

Derecho a la salud: (in)congruencia entre la estructura jurídica y el sistema de salud

Fernando Mitano¹

Carla Aparecida Arena Ventura²

Mônica Cristina Ribeiro Alexandre d'Auria de Lima³

Juvenal Bazilashe Balegamire⁴

Pedro Fredemir Palha²

Objetivo: discutir el derecho a la salud, su incorporación en los instrumentos jurídicos y las consecuencias en la práctica en el Sistema Nacional de Salud, en Mozambique. Método: se trata de un análisis documental, de orden cualitativo, que después de lectura exhaustiva e interpretativa de los instrumentos jurídicos y de obras que versan sobre el derecho a la salud, acceso y cobertura universal, resultaron en la construcción de tres categorías empíricas: instrumentos de los derechos humanos y su interrelación con la construcción del derecho a la salud; sistema nacional de salud en Mozambique; y vacíos entre teoría y práctica en la consolidación del derecho a la salud en el país. Resultados: Mozambique ratificó varios instrumentos jurídicos internacionales y regionales (de África) que tratan sobre el derecho a la salud y los aseguró en su Constitución. Sin embargo, su incorporación por el Sistema Nacional de Salud ha sido limitada, ya que no consigue ofrecer acceso y cobertura universal a los servicios de salud de forma ecuánime en toda su extensión territorial y en los distintos niveles de atención. Conclusiones: la efectucción del derecho a la salud es compleja y exigirá del Estado una movilización de acciones conjuntas de políticas financieras, educacionales, tecnológicas, habitacionales, saneamiento y administración, así como, la garantía del acceso y cobertura universal a la salud.

Descriptor: Derecho a la Salud; Sistemas de Salud; Coberturas de los Servicios de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud.

¹ Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Profesor Asistente, Faculdade de Medicina, Universidade Lúrio, Nampula, Mozambique.

² PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Doctor, Université Evangélique en Africa, Bukavu, República Democrática del Congo.

Introducción

El derecho a la salud es parte del contexto de los derechos sociales, siendo uno de los derechos más difíciles de proteger, especialmente cuando considerados los derechos civiles y políticos⁽¹⁾, una vez que implica, para su consecución, en acciones efectivas y proactivas de los Estados, por medio de la institución y garantía de políticas y programas en el campo de la salud. No obstante, la buena salud es deseada por todo ser humano como condición para el ejercicio del estado de derecho. Hablar de tener derecho a la salud implica referirse a un conjunto de normas jurídicas que establecen los derechos y obligaciones del Estado, colectividades y, también, de forma individual, regulando y vigilando las relaciones entre ellos⁽¹⁾; es referirse, también, al acceso y cobertura universal de los servicios de salud, en calidad y cantidad para toda la población.

La cobertura universal de los servicios de salud debe ofrecer servicios de alta calidad y acceso, priorizando, además, la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos⁽²⁻⁴⁾. En este contexto, los sistemas de salud y sus gobiernos, para garantizar esta cobertura, deben actuar sobre los determinantes sociales y ambientales de salud⁽³⁻⁵⁾, destacando que la actuación sobre estos factores debe ser una tarea de todos los sectores del Estado.

En varios países del mundo, sobre todo en los países en vía de desarrollo, como Mozambique, existen varios obstáculos de acceso a los servicios de salud, que constituyen un obstáculo para la cobertura universal. Entre ellos se destacan: escasez de infraestructura sanitaria, insuficiencia de recursos humanos, falta de equipamientos, mayor demanda, dificultad de pago de los usuarios por los servicios prestados, actitud de los profesionales y características de los servicios de salud⁽⁵⁾. Todas estas barreras contribuyen para la privación del derecho a la salud de las poblaciones.

La independencia de Mozambique de la dominación portuguesa en el año de 1975 no significó, necesariamente, el pleno ejercicio del derecho a la salud para la mayoría de la población. Al contrario, el gran desafío está justamente en mejorar la elevada tasa de desnutrición crónica, sobre todo de los niños, la alta inseguridad alimentar, los bajos niveles de escolaridad de las mujeres, la dificultad de acceso al agua potable, los niveles insuficientes de saneamiento básico, la disponibilidad y acceso a los servicios de salud de buena calidad, y la distribución equitativa de los profesionales de salud en las áreas urbanas, periféricas y rurales, en donde las carencias sanitarias son más elevadas⁽³⁾.

Estos son algunos de los desafíos que revelan las dificultades del Estado en colocar en práctica las metas

de cobertura y acceso universal a la salud, ocasionados también por la insuficiencia de recursos financieros destinados al sistema de salud, sistemas de informaciones deficitarios, relación negativa entre los profesionales de salud y las personas, y el encaminamiento tardío para cuidados más especializados de pacientes con determinada condición en unidad sanitaria de nivel inferior⁽³⁻⁵⁾. El acceso a los servicios de salud se torna efectivo cuando es acompañado por la cobertura universal, entendida como el desarrollo de sistemas de financiamiento de la salud por el Estado, que permitan que las personas utilicen los servicios y acciones de salud sin costo financiero, como el desembolso directo para obtención de los cuidados necesarios de la salud^(3,6). Esto requiere que los servicios sean suministrados equitativamente, independientemente de la localización geográfica, valores culturales, creencias, religión y etnia. La falta de acceso y cobertura universal se constituye en una barrera para concretización del derecho a la salud en Mozambique.

Objetivando profundizar en esta temática se realizó una revisión de la literatura en las bases de datos de la literatura Latino-Americana y del Caribe, en Ciencias de la Salud – (LILACS), PubMed y *Scopus*, no siendo encontrados artículos sobre Mozambique. Para la contribución académica de esta discusión, se utilizaron legislaciones que disponen sobre el derecho a la salud, elaborándose algunas preguntas que orientaran este estudio reflexivo: ¿Cuáles son los instrumentos internacionales y regionales que ratifican el derecho a la salud en Mozambique? ¿Cuáles son los instrumentos jurídicos de Mozambique que contemplan el derecho a la salud? ¿Con qué estructuras teóricas, legales y sociales se puede comprender el desfase entre teoría y práctica sobre el derecho a la salud en Mozambique? Para responder a estas cuestiones, el artículo presenta como objetivos discutir el derecho a la salud, su incorporación en los instrumentos jurídicos y las consecuencias en la práctica en el Sistema Nacional de Salud en Mozambique.

Método

Se trata de un análisis documental, de orden cualitativo, que siguió las orientaciones de Souza, Kamorski y Luís⁽⁷⁾ y Viswambharan y Priya⁽⁸⁾, que toman el análisis documental como un proceso analítico, a partir de fuentes documentales, que posibilitan la identificación, verificación y apreciación de documentos, para ampliación y problematización de los conocimientos preexistentes. El uso del análisis documental amplía el conocimiento, cuyo entendimiento necesita de un recorte histórico contextual, permitiendo la comprensión de los procesos de evolución de prácticas, comportamientos, tendencias y aplicación de algunas medidas⁽⁶⁾.

Para este estudio fue utilizada toda la legislación oficial de Mozambique sobre el derecho a la salud, publicada en el Boletín de la República de Mozambique entre 1975 y 2010, además de la Constitución de la República. También se consultaron la Carta Africana de los Derechos del Hombre y de los Pueblos y el Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Después de lectura exhaustiva de los documentos fueron construidas tres categorías empíricas: "Instrumentos de los Derechos Humanos y su interrelación con la construcción del derecho a la salud"; "Sistema nacional de salud en Mozambique"; y "Lagunas entre teoría y prácticas en la consolidación del derecho a la salud en el país".

Resultados

Fueron analizados cinco documentos legislativos nacionales: la Constitución de la República de Mozambique de 2004; Un decreto ley; y tres leyes. La Figura 1 presenta estos documentos legislativos.

Constitución de la República de Mozambique de 2004.
Decreto ley nº 5/75 de 19 de Agosto de 1975. Dispone sobre la nacionalización de las clínicas privadas
Ley nº 2/77 de 27 de septiembre de 1997. Dispone sobre tasas de internación hospitalaria y posibilidad de actualización de las mismas
Ley nº 25/91 de 31 de diciembre de 1991. Dispone sobre la creación del Servicio Nacional de Salud
Ley nº 40/2004 de 18 de febrero de 2004. Dispone sobre el reglamento general de los hospitales

Figura 1- Instrumentos de legislación analizados que disponen sobre el derecho a la salud en Mozambique

Tratado de Derechos Humanos	Año de adopción	Estados miembros	Organismo(s) del tratado	Ratificación/adhesión por Mozambique	Informe de Mozambique al organismo	Derecho a la salud
Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos	1996	161	Comité de los Derechos Humanos	1993	0	_____
Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales	1996	158	Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales	No es miembro	_____	Art. 12
Convención Internacional sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial	1965	173	Comité para la Eliminación de Discriminación Racial	1983	1 (1993, 2007)	Art. 12, 11;1
Convención sobre los Derechos del Niño	1989	193	Comité de los Derechos de los Niños	1994	1 (2001)	Art. 24
Convención sobre los Derechos de Personas con Deficiencia	2007	24	Comité de los Derechos de las Persona con Deficiencia	2007	_____	Art. 25
Carta Africana de los Derechos del Hombre y de los Pueblos	1981	53	Comisión Africana de los Derechos de los Hombres y de los Pueblos	1989	1997; 2001	Art. 16
Carta Africana sobre el Bienestar del Niño	1990	41	Comité Africano de especialistas en los derechos y bienestar del niño	1998		Art. 14

Fuente: adaptado Mozambique-WHO - Página informativa general sobre el derecho a la salud, disponible en <http://www.ohchr.org>⁽⁹⁾.

Figura 2 - Instrumentos internacionales de derechos humanos y el vínculo o no de Mozambique a estos instrumentos

En seguida, se analizaran las tres categorías empíricas, utilizando la bibliografía que evidencia la situación de la existencia del derecho a la salud o no, cobertura y acceso a los servicios de salud.

Instrumentos de derechos humanos y su interrelación con la construcción del derecho a la salud en Mozambique

Cuando los países miembros de la Organización Mundial de Salud y de la Unión Africana aprobaron instrumentos afirmando el derecho a la salud, Mozambique todavía era una colonia portuguesa, sin característica jurídica propia para adherir a esta prerrogativa del estado de derecho. Sin embargo, con la independencia en 1975, Mozambique adhirió a varios instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos que, de forma directa o indirecta, se refieren a la garantía del derecho a la salud. Para ejemplificar mejor, la Figura 2 ilustra algunos instrumentos de derechos humanos, con algún contenido sobre el derecho a la salud y la posición de Mozambique.

Se identifica que, Mozambique participa como Estado miembro de varios tratados internacionales y regionales de relevancia para la implantación del derecho a la salud, a pesar de que no hubiese ratificado el Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

En el contexto interno, Mozambique posee instrumentos importantes, capaces de garantizar el derecho a la salud, especialmente la Constitución de la República de 2004⁽¹⁰⁾, que explicita en el artículo 49 la responsabilidad del Estado por el acceso a los servicios de salud a todos los mozambicanos: "todos los ciudadanos tienen el derecho a la asistencia médica y sanitaria, en los términos de la ley así como el deber de promover y defender la salud pública". A pesar de que el artículo, en epígrafe, se refería a la garantía de la salud, la Constitución no explicita, de forma contundente, la obligación del país en ofrecer servicios de salud equitativos a todos.

Se destaca que, además de la constitucionalidad de la garantía del derecho a la salud para la población, Mozambique, por medio de su Constitución, enfatiza la importancia de la participación social en la salud, en especial en la promoción y defensa de la salud pública, con la participación de las bases comunitarias⁽²⁾, a pesar de no apuntar cuáles instrumentos o herramientas constitucionales o infraconstitucionales el Estado utilizará para favorecer la participación social.

En relación a la responsabilidad del Estado, la Carta Africana de los Derechos del Hombre y de los Pueblos, ratificada por el gobierno de Mozambique, cita en el artículo 16 que "toda persona tiene el derecho a disfrutar del mejor estado de salud que sea capaz de alcanzar" y refuerza, además, que los "Estados miembros de la presente carta se comprometen a tomar las medidas necesarias para proteger la salud de sus poblaciones y para asegurarles asistencia médica en caso de enfermedad"⁽¹¹⁾. Esta Carta deja implícita la misión de cualquier Estado miembro en el empeño a la garantía de la salud de su población, a pesar de que no asegure la garantía en cuanto a la responsabilidad o deber del Estado, sin embargo, refuerza la libertad individual de disfrutar el mejor estado de salud que es capaz de obtener.

Mozambique todavía encuentra grandes desafíos para garantizar equitativamente el estado de derecho a la salud, no apenas en la mejoría de los servicios de salud, pero en la garantía de acciones efectivas y amplias, que actúen positivamente en los determinantes sociales que influyen el derecho a la salud. En este sentido, se pueden citar las acciones en el combate a la inseguridad alimentar, seguridad pública, abastecimiento y acceso al agua potable, medidas sanitarias en ambientes privados y públicos, acceso a la educación básica y superior,

saneamiento ambiental, políticas de reducción de la pobreza, consumo de alcohol, drogas y tabaco, que constituyen los determinantes sociales que limitan el acceso y cobertura universal de los servicios de salud^(3,5).

El Sistema Nacional de Salud en Mozambique

Con la independencia de Mozambique, el Consejo de Ministros, por medio del Decreto Ley nº 5/75 de 19 de agosto de 1975⁽¹²⁾, nacionalizó las clínicas privadas que existían durante el período colonial, con el objetivo de maximizar los recursos, ofreciendo mayor acceso a los servicios de salud que prestaban asistencia indiscriminada a los ciudadanos mozambicanos. El Decreto en su artículo 1º refiere que "todas las actividades en materia de prevención y tratamiento de la enfermedad, así como la preparación de cuadros técnicos de salud, son exclusivos del Estado". En este sentido, todas las actividades de atención primaria, secundaria y terciaria pasaron a ser de responsabilidad única y exclusiva del Estado, que se tornó el único proveedor y promotor de los servicios de salud para todo el país, asumiendo, así, el control de hospitales portugueses y clínicas privadas⁽¹²⁾. Esta coyuntura proviene de una posición política de un gobierno con características socialistas, que enfatizaba, por medio de los principios de igualdad y equidad, el acceso a la asistencia médica y farmacéutica a la población de Mozambique.

En 1977 esta situación cambió, como consecuencia de la Ley nº 2/77⁽¹³⁾, que enfatiza en su artículo 1º la gratuidad de las acciones sanitarias apenas en carácter profiláctico. En este sentido, el Ministerio de la Salud (MISAU) adoptó criterios de pagos con valor fijo para consultas médica y farmacéutica, en las 11 provincias del país, con precios considerados accesibles a todos.

La adopción de participación, por medio de pagos, limitaba el acceso de la población a los servicios de salud, dado que el país, en aquel momento, presentaba elevada tasa de desempleo (30%), además del elevado índice de analfabetismo (68%)⁽⁴⁾, factores que ocasionaban desinformación e indisponibilidad para efectuar los pagos establecidos por el MISAU. Asociados a estos hechos, la mayoría de la población residía en zonas rurales, en donde los servicios de salud son más deficitarios, agravando todavía más el estado de derecho al acceso a la salud.

En 1991 nuevos cambios son percibidos, a través de la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS), Ley nº 25/91⁽¹⁴⁾, a la luz de la Constitución de la República de 1990, que estableció nuevamente el derecho a la asistencia médica y sanitaria a todos los ciudadanos, por medio del MISAU. Su objetivo se concentraba en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, asistencia y rehabilitación, asociándose a la formación de recursos

humanos e investigaciones para su desarrollo continuo. Así, el SNS estableció una organización sanitaria en diferentes niveles de atención: nivel primario (constituido por centros y puestos de salud, cada uno comprendiendo las respectivas áreas de salud); nivel secundario (formado por hospitales distritales, generales y rurales); nivel terciario (compuesto por hospitales provinciales); y nivel cuaternario (constituido por hospitales centrales y especializados). Las instituciones que hacen parte del SNS, bajo administración del MISAU, son los centros de higiene, instituciones de formación profesional, laboratorios especializados e instituciones de investigación.

El SNS centraliza los recursos financieros y organiza, de forma jerárquica, las orientaciones técnicas del MISAU a las direcciones provinciales. De esta forma, el Gobierno Central determina el porcentaje del presupuesto general del Estado para el MISAU, que varía de año a año, y este lo distribuye para las provincias. Esta centralización hace que los recursos financieros sean canalizados, en su mayoría, para las unidades sanitarias en los niveles terciario y cuaternario, en detrimento de centros de salud, que, en su mayoría, se encontraban en zonas rurales y periféricas de las ciudades, reduciendo el acceso de la población a las unidades sanitarias, lo que interfiere en el pleno derecho de acceso a los servicios de salud para la población residente distante de los centros urbanos.

Otro factor que debe ser considerado es que el MISAU depende, para la operacionalización de sus acciones, de donaciones de Organizaciones Internacionales y de países aliados, sobre todo occidentales. Estos recursos no siempre satisfacen las necesidades de cobertura y acceso a los servicios de salud para la población, no apenas por ser exiguos, pero, también, por no ser asignados de forma equitativa geográficamente, privilegiando hospitales de alta complejidad, interfiriendo directamente en el derecho a la salud de la población⁽²⁻⁶⁾.

Retomando las discusiones sobre las nacionalizaciones, en 1991, período del advenimiento de la democratización del país, el SNS admitió su incapacidad de ser el único proveedor de los servicios de salud, retomando las actividades de la asistencia médica privada, que habían sido nacionalizadas después de la independencia del Estado. Por otro lado, en 2004, el Estado reconoce, oficialmente, la necesidad de las actividades de los practicantes de la medicina tradicional, con aprobación de la política de la medicina tradicional y su estrategia de implementación, cuyo objetivo primordial es su integración al SNS, para garantizar el acceso a los cuidados de salud primarios y calidad a toda la población de Mozambique⁽¹⁵⁾.

Este reconocimiento representa avances que el Estado viene ofreciendo, desde su independencia, en la consolidación del área de la medicina tradicional, con la

creación del Gabinete de Estudios de Medicina Tradicional en 1977 y la Creación de la Asociación de los Médicos Tradicionales de Mozambique⁽¹⁵⁾. Este reconocimiento no parece ser, necesariamente, una valorización de esta práctica sanitaria y de la importancia de los médicos tradicionales, pero una limitación del SNS en ofertar acceso universal a los servicios de salud y cobertura a toda la población, una vez que, en este período, el SNS cubría apenas 40% de los servicios, siendo que los demás eran cubiertos por los practicantes de la medicina tradicional y servicios de salud privados. Se destaca que, mismo sumando todos los esfuerzos emprendidos por el Estado, hasta 2013 el SNS cubría apenas cerca de 50%^(4,8).

El hecho de la medicina tradicional haber sido reconocida como partícipe del SNS, sin duda, agrega valor al derecho a la salud y respeto a la cultura local, a medida en que las personas pueden consultar libremente a los médicos tradicionales. Sin embargo, todavía no existe una integración efectiva de estas prácticas sanitarias con el SNS, no garantizando la regulación del MISAU sobre la oferta de estos servicios y protocolos sistematizados con referencia y contrareferencia que permitan la coordinación de la atención de una forma más articulada, dificultando, todavía más, la garantía del derecho a la salud. Es importante referir que, la medicina tradicional cubre 100% de toda la población de Mozambique, esto es, inclusive las personas que tienen acceso al SNS también acceden al sistema de medicina tradicional.

Lagunas entre teoría y práctica en la consolidación del derecho a la salud en el país

El derecho a la salud, a pesar de que depende de legislaciones específicas que aseguran derechos y deberes, requiere esfuerzos mutuos para su operacionalización. En este contexto, se enfatiza la importancia de la disponibilidad, que envuelve la construcción de infraestructuras y existencia de servicios de atención a la salud en cantidad suficiente para toda la población; accesibilidad, que implica en servicios y atención a la salud disponibles para toda población, sin discriminación; accesibilidad física, en que las unidades sanitarias se encuentren al alcance de todos, envolviendo la reducción de distancias y medios de transportes capaces de satisfacer las necesidades de los usuarios y dar mayor atención a las personas más vulnerables en las comunidades; y accesibilidad económica, que implica en el reconocimiento de las dificultades de acceso al trabajo y mayor equidad en los pagos que, caso permanezcan, deben ser lo más accesibles posible para todos; el acceso de la población a la información sin discriminación, así como, el deber de los profesionales de salud de respetar la ética

médica y reconocer las cuestiones culturales presentes en los contextos en donde trabajan, pueden constituir obstáculos en la atención⁽³⁻⁶⁾.

Finalmente, para garantizar este derecho, debe haber calidad en los servicios prestados, en los equipamientos y recursos humanos⁽³⁾. En Mozambique, en donde la mayoría de la población está desempleada, y por más "simbólicos" que sean los valores a ser pagos, estos interfieren en el acceso y cobertura universal de los servicios de salud, en los costos de la consulta médica, medicamentos y, sobre todo, en el transporte para aquellos que viven en locales distantes de las unidades sanitarias.

El derecho a la salud se ha constituido en un derecho regulado y de aplicación progresiva, conforme son concebidas líneas o principios para el cumplimiento de programas del Estado⁽¹⁾. En este contexto, los Estados se esfuerzan en aplicar el derecho a la salud, de acuerdo con sus condiciones financieras, como dice el Pacto de 1966: "cada Estado Miembro en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, (...) principalmente en los planos económico y técnico, hasta el máximo de sus recursos disponibles, que objetiven asegurarla, progresivamente, (...), el pleno ejercicio de los derechos reconocidos en el presente Pacto, incluyendo, (...), la adopción de medidas legislativas"⁽¹⁶⁾. Lo más importante, en este proceso de derecho a la salud, es reconocer que el Estado posee el deber inmediato de cumplir las obligaciones esenciales, teniendo como responsabilidad legislar, reglamentar, elaborar y efectivizar políticas, así como, movilizar recursos financieros.

Para que el derecho a la salud sea haga efectivo junto a la población, sería necesario un empoderamiento, que tuviese acceso universal a la educación, salud, empleo, promoción de igualdad de género y grupos étnicos, además de la capacidad de respuesta de las instituciones^(1-2,6,11). Sería importante, también, la intervención de la base comunitaria, para garantizar el acceso de una amplia variedad de servicios de salud promocional, preventiva, curativa y de rehabilitación⁽³⁻⁴⁾.

¿Pero que sucede en Mozambique? Para que exista el derecho a la salud, es imprescindible, entre otros factores, recursos financieros destinados a los diferentes niveles del SNS y de los demás subsistemas de salud; necesita de descentralización política sobre la implantación y coordinación, para que las decisiones sean tomadas en otros niveles (central, provincial y distrital); y precisa de tecnología médica, que envuelve un conjunto de instrumentos y procesos que responden, eficazmente, a las necesidades de los servicios de salud⁽¹⁷⁾.

Los desafíos presentados y uno de los aspectos a ser considerado se relacionan al financiamiento realizado por el Estado de Mozambique, uno de los más bajos de

la región del África Austral, además de la dependencia externa de cerca de 66% de sus gastos. Mozambique gasta, aproximadamente, 39 dólares por capita en salud, representando mucho menos del promedio regional⁽⁴⁾. A pesar de que el Producto Interno Bruto (PIB) está creciendo en los últimos años, en torno de 7% al año, el presupuesto del Estado asignado al SNS es de 6,6%, abajo de lo recomendado en la región Africana, de 15%⁽⁴⁾.

La descentralización y transparencia no están bien definidas en el MISAU, una vez que no existe visibilidad sobre la prestación de cuentas para la población como un todo, a pesar de que existe un conjunto de políticas, estrategias, leyes y reglamentos^(3,8,12). El país carece de tecnología médica, insumos y procesos en cantidad y calidad^(3-4,15); por tanto, no dispone de infraestructura suficiente para atender plenamente el acceso a los medios diagnósticos, capaces de responder con seguridad a la elucidación diagnóstica de diferentes patologías que acometen a la población. La cobertura de los servicios de salud, a pesar de que hubiesen aumentado, todavía es baja para satisfacer todas las necesidades de salud de la población^(4,13, 17).

No se puede negar las mejorías en algunas áreas de la salud, como el aumento de partos asistidos por profesionales de la salud, fijada en 54,3%; la reducción de la pobreza para casi 50%; y la reducción de la mortalidad neonatal de 50% para 30,4%^(8,4,13); pero el estado de derecho a la salud todavía está lejos de ser una realidad en toda la población. Otros factores asociados a la falta de cobertura de los servicios de salud en países como Mozambique están relacionados a desigualdades sociales, sistemas políticos gubernamentales⁽³⁻⁶⁾ y para los casos de los países africanos se adiciona inestabilidad política y económica. Para países con estas características, la cobertura universal de los servicios requiere reformar los sistemas, promover los principios de equidad, solidaridad y acción colectiva para superar las desigualdades⁽³⁻⁵⁾, ya que la ausencia de todo eso no podrá garantizar acceso y cobertura universal y, consecuentemente, el derecho a la salud.

Conclusión

El tema sobre derecho a la salud es complejo, una vez que es permeado por varias esferas, entre ellas, salud, derecho, políticas financieras, educacionales, tecnológicas, habitacionales, saneamiento y administración.

En Mozambique, las acciones del Estado, representado por el SNS, demuestran el distanciamiento entre las políticas preconizadas y las prácticas de salud, con incipiente enfoque en la equidad y calidad, a pesar de que existe, sistemáticamente, un aumento de la procura por los servicios de salud.

Las dificultades de acceso y cobertura universal y, consecuentemente, el establecimiento del derecho a la

salud es reflejo del: subfinanciamiento en el campo de la salud; dificultades de descentralización de los procesos asistenciales y tecnologías médicas; baja cobertura del SNS; falta de profesionales calificados y de una política de fijación de estos profesionales; dificultad en las condiciones y proceso de trabajo en el campo de la salud; pocas actividades en el campo interdisciplinar y del trabajo en equipo; y práctica sistematizada de profesionales como los de la enfermería.

Para que las personas disfruten del derecho a la salud, además de las acciones ofrecidas por el gobierno, se debe considerar, también, la necesidad de participación de la población, con utilización de mecanismos de control social, requiriendo del Estado un mayor acceso y cobertura de los servicios de salud.

Para la población general de Mozambique, las prácticas de la medicina tradicional pueden constituirse en ampliación del acceso y cobertura universal de los servicios de salud, pero es necesario que sean contratadas, supervisadas y reglamentadas por el Estado.

Referencias

1. Silva BK, Bezerra AFB, Tanaka OY. Direito à Saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para a sua efetivação. *Interface Comun Saúde Educ.* 2012;16(40):249-59.
2. Jacobs B, Ir P, Bigdli M, Annear PL, Damme WV. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate intervention in low-income Asian Countries. *Health Policy Plan.* 2012;27:288-300.
3. Andrade LOM, Pellegrini Filho A, Salar O, Rígoli F, Salazar LM, Serrate PCF, et al. Social determinants of health, universal health coverage and sustainable development: case studies from Latin American Countries. *Lancet.* 2015;385:1343-54. doi: oeg/10.1016/S0140-6736(14)61494-X.
4. Richard F, Hercot D, Québraogo C, Delvaux T, Samaké S, Olmem JV, et al. Sub-saharan Africa and the MDGs: the need to move beyond "quick impact" model. *Reproductive Health Matters.* 2011;19(38):42-55. Doi: 101016/50968-8080(11)38579-5.
5. Atun R, Andrade LOM, Almeida G, Cotler D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. Health System reform and universal health coverage in Latin American. *Lancet.* 2015;385(9974):1230-47. doi: org/1011016/S0140-6736(14)61646-9.
6. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad. Saúde Pública.* 2013;29(5):847-849.
7. Souza J, Kametorski LP, Luís MAV. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. *Rev Baiana Enferm.* 2011;25(2)221-28.
8. Viswambharan AP, Priya KR. Documentary analysis as a qualitative methodology to explore disaster mental health: insights from analysing a documentary on communal riots. *Qual Res.* 2015;1-17. doi: 10.1177/1468794114567494.
9. Moçambique. Organização Mundial de Saúde. Folha informativa geral sobre o direito à saúde [Internet]. [Acesso 10 fev 2015]. Disponível em: <http://www.who.in/hhr>.
10. Moçambique. Constituição da República de Moçambique [Internet]. Maputo: Imprensa Nacional; 2004. [Acesso 13 jan 2015]. Disponível em: <http://www.mozambique.mz/pdf/constituicao.pdf>
11. Carta Africa dos Direitos do Homem e dos povos. [Internet]. Nairobi, 1981. [Acesso 22 março 2015]. Disponível em: <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/carta-africa.html>.
12. Decreto-Lei n. 5/75 de 19 de agosto de 1975 (MZ). Dispõe sobre a nacionalização das clínicas privadas. *Boletim da República, I Série, n. 24, 19 de agosto de 1975.*
13. Lei n. 2/77 de 27 de setembro de 1977 (MZ). Dispõe sobre a criação de taxas de internamento hospitalar e possibilidade de atualização das mesmas. *Boletim da República, I série, n. 24, 27 de setembro de 1977.*
14. Lei n. 25/91 de 31 de dezembro de 1991 (MZ). Dispõe sobre a criação do Serviço Nacional de Saúde. *Boletim da República, I Série, n. 54, 31 de dezembro de 1991.*
15. Lei n. 40/2004 de 18 de fevereiro de 2004 (MZ). Dispõe sobre Regulamento geral dos hospitais. *Boletim da República, I Série, n. 7. 18 de fevereiro de 2004.*
16. Pacto Internacional dos Direitos Económicos e Culturais. Adotada pela resolução n. 2.200-A (XXI) na Assembleia Geral das Nações Unidas em 16 de Dezembro de 1966. [Internet]. [Acesso 22 março 2015]. Disponível em: <http://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>.
17. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica.* 2012;31(3):260-8.

Recibido: 28.05.2015

Aceptado: 16.07.2015

Correspondencia:
Fernando Mitano
Universidade Lúrio. Campus de Marrere
R. nr. 4250, Km 2,3
Bairro de Marrere
Nampula, Moçambique
E-mail: piqinamita@gmail.com

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.