

**Anexo VII - Entrevistas com os Coordenadores Nacionais do SGT 11-Saúde MERCOSUL
da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai**

Percepções sobre saúde na fronteira do MERCOSUL

Entrevista com o coordenador da Argentina do SGT 11 Saúde Mercosul

Sebastián Tobar

O sociólogo Sebastián Tobar, 40 anos, é Diretor de Relações Sanitárias Internacionais do Ministério de Saúde e Meio-Ambiente da Argentina e, desde 2002, Coordenador Alternado do SGT N°11 e das reuniões de Ministros da Saúde do Mercosul e Estados Associados. Mestre em Ciências, com concentração em Políticas Públicas e Saúde pela ENSP/Fiocruz, antes de ocupar o cargo atual ele representou o Ministério da Saúde argentino em missões internacionais e ante organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS).

Em entrevista por correio eletrônico concedida à pesquisadora Luisa Guimarães em março de 2006, Tobar afirma, baseado em sua experiência na gestão e gerência pública da saúde, que a harmonização normativa é uma condição necessária, mas não suficiente, para que os cidadãos dos países do Mercosul acessem a uma boa prestação de serviços de saúde. Quando a atual fase de integração avançar mais, a diferença dos sistemas de saúde dos Estados Partes indica, segundo ele, que deverão acontecer negociações bilaterais Brasil-Argentina, às quais se somarão os países menores. A chave para o avanço da saúde no Mercosul deverá passar, diz Tobar, por um sistema de informação que, entre outros aspectos, estabeleça alguma forma de compensação ou subsídios cruzados entre os sistemas de saúde.

I. SAÚDE NO MERCOSUL

Pergunta: De que modo a questão do acesso aos serviços e às ações de saúde entre os Estados Partes tem sido tratada no âmbito das discussões do Mercosul?

Tobar: La cuestión aparece en cuanto a la calidad de los servicios o los requisitos mínimos que deben cumplir los servicios de salud en los Estados Partes. Asimismo, en el marco de las reuniones de Coordinadores Nacionales se han

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

realizado presentaciones de las políticas de salud de los Estados Partes. En este marco, el Plan Federal de Salud plantea asegurar la equidad en el acceso a los servicios de salud en todo el territorio de la República Argentina.

P: Quais os consensos mais importantes entre os Estados Partes com relação ao tema da atenção à saúde no Mercosul?

Tobar. Los temas más importantes han tenido que ver con una homologación en cuanto a que entendemos por cada servicio en los Estados Partes y que requisitos mínimos debe tener cada uno de los mismos. Esta discusión se ha considerado como prerequisite para la atención a la salud. Asimismo, algunos aspectos han sido claves – como el contar con la información suficiente, oportuna y de calidad en relación a aspectos como los Recursos Humanos en Salud, como paso previo a todo proceso de integración. En este sentido, se ha propiciado la creación de una Matriz Mínima de Datos de Recursos Humanos en los Estados Partes.

Con el objetivo de estandarizar y tener acciones de inmunizaciones comunes entre los Estados Partes del Mercosul, se ha aprobado la Libreta del Niño y la Niña.

P: Quais os temas divergentes mais significativos entre Esta dos Parte com relação à atenção à saúde no Mercosul ?

Tobar. Los sistemas de salud de cada país poseen particularidades propias. En tal sentido, el proceso de integración en relación a la prestación de servicios de salud se encuentra en una etapa inicial o embrionaria. En esta etapa, lo que se apunta es a comparar las características de los servicios de uno y otro país. Algunos países cuentan con sistemas universales, como el SUS, y otros con sistemas fragmentados, como Argentina, donde conviven un Subsector Público, la Seguridad Social, y un Sector Privado.

La Comisión de Prestación de Servicios del SGT N°11 no ha avanzado en temas de intercambio de prestación de servicios entre los Estados Partes. La única

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

iniciativa en relación a esto ha tenido que ver con el GAHIF, que planteaba la idea de identificar la población de frontera, entendida la misma a la que se encontraba a 50 kilómetros de cada lado de la línea fronteriza. La idea era poder brindar prestaciones así como la posibilidad de ejercicio profesional, cumpliendo las condiciones y los marcos legales de cada uno de los países.

P: De acordo com sua experiência, quais desafios ainda não foram superados com relação à atenção à saúde no processo de integração regional no Mercosul ?

Tobar. Por todo lo expuesto anteriormente, parece que transcurrirá algún tiempo para poder compatibilizar sistemas de salud tan diferentes, con diferencias de financiamiento, de normativas jurídicas, cestas de prestación de servicios cubiertas por el Estado, así como de la oferta de los prestadores de servicios. Asimismo, parece que pasará algún tiempo para ver resultados al respecto del tema de la integración en cuanto a la posibilidad de ejercicio profesional en los Estados Partes.

P: Na sua avaliação, qual será a tendência futura no tocante ao acesso aos serviços de saúde no âmbito do Mercosul ?

Tobar: La diferencia de los sistemas de salud parece plantear que una vez que se avance en el proceso en que actualmente nos encontramos – de estandarización de los procedimientos, los requisitos para los servicios, para el ejercicio profesional – se plantee una situación en la que los países, y en particular la autoridad sanitaria, inicien una negociación bilateral, a la que se puedan ir sumando los socios más chicos. Por ejemplo: Argentina y Brasil poseen ambos una oferta pública grande de servicios como para garantizar el acceso a los servicios de salud, pero no sucede lo mismo en países más pequeños como Paraguay o Uruguay.

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

Asimismo, la clave debería ser un sistema de información que permita identificar población, por lugar de residencia, y establecer algún sistema de compensación o subsidios cruzados entre los sistemas de salud.

II. POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE DO SEU PAÍS E MERCOSUL

P: Que diretrizes a Argentina tem pautado, na discussão no Mercosul, sobre serviços de atenção à saúde junto aos demais Estados Partes ?

Tobar: El Plan Federal de Salud. En función de la necesidad de aprobar una nueva pauta de negociación, la República Argentina propuso que los Estados Miembros presenten ante la coordinación Nacional del SGT N°11 Salud del Mercosur sus principales políticas de salud, que guíen la discusión de la Pauta Negociadora.

P: Existem prioridades políticas na saúde na Argentina que se relacionam com a integração regional no Mercosul ?

Tobar: No. El Plan Federal de Salud no hace referencia al proceso de integración Subregional en el Mercosur. Las prioridades de política de salud son signadas por el Plan, que plantea:

1. Superar la Emergencia Sanitaria
2. No perder el terreno ganado en los últimos 20 años
3. Comenzar a cerrar las brechas que esconden los promedios estadísticos

Los problemas que se plantea modificar el Plan Federal de Salud son:

- *Fragmentación*
- *Ineficiencia en el uso de los recursos*
- *Inequidades inter e intra provinciales*

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

- *Mortalidad y morbilidad evitable*
- *Falta de regulación de Tecnologías*
- *Escasos recursos asignados a prevención*
- *Falta articulación federal*
- *Indefinición del modelo prestacional*
- *Desigualdad de cobertura*
- *Desigualdad en el acceso*
- *Variabilidad en la calidad*
- *Falta de regulación de los recursos humanos*
- *Bajas capacidades de rectoría*
- *Falta diagnóstico sobre el sub-sector privado*

La visión que se plantea es:

Que la nación, las provincias, las sociedades científicas y las organizaciones de la sociedad civil acuerdan compromisos de políticas saludables, definen metas y evalúan resultados. El sistema de salud este organizado en Redes Regionales de gestión pública y privada con población a cargo. El financiamiento tenga un sistema equitativo e integrado de mancomúnación de fondos de distinto origen. Existe un modelo de aseguramiento obligatorio en todo el sistema con cápitas ajustadas por riesgo, que otorga una cobertura universal básica a toda la población, según niveles de atención. El rol de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación contemple funciones de orientación estratégica, evaluación de desempeño y regulación de todos los actores del sistema

El COFESA. (Consejo Federal de Salud Argentino) es el responsable del funcionamiento del sistema, corrector y compensador de sus desequilibrios y responsable de los sucesivos acuerdos de gestión

Los Instrumentos que se plantea el Plan Federal de Salud son:

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

- En cuanto al **Modelo de Gestión**, implementación de acuerdos de gestión Nación-Provincias, desarrollo de sistemas de información en áreas estratégicas y implementación de una política de recursos humanos y Regulación de Tecnologías
- En cuanto al **Modelo de Financiamiento**, se plantea la construcción de seguros públicos, asignación de cápita ajustada sobre riesgo a los agentes del Seguro Nacional de Salud y la idea de construir un Fondo Federal Compensatorio

P: Existe na Argentina alguma política, programa ou diretriz de saúde específica para a questão de saúde na fronteira e de atenção à saúde aos estrangeiros nacionais dos Estados Partes?

Tobar. Implícitamente, la idea es apuntar a la reciprocidad para que los ciudadanos argentinos puedan recibir prestaciones de salud en otros países, así como la República Argentina brinda eso a los ciudadanos de otras nacionalidades. El énfasis está en garantizar esta reciprocidad.

P: De que modo o Ministério da Saúde argentino se estruturou para a discussão da saúde no Mercosul ?

Tobar. Se realizan reuniones de coordinación donde las autoridades sanitarias discuten las prioridades o la estrategia a seguir. En este sentido, el rol de Coordinador Nacional del SGT N°11 se ha reservado tradicionalmente para el Viceministro, para que se pueda dar una discusión a alto nivel político.

P: Com relação ao livre acesso de nacionais dos Estados Partes, na perspectiva da política de saúde e da organização dos serviços de saúde na Argentina, quais seriam os entraves e as dificuldades?

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

Tobar: Argentina no tiene problemas en este aspecto. Se podría decir que tradicionalmente ha permitido el acceso a las prestaciones de salud. Uno de los problemas radica en que los servicios de salud están en las jurisdicciones provinciales. Todo avance en el Mercosur plantearía una armonización interna con las autoridades sanitarias provinciales, ya que ellas son las que deben brindar las prestaciones de salud. La Nación cuenta con servicios de salud de su dependencia.

P: Quais seriam os fatores facilitadores?

Tobar: El COFESA, como órgano que nuclea a todos los Ministros de Salud provinciales y con un funcionamiento como el actual, constituiría una instancia para facilitar la construcción de consensos en estos temas. Parecería apropiado involucrar y sensibilizar a los Ministros de Salud provinciales en las temáticas que se están trabajando en relación a los procesos de integración en el sector salud y particularmente sobre el Mercosur.

P: Quais aspectos da política de saúde e da organização dos serviços de saúde no Brasil podem contribuir para a melhoria do acesso aos serviços de saúde nas fronteiras?

Tobar: Esta es una pregunta que la debe responder Brasil, no nosotros.

P: Quais aspectos podem dificultar o acesso aos serviços de saúde nas fronteiras?

Tobar: Tratar de avanzar unilateralmente sin tener en cuenta los tiempos propios de cada Estado Parte.

III. REPERCUSSÕES DA INTEGRAÇÃO NO MERCOSUL NAS POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE DO SEU PAÍS

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

P: Quais as repercussões, positivas e negativas, que já podem ser identificadas de integração regional no Mercosul sobre as políticas e sistema de saúde na Argentina?

Tobar. No es posible identificar un impacto del proceso de integración en el Mercosur sobre las políticas o sistemas de salud. Lo único que podemos decir que se observa es un canal de diálogo permanente y regular entre los Estados Partes, planteando un círculo virtuoso en la difusión de información, estándares para los servicios y sistemas de salud.

P: Os Estados Parte têm políticas e sistemas de saúde muito distintos. Como avalia as possibilidades futuras dos sistemas de saúde frente aos avanços da integração econômica no Mercosul?

Tobar. Como se planteó en una pregunta anterior, se considera que el proceso de integración va a ser muy desigual, pudiendo observarse algunos avances en algunos temas o puntos y en otros solo fijándose estándares deseables o comunes. El proceso hasta ahora armonizado es condición necesaria pero no suficiente para el proceso de integración en el sector salud.

P: Qual futuro vislumbra no Mercosul no tocante ao acesso aos serviços de saúde?

Tobar. Considerase que el firme compromiso político que los presidentes vienen manifestando en relación al Mercosur se deberá acentuar con algún compromiso en cuanto al financiamiento para poder garantizar el acceso a los servicios, superando las desigualdades y asimetrías entre los Estados Partes.

Asimismo las diferencias entre los Estados Miembros plantearían que algunos países más ricos deban financiar a los más pobres para garantizar el acceso a los servicios de salud. Esta discusión hasta ahora ha girado en torno a temas concretos, como acceso a los medicamentos, antiretrovirales, lucha contra el

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

tabaco. Pero no se ha dado una discusión propiamente sobre el acceso a los servicios de salud.

P: Em sua opinião, quais seriam os acordos necessários entre os Estados Partes para avançar em questões de saúde e assistência no Mercosul?

Tobar. Los acuerdos cerrados en el Mercosur son una base. Pero es necesario acuerdos que se comprometan a un análisis por patología y procedimiento, una construcción de redes por niveles de complejidad y resolutivez. Es necesario ver las ventajas comparativas y competitivas que pueden tener los servicios de cada uno de los Estados Partes para la atención de las patologías o realización de procedimientos, la identificación de poblaciones, sistemas de información para el seguimiento de las poblaciones con coberturas o sistemas tan heterogéneos.

P: Quais temas indica para compor uma pauta de discussão do Mercosul em relação à saúde e à assistência ao cidadão ?

Tobar. Cuando se habla de pauta, hay la sensación de que nos referimos a la pauta negociadora, que es la que guía el proceso de armonización de normativa. Como se planteó anteriormente, la armonización normativa es una condición necesaria pero no suficiente en relación a la salud y la asistencia al ciudadano.

P: Qual é em sua opinião, o papel dos Ministérios da Saúde e dos demais níveis governamentais na discussão do acesso à saúde no Mercosul ?

Tobar: Se considera que es necesaria una apropiación por parte de las Carteras de Salud de temáticas vinculadas a la integración en este Bloque Subregional. Muchas de las preocupaciones en relación al Mercosur han estado girando más en aspectos más comerciales de la salud.

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

El Sector Salud es más abrangente y abarca un conjunto variado de instituciones, actividades y conocimientos centrales para el desarrollo humano y social, para la formación y preservación del capital humano y el bienestar social. Incluye desde la producción de medicamentos, equipamientos, insumos, inmunobiológicos y otros productos de uso no exclusivo de la salud hasta las actividades de promoción, prevención y prestación de servicios de salud. Envuelve en su producción instituciones públicas, privadas y filantrópicas, incluyendo parte relevante del sector informal del mercado de trabajo. En este sentido, es necesaria una discusión sectorial sobre las implicancias de un proceso de integración subregional como el Mercosur.

SGT 11-SAÚDE MERCOSUL/ ARGENTINA

[O Mercosul em Saúde tem uma página comum aos Estados Partes, alimentada por todos: www.mercosulsaude.org]

Ministerio de Salud y Ambiente de la República Argentina

Avenida 9 de Julio 1925- 8º Piso. Dirección de Relaciones Sanitarias

Telefone: (54 11) 4379 9026 e Fax (5411) 4383 8831

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

Percepções sobre saúde na fronteira do Mercosul

**Entrevista com a coordenadora do Brasil do SGT11 Saúde Mercosul
Enir Guerra de Macedo Holanda,**

A coordenadora nacional do SGT11 Saúde Mercosul e da Reunião de Ministros de Saúde do Mercosul e Estados Associados pelo Brasil, Enir Guerra de Macedo Holanda, 66 anos é geógrafa sanitária, mestre em saúde pública, assessora do Ministério da Saúde e desde julho de 1998 representa o Brasil no SGT-11. Entre outros cargos que ocupou, ela já foi diretora de recursos hídricos e saneamento ambiental da Empresa de Planejamento Metropolitano de São Paulo, coordenadora de recursos hídricos do Departamento de Águas e Energia e diretora do Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo, além de consultora da OPAS, em Washington. Sua entrevista foi concedida em março de 2006 à pesquisadora Luisa Guimarães.

Segundo a representante brasileira, a questão das fronteiras e a grande assimetria entre os Estados Partes são os maiores desafios da área de saúde no processo de integração regional do Mercosul. Mas ela é otimista quanto à concretização de avanços importantes na área social. “Não tenho a menor dúvida de que vamos demorar, mas vamos avançar nesse processo, em primeiro lugar vencendo as barreiras metodológicas, ampliando a área de pesquisa e o leque das atividades e convencendo os órgãos superiores do Mercosul de que a questão social é muito importante, prioritária para a agenda”, diz.

Uma das formas de solucionar a assimetria nos serviços de saúde, acrescenta Enir, é trabalhar para a criação de normas que realmente definam requisitos e possam propiciar a melhoria da oferta dos serviços e produtos à população.

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

P: Nossa pesquisa objetiva muito captar a percepção do entrevistado. De que modo você acha que a questão do acesso aos serviços de saúde e às ações de saúde entre os Estados Partes tem sido tratada no âmbito das discussões do Mercosul?

Enir: Temos, dentro do SGT-11, três comissões, além dos coordenadores nacionais. Uma é a comissão de serviço de atenção à saúde, que tem uma pauta negociadora, um programa para ser desenvolvido. Tem um programa de trabalho anual, com responsabilidade no tempo e de país. Essa comissão conta com três subcomissões: a de prestação de serviço de saúde, com sua pauta específica, a do exercício profissional, e a de avaliação de tecnologia de saúde. Ela caminha devagar, com muita dificuldade, do ponto de vista metodológico e de uma experiência mais profunda sobre o assunto. É preciso realmente criar normas, regulamentos que sigam uma metodologia específica para essa área.

Além dos quatro Estados Partes, o Chile participa como Estado associado, como observador, em avaliação e uso de tecnologia em saúde. São feitas reuniões virtuais e reuniões ordinárias, com uma agenda que deve estar dentro da pauta negociadora do plano anual de trabalho, dividido em dois semestres. O Mercosul faz rodízio de países por ordem alfabética, então a primeira rodada começa pela Argentina, depois vem o Brasil. Tenta-se cumprir essa agenda numa negociação presencial, com as partes trabalhando o processo de harmonização em uma reunião ordinária.

P: A questão do acesso de serviço a saúde está mais nessa comissão?

Enir: Está na comissão de serviço de atenção a saúde.

P: Quais são os consensos mais importantes entre os Estados Partes com relação ao tema da atenção à saúde no Mercosul?

Enir: Algumas coisas evoluíram, como a caderneta sanitária da criança, a questão materno-infantil, a questão do serviço de alta complexidade e o problema da promoção e da prevenção, que é muito importante.

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

P: Quais os temas divergentes mais significativos entre os Estados Partes com relação à atenção à saúde no Mercosul?

Enir: Acho que o enfoque metodológico é significativo, porque existe uma assimetria muito grande entre os vários países. O Paraguai, por exemplo, está se estruturando nessa área, tem muita dificuldade. Já a Argentina está criando uma massa crítica e técnica especializada nas questões de serviço em atenção à saúde. A Argentina, o Brasil e o Uruguai têm um serviço muito mais organizado, mas de qualquer forma existe uma assimetria muito grande. Na realidade, aquilo que vai ser compulsório é que será internalizado. O Brasil sempre solicita uma abertura para que exista o aspecto básico ou mínimo de harmonização, mas existe uma cláusula a ser completada com a legislação nacional, então esse é o tema mais difícil. Definimos com os coordenadores, em consenso com a comissão de atenção à saúde, que não iríamos internalizar a resolução. A norma seria de caráter recomendatório, diferente do que seria um programa compulsório, aquele que é obrigado a internalizar. A internalização tem prazo, se não for realizada pode sofrer solução de controvérsia. Por isso essa comissão está com dificuldade, pela grande assimetria existente entre os quatro Estados Partes.

Essa decisão recomendatória é para que se vá consensuando normas, convergindo o trabalho de estruturação, sobretudo o do Paraguai, que está aproveitando essas normas do Mercosul para se estruturar, sem a obrigatoriedade, e trabalhando esses padrões de qualidade de uma maneira recomendatória, inclusive no tocante a diretrizes e plano de ação.

Pergunta: A realidade da participação no SGT-11 é a mesma para Argentina, Paraguai e Uruguai?

Enir: Não, a realidade varia. A Argentina acompanha com intensidade a Comissão de Comércio. O Paraguai acompanha a Comissão de Comércio e as reuniões do GMC (Grupo de Mercado Comum), que o Brasil também acompanha. A Argentina, o Paraguai e o Brasil acompanham a reunião de cúpula. Mas nós, além disso, acompanhamos o grupo técnico ligado ao GMC relativamente à normatização dentro do Mercosul e também

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

os assuntos importantes, porque o comitê técnico tem todo o interesse de avançar na captação de recursos.

Além do SGT-11 Saúde, nós temos outro fórum, político, que define programas e estratégias da reunião dos Ministros da Saúde do Mercosul. O SGT-11 tem grande importância econômica e comercial, é um fórum com um interesse muito grande no setor econômico da indústria, do setor privado, o que lhe dá uma grande relevância, mas a reunião dos ministros tem um fórum muito mais forte. Também participamos de alguns comitês técnicos e temos a responsabilidade, pelo Ministério da Saúde brasileiro, de acompanhar a saúde ambiental e a questão de alimentos. Além disso, estamos começando a acompanhar todos os acordos que são feitos entre o Mercosul e os Estados associados.

P: De acordo com a sua experiência, quais os maiores desafios ainda não superados com relação à saúde no processo de integração regional do Mercosul?

Enir: Acho que a questão das fronteiras físicas e a grande assimetria. Não tenho a menor dúvida de que vamos demorar, mas vamos avançar nesse processo, em primeiro lugar vencendo as barreiras metodológicas, ampliando a área de pesquisa e o leque das atividades e convencendo os órgãos superiores do Mercosul de que a questão social é muito importante, prioritária para a agenda.

É uma batalha sem fim, trata-se de uma transformação. Por isso estamos sempre presentes nesses fóruns decisórios maiores. A agenda não pode ser só econômica e comercial. Quando comecei, na primeira reunião do Mercado Comum a que fui havia um questionamento ao Ministério da Saúde porque tínhamos que tratar de alimentos, pois se alegava que em outros países isso seria atribuição da Receita Federal, do Ministério da Fazenda. Aí mostrei a eles que tanto no mundo desenvolvido -- nos Estados Unidos com o FDA, e nos países da Europa -- quanto no Chile e na Argentina a questão dos alimentos é uma questão de saúde. A saúde era, segundo a compreensão deles, aquela coisa de tratar um doente. Isso mudou completamente, acabou essa discussão. Então, acredito que passo a passo as pessoas vão sendo convencidas.

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

Fizemos uma proposta de projeto de resolução de transporte de produtos farmacêuticos e fármaco-químicos, com o Brasil gerando a primeira rodada de negociação. Através de portaria do Ministro, nós colocamos em consulta pública, que passa 65 dias publicada em Diário Oficial, colocamos na página web da Anvisa, enviamos e-mail para aquele cadastro dos órgãos especializados nesse assunto, o que criou uma verdadeira guerra com todo o Ministério do Palocci, as secretárias de acompanhamento e conjuntura econômica. Como tínhamos que lidar com essa questão de transporte de produtos farmacêuticos, fizemos oficinas com os órgãos públicos, agência de transporte terrestre e transporte fluvial e etc, para mostrar porque a saúde tinha que estar presente desde as boas práticas de fabricação até a área de transporte e acondicionamento.

Era um papel que a Constituição nos delegava. Se eles ficaram convencidos é outra história. Sempre trabalhamos com o setor privado para consolidar qualquer proposta, não é fácil, pois é preciso educar, colocar a consciência do que é o papel da saúde. Sou otimista, acredito que vamos alcançar isso. Não acontecerá logo, porém é algo a que se chegará dentro de um processo. A União Européia está aí há décadas, e nós, com apenas 14 anos, ainda estamos no que seria a adolescência. Mas vamos chegar lá.

P: Deixando a discussão sobre o Mercosul, vou fazer um conjunto de perguntas sobre políticas e sistemas de saúde do Brasil. Quais diretrizes do Brasil na discussão no Mercosul sobre serviços de atenção à saúde vamos enfocar junto aos demais Estados Partes?

Enir: Em primeiro lugar, no preparo e na elaboração da discussão. Na pauta negociadora o Brasil é quem lidera, sem dizer que está liderando. Fomentamos discussões internas, dentro do Brasil, na última presidência nós preparamos a proposta, nos isolamos dois dias num hotel-fazenda em Sobradinho para discutir o assunto. Então esse é o nosso papel sempre nessa questão. Eu disse aos coordenadores dessa área que eles são os condutores desse processo, porque se o Brasil não apresentar uma proposta muito boa nós vamos atrás da carruagem. Se quisermos que algo seja construído positivamente, temos que apresentar a proposta, e mesmo que ela não

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

apareça como nossa o importante é que seja implementada. Às vezes é o Paraguai que apresenta nossa proposta. Então eu chamo sempre para essas oficinas os conselhos, o Conselho Nacional de Saúde, que frequenta pouco, o CONASEMS, que frequenta bem mais, além do OPAS que sempre acompanha nosso trabalho. Trabalhamos também com várias sociedades civis.

Dependendo do tema, a consulta pública é muito importante porque torna transparente o processo de harmonização. Essa participação é muito importante, às vezes traz sugestões que modificam o conteúdo da proposta. Somos o único país com a consulta realizada dessa forma. Na Argentina, por exemplo, eles reúnem o conselho, como se fosse o Conselho Nacional de Saúde, e ali discutem o assunto. No Brasil existe claramente um artigo na portaria do Ministério que diz que é obrigação nossa, do fórum do SGT-11, reunir aquelas pessoas que deram sugestão para consolidar a proposta, avaliar se ela é pertinente. Levamos um número razoável de resultados da consulta pública para uma nova mesa de negociação. Hoje mesmo a Marta Fonseca, que coordena a comissão de produtos para saúde, está em São Paulo discutindo com o setor privado farmacêutico brasileiro as boas práticas de fabricação. Temos um conjunto enorme de normas preparatórias e todos os fóruns do Mercosul da agenda que vale para próxima reunião.

P: Quais prioridades políticas na saúde do Brasil se relacionam com a integração regional no Mercosul?

Enir: O SUS Fronteira tem um programa muito importante, toda a área de vigilância em saúde é muito importante. Agora estamos em fase de levantar a capacidade básica do regulamento sanitário internacional. Temos prazo para ter capacidade básica instalada dos programas HIV/AIDS, saúde sexual reprodutiva, controle do dengue, controle do tabaco, saúde ambiental e saúde do trabalhador. Todos esses programas têm uma interface e um impacto na nossa fronteira.

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

P: Existe no Brasil alguma política, programa ou diretriz de saúde específica para a questão de saúde na fronteira e de atenção à saúde aos estrangeiros nacionais dos Estados Partes?

Enir: Ainda não existe. Mas espero que se possa chegar a uma metodologia de trabalho a implementar no Mercosul. Há uma curiosidade muito grande do sistema de informação sobre o cartão SUS, além de levantamento de indicadores. São dez os programas de saúde: saúde sexual e reprodutiva, saúde ambiental, saúde do trabalhador, gestão de risco e diminuição das vulnerabilidades, saúde e desenvolvimento, HIV/AIDS, controle de dengue, controle do tabaco, banco de preço de medicamentos, política de medicamentos.

P: De que modo o Ministério da Saúde brasileiro se estruturou para a discussão da saúde no Mercosul?

Enir: O Ministério criou uma portaria nos indicando e colocando as nossas funções. Apoiamos uma equipe de apoio de profissionais técnicos e apresentamos uma proposta dentro da pauta negociadora. A Anvisa tem um papel fundamental. Têm papéis muito importantes a Secretaria de Vigilância em Saúde, a SAS e a Secretaria de Ciência e Tecnologia. Estamos chamando para essa discussão a Secretaria Executiva e o SUS Fronteira. O modelo que encontramos para trabalhar razoavelmente foi o modelo matricial. Ele é muito difícil porque você trabalha com profissionais sobre os quais não tem uma gerência administrativa, pois eles são de outras secretarias e outros órgãos. Há uma coordenação e uma articulação técnica, aí é preciso que todas essas secretarias e administração se harmonizem, mas não é fácil, sobretudo, a integração das agendas.

P: Com relação ao livre acesso de nacionais dos Estados Partes, na perspectiva da política de saúde e da organização dos serviços de saúde no Brasil quais seriam os entraves ou as dificuldades?

Enir: No exercício profissional, por exemplo, há uma assimetria muito grande no tocante à formação dos profissionais de saúde, tanto do nível superior quanto do nível médio. Então é necessário que haja conhecimento muito grande dessa questão e uma

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

análise comparativa das convergências para poder harmonizar mecanismos de modo a caminhar para currículos comuns e experiências comuns e sobretudo para estarmos prontos para a prestação de serviços.

P: Quais seriam outros aspectos dos entraves ligados à assimetria do exercício profissional?

Enir: O uso de tecnologia em saúde é um deles. Espero que o programa que a Secretaria de Ciência e Tecnologia está elaborando possa nos dar subsídios concretos para essa área avançada, que é muito importante dentro do Mercosul mas por enquanto está engatinhand.

P: Quais seriam fatores facilitadores desse livre acesso na política do Brasil?

Enir: Melhor nível de organização. O Brasil tem melhores recursos humanos, especializados. Quase todas as propostas têm sido oriundas do Brasil, que também tem mais potencialidade.

P: Quais repercussões você já pode identificar da integração do Mercosul nas políticas do SUS no Brasil?

Enir: Vou falar um pouco no genérico. Acho que nessa questão jurídica, a normatização tem grande repercussão sobre a vigilância sanitária, às vezes com problemas. Inclusive até para implementar a norma caminhamos muitas vezes com as soluções de controvérsia, temos evitado chegar a um tribunal arbitral. Outra questão é realmente ter acesso às informações dos outros países sobre vários aspectos da saúde, especificamente serviço de atenção à saúde. Recentemente participei de um seminário de vigilância sanitária na Bahia. Havia dez países representados pela América do Sul, o que achei muito positivo. Então foi um aspecto que o Brasil promoveu que foi positivo, é uma área muito discutida no SGT-11. As outras questões são a vacinação, o programa de HIV/AIDS, em que realmente o Brasil tem fornecido anti-retrovirais para a Bolívia e o

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

Paraguai integradamente. Alguns acordos bilaterais foram muito positivos, reduzindo algumas assimetrias, embora estas continuem grandes e impeditivas.

P: Os Estados Partes têm políticas e sistemas de saúde muito distintos. Como avalia as possibilidades futuras dos sistemas de saúde frente aos avanços da integração econômica no Mercosul? Que paralelo você faria com a possibilidade de avanços para solucionar a assimetria nos serviços de saúde?

Enir: Uma das formas é ter normas que realmente definam requisitos, propiciando a melhoria da qualidade da oferta dos serviços e dos produtos à população. Você interfere na cadeia de risco na medida em que vai aumentando a questão econômica, que está muito presente. A saúde tem que interferir no sistema de vigilância para evitar danos à saúde pública. E um dos mecanismos é realmente a regulamentação e a inspeção conjunta, que é o que estão discutindo em São Paulo, as boas práticas na fabricação, no transporte, em tudo. A outra questão é haver uma metodologia que possa facilitar essa entrada e saída de profissionais, de produtos, de pacientes de serviços e prestadores de serviço, e avançar nesses parâmetros do exercício profissional, da avaliação, do uso da tecnologia, para melhorar sempre a qualidade dos serviços. Para ter qualidade, precisamos reunir o que há de melhor, experiência de pesquisa, resultado de pesquisa de dados, tudo o que possa aumentar as nossas intervenções.

P: Quais seriam os acordos necessários entre os Estados Partes para avançar em questões de saúde e assistência no Mercosul?

Enir: Melhorar nossa pauta negociadora, tendo como prioridade aquelas questões definidas pelo Ministério, que é o órgão político. Isso é muito importante, não é uma agenda que tenha uma resposta de questão comercial. Nós, da área de saúde, temos que participar e interferir no processo, colocando a questão social lá dentro, então essa agenda é pró-ativa e positiva das prioridades da região. É importante poder fazer revisões dos instrumentos jurídicos, implementar os recursos humanos e financeiros, diminuir essas assimetrias. É preciso dar um grande apoio e solidariedade ao Paraguai nesse processo.

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

P: Qual é o papel dos Ministérios da Saúde e dos demais níveis governamentais na discussão do acesso à saúde no Mercosul?

Enir: Acho que existe o papel fundamental de definir uma diretriz e colocar todos os colegiados e conselho em uma agenda, para que possamos discutir e tornar todas as nossas ações mais transparentes. Isso passa a fazer parte realmente do processo político de saúde, e se cria um espaço para discussão e a colocação de recursos no orçamento.

Aliás, eu quero parabenizar o Ministro Saraiva Felipe, e o Secretário Executivo do Ministério, Agenor Álvares, porque pela primeira vez proporcionaram-se recursos consignados em orçamento. Isso vai nos facilitar bastante, sobretudo a nossa coordenação internacional, que começa em 1º de julho [de 2006]. Antes não tínhamos isso, em qualquer evento era preciso armar todo um processo e pedir pelo amor de Deus, agora há um orçamento e estamos abrindo um acordo de cooperação técnica com a OPAS para facilitar a contratação de consultores e a realização de eventos.

O Mercosul em Saúde tem uma página comum aos Estados Partes, alimentada por todos: www.mercosulsaude.org]

Endereço da representante brasileira, Enir Guerra de Macedo Holanda:

Enir@saude.gov.br

Percepções sobre saúde na fronteira do MERCOSUL

Entrevista com o coordenador do Paraguai do SGT 11 Saúde Mercosul

Luis Oswaldo Ligier Rios

Em entrevista às pesquisadoras Luisa Guimarães e Vera Nogueira em Asunción em janeiro de 2007, Ligier Rios destacou que para que o Mercosul avance em questões de saúde e assistência é fundamental, sobretudo, a cooperação técnica na capacitação dos recursos humanos. Por considerar que existe “uma assimetria importante entre as partes”, ele destaca a necessidade de serem assinados acordos de cooperação técnica também nas áreas de sistema de informação, desenvolvimento dos serviços de saúde e assistência materno-infantil. Segundo o representante paraguaio, a política de saúde do Brasil deve ser “como um espelho” para o Paraguai, que tem de 80 a 85% da população vivendo em regiões fronteiriças. Nesse sentido, as decisões brasileiras que se provarem benéficas para a saúde de seu país beneficiarão também o Brasil à medida que os paraguaios deixarem de recorrer aos serviços de saúde do lado de cá da fronteira.

Luis Oswaldo Ligier Rios, 53 anos, é diretor geral da Unidade Técnica de Relações Internacionais do Ministério da Saúde do Paraguai e há sete anos representa o país no SGT-11. Cirurgião, ginecologista-obstetra e mestre em Saúde Pública, já atuou como diretor de centros de saúde e foi durante 11 anos o diretor regional do Ministério em Misiones.

Participaram dessa entrevista, ao lado de Ligier Rios, o coordenador nacional de Saúde de Fronteira do Paraguai, Rafael Fausto Bejarano, a diretora da Unidade Técnica Mercosul, Marta Roldán de Benitez, e a especialista em planejamento e projetos Nirla Dalva Recalde Mora.

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

I. SAÚDE NO MERCOSUL

Pergunta: De que modo a questão do acesso aos serviços e às ações de saúde entre os Estados Partes tem sido tratada no âmbito das discussões do Mercosul?

Ligier Rios: A nivel del Ministerio de Salud, donde se elaboran las políticas sanitario-regionales de acuerdo a las prioridades existentes en la región, nunca se ha abordado específicamente salud de fronteras. Desde luego que están las partes que corresponden a las redes de servicios, lo que es el acceso de salud a una serie de situaciones. Se llegó a mencionar como un punto importante dentro de la estructura del sector, pero no discutirlo como un tema agendado. La propuesta de Paraguay fue, en un momento dado, conformar un grupo cuatripartito, porque en el MERCOSUR no estaba Venezuela, que todavía no es socio pleno porque aún faltan ciertas situaciones que cumplir.

Paraguay tiene un coordinador nacional de salud de frontera, porque consideramos el tema importante, quisiera ver si los otros países tienen ese coordinador. Existieron varios convenios de salud en la frontera, ya sea con Bolivia, con Argentina, de repente estos convenios quedaron estancados, ni se conformó ese grupo de trabajo bilateral que tiene que dar sostenibilidad al proceso.

P: Mas os outros países também têm essa preocupação, ou não?

Ligier Rios: No lo veo. Honestamente, el temor era por la asimetría existente entre los países. Hay que dejar que este proceso avance en forma lenta y progresiva, teniendo en cuenta la asimetría. Paraguay tiene una falta de acceso a la salud a nivel de frontera, definitivamente. Este proceso de integración puede llevarse a cabo elaborándose metas a corto, mediano y largo plazo. A corto plazo podemos implementar importantes acuerdos que se han obtenido ya a nivel de

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

ministros de salud, con respecto a VIH-Sida, dengue, control de enfermedades transmisibles y infecto-contagiosas.

En la parte de servicios, estamos utilizando muchas veces los servicios argentinos. Nuestra prioridad es integración, fortalecimiento y acceso a los servicios de salud de las poblaciones de mayor vulnerabilidad, con un cronograma bien específico y delimitado. Yo sé el interés que tiene Brasil y al estudio que se invirtió para hacer un análisis de salud de frontera, pero si lo vamos a desarrollar lo vamos a hacer en forma cronológica. Es como un bebé, hay una serie de flexibilidades, si el desarrollo neurológico está bien, después aprende a pararse, después a gatear, después a caminar... Es necesario contar con una cronología fisiológica, natural, y no meternos en temas muy complejos donde ya definitivamente existen trabas. Desde luego yo veo la diferencia con la Unión Europea. Nosotros también queremos fortalecernos. Entonces ¿cómo voy a fortalecer por dentro con esa integración que se da a nivel de la zona de frontera?

Nosotros hemos presentado un pre-proyecto con pasos importantes. El primer paso es la análisis de la situación y, dentro del ámbito objetivo, un plan a corto, mediano y largo plazo, en donde podamos comenzar y accionar el programa de integración de frontera.

P: Além da situação da fronteira, como vê o processo de integração dos países?

Ligier Rios: A nivel macro existe un proceso de integración, pero no con respecto a salud en zona de frontera, con acciones integradas en donde se encuentra un plan y una política para fortalecer el sector. Para mi no hay, a no ser que haya en el GT- Itaipu, no lo conozco, pero lo veo un poco más teórico que antes. ¿Será que el GT Itaipu aterriza en las cuestiones sanitarias? Quiero que me den indicadores, antes y después del GT, para ver cómo se manejan.

Esa integración tiene que nacer con un grupo, o con un comité de salud de frontera que esté tratando el tema. Porque a veces hablamos de la zona de frontera pero a nivel de las altas autoridades. Pero, ¿cómo se está tocando esto en las bases?

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

Ponerlo en Encarnación Losada, ponerlo en Foz de Iguazu, Ciudad del Este, en Pedro Juan Caballero, en Ponta Porã, Glorinda, Formosa, Chaco, Bolivia, Paraguay. Se firmaron convenios y acuerdos, pero no aterrizan, porque definitivamente las bases no están informadas. No tenemos conformados grupos, con la presencia de los niveles centrales, de los niveles regionales departamentales, y de la sociedad civil, para que elaboren su diagnóstico e su plan de acción, de modo a dar continuidad al proceso .

P: Como seriam essas comissões de fronteira?

Ligier Rios: Anteriormente nosotros conformábamos una comisión de salud de frontera. Entonces el ministro de salud del otro lado era el representante número uno en lo que a salud se refiere. Poníamos los temas que íbamos a abordar y los que nosotros creíamos que eran de interés común. Comenzamos por la notificación de enfermedades. Como normativa Mercosur, nosotros ya tenemos la comunicación obligatoria de enfermedades transmisibles. Antes de que salga el reglamento sanitario internacional, teníamos 16 enfermedades de notificación obligatoria.

Un factor importante es contar con cobertura suficiente en lo que se refiere a la prevención de enfermedades inmunoprevenibles, la rabia canina, por ejemplo. Muchas veces la promoción de la salud se la hace al otro lado con un idioma totalmente diferente de lo que se hace en Paraguay. Y sabemos bien que muchas veces la promoción debe tener un mismo mensaje, hablar un mismo idioma en los dos lados, para que tenga el impacto que nosotros queremos, porque los dos lados están escuchando los medios de comunicación. Me acuerdo cuando empezó el cólera. Paraguay utilizaba una gotita de lavandina por cada litro de agua para potabilizarla y con eso 30 minutos después podía consumirlo, para evitar contraer cólera. Al otro lado teníamos la información de que son dos gotas. Entonces había confusión. Era una cuestión de unificar criterios.

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

P: Quais os consensos mais importantes entre os Estados-Parte com relação ao tema da atenção à saúde no Mercosul?

Ligier Rios: El consenso, para mí, es el hecho de que se mire al sector salud como componente importante de lo que atañe al Mercosur, teniendo en cuenta los diferentes factores de riesgo existentes. Hay la parte de productos para la salud, vigilancia epidemiológica, control sanitario de puertos, ejercicio profesional, se toca la parte de servicios pero no todavía no el acceso. La notificación de enfermedades transmisibles nos da la oportunidad de tomar decisiones rápidas. Lo que corresponde y lo que atañe a la reunión de ministros de salud del MERCOSUR donde realmente se están viendo acuerdos importantes en donde se reflejan las prioridades regionales en lo que atañe a política de medicamentos, a salud y desarrollo, control del dengue, control y erradicación de enfermedades inmunoprevenibles. Un acuerdo que se había firmado hace mucho tiempo acá en Paraguay, sobre tabaco, que yo pensé en un momento que era la lucha contra el molino de viento, ahora prácticamente son tres países - Brasil, Uruguay y Paraguay - que tienen una ley e un convenio para la erradicación del tabaquismo. Falta Argentina, que está conformando espacios libres de humo. Es un impacto muy importante.

Y así varios otros acuerdos, núcleos de articulación, justamente mañana tenemos una reunión con respecto al núcleo de articulación. Se tratan de sistemas de información y comunicación, un paso importante a fin de poder discutir las informaciones necesarias de cualquier tipo de evento que pueda ocurrir de uno u otro lado. Reuniones virtuales, también, están se haciendo en base a ese grupo de trabajo. Otras políticas también son muy importantes, y por sobre todas las cosas para mí la frontera es muy importante, porque es ahí donde se viven las problemáticas, es ahí donde existen los factores de riesgo. La frontera es un mundo a parte, en donde programas de salud sexual y reproductiva, VIH-Sida, son muy importantes.

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

P: Quais os temas divergentes mais significativos entre Estados-Parte com relação à atenção à saúde no Mercosul?

Ligier Rios: Las políticas de recursos humanos a nivel regional es un tema que no se está tocando a nivel de MERCOSUR. El ejercicio profesional se está tocando en la parte curricular, homologación de programas, pero no el manejo de los recursos humanos.

Rafael: Una parte en que siempre hay resistencia es la referencia-contrarreferencia de pacientes. Es la parte que depende de los gobernantes de turno, para ser concientes de que la frontera verdaderamente no tiene patria, credo, ni religión. Y yo creo que todos van a acordar un sentimiento regional, porque acá tenemos una diferencia muy grande en el desarrollo y problemas muy graves en el sector de frontera porque tenemos que tratar todo completo, sin embargo vamos y tropezamos después en las partes regionales. Cada región tiene su manera de ejecución de la salud pública.

P: De acordo com a sua experiência quais os desafios ainda não superados com relação à atenção à saúde no processo de integração regional no Mercosul?

Ligier Rios: Algo que todavía no se llegó a superar y seria fundamental, teniendo en cuenta nuestras asimetrías, serian los sistemas de salud. Tenemos deudas que en un momento dado ni lo tratamos y hay temor de que se trate. Es como un tabú. Es una barrera invisible que muchas veces hace que salud de frontera no avance.

Con cuentas nacionales se está trabajando bien a nivel nacional. De repente hay recursos que pone Itaipu, o que pone el ministerio de salud, la gobernación, una ONG, o otro organismo de cooperación. Pero muchas veces cada uno gasta sus recursos tal cual como se les da, entonces cuentas nacionales sería como una guía para direccionar hacia el real interés, que está demarcado en las políticas nacionales de salud.

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

Marta: El intercambio comercial de productos farmacéuticos se está dando despacito. Se esta empezando a registrar productos paraguayos dentro de Brasil, dentro de Argentina se está intentando, y dentro de Uruguay ya tenemos bastante registros sanitarios, pero fue lento, es un poco difícil, hay presiones políticas. Hay un poco temor de la apertura, porque nosotros tenemos los precios muy ventajosos de producción, entonces por ahí viene la cosa, no es salud, sino política comercial.

P: E em serviços, quais são os temores? O financiamento, o acesso, a gestão?

Ligier Rios: Yo diría que el acceso es una de las problemáticas que tenemos. La financiación va a la cabeza de todo. Si yo tengo financiación para tratar de desarrollar mi sector, y darle los servicios adecuados a las necesidades de la población, no tengo problemas. Pero cuando no disponemos de estos recursos, ¿qué podemos hacer? Tratar de fortalecer la atención básica. Por ejemplo, Pedro Juan Caballero tiene tres equipos de diálisis que todavía no están funcionando por falta de recursos humanos. Hay una serie de situaciones que impiden una mínima infraestructura para poder ofertar el servicio que se necesita en frontera. Y todo eso conlleva a no contar con una fuente de financiación. Porque se complica la situación en donde nuestros hospitales especializados no están a un nivel de accesibilidad acorde a la realidad. Entonces vamos a tener el acceso al otro lado de la frontera, son diez minutos.

P: Na sua avaliação qual será a tendência futura no que tange ao acesso aos serviços de saúde no âmbito do Mercosul?

Ligier Rios: Hay una tendencia integradora, por sobre todas las cosas. Donde llegue un momento dado en que Paraguay pueda ofrecer un servicio con toda la garantía a cualquier tipo de ciudadano, y que Brasil esté tranquilo en ese aspecto de que vengan turistas o comerciantes al lado paraguayo, de que se les va a dar la atención que corresponde y que se tenga esa confianza. Contar con una

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

asistencia y una calidad igualitaria en los servicios de salud, y una política integradora en recursos humanos en donde podamos desarrollar nuestros recursos de tal manera que sepamos esos recursos humanos en paraguay tengan la misma capacidad de los que están en Brasil, Uruguay y Argentina.

Esa integración en si, va a tener su costo en tiempo, pero alguna vez se tiene que asumir este proceso que nosotros estamos fortaleciendo ahora, con un componente importante de descentralización. Mi idea es que los niveles locales estén asumiendo la situación, no desde un nivel central, lo que va a hacer más fácil la acción integradora.

II. POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE DO SEU PAÍS E MERCOSUL

P: Quais diretrizes o Paraguai tem pautado na discussão no Mercosul sobre serviços de atenção à saúde junto aos demais Estados Partes?

Ligier Rios: Antes de ir a una negociación del SGT-11 la salud ya es producto de una reunión con la sociedad civil, industriales, sector farmacéutico. Entonces contamos con una postura. En una ocasión trabajamos en el programa materno-infantil, y creo que fue en Sao Paulo se llegó a aprobarse una de las pautas negociadoras en el ámbito del SGT que llevamos nosotros.

P: O Paraguai defende algumas diretrizes nas discussões de saúde no processo de integração? O que queremos saber é como o país chega à discussão, a posição que leva, não só em nível técnico, porque os técnicos não vão às reuniões com opiniões diferentes das dos dirigentes. O mais importante num processo de integração é que cada um se fortaleça, e não que um seja mais forte que o outro. Por exemplo, não porque o sistema da Argentina seja o melhor do mundo os outros são piores, cada um tem que valorizar o que tem, e em saúde isso é muito importante, porque saúde é uma

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

política de Estado. Outra coisa muito importante é a continuidade depois que se firmam os acordos, por tras dos quais há uma cultura política.

Ligier Rios: Lo que tu dices, la continuidad, está dentro del manual de función de la oficina, documento que vamos a lanzar. En este documento contamos que dentro de la función, para que esto tenga continuidad, la evaluación y el monitoreo de los compromisos asumidos en el ámbito del MERCOSUR, asumidos en el ámbito internacional.

P: Existem prioridades políticas na saúde no seu País que se relacionam com a integração regional no Mercosul?

Ligier Rios: Salud de frontera es una. Dentro del ámbito del MERCOSUR Paraguay tiene directrices bien específicas en el marco de lo que atañe al foro del SGT-11. Se está trabajando en el contexto de la industria farmacológica. La parte de productos para la salud y la parte que corresponde a productos médicos. Otro tema al que se da énfasis es la vigilancia epidemiológica, el reglamento sanitario internacional. En ese ámbito contamos con un grupo de trabajo nacional en donde estamos levantando un diagnóstico de las capacidades existentes. Otro aspecto se refiere a lo que es control sanitario en puerto y aeropuertos. Tenemos además, la parte del programa materno infantil. Tenemos también como una política muy importante la parte de la comunicación en salud.

Rafael: El reglamento sanitario internacional aquí esta en vigencia hace un año. Yo socialicé la parte de reglamento internacional a nivel de frontera, porque va a ser nuestra defensa más grande, porque hay desigualdades. Las inequidades van a quedar equilibradas totalmente, en un contexto de aquí a 4- 5 años. El problema que estamos teniendo es del individuo, en que se le tenga que atender aquí o allá, a nivel de frontera, y él no tiene patria pero tiene necesidades y eso es lo que hay que atender.

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

P: Existe no Paraguai alguma política, programa ou diretriz de saúde específica para a questão de saúde na fronteira e de atenção à saúde aos estrangeiros nacionais dos Estados Partes?

Ligier Rios: Tenemos acá este documento y vamos a encargarlo porque nos hemos dado cuenta que contamos con análisis de situación de salud en el departamento fronterizo pero no contamos con una política de salud. Esto está proyectado a corto plazo, el elaborar las políticas de salud frontera que ya las tenemos conversado con la OPS, y en ese aspecto se necesita el okay del Señor Ministro, que está muy interesado porque su tesis de maestrado lo ha presentado en base a lo que es salud de frontera. Ahora se enfatizan fundamentalmente la salud materno-infantil y enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, y la parte del control sanitario, que también estamos a poco de poder desarrollarlo conjuntamente. De las 18 regiones sanitarias de Paraguay, 13 están en zona de frontera. Los departamentos mas poblados están en la frontera con Paraná, más Paraná que Mato Grosso.

P: De que modo o Ministério da Saúde do seu país se estruturou para a discussão da saúde no Mercosul?

Nilda: Inicialmente era solamente Unidad Técnica Mercosur, pero después se unificaron todos los temas Mercosur en una oficina del Ministerio, porque al inicio estaban distribuidos los temas de productos para la salud, vigilancia sanitaria, vigilancia epidemiológica. Entonces, en 1997 más o menos se llegó a la conclusión que debía haber una unidad técnica. Hace tres años se vio la necesidad de elevar una dirección general y hacer la misma cosa, es decir, que todo lo que tenga que ver con relaciones internacionales se hace tramitando en una sola oficina.

P: E os técnicos também estão aqui ou têm suas áreas? E como ficam os organismos vinculados? Por exemplo, sei que Itaipu participa.

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

Ligier Rios: Si, los técnicos tienen sus áreas técnicas, es una coordinación para reuniones de todos los temas. Itaipu es un tema aparte. Es el Instituto Nacional de Salud que participa en Itaipu. Es también un organismo dependiente del Ministerio de Salud, tendría que estar dependiendo de esta oficina pero en la realidad es otra cosa.

P: Vocês ainda estão se fortalecendo para poder expandir-se às áreas do Ministerio da Saúde. Têm alguma discussão estratégica desta unidade?

Entrevistada 1: Si, nosotros tenemos otras soluciones en cuanto a las personas que tienen que formar parte, y se les llama a las reuniones periódicas, donde se estudian las estrategias de cada tema para llevar a las reuniones, tienen que proponer cuáles son las propuestas de cada técnico, se discuten, se llega a un consenso tanto del sector oficial como del privado. Es una coordinación entre los técnicos y la dirección general.

P: Ligier disse que os recursos humanos não são prioridade no Mercosul, mas acho que a pessoa que está discutindo com outro país deve tener una formación. Por ejemplo, yo hice un curso de salud internacional en la OPS. Es necesario prepararse en esa discusión con otro país. Además, se dijo algo muy importante, las personas cambian mucho de puesto porque tienes cargos de confianza.

Ligier Rios: Hay un convenio que se firmó hace poco, viendo esa necesidad. Esta es una unidad que surgió hace 3 años en vista de intentar aglutinar un poco todo lo que es relaciones internacionales en un área determinada, ya sea en el tema referente al área de cooperaciones, al área de análisis, encontrar prioridades importantes a nivel nacional, elaborar proyectos, búsqueda de financiamiento, contar con un sistema de evaluación de los proyectos, monitoreo y ver los impactos. Referente al área de las cooperaciones, eso aún está suelto por todo el ministerio. Todavía es una unidad que esta en un proceso de

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

desarrollo y va a llegar una hora en que se asuma realmente, no por la gente de acá, sino por la gente del otro lado.

P: Os que trabalham nessa unidade são funcionários do Ministério da Saúde?

Ligier Rios: Si, totalmente. Tenemos un organigrama, y dentro de este la estructura orgánica, que es lineal, y la estructura funcional, más en niveles técnicos. Las direcciones técnicas son las que manejan todos los temas del SGT y de la reunión de ministros de salud.

P: Com relação ao livre acesso de nacionais dos Estados Partes, na perspectiva da política de saúde e da organização dos serviços de saúde no Paraguai, quais seriam as dificuldades?

Ligier Rios: Existen convenios que se han firmado con la gente de Ponta Porã y Pedro Juan Caballero, en donde existe una resolución que firmó Julio Velásquez, en donde la atención es totalmente gratuita e igualitaria en la zona de frontera. Hay una resolución de hace 3 años aproximadamente, en donde la atención es totalmente gratuita y el año que pasó se firmó un convenio entre Ponta Porã y Pedro Juan Caballero. No hay una política sólida al respecto, es una situación que falta madurar, pero existen resoluciones, por ejemplo, la gratuidad del servicio para cualquier extranjero, por lo menos en el ámbito del Mercosur.

P: O mesmo tipo de prestação nos dois lados, ter a mesma qualidade...

Entrevistada: Calidad la va a tener igual, ahora el costo, la financiación es lo de importancia, porque acá un extranjero de cualquier nacionalidad es atendido como cualquier paraguayo, no hay distinción. Ahora como se paga es otra cosa. Hay que tener todo reglamentado.

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

Rafael: Se viene pensando en crear un documento con respecto a las atenciones, para que el individuo no vaya a rodar como un satélite para ver quien le va a dar atención.

P: Quais seriam os fatores facilitadores?

Rafael: En las reuniones se viene reclamando mucho que a los paraguayos faltan recursos humanos a nivel de frontera, y tenemos que asumirlo. Yo hablo en un contexto unitario, más como república. A Paraguay le va a interesar hacer un tema referente a salud de frontera en un contexto general, porque nosotros sufrimos mucho como republica unitaria.

P: Quais aspectos da política de saúde e da organização dos serviços de saúde no Brasil podem contribuir para a melhoria do acesso aos serviços de saúde nas fronteiras?

Ligier Rios: Fundamentalmente, la asimetría es una de las dificultades que tenemos. Para desarrollar el sector y contar con una capacidad similar es importante que exista un proceso de integración en donde los profesionales de salud se nutran de la capacidad y la experiencia de los profesionales que están en las ciudades puente. Amén de ello, con el tiempo, sería lo que correspondería a un proceso de integración, y lo que está en el mercado, dentro del SID, Sistema Integrado de Salud. Si no tenemos la capacidad suficiente de ofrecer determinado servicio por cualquier circunstancia, sería posible utilizarlo en forma integrada con lo que dispone Brasil, o con lo que dispondría Paraguay, dentro de un marco legal.

Eso va a depender de una política de alto nivel y no de nosotros, porque existen circunstancias que podrían estar entorpeciendo el proceso. Si yo no tengo terapia intensiva y Brasil lo tiene, tendríamos un convenio para compensar por los servicios prestados. Esperamos que aquellos países más desarrollados nos

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

ayuden a crecer y disminuir un poco esa asimetría, que dificulta el proceso de integración.

Rafael: Creo que Paraguay Argentina y Brasil tienen dificultades de documentación. El Brasil mismo puede ir implementando la documentación en el momento de la atención al paraguayo, al argentino o al uruguayo. No existe otra manera. Brasil hace frontera con todos los países, menos Ecuador y Chile, entonces su política de salud tiene que ser como un espejo para la República del Paraguay, con una población 80-85% fronteriza. Lo que plantea Brasil va a ser de beneficio para Brasil en el momento en que se fortalezca Paraguay, porque nuestra población no va a necesitar ir hasta allá una vez que tengamos el diagnóstico de las necesidades de esa población fronteriza. Hay que trabajar en ello también.

P: Como analisam a dinâmica do acesso à saúde entre as fronteiras do Brasil y as fronteiras da Argentina? Quais são as diferenças entre Paraguai-Brasil e Paraguai- Argentina ?

Dr. Ligier: Brasil es un poco más flexible con nuestras necesidades. Con Argentina tenemos nuestro servicio de mayor complejidad aquí. Pero en todo el camino de la frontera tenemos una carencia de acceso a los servicios de mayor complejidad. A no ser pediatría, ginecología....

P: Qual é a maior distância existente no Paraguai?

Ligier Rios: De Asunción al Alto Paraguay, donde está Puerto Montilla, son 16 horas vía terrestre, pero no es asfaltado, si llueve ya no llega. Después vía fluvial para venir a Asunción demora aproximadamente 3 días. A Amambay, 16 horas, a Concepción, 6 horas, al Alto Paraná 5 horas. El paciente tiene que venir del interior del Alto Paraguay al hospital regional, y del hospital regional para la capital.

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

P: É muito difícil haver especialidades na fronteira, então é preciso haver cobertura total da atenção básica e uma boa rede de referência, não importa para onde seja, mas boa. O mesmo problema tem o Brasil na fronteira do Rio Grande do Sul. Demora mais ir a Porto Alegre que ao Uruguai. Mas não se justifica a existência de serviços especializados tão dispersos.

Ligier Rios: El diagnóstico dice: carencia del servicio de salud especializado en zonas de frontera y dificultades de acceso a grandes hospitales y hospitales especializados que brinden estos servicios y que se encuentran disponibles exclusivamente en el departamento central y capital del país, el cual forma parte de la cadena de referencia de paciente. Tiene también recomendaciones, en este punto: fortalecimiento de los servicios de salud en especialidades médicas, en hospitales regionales fronterizos, o fortalecer unidades sanitarias ubicadas estratégicamente que brinden acceso a otras regiones sanitarias con la suscripción de convenios con instituciones que prestarían los servicios requeridos..

P: Isso não pode ficar na retórica, porque a falta de serviços não é algo exclusivo do Paraguai, é típico nas fronteiras de todos os países. Nenhum país tem serviços na fronteira.

Ligier Rios: Más que nosotros no puede ser, nosotros no tenemos servicio de terapia intensiva en las regiones sanitarias fronterizas, ustedes tienen terapia....

II. REPERCUSSÕES DA INTEGRAÇÃO NO MERCOSUL NAS POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE DO SEU PAÍS

P: Quais as repercussões, positivas e negativas, da integração regional no Mercosul sobre as políticas e sistema de saúde no Paraguai?

Ligier Rios: Las repercusiones positivas van de acuerdo a las regiones, a su desarrollo económico y social. Entonces hay una diversidad de poblaciones. En el Alto Paraná se ha priorizado ciertos programas que dieron resultados muy positivos

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

dentro de este proceso de integración con Brasil, por ejemplo uno con respecto al programa de VIH-Sida. Brasil nos está otorgando también insumos para el tratamiento de VIH-SIDA. El proyecto del banco de leche que se va a tener aquí en el hospital San Pablo, como un plan piloto a ser transportado a otros hospitales, se puede implementar. En control de enfermedades transmisibles hay acciones integradoras positivas, pero pienso que le falta más impulso. Existen muchos acuerdos, convenios, resoluciones incorporadas al ordenamiento jurídico nacional, pero de repente no es que realmente llega a tomar cuerpo, que aterrice en un 100% en el ámbito de todos los países.

Pero muchos aspectos tienen sus debilidades. Dentro de las normativas MERCOSUR, por las normas del pasaje de productos muchas veces Paraguay no puede pasar sus productos al otro lado. Esa es una problemática que tenemos. Será por falta de confianza, lo que sea. Estamos viendo esa debilidad y que digan que podrían estar apoyándonos para desarrollar este aspecto y de ahí en adelante trabajar en forma conjunta y poder estar intercambiando situaciones de acuerdo a eso. Entonces el aspecto comercial es un poco más dificultoso. Y en el aspecto sanitario le veo la parte rígida de la cuestión y la parte de servicios, lo que hace que ese proceso no se esté desarrollado entre los países y fundamentalmente en el ámbito de la frontera.

P: Os Estados Partes têm políticas e sistemas de saúde muito distintos. Como avalia as possibilidades futuras dos sistemas de saúde frente aos avanços da integração econômica no Mercosul?

Ligier Rios: Para que el área de salud tenga la misma dinámica de desarrollo, creo que el sistema se tiene que tocar. Nosotros hablamos de este proceso de integración de salud, promoción y prevención, pero esto se tiene que tocar a nivel político, no a nivel técnico. Los técnicos somos los que escuchamos, pero no podemos tener una decisión de mando. Necesitamos que nos digan, “acá los ministros del Mercosur y de toda la sociedad se ponen de acuerdo para tal y tal

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

y tal cosa". Bueno, los técnicos trabajamos para eso. Pero si no hay esa orientación política no se puede tomar decisiones.

Salud tiene que salir adelante, es uno de los pilares fundamentales de desarrollo económico y social de la población, sin ello no vamos a tener un desarrollo integral, bajo ningún punto de vista.

P: Quais seriam os acordos necessários entre os Estados Partes para avançar em questões de saúde e assistência no Mercosul?

Ligier Rios: Yo considero que hay una asimetría importante entre las partes. Cooperación técnica es fundamental, por ejemplo en el área de capacitación de los recursos humanos en salud y para el fortalecimiento de ciertos programas que son prioridad a nivel nacional. Serian muy importantes la cooperación técnica, además, en las siguientes áreas: materno-infantil, información, sistema de información, desarrollo de los servicios de salud.

P: Quais temas o sr. indicaria para compor uma pauta de discussão do Mercosul em relação à saúde e a assistência ao cidadão?

Ligier Rios: El sistema de red de servicios. Acceso a la salud. Un sistema integrado de salud, a través de metas a corto, mediano y largo plazo. Muchas veces estamos encarando lo que es la parte asistencial propiamente dicha del paciente, acceso a la salud, pero en lo que atañe a la recuperación de la salud también está la infraestructura. No cumplimos en un 100% las normativas del Mercosur, pero insi stimos en darle otra mirada más importante, quizás por lo del costo que corresponde a la asistencia de ese paciente y la generación de divisas que pode acarrear del otro lado. Quisiera que vayamos a Pedro Juan Caballero y digamos que realmente existen los acuerdos de ministros firmados referentes a tabaco, a dengue, a núcleo de articulación. La falta es asistencial e también la falta es hacer cumplir esos acuerdos que existen.

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

P: Qual é o papel dos Ministérios da Saúde e dos demais níveis governamentais na discussão do acesso à saúde do Mercosul?

Ligier Rios: Formular acuerdos políticos importantes, de acuerdo a las prioridades que los niveles técnicos consideren y que van a tener repercusión. Y que los ministros de salud digan: “*Señores técnicos, nosotros queremos una evaluación, un informe de todos aquellos acuerdos que nosotros hemos firmado.*” Hay que esperar. Para todos es un gasto económico enorme. Quiero que me den un seguimiento, un indicador de todos esos acuerdos, no lo tengo.

Una de las funciones del documento de Caracas es darle seguimiento a los acuerdos y compromisos que se asumieron en pactos internacionales. Ese es el objetivo que tenemos. En varias oportunidades la reunión de ministros fue en Brasil, en Uruguay y Argentina. Cuando habíamos hecho esa reunión extraordinaria habíamos dicho que las comisiones intergubernamentales, los coordinadores, evalúen un poco en cada reunión preparatoria, que se hizo de las propuestas, para que la próxima reunión presente los avances. Y así ver las dificultades y darle el encaminamiento.

P: O que vocês acharam da entrevista? Que aspectos poderiam ter sido abordados e não foram?

Ligier Rios: Yo creo que se han abordado muchos puntos. Creo importantes las preguntas, tienen su impacto en los procesos de integración, como fortalecimiento del sector. Ante los procesos de globalización que estamos viviendo, queremos poder dar una mayor respuesta a los requerimientos de nuestra población y la población de la región fronteriza, y tomarla como una sola y sin frontera en base a una política bien estructurada. En ese aspecto considero muy importante la visita de ustedes y estar en comunicación.

Rafael: Una última conclusión, que se produjo en esta última reunión del Mercosur. Creo importante tomar con calma todo lo acontecido, para reflexión. A lo que nos hemos referido en general son decisiones políticas, en las que están metiéndose profundamente los no asociados. Los que gobiernan el Mercosur son,

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

en una palabra, Argentina y Brasil, es notorio. Están dándole publicidad a un quiebre del bloque. Siempre hay este riesgo.

Percepções sobre saúde na fronteira do Mercosul

Entrevista com o coordenador do Uruguai do SGT-11 Saúde Mercosul

Gilberto Rios Ferreira

Gilberto Rios Ferreira, representante uruguaio no SGT-11 Saúde desde março de 2005, ocupa o cargo de coordenador da Comissão Nacional de Saúde de Assuntos do Mercosul de seu país. Ex-deputado federal é também Subdiretor Geral de Saúde do Ministério de Salud Pública do Uruguai. Tem 48 anos, é médico especialista em administração de saúde pública. Antes trabalhava na área privada, como clínico, e na área acadêmica, no setor de educação médica continuada da Faculdade de Medicina.

Em entrevista às pesquisadoras Ligia Giovanella e Luisa Guimaraes em novembro de 2006 em Montevideu em sua sala no Ministério de Salud Pública, Gilberto Rio destacou a importância de dar prioridade ao debate sobre a atenção primária e a acordos concretos para resolver questões concretas locais de fronteira nos fóruns de saúde do Mercosul. Considera os serviços de primeiro nível um ponto ausente da discussão da saúde no Mercosul. Outro ponto que deve ser prioritário é o do exercício profissional. Argumenta que ainda não há suficiente “clareza de que o processo de integração tem seu tempo e é preciso avançar em experiências concretas, quer binacionais quer trinacionais, para decidir o que se pode fazer e depois mostrar” e expandir. O Uruguai, diz ele, enfrenta atualmente um processo de reforma profunda de seu sistema de saúde para garantir cobertura universal na qual a atenção primária deve orientar a organização do sistema. Apresenta diretrizes muito claras na discussão sobre serviços de atenção à saúde, propondo uma reforma em torno de três eixos: o financiamento, a modificação do modelo de gestão e a modificação do modelo de atenção.

A diretriz que aponta para a necessidade de dar maior atenção ao primeiro nível implica em conhecer o que se faz nos demais países, afirma ele. “O que

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

podemos trocar, desde como se conformam as equipes de saúde até como é a planta física das unidades e o sistema de registro. Tudo está pensado dentro dos hospitais e isso precisa mudar”.

I. SAÚDE NO MERCOSUL

Pergunta: De que modo a questão do acesso aos serviços e às ações de saúde entre os Estados Partes tem sido tratada no âmbito das discussões do Mercosul ?

Rios Ferreira: Mirándolo más sistémicamente, el SGT-11 es el sector que tiene más retrasos, el que está más débil, el que ha generado menos productos, a pesar del tiempo de funcionamiento. En Uruguay hubo cambio de gobierno y modificamos mucho la estructura junto al Mercosur.

El Mercosur tiene una pauta negociadora, y uno veía que se reunían los del SGT-11 y luego no podían avanzar porque hay algo no escrito y que traba el funcionamiento. De las comisiones de servicio, la que tiene más retraso es el área de sistemas, por una razón económica. El tema de servicio nosotros, los del SGT 11, lo vemos como servicios de salud, pero integra un paquete mucho más grande, que es el tema servicios del Mercosur. Hay otro grupo que analiza el tema y obviamente, teniendo en cuenta el grado de desarrollo de integración, todavía se está en una etapa muy inmadura para pensar que se pueda plantear que el tema de servicios pueda establecerse en cualquier lugar.

En salud, aparte el tema económico, que es una de las trabas, hay la realidad de algunos países en cuanto a la forma institucional. Los países son federativos y a veces el Ministerio de Salud no tiene capacidad de determinar que en tal lugar se tiene que hacer tal cosa. En el tema de servicios de salud, también no se avanza mucho porque, entre las cosas no escritas, está el tema del libre tránsito en la zona, porque tener servicios no significa que haya gente que haga las

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

cosas. Cada país tiene realidades diferentes, algunos con más limitaciones. El caso más clásico es el de Brasil, donde es grande el peso del colegio médico.

Entre las tres grandes áreas que tiene el SGT-11 -- vigilancia, productos y servicios -- la de servicios es la que menos productos y menos avances ha impulsado a partir de la reunión de Montevideo el año pasado. Porque en el resto de las cosas se plantean normas, que cada país adopta y pasa a ser ley o decreto. Pero hoy estamos en una etapa que no podemos obligar a nada y todavía no hay posibilidades de que eso se aplique. Se planteó que cada país tiene que hacer directrices, líneas de trabajo de cómo deberían ser sus servicios y no decir: "tal servicio tiene que ser así". Porque nos pasó una cosa en Paraguay, se estaban elaborando normas de cómo debería ser un servicio, no me acuerdo si era un servicio de urgencia o un hospital de segundo grado y nos dimos cuenta de que todo lo que se había acordado tenía los requisitos muy por debajo de lo que teníamos en Uruguay, Brasil y Argentina y que estaban más adaptados a la realidad de Paraguay.

Por lo tanto, intentamos acordar una norma para aplicar en los países que tenían menor calidad de servicios que la de otros países. Esto llevó a que preguntásemos, ya que como nuevos integrantes podíamos preguntar todo lo que queríamos en esa reunión, si aprobásemos esas normas de menor calidad en mi país, para un servicio de urgencia en la frontera y se lo ofrezco a Brasil, la respuesta de Brasil fue "... le voy a exigir lo que exige Brasil". Entonces ¿para qué hacer una norma? Por eso a partir de Montevideo, la parte de servicios lo que fija son directrices: "si quieren un servicio de CTI, debe tener esta característica, si pueden hacerlo mejor, que lo hagan mejor", pero no podemos obligar a que sea una ley, a que sea una norma obligatoria, porque en realidad no hay intercambio de servicios todavía.

P: Quais os consensos mais importantes entre os Estados Partes com relação ao tema da atenção à saúde no Mercosul?

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

Rios Ferreira: El primer consenso, más programático, es la misión de esa comisión que trata el tema de servicios. La idea es armonizar criterios que permitan que los servicios de atención a la salud, usando el concepto amplio del término, garantice la mejor calidad y accesibilidad al conjunto entre la población de la región. El otro consenso, que estamos planteando cambiar, ha trabajado en mirar servicios de alta especialización, CTI, centro de diálisis, algunas cosas también que pueden ser nuevas como maternidades, pero en general tiene una tendencia a lo hospitalario, a la alta tecnología. Y hay que mirar también todo el tema del primer nivel de atención, que no está en la pauta negociadora. Entonces, la segunda cosa en la que hay consenso es que los servicios están instalados dentro de los grandes hospitales o de alta tecnología. A nosotros nos parecería que también habría que balancear otros aspectos.

El tercer consenso es que hoy se reconoce que no se puede avanzar más allá que fijar cuáles son las líneas, las directrices. No se puede exigir una cosa a rajatabla como se exige con medicamentos o con vigilancia, porque no se ve en el horizonte cercano que sea viable integrar los servicios.

P: Quais os temas divergentes mais significativos entre os Estados Partes com relação à atenção à saúde no Mercosul?

Rios Ferreira: Los temas más divergentes son: primero, el hecho de cuando vamos a definir cuál sería el mejor servicio en determinada situación, para que sea posible la integración. ¿Que hacemos? Bajamos el nivel de lo que tenemos o ponemos el nivel de calidad dentro de estándares generales. Un poco el criterio es que a veces, para que todo pueda ser definido por consenso, no se fija el óptimo. Es preferible esperar que un país llegue a ese óptimo, pero no para tomar una decisión que en realidad quiere decir que todos bajemos los requisitos y después se da la paradoja de que si yo voy a exigir acá un servicio de CTI, voy a exigir por las normas más, más exigentes que las que me da el Mercosur. Hay una divergencia y hay que ponerse de acuerdo. Cuando estandarizamos la calidad del

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

servicio, que exista al menos un estándar y no bajar en función de las asimetrías existentes.

El segundo tema divergente es el ejercicio profesional, no solamente en la disciplina médica. Mientras no haya un consenso en eso, por más que nos pongamos de acuerdo en el mejor servicio, va a haber una traba para implementarlo. Hay implicancias económicas y médico-legales en el ejercicio. No hay libertad para el ejercicio y además es diferente en cada país. Si no hay algún acuerdo es un factor de traba y puede hipotecar cualquier programa de ese tipo.

P: De acordo com a sua experiência quais os desafios ainda não superados com relação à atenção à saúde no processo de integração regional no Mercosul ?

Rios Ferreira: Por un lado, si pensamos en brindar una atención a la salud de calidad y con acceso universal, tenemos que pensar también en los servicios de primer nivel, lo que está ausente en la discusión. El segundo desafío es el ejercicio profesional, hay que encararlo para poder avanzar. Y como tercer desafío hay que tener claro que el proceso de integración tiene su tiempo y hay que avanzar en experiencias concretas, ya sean binacionales o trinacionales, para decidir lo que se puede hacer y después mostrar.

Si esperamos que un día nos pongamos de acuerdo en todo para hacer todo, va a llevar mucho tiempo pero podemos decir: “en vigilancia de salud se puede hacer tal cosa, en tal lugar se hizo otra cosa”. En un programa del SIDA en vez de hacer en la frontera seca se puede hacer un único programa. Si tengo una epidemia de hepatitis en Uruguay y hay vacunación, no se puede vacunar una ciudad y no vacunar otra. Hay un montón de cosas que ya hay que ir mostrando porqué hay la universalidad de los servicios. Porque si no en cualquier momento la legislación va decir: “se pueden integrar los servicios, así debe ser una maternidad”, pero no hay experiencias concretas en trabajar juntos. Hay que aprovechar cualquier posibilidad para hacer que eso se comprenda, incluso con

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

ensayo y errores, con todos los inconvenientes de reformar y hacer esas cosas, a veces sin una base legal muy fuerte.

P: Foi o que vimos na fronteira, iniciativas informais que não se formalizam em nível nacional, mas trazem a possibilidade do trabalho conjunto.

Rios Ferreira: Nosotros ahora estamos teniendo esta experiencia en Rivera, que tiene una base de acuerdo político. La evaluamos, vino gente de Brasilia, se está trabajando, hay un comité binacional, están trabajando en vigilancia. Todas las cosas que no involucraban servicios, justamente por todos los problemas mencionados anteriormente. Pero hace diez días me llaman y dicen que en la ciudad de Livramento hubo una huelga por tiempo indeterminado de los ginecólogos y gineco-obstetras. Nos plantearon si nosotros podíamos atender los partos de Livramento. Eso ya sería meternos en servicios, en actos médicos, y una mañana hubo que resolver uno acá, el parto no se terminó a esa hora, pero dijimos, hemos atendido un parto de Livramento en el hospital de Rivera, sin un acuerdo, yo pedí que me firmaran, que se hiciera un acta que diga que se reunieron, cuál era el problema y después se acordaron unos precios de cuánto pagar. Eso se hizo en diez días. Si no hubieran existido discusiones previas, no se hubiera llegado a esto, pero estaba tan madura la relación que en 24 horas se tomó una decisión de mil cosas que formalmente no tienen una base .

P: Qual foi a reação dos médicos de Rivera?

Rios Ferreira: No sé bien, pero el acontecimiento tuvo repercusión, porque salió en los diarios nacionales. Quizás por eso se terminó la huelga. Pero lo más urgente se resolvió.

P: Na sua avaliação qual será a tendência futura no tocante ao acesso aos serviços de saúde no âmbito do Mercosul?

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

Rios Ferreira: Como un producto de la inercia del modelo imperante, del modelo hegemónico que pensaba en la alta tecnología hospitalar, se va a poder optimizar algunas capacidades de cada país en algunas áreas muy específicas, como el tema de transplantes. Nosotros en transplantes ya tenemos un convenio con Brasil, uno bilateral con Argentina, que se pueden ampliar en cuanto a optimizar capacidades desde la compra de medicación inmunosupresora -- como se ha hecho con los antiretrovirales -- como con el tema de optimizar también la capacidad de los países para ciertos transplantes. Nosotros vamos a empezar el transplante de hígado, que hasta ahora teníamos mandado para Argentina. Eso va a seguir desarrollándose porque ya está caminando y no se puede frenar.

Otro tema, que también tiene como marco la alta tecnología, la medicina altamente especializada, es la nefropatía crónica. Hay que buscar un intercambio que permita que la persona pueda viajar y sepa que va al país y tiene posibilidad de acceso a la diálisis por algún mecanismo que se fijará. Esas son cosas que se están procesando y tienen factibilidad.

La segunda tendencia es pensar en los servicios de primer nivel no solamente por el tema del cambio de modelo. Nosotros estamos en la reforma de salud y queremos cambiar el modelo, impulsar el primer nivel, conocer las experiencias que han tenido otros países, lo cual es importante, porque además en el tema del primer nivel hay algunas cosas vinculadas al tema del ejercicio. Se puede tornar estas trabas un poco más flexibles.

Y como tercera tendencia, que no sabemos si será de todos los países, pero que nosotros tenemos, está el tema de apuntar esas cosas en la frontera. Tenemos directivas, gente trabajando y un director del departamento de salud en cada frontera. Se está planteando que tienen que empezar a hacer cosas desde el diagnóstico de salud común, graduándolo hasta poder llegar, como en este caso de Rivera, con una situación de emergencia. Esa es una gran potencialidad que va a permitir la base de lo que se puede hacer, para que después se llegue a construir fórmulas comunes para los cinco países. El MERCOSUR para la gente, independientemente de que hay cosas generales, macro políticas y eso, le llega a una parte de la población, pero la población en general no vive sin estas cosas

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

concretas: esto se puede hacer, esto se hace y hay esta posibilidad. Me parece que eso el ciudadano tiene que sentirlo como una cosa propia y no como algo que lo hacen técnicos o quienes lucran negociando cosas. Siempre la imagen del MERCOSUR es de algo que está trabado, está estancado, muchos viajes. Si se demuestra que se puede hacer tal cosa y eso funciona, creo que eso ayuda a entenderlo mejor.

II. POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE DO SEU PAÍS E MERCOSUL

P: Quais diretrizes o Uruguai tem pautado na discussão no Mercosul sobre serviços de atenção à saúde junto aos demais Estados Partes ?

Rios Ferreira: Nosotros tenemos una directiva muy clara para una reforma con tres ejes: el financiamiento, el cambio del modelo de gestión y el cambio de modelo de atención. Para el tema de servicio el horizonte es cambio en el modelo de atención. Por esto la directiva es, por un lado, priorizar el primer nivel, que significa conocer lo que se hace en los demás países, qué podemos intercambiar, qué cosas tenemos que conocer para aplicar acá. Desde cómo se conforman los equipos de salud, hasta cómo es la planta física y el sistema de registro. Todo está pensado dentro de los hospitales, y eso es lo hay que cambiar.

Queremos hacer cosas concretas. Por ejemplo, tratar de aplicar las directrices que ya existen en algunas áreas, en algunos servicios. No es lo mismo decir que tenemos una decisión individual de Uruguay que una decisión del Mercosur. Nosotros, por ejemplo, en el tema del primer nivel, quisiéramos tratar de analizar cuáles son los que garantizan la mejor calidad, el acceso universal de los mismos. Eso tiene que ver con la ubicación geográfica, cómo se componen los equipos, como es la planta física, la capacidad de atención y promoción de salud.

Porque nuestra directiva es no solamente cambiar el modelo del sector público, porque la reforma nuestra es un sistema integrado de salud, por lo tanto le

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

tengo que exigir también al sector privado. En el área de servicios hay un área que también nos interesa mucho desarrollar, la evaluación de tecnología médica, prácticamente controlada por los fabricantes. Y si no aparece un contrapeso en la región que diga cómo evaluar de otra manera, con otros estándares, para poder validar elementos para negociar con las grandes corporaciones cuando quieren ingresar nueva tecnología, sin depender del manual, elaborado por los fabricantes. El Mercosur es un buen instrumento para eso. Porque si trabaja la innovación de tecnología nos fortalece y después se lo puede extender a otros lugares de la región por la vía de la red de ministros que involucra a los Estados asociados.

P: Existem prioridades políticas na saúde no seu país que se relacionam com a integração regional no Mercosul?

Rios Ferreira: Si, las principales son la política de tecnología médica, y la política de medicamentos. La tercera prioridad es parte del cambio referente a todo el modelo de atención. Este país en el 2002 prácticamente quebró económicamente, casi se triplicó el número de pobres. Por lo tanto todo el tema de desarrollo, la accesibilidad a los servicios, la necesidad de garantizar la universalidad, y el tema de frontera, pasa por algo que fue producto de esta crisis. La gente se fue a la frontera, lo que también es un mecanismo de vida que varía según la moneda. Se fueron poblando los cinturones de las ciudades, las zonas de acumulación de pobreza y por lo tanto apareció la necesidad de hacer políticas propias para esos lugares.

Cuando se inició este gobierno, se creó un Ministerio de Desarrollo Social, que está aplicando un plan de emergencia entre cuyos componentes está darle identidad a la gente. Como producto de la crisis, de esta pobreza creciente, mucha gente indocumentada. Una política de desarrollo fue dotar de documentos a las personas, para que tuvieran no solamente acceso a una canasta de alimentos, sino a los servicios. Sólo con el registro la familia podía atenderse en nuestro servicio de salud, por ejemplo la familia de frontera tenía siete hijos, tres brasileños y cuatro uruguayos, pero teníamos que atenderlos a todos.

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

Eso también puede estimular la necesidad de establecer políticas, porque había que modificar los sistemas de cómo se expenden los medicamentos a quien porta un documento, y ahí no había documento. Hay un montón de cosas que son un cambio a la realidad histórica que tuvo este país, y por eso el tema de la frontera quedó muy marcado en la política de salud.

P: Existe no Uruguai alguma política, programa ou diretriz de saúde específica para a questão de saúde na fronteira e de atenção à saúde aos estrangeiros nacionais dos Estados Partes?

Rios Ferreira: No hay directriz específica porque justamente estamos elaborando las formas legales para hacerlo bien. Pero nosotros hemos tenido ofrecimientos de parte de Brasil, por ejemplo la situación de emergencia que se resolvió en la Rivera. La Rivera tuvo ofrecimiento por parte Brasil para la atención del parto y de ciertas especialidades básicas, que de otro modo tendrían que ser atendidas, en Uruguay, a 70 Km de Uruguaiana viajando por carreteras malas, cuando cruzando un puente a 300 metros el Brasil tiene estructura.

No hay una directriz específica que diga que como deben ser las acciones de salud en la frontera porque siempre está la traba formal vinculada a otros temas. Lo que está haciendo la Dirección General de Salud, siguiendo la directiva que hemos dado, es tomar el modelo de Rivera, viendo cómo está funcionando, es tratar de tomar para la frontera las cosas que son más generales, que no involucran tanto la relación con el tema de los servicios, o sea, toda la parte de vigilancia epidemiológica, y algunos programas prioritarios como salud de la mujer, Sida, la salud niños. Que son temas en los que importa que se puedan hacer acciones en común, por ejemplo, intercambio entre sistemas de información, y que de repente puedan involucrar los sistemas de servicios. Varias veces se quiso hacer convenios y no se pudo. La jurisprudencia de hecho genera esto. Eso en lo referente a la atención de los ciudadanos extranjeros en el país, en el caso de la frontera, donde la atención se hace. Se genera problema cuando se llega a la

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

parte de la dispensación del medicamento o cuando se requería algún tipo de internación o cosas semejantes.

A nivel más general hay algunos acuerdos parciales, yo no los conozco en detalle. En algún momento se acordó con Argentina de que en el verano, cuando vienen alrededor de 200.000 argentinos al Uruguay, había la posibilidad de algún tipo de compensación a la atención. También con Argentina existe una comisión binacional de todas las fronteras comunes con un componente en salud, que estaba más pensado para la relación de salud entre las ciudades fronterizas, a ambos lados del río Uruguay, pero que hasta ahora no ha funcionado como producto de este conflicto que tenemos más macro en el COLEFO, Comité de Desarrollo de Frontera, donde están los componentes económicos, salud, trabajo, que no ha tenido actividades en desde que estamos nosotros.

P: De que modo o Ministério da Saúde do seu país se estruturou para a discussão da saúde no Mercosul?

Rios Ferreira: Hay una unidad técnica, llamada apoyo técnico, que es mínima, para monitorear todo el tema del Mercosur. Pero básicamente lo que organizamos como fue base es la estructura del Ministerio. La estructura anterior era gente que no estaba en otra área del ministerio y estaba dedicada exclusivamente al Mercosur. Nosotros cambiamos ese sistema, le damos un apoyo mínimo en soporte técnico administrativo y en realidad los puntos focales de los diversos temas del Mercosur son los responsables en el ministerio. Quien me va a reforzar la comisión de servicios de salud es la persona responsable de la división de servicios de salud en el Ministerio, o sea que tiene toda la información del país, qué se está haciendo, qué se va a hacer, qué es lo que queremos, y ella es la que tiene que derivar, si tiene que poner un tema específico. Nosotros no tenemos agencias separadas del Ministerio como tiene Brasil con ANVISA, como tiene Argentina con ALMAR, estamos a la espera de que el Ministerio se corresponda con las tres grandes comisiones que tiene el SGT 11, que son: servicios, vigilancia y productos. Los tres directores de división son los que presiden estas comisiones

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

y coordinan. Por lo tanto están haciendo siempre lo mismo para el Mercosur y esa es la estructura que prácticamente replica la estructura del Ministerio.

P: Mas se busca apoio de outras entidades do país, a exemplo de universidade, parlamento, ONGs ?

Rios Ferreira: Si, tenemos por ejemplo en el área de ejercicio profesional, que está en el área de servicios de salud, coordinación con el sindicato médico y el colegio de enfermeras. Les vamos a pedir información en temas que los involucra. La universidad también, la información que pedimos a la facultad de medicina fue, por ejemplo en el caso de ejercicio profesional: cuáles eran las especialidades comunes de medicina en la región y toda la información no solamente por la denominación sino más o menos un mínimo de categorización en cuanto a carga horaria, duración, forma en que se obtiene el título de especialización. Salud ambiental-ocupacional no puede ser un tema solamente de salud o del ministerio del trabajo o del ministerio de ambiente. Se han hecho video-conferencias para analizar el tema de la comisión, hemos invitado a estos actores para que también den su visión. En eso hay una interacción que tiene dos planos: uno, cuando es por organismos gubernamentales y la otra es con la sociedad civil, que hay complejidades en esa área, no hay. A nivel del Mercosur, se estudia mucho cuál es la contextualización de la participación de la sociedad civil. Hay una pauta que dice que puede participar en actividades deliberativas pero no en la parte decisoria, pero muchas veces que se ha podido convocar a actores de la sociedad civil en algunas comisiones, algo que es complejo pero es un tema que no está elaborado bien a nivel del Mercosur y por lo tanto a veces limita. Porque parte de la reforma es una gran interacción con los actores civiles de la sociedad.

Y en lo que tiene que ver con la intersectorialidad gubernamental, este es un país que todo se hacía consultando el ministerio, ya hoy nadie tiene enterarse, no queremos que se cruce con otras cosas. Entonces, lo hacemos para la política del ministerio, entonces, a nivel del Mercosur si hay temas que toquen a otros lo traemos también. Nosotros ahora tenemos una video conferencia del tema de

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

servicios de salud vinculado al tema de directrices para los centros de tratamiento de intensivo pediátrico y de adulto y si algún día se aplican lo tienen que saber lo que acordamos.

P: Com relação ao livre acesso de nacionais dos Estados Partes, na perspectiva da política de saúde e da organização dos serviços de saúde no seu país quais seriam os entraves?

Rios Ferreira: Hoy la coexistencia del sistema público y privado implica que si el individuo tiene la capacidad de pago para financiar el costo de la intervención de salud que se haga. Mirándolo en un plano más general, si el proceso de reforma estuviera funcionando, teóricamente sería un tema muy transitorio y fácil. Creo que ahí la idea es que en principio el sistema va a posibilitar que todo ciudadano que esté en el país va a tener acceso a los servicios, al sistema, integrado por la vía pública o por la vía privada.

P: Quais seriam fatores facilitadores?

Rios Ferreira: Por un lado tenemos el área de la alta tecnología, que es un tema de demanda en región. Tenemos un sistema que creo es una ventaja. Así como está el país desde hace 20 años o más, tenemos un sistema con reaseguros que garantiza la medicina altamente especializada. Por lo tanto, hoy, todos los centros de diálisis, de cirugía cardíaca, tienen un fondo común al cual va un usuario del sector público o privado al mismo lugar. Eso ha permitido, por un lado, optimizar recursos. Segundo, también está la acumulación de muchas destrezas y capacidades de hacer, y en algunas áreas como transplantes, la legislación y la cultura ha permitido que tengamos ya un registro de donantes. Otra cosa facilitadora es la accesibilidad, este es un país que tiene pocas barreras geográficas, pocas limitaciones. El sector público que es el que tiene más boca de salida del sistema, está en 500 lugares en todo el país.

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

También tenemos una gran acumulación de recursos humanos que están subutilizados, mal distribuidos, y en un proceso de reforma esa mejor distribución va a permitir que tengamos un médico cada 300 habitantes en términos generales. Pero eso varía según el sistema capital, según la estructura departamental, pasa como en otros países: las grandes ciudades son las que concentran la mayor parte de recursos, pero si uno empieza a desarrollar el primer nivel, dignificar el trabajo del primer nivel, pagar bien el primer nivel, esa instrucción se va a mejorar y ese es un valor agregado que podemos ofrecer. Después está la capacidad instalada. Hubo mucha desorganización, falta de planes y directrices a mediano y largo plazo, pero, como en recursos humanos, que tenemos muchos y mal distribuidos, también la capacidad física instalada de los servicios es un potencial subutilizado. Pensando siempre en la optimización, en la complementación, no pensando en que todos se haga en Uruguay, si no en que ciertas cosas que se pueden hacer Uruguay, que se hagan.

P: Esses fatores são muito importantes. E como se poderia alcançar este acesso numa situação com serviços públicos e privados?

Rios Ferreira: Estoy pensando en ese escenario de libre tránsito de las personas, porque la gente viene de una universidad brasilera y trabaja en una universidad acá o en lo que fuera, en la papelera. El sistema está pensado para que el acceso universal sea de libre de opción. El individuo tiene derecho según lo que tenga en el territorio, está más pensado en lo territorial, en lo local. Está planteada la libre opción del efector, yo me afilio a A o B, según mis intereses, según quien sea mi médico, según lo que yo conozca de los resultados de la performance de ese hospital en ese lugar.

Y se va a acceder por un único camino. Hby hay dos caminos, si yo pago, voy privado. En nuestro proyecto de reforma está planteado que el afiliado no va a pagar directamente al privado, sino que un fondo de seguro va a administrar la plata y va a pagar a cada sector, público o privado, según el número de capitas que tengan, según los riesgos, de acuerdo con la edad y sexo y un mínimo

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

porcentaje, según el cumplimiento del programa que apunta al cambio de modelo, los que hagan promoción de salud, control de embarazo, se va a medir quien haga, va a tener un plus más que el que no lo haga.

Nosotros tenemos ya un camino transitado. Por un lado hay un gran porcentaje de gente que accede hoy al sistema privado de salud por la vía de que es trabajador. A nivel de empleo hay un descuento de un X porcentaje al trabajador, X porcentaje al empleador y eso le financia el acceso a los servicios de salud, más la seguridad social, y los descuentos que tiene la seguridad social para su aposentamiento, también es el descuento para la salud, de patronos y de empleados. Esos son unas 700 000 personas, gente que ya está a nivel privado.

En este proceso de reforma lo que se ha pensado es ampliar ésta base de la seguridad social, incorporar a más gente que pueda tener un financiamiento y elegir un prestador. Ya se empezó con la enseñanza media. Se tomó todo el sector de la enseñanza media y en principio se les dio desde el Estado un plus, se les paga para que ellos también puedan optar por el sector privado. Pero ahora se decidió pasar eso a todos los ministerios. Yo le pago lo que cuesta hoy tener derecho a una prestación de salud, un promedio de 40 a 50 dólares. Este es el tercer paso, el primero ya existía, el segundo se hizo en 1995, y en el tercer se considera la opción de elegir público o privado. Para esto ya hay una ley por aprobarse. El tercer paso va a ser agregar el núcleo familiar, siempre de la base, por este mecanismo de seguro social del descuento. La otra etapa son los jubilados, hoy los que tienen jubilación por debajo de X ya tienen derecho, pero la idea es ampliar a todos. Haciendo todo eso, prácticamente la mayor parte de la población va a tener un lugar que recauda plata y, al tener derecho, va a poder elegir.

P: E o dinheiro, com todos pagando o mesmo valor, vai para um fundo comum e se distribui aos prestadores de serviços ou às seguradoras?

Rios Ferreira: A los prestadores de servicios de salud. Pero por este esquema va a llegar a un grupo de personas sin empleo, o que tienen renta propia,

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

o profesionales sin trabajo dependiente, y para eso en paralelo está corriendo una reforma tributaria, va a ir un impuesto de renta personal y se le va a permitir que descuento de ese impuesto el acceso a la salud. Ese es un poco el esquema de la base de la financiación del sistema. Por lo tanto, universalmente, toda la población va a tener derecho a tener un prestador y a elegir, pero partimos de la situación presente, en que hay gente que ya esta enganchada con un sector.

En algún momento nosotros hablamos de un corral, que habrá que abrir para que la gente pueda optar por uno. Venimos de un modelo predominante, que está muy dirigido a fortalecer solo el sector privado. Queremos fortalecer el sector público, porque hay una gran asimetría, mejorar el público, para que cuando abra el corralito la gente pueda decir: “yo puedo optar por uno de los dos, porque los dos más o menos me ofrecen lo mismo”. Nosotros en lo que más tenemos capacidad de competir con el sector privado es en la accesibilidad, por el desarrollo que tenemos con los sistemas de primer nivel. El sector privado se concentró en las estructuras centrales, muchas tecnologías, pero no tiene desarrollo de primer nivel.

P: Com esta estrutura que há no país de um sistema público e privado, os profissionais de Brasil, Argentina e Uruguai poderiam também escolher se querem o privado ou o público?

Rios Ferreira: Si.

P: Quais aspectos da política de saúde e da organização dos serviços de saúde no Brasil podem contribuir para a melhoria do acesso aos serviços de saúde nas fronteiras?

Rios Ferreira: Brasil es un país muy grande, que tiene una estructura muy pesada de moverla, flexibilizarla, para habilitar a nivel de fronteras. Yo creo que Brasil tiene que pensar en limitar las fronteras en el ámbito propio, específico, hacer políticas diferenciales y negociarlas internamente. Esto quiere decir que en el resto del país va a ser como siempre, para ejercer como médico, para ejercer como

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

enfermera hay que pasar por el colegio. Pero en la frontera la situación genera una política que sea otra política. Porque si no, no vamos a avanzar. Si yo quiero hacer una reunión para discutir el tema y ver la posibilidad de ponernos de acuerdo y el Consejo Médico de Río Grande del Sur dice que no vaya ningún médico, me hipoteca la posibilidad negociadora.

A parte, yo miro como es en la frontera con Uruguay, yo no sé cómo es en el resto, porque más allá que está municipalizado todo. A mi me parece que si Brasil, con el interés que tiene de fortalecer la política de salud en la frontera, debe tener una cosa muy definida, con una fisonomía propia, para esos lugares

P: Quais aspectos podem dificultar?

Rios Ferreira: El ejercicio y los servicios. El hecho de que un brasileño venga y atienda en Uruguay o que vaya un uruguayo y atienda en Brasil es otra traba. Y el tema de los servicios: si tenemos un centro de diálisis en Rivera y hay un paciente de nefropatía crónica en Livramento -- no es el caso, porque Livramento tiene un centro de diálisis -- pero si fuera el caso porque el paciente viajaría 700 kilómetros si cruzando un puente a 700 metros tiene un centro de diálisis Y entonces se lo dializa en Artigas y no hay ningún problema médico-legal, se le cobra con el arancel que se costea, y que está internalizado, y no hacen esas vueltas.

II. REPERCUSSÕES DA INTEGRAÇÃO NO MERCOSUL NAS POLÍTICAS E SISTEMAS DE SAÚDE DO SEU PAÍS

P: Quais as repercussões, positivas e negativas, da integração regional no Mercosul sobre as políticas e sistema de saúde no seu país?

Rios Ferreira: Vigilancia y productos son ejemplos más claros de los beneficios de la integración. Lo que más desarrolló fue el sector de productos, y vigilancia la que más repercutió positivamente. Las normativas para productos son

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

aproximadamente el 70% de las normativas de salud en Uruguay. Y eso es un aspecto positivo para las políticas nacionales porque permiten un mecanismo de negociación con las corporaciones, con la industria, porque son normas Mercosur y no norma nacional.

Ahora se ha acordado un nuevo reglamento sanitario internacional en sentido de iniciar un tratamiento sanitario internacional y si tenemos un problema de salud pública en la frontera, lo tengan que comunicar Uruguay de su lado, Brasil de su lado, y hay que atacarlo como un foco. Nosotros, por ejemplo, en Uruguay no tenemos dengue, los casos que tenemos en el país son todos importados. Ocorre igual porque tenemos muchas tropas de las fuerzas armadas en África y vuelta y media vienen y traen el dengue. Pero tenemos sí el mosquito. Hemos detectado los departamentos del país donde hay concentración del mosquito *Aedes aegypti*. De nada vale que nos cuidemos del mosquito sino también tener una política del otro lado también. Y eso parece que es un ejemplo de hacer las cosas conjuntas. Además ustedes tienen la experiencia, mucho más allá que Río Grande del Sur, que tampoco tiene dengue. Compartir lo que Brasil sabe del tratamiento, del diagnóstico precoz, de tomar las medidas de cuando ya está instalada a nivel de humano. Todo lo que estamos haciendo es para evitar que se instale una transmisión autóctona en el país. Tenemos zonas con enfermedad de Chagas, por ejemplo, no infestación desde hace muchos años pero todavía tenemos el *Trypanosoma* en dos ciudades del país, una en la frontera con Brasil, entonces este proceso de vigilancia activa lo hacemos de los dos lados. En Sida, hay incidencia no solo en la frontera con Brasil, y por lo tanto necesitamos medidas únicas. Sin hacerlas en conjunto con Brasil, no va a servir mucho. Son áreas que permiten trabajar juntos

P: Há implicações negativas da integração em nível de sistemas e serviços de saúde?

Rios Ferreira: Soy optimista en el tema del Mercosur y más allá de las ansiedades y de que mucha gente a veces cuestiona por qué se sigue estimulando

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

esto, con todos los problemas que hay. Yo veo los problemas, pero no como negativos, yo sé cuáles son y hay que tomar acción política en cada uno. Pero que alguna cosa el Mercosur ha ejercido que ha sido negativa, me parece que no.

P: Os Estados Partes têm políticas e sistemas de saúde muito distintos. Como avalia as possibilidades futuras dos sistemas de saúde frente aos avanços da integração econômica no Mercosul?

Rios Ferreira: Mirando la fotografía de hoy, la realidad de los países, hay un rango muy amplio de desarrollo y de reformas del sistema salud, que puede ser un factor entorpecedor del proceso de integración en el área de salud. Lo que estamos haciendo nosotros es porque lo tenemos escrito. Cuando ganó el gobierno, estaba en la plataforma de gobierno y estamos dispuestos a impulsarlo. Por eso digo que lo queremos hacer.

La realidad de Argentina, producto del desarrollo del sistema privado durante la década de los 90 sobre todo, sería rehacer todo eso sobre una base más equitativa. En Paraguay también veo una situación muy difícil del sector público, no lo veo pensando en un proceso de reforma, pero acomodándose a la situación generada en la década de los 90. En el caso de Venezuela, va a haber dos cosas partidas por la mitad, con un muro en el medio, el sector privado y un sector público. Yo no sé qué capacidad de negociación puede tener un Estado si no lo tiene al sector público y al sector privado que sean conectados. La situación de Bolivia es que hay un enfrentamiento de dos bandos, los que tienen recursos contando fuerte al sector público pero sin mucha tendencia a la coordinación, a la comunicación. Así como estamos igual tenemos comunicación.

P: Qual futuro vislumbra no Mercosul quanto ao acesso aos serviços de saúde? Quais seriam os acordos necessários entre os Estados Partes para avançar em questões de saúde e assistência no Mercosul?

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

Rios Ferreira: Lo que planteo es que no hay que esperar que los cinco países podamos acordar en todo para hacer cosas. Si hay una norma que ya está acordada entre los cinco, que no se puede aplicar porque no hay acuerdo entre los servicios, y yo estoy de acuerdo con ustedes en un hecho puntual, podemos aplicarlo.

Una de las cosas que más se tiene que avanzar para el tema de servicios, y eso lo dice el tratado de Asunción, es el libre tránsito de personas. La entrada del ejercicio profesional me parece un tema clave. Por un lado puede haber varios acuerdos directamente a nivel del sector salud, o a través de la acreditación de universidades. Yo tengo un título de tal facultad, que está acreditada, tengo libre tránsito, pero le falta el mecanismo. A mi parece que es mucho más concreto, más factible en el corto plazo, pensando en los plazos del proceso de integración.

La otra es que cuando se acuerden normas vinculadas al servicio, por ejemplo, cuáles son los requisitos de un servicio de hemoterapia, maternidad o emergencia, no hay que hacerlo solamente para decir cómo direccionen una emergencia o una maternidad, pero que eso debe significar que es posible un servicio que reúna esas características también indistintamente para ciudadanos de uno o otro país, si era pagado debe seguir pagado. Porque puede ocurrir que a mi me interese que el transplante de riñón de fulano se haga en San Pablo, el hecho que me den garantizado que el servicio de transplante X es bueno porque reúne tales requisitos ya me basta, si se hace eso se reconoce pero tampoco pueden ir allá, porque no se puede. Un poco me parece que si se da el paso de simplemente decir cómo debe ser un servicio, o cómo se podría utilizar, sino decir: tenemos tantos servicios de diálisis en la región pero este es para Uruguay, para el Brasil, y entonces como seguimos cada uno con una mirada vertical sin cruzarnos.

P: Quais temas indica para compor uma pauta de discussão do Mercosul em relação à saúde e a assistência ao cidadão?

Rios Ferreira: En esa pauta yo pondría el tema frontera, porque no está planteado. Se formó una comisión, se desarmó la comisión, me parece que el tema

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

frontera tiene que estar sobre la agenda, pues parte de ese camino se viene construyendo. El libre tránsito, los servicios que están parados, en vez de decir cómo son sino cómo utilizarlos, tiene que ver mucho con esto. El tema del desarrollo se hizo oficial. Por un lado se hizo oficial el tema de medicamentos, se han dado buenos pasos. Y en tecnología médica ha habido un desarrollo porque es la única alternativa que tiene la región de contrapeso a lo que existe hoy en regulaciones. Y siempre está presente el tema de vigilancia, porque tenemos una ventaja coyuntural y es que todos los países estamos como rendidos a la implementación del reglamento sanitario internacional, que implica respetar las capacidades del país de al lado.

P: Qual é o papel dos Ministérios da Saúde e dos demais níveis governamentais na discussão do acesso à saúde do Mercosul? No Uruguai não há outros serviços não pertencentes ao Ministério?

Rios Ferreira: No hay otros servicios. Algunas municipalidades tienen atención primaria y eso está coordinado con la salud pública. En realidad la agenda de salud del Mercosur es un proceso de feed-back con las relaciones exteriores, nosotros en realidad coordinamos la comisión nacional de asuntos del Mercosur, que es del Ministerio de Relaciones Exteriores. Y es un feed back porque cuando lo asumimos a 4 meses de gobierno, era un momento de mucha debilidad, en el sentido de que el gobierno anterior había desechado la posibilidad del Mercosur, entonces prácticamente lo dejó de lado haciendo una presencia testimonial. Argentina venía de un proceso electoral y Paraguay tiene una administración donde no aparece una política fuerte vinculada a la integración sino al contrario, mucha tendencia a estar enganchando con Estados Unidos, Japón, Alemania. Está por que está, pero es un actor chico que podría jugar un papel mucho más importante en términos de salud, podría ayudar mucho para evitar la asimetría.

Pero así nos plantearon las tres dimensiones del Mercosur -- la económico-comercial, que estaba más trabada, la dimensión institucional, y la dimensión del Mercosur real, que fue donde nos posicionamos. Para eso metimos el tema

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS:
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

frontera como un feed back, porque de hecho es parte de la política del Mercosur esa parte de la frontera, y la experiencia se resume a que esta alimentado a sostener como parte de esa estrategia de que con pequeñas cosas vaya manteniendo la llama del proceso de integración con ejemplos concretos.

Y el tema de servicios también está relacionado, porque nos hace interactuar. Lo que estamos haciendo nosotros no lo está haciendo nadie más, y en el área de ejercicio profesional lo mismo, porque el tema se ha tratado en otros lugares, estamos pensando en los médicos, pero debemos pensar además en el resto de las personas. Pero es una agenda que va en construcción.

En concreto los temas de salud los ponemos nosotros, tenemos ese paquete de frontera, pero en el área de productos, que es la más desarrollada, lo que generamos nos hace después interactuar con el Ministerio de Finanzas porque tenemos toda una implicancia comercial. Nosotros, por todos los acuerdos que tenemos con el Mercosur, podemos decir qué planta productora de medicamentos puede seguir existiendo, o tiene que cerrar o mejorar de acuerdo a esos patrones y eso tiene implicancia económica y va a llamar a economía pero en realidad el tema lo hacemos nosotros. Nosotros decimos: queremos garantizar el acceso a los medicamentos, pero también una buena calidad. A veces, hay trabas. Tenemos una agenda, y vamos a explicarnos, y después si hay una que técnicamente nos convenga o tengamos que ceder, pero hasta ahora es excepcional que haya pasado esto porque en realidad las cosas que cobramos las estudiamos mucho. Si hay que incorporarlo, lo incorporamos, si hay algo en efecto contrario al otro lado, lo renegociamos.

P: Como é a participação dos governos das províncias?

Rios Ferreira: Yo les hablé al principio de los médicos, se unieron, armaron una estructura que analiza el Mercosur desde su perspectiva. Pero eso no tiene canalización por el ámbito formal. Lo que sí sucede es que a veces pueden tener reclamos, opiniones. Pero en el caso de Uruguay, el país tiene mucha autonomía,

PESQUISA SAÚDE NAS FRONTEIRAS :
ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL

tiene capacidad de hacer esta relación, convenios. Tanta autonomía que están bastante separados del gobierno central. A veces nos cuesta convencer a la gente. Por que ellos viven el micro clima ciudadano del lugar. Entonces el primero con el que me reúno es con el intendente, le planteamos las cosas porque en realidad no puedo pasar por encima de la municipalidad.

SGT 11-SAÚDE MERCOSUL/ URUGUAI

[O Mercosul em Saúde tem uma página comum aos Estados Partes, alimentada por todos: www.mercosulsaude.org]

E-mail do representante <griosferreira@msp.gub.uy>