunto y define las competencias y obligaciones de cada actor.

Es así que se asegura el acceso a los servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país, se establece como propósito el articular los servicios, promoviendo la complementación y estableciendo obligaciones prestacionales comunes a fin de asegurar la cobertura universal.

En términos generales se puede afirmar que las bases del nuevo sistema tienden a aumentar la solidaridad intergeneracional y de ingresos.

En síntesis, como plantean Arbulo et al: “podemos decir que la profundización de la cobertura a través de la seguridad social a partir de la Reforma permitió consolidar algunos principios básicos de la protección financiera para la cobertura universal: La separación temporal del momento en que se realizan las erogaciones y el momento en que se utilizan los servicios; el establecimiento de los aportes al financiamiento en función de la capacidad contributiva y no de las necesidades de uso de los servicios de salud. (...)” (ARBULO et al, 2012: 24)

Si abordamos las particularidades que se producen a nivel de la frontera Brasil-Uruguay es posible afirmar que las políticas de integración fronteriza entre los gobiernos de Brasil y Uruguay tienen una larga trayectoria pero podemos considerar un momento “fundacional” a partir de dos acuerdos binacionales firmados en 1975 que establecieron las instituciones encargadas de implementar políticas públicas: el Tratado de Amistad, Cooperación y Comercio (TACC) firmado el 12 de junio de 1975 en Rivera, que refiere a las fronteras “secas” y el Tratado de Cooperación para el

Aprovechamiento de los Recursos Naturales y/o Desarrollo de la Laguna Merín (TCADLAM).

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

Los Comités de Frontera tenían como cometido promover el desarrollo socio económico de la región, fomentar la coordinación con los gobiernos centrales y facilitar la circulación de personas, mercaderías y vehículos; se ubicaron en las “ciudades gemelas” de las fronteras Uruguay – Brasil.⁶

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

Los principales temas abordados por los CF en el periodo de 1990 – 1994 fueron referidos a salud, saneamiento y medio ambiente, en ese orden (ACHARD, 1995)⁷

Los problemas referidos al acceso a la salud de los residentes en estas zonas, así como la posibilidad de complementariedad de los servicios ofrecidos en el territorio de ambos lados de la línea de frontera han sido de los temas que han generado mayores dificultades para su abordaje pues implican factores jurídicos a resolver (DEL CASTILLO, 1995).

⁶ Se crean primero los CF en Chuy/Chui; Rio Branco/Yaguaron y Rivera/Santana do Livramento en 1989, luego se agrega Artigas/Quarai, Bella Unión/Barra do Quarai y por último Aceguá/Aceguá en 1995.

⁷ En una evaluación realizada por Achard (1995) de la actividad de los CF, identifica el tema salud como el que se trató con mayor frecuencia (12 veces en un total de 41 temas tratados)

En 1991 se crea el Mercado Común del Sur –MERCOSUR– integrado por la República Argentina, la República Federativa de Brasil, la República del Paraguay y la República Oriental del Uruguay. Respecto a los temas de salud que se abordan en ese ámbito, Ríos (2013: 222) afirma "En el MERCOSUR existen dos instancias bien diferenciadas que actúan en paralelo, pero que también se complementan: por un lado, el Subgrupo de Trabajo 11 (SGT 11), que se ocupa de temas regulatorios y cuyos acuerdos, luego de ser avalados por las instancias de decisión, se armonizan en la región por la vía de leyes, decretos, directivas, etcétera; por otro lado, un ámbito de definición de políticas que depende directamente de los ministros de Salud, en el que se han colocado temas que exigen el desarrollo de políticas, como el control del tabaco, la salud ambiental, los trasplantes, los medicamentos, etcétera." No obstante, de acuerdo a la bibliografía consultada los acuerdos referidos a la atención de la salud en las zonas fronterizas Uruguay'- Brasil se han resuelto fundamentalmente mediante acuerdos bilaterales que no surgen necesariamente en el ámbito de este organismo multilateral.

En el periodo 2002-2005 se reiniciaron las políticas de integración fronteriza a partir de la Nueva Agenda de Cooperación y Desarrollo Fronterizo (NACDF) en el marco de la cual se crean dos órganos intergubernamentales: Reuniones de Alto Nivel (RAN) de la NACDF y Grupos de Trabajo (GT). En los primeros participan los Vice Cancilleres y discuten los temas tratados en los GT⁸.

Las RAN significaron un cambio fundamental para las posibilidades de integración pues al participar de forma directa la administración central de ambos países mejoran la capacidad decisoria y de articulación con los diferentes actores involucrados en las mismas a nivel de los Gobiernos Nacionales.

En junio de 2003 se aprueba la Ley N° 17659 por la cual se aprueba el Acuerdo entre ambos gobiernos sobre Permiso de

⁸ Se crearon cuatro GT: Salud; Medio Ambiente y Saneamiento; Cooperación Policial y Judicial y Desarrollo Integrado. (Pucci, 2010)

Residencia, Estudio y Trabajo para los Nacionales Fronterizos uruguayos y brasileños. Esta ley ratifica el acuerdo suscripto entre ambos Estados con el cometido de regularizar la situación de los habitantes de las fronteras en relación a temas referidos a: ingreso, residencia, estudio, trabajo, previsión social y concesión de documento especial de fronterizo para los residentes de las localidades fronterizas.

En el período 2005 - 2010, en el marco de la conjunción de gobiernos progresistas en Uruguay y Brasil (Tabaré Vázquez en Uruguay y Luiz Ignacio da Silva en Brasil) se promueven modificaciones en el contenido de la agenda de integración regional produciendo impacto en la región de frontera integrándose diversas dimensiones como medio ambiente, salud, territorio, poder ciudadano y desarrollo social. Se definen así los temas al inicio de la implementación de la NACDF colocando énfasis en el tema salud, saneamiento, medio ambiente, infraestructura y cooperación policial y judicial. En este sentido se crean nuevos GT entre los cuales está el GT de Salud y la Comisión Binacional Asesora de Salud.

La firma del ajuste complementario del Acuerdo sobre el permiso de residencia, estudio y trabajo para nacionales fronterizos uruguayos y brasileños para la prestación de servicios de salud firmado en noviembre de 2008 significó un avance para la resolución de algunas de las preocupaciones planteadas en los diferentes grupos de trabajo anteriormente descriptos.

Este ajuste “se propone permitir la prestación de servicios de salud humana a personas físicas o jurídicas situadas en las localidades vinculadas establecidas en el Acuerdo sobre el permiso de residencia, estudio y trabajo para nacionales fronterizos Uruguayos y Brasileños”⁹ el mismo refiere al ámbito de aplicación, personas habilitadas, contrato y forma de pago, vehículos, documentación de los recién nacidos, certificados de defunción,

⁹ Poder Legislativo Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, 18 de agosto de 2009. Ajuste complementario de la Ley 18546.

idioma de la documentación. La supervisión de estos asuntos estará a cargo de la Comisión Binacional Asesora de Salud en la Frontera.

En el año 2009 se firma el Memorando de Entendimiento entre ambos gobiernos en el área de asistencia humanitaria y defensa civil. Se acuerda realizar un trabajo conjunto frente a desastres naturales o antrópicos, promover ejercicios conjuntos e intercambio de experiencias (becas, estudios, seminarios).

El 30 de mayo de 2011 se firma el Memorando de Entendimiento que amplía los mecanismos y modalidades de cooperación referido a Salud ya desarrollados en el marco del Acuerdo Básico de Cooperación Científica y Técnica y se designan los organismos responsables de la coordinación de actividades. Las áreas de trabajo propuestas son: medicamentos, Atención Primaria en Salud, Capacidad Regulatoria, asuntos fronterizos, VIH-SIDA, participación social, Recursos Humanos, Salud Rural, etc.

También se firma en mayo de 2011 otro Acuerdo Básico de Cooperación Científica y Técnica para la implementación del Proyecto “Consolidación de la capacidad institucional del Ministerio de Salud Pública y ampliación del diálogo regulatorio entre las Autoridades Sanitarias de Brasil y Uruguay”.

Por último se firma (mayo de 2011) el Ajuste Complementario al Acuerdo de Cooperación Técnica entre los Gobiernos de Uruguay y Brasil para la ejecución del proyecto “Apoyo al fortalecimiento del Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay con énfasis en lugares de menos de cinco mil habitantes”.

Reflexiones finales

Se podría afirmar, en líneas generales, que las transformaciones en la legislación relativa a la salud en Uruguay han resultado en un avance en la construcción de mecanismos que puedan asegurar el acceso universal a la salud como un derecho.

Respecto a las zonas de frontera entre Uruguay y Brasil los autores consultados coinciden en señalar que ha habido

históricamente una dinámica que ha generado la necesidad de mecanismos formales e informales para favorecer el acceso recíproco de ciudadanos de ambos lados de la frontera al sistema de salud. Se observaron múltiples formatos institucionales que se crearon con el objeto de responder a las demandas de salud complejas y particulares que surgen en las zonas fronterizas debido a la importante circulación de personas a ambos lados de la frontera.

En los últimos años, en la Comisión Binacional de Salud en la Frontera, se comienza a dar un marco formal a esas situaciones a partir de la firma de los acuerdos, convenios y leyes que fueron descriptos.

El desarrollo de la investigación permitirá analizar de qué manera los avances en la legislación sobre el derecho a la salud han impactado sobre el sistema de salud y su desarrollo en los servicios de la frontera Uruguay-Brasil

BIBLIOGRAFÍA

ACHARD, D. **La Frontera Uruguay Brasil, un análisis de las instituciones que promueven la integración fronteriza.** En CEFIR “La integración fronteriza y el papel de las regiones en la Unión Europea y en el Cono Sur: Experiencias Opiniones y Estrategias. cefir.org.uy/wp-content/uploads/downloads/2012/05/DT.

ARBULO, V; PAGANO, JP; RAK, G; RIVAS, L; JORCIN, G. (coord.). **El camino hacia la Cobertura Universal en Uruguay Evaluación y revisión del financiamiento del Sistema de Salud uruguayo.**2012.
http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=404&Itemid=241 Consultado en 13 de junio de 2014.

Legislación sobre atención de la Salud en la frontera Uruguay Brasil: Un estudio exploratorio del caso uruguayo

BAZANI, R; LEVCOVITZ, E. Nuevos horizontes para la producción de conocimiento y las políticas de protección social en salud. En: HERNANDEZ BELLO, A; RICO, C. (Eds). **Protección social en salud en América Latina y el Caribe. Investigación y políticas.** Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Disponible en <http://www.idrc.ca/EN/Resources/Publications/openebooks/509-0/index.html> Consultado en 13 de mayo de 2014.

BENIA, W; FERNANDEZ GALEANO, M. **El derecho a la salud de los uruguayos.** Nuestro tiempo. Montevideo. IMPO, 2014.

MAZZEI, E.; DE SOUZA, M. **La frontera en cifras.** UdelaR. Centro de Estudios de la Frontera. Comisión Coordinadora Interior, 2012.

MAZZEI, E. **Fronteras que nos unen y límites que nos separan.** UdelaR. Centro de Estudios de la Frontera. Comisión Coordinadora Interior, 2013.

MIERES, G. **El sector salud: 75 años de un mismo diagnóstico.** Montevideo. SMU, 1997.

MOREIRA, C, SETARO, M. Alternativas de reforma del sistema de salud en Uruguay. **La reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000).** Montevideo. EBO-Instituto de Ciencia Política, 2002.

MSP. 2010. **Transformar el futuro. Metas cumplidas y desafíos renovados en el Sistema Nacional Integrado de Salud.** http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/MS_P_libro_reforma.pdf Consultado en 20 de febrero de 2014.

Legislación sobre atención de la Salud en la frontera Uruguay Brasil: Un estudio exploratorio del caso uruguayo

PEREZ DEL CASTILLO, G. Una metodología para abordar los problemas fronterizos a nivel municipal. **En La integración fronteriza y el papel de las regiones en la Unión Europea y en el Cono Sur: Experiencias Opiniones y Estrategias.** CEFIR. cefir.org.uy/wp-content/uploads/downloads/2012/05/DT, pp 105

PIOTTI, Diosma. La reforma del Estado y el sistema de salud En **La reforma del Estado y las políticas públicas en la democracia restaurada (1985-2000).** Montevideo. EBO-Instituto de Ciencia Política, 2002.

REYES ABADIE, BRUSCHERA MELOGNO. **Pradera, Frontera, Puerto.** Montevideo. EBO, 1974.

RIOS, G. **Perfiles Descriptivos de los Sistemas de Salud de los Estados Partes del Mercosur. República Oriental del Uruguay.** Montevideo. Ed: Dra. Delia M. Sánchez. Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud, 2013
<http://www.observasalud.mercosur.int/sites/default/files/Informe%20de%20Salud%20-%20Uruguay.pdf> Consultado en 18 de mayo de 2014.

Fuentes Documentales:

Ley 17659 del 19 de junio de 2003

Ley 18546 del 18 de Agosto de 2009

Ley 18121

Ley 18161

Ley 18211

Acta de VII reunión de Alto Nivel de la Nueva Agenda de Cooperación y Desarrollo Fronterizo Uruguay Brasil. GT Salud Declaración Conjunta Brasilia, 10 de marzo de 2009.

Recebido em 03/02/2016 e

Resumen: El artículo realiza un recorrido por la legislación uruguaya en relación a la salud y sus expresiones en la frontera con Brasil. En esta descripción se observan avances en la concreción del derecho a la salud a nivel nacional a partir de la reforma de la salud en 2007. Asimismo se identifican algunos acuerdos binacionales entre Uruguay y Brasil que dan cuenta de la atención de algunas de las problemáticas presentes en las zonas fronterizas. Se señala como un avance la creación de la Comisión Binacional de Salud en la Frontera, organismo que comienza a procurar un marco formal a alguna de las respuestas informales que las instituciones dan a los problemas vinculados a la atención de la salud en la región.

Palabras clave: salud, frontera, legislación.

Title: Health Care Legislation in the Uruguayan-Brazilian Border: an exploratory study of the Uruguayan case

Abstract - This article provides an overview of the Uruguayan health care legislation and its practical applications on the border with Brazil. It shows that there has been some progress in fulfilling the right to health at the national level since the 2007 health reform. It also highlights bilateral agreements between Uruguay and Brazil that have dealt with border area issues. A step forward is identified in the creation of the Binational Border Health Commission, an organization seeking to formalize some of the informal responses that have been given by institutions to the problems of health care provision in the region.

Key words – Health care, Border, Legislation.
