

**Participación de los usuarios. Clave para la universalización del derecho a la salud****Patient participation: A key to universalizing the right to health****Participação do usuário. Chave para a universalização do direito à saúde****Milton Sbarbaro Romero** ^{1a} ¹ Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.^a **Autor de correspondencia:** miltonsbarbaro@gmail.com **Como citar:** Sbarbaro Romero M. Participación de los usuarios. Clave para la universalización del derecho a la salud. Rev. chil. enferm. 2024;6:75236. <https://doi.org/10.5354/2452-5839.2024.75236>

Fecha de recepción: 4 de julio del 2024

Fecha de aceptación: 15 de octubre del 2024

Fecha de publicación: 16 de octubre del 2024

Editores: Matías Faúndez Aedo

Felipe Machuca-Contreras

RESUMEN**Objetivo:** Evidenciar la participación de los usuarios en el gobierno del sistema de salud, principio que fuera asumido por la Administración de los Servicios de Salud del Estado de Uruguay, como estrategia para el logro de la universalización de la salud y el acceso a servicios de salud de calidad.**Desarrollo:** Con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, se intentó generar un cambio de calidad en el diseño de las políticas sanitarias, incorporando como principio la participación social en los diferentes niveles de gestión. Durante el del presente ensayo, se tomarán como excusa los resultados de un proyecto posdoctoral, realizado en redes sanitarias del Primer Nivel de Atención en zonas fronterizas (Uruguay-Brasil), buscando poner en diálogo la evidencia científica obtenida sobre la participación de los usuarios en el gobierno del sistema de salud, con las normativas y los principios del enfoque de Redes Integradas de Servicios de Salud, con la finalidad de colocar sobre el tapete el lugar que hoy se le ha dado a la participación de los usuarios en el gobierno de las redes públicas de salud de la Administración de los Servicios de Salud del Estado en particular y del sistema sanitario en general. **Conclusión:** La participación de los usuarios en el gobierno del sistema sanitario se evidencia como casi inexistente, contraponiéndose a los objetivos y principios del sistema, los que procuran un necesario control social.**Palabras claves:** Sistemas de Salud; Universalización de la Salud; Atención Primaria de Salud; Participación de la Comunidad; Gobernanza.

ABSTRACT

Objective: To highlight patient participation in the health system's governance, a principle adopted by the State Health Services Administration in Uruguay as a strategy for achieving the universalization of health and access to quality health services. **Development:** *Sistema Nacional Integrado de Salud* [National Integrated Health System] was created in an effort to bring about a qualitative change in the design of health policies, by incorporating social participation at different levels of management as a guiding principle. This essay draws on the results of a postdoctoral project conducted in health networks at the primary care level in border areas (Uruguay-Brazil), aiming to connect the evidence regarding patient participation in the health system's governance with the regulations and principles of the Integrated Health Service Delivery Networks. The purpose was to critically assess the current role assigned to patient participation in the governance of public health networks managed by State Health Services Administration in particular and the healthcare system in general. **Conclusion:** Patient participation in the health system's governance is found to be almost nonexistent, which contradicts the system's goals and principles that aim at ensuring necessary social oversight.

Keywords: Health Systems; Universalization of Health; Primary Health Care; Community Participation; Health Governance.

RESUMO

Objetivo: demonstrar a participação dos usuários na governança do sistema de saúde, um princípio adotado pela Administração Estatal de Serviços de Saúde do Uruguai como estratégia para alcançar a atenção universal à saúde e o acesso a serviços de saúde de qualidade. **Desenvolvimento:** Com a criação do Sistema Nacional Integrado de Saúde, tentou-se gerar uma mudança de qualidade no desenho das políticas de saúde, incorporando como princípio a participação social nos diferentes níveis de gestão. Durante o presente ensaio, os resultados de um projeto de pós-doutorado realizado em redes de saúde do Primeiro Nível de Atenção em áreas de fronteira (Uruguai-Brasil) serão usados como pretexto, buscando colocar em diálogo as evidências científicas obtidas sobre a participação dos usuários na governança do sistema de saúde, com os regulamentos e princípios da abordagem das Redes Integradas de Serviços de Saúde, a fim de discutir o lugar que atualmente é dado à participação dos usuários na governança das redes públicas de saúde da Administração Estatal de Serviços de Saúde em particular e do sistema de saúde em geral. **Conclusão:** A participação dos usuários na governança do sistema de saúde é quase inexistente, contrariando os objetivos e princípios do sistema, que buscam um controle social necessário.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde; Universalização da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Participação da Comunidade; Governança em Saúde.

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay creado en el 2007, es un sistema mixto, con un seguro de salud financiado por trabajadores, empleadores, jubilados y rentas generales, administrado por una Junta Nacional de Salud, integrada por el Poder Ejecutivo, Banco de Previsión Social, representantes de los prestadores, trabajadores y usuarios.¹ El sistema tiene 2.590.924 afiliados aportantes (81,2 % del subsector privado), y 902.237 personas que no aportan al sistema, asistiéndose en el subsector público.² El sistema solo garantiza las prestaciones definidas en la canasta básica de servicios. El modelo de atención está basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud con enfoque de redes.

Sus principios orientadores buscan generar un cambio de calidad en el diseño de las políticas sanitarias, incorporando la participación consciente y organizada de los trabajadores y usuarios en los diferentes niveles de dirección como componente clave, promoviendo un involucramiento en el análisis y determinación de sus necesidades y prioridades, jugando un rol importante en la definición de objetivos y planes sanitarios, y ser parte necesaria del control y evaluación de los resultados.³

En el 2020, el Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada, declaraba que no estaban “dispuestos a ocupar cargos por designación directa, ya que, de esa manera, lejos de fortalecer el papel de la comunidad en la elaboración e implementación de políticas sanitarias, sólo se estaría legitimando decisiones tomadas de espaldas a la gente”.⁴

Desde el año 2021 se viene implementado el proyecto posdoctoral Intervención en salud en efectores sanitarios públicos del Primer Nivel de Atención de zonas fronterizas (Uruguay – Brasil), que tiene la finalidad de aportar a elevar la calidad del cuidado de las poblaciones que viven en la frontera, que incluyen investigaciones realizadas en los departamentos de Rivera^{5,6}, Rocha⁷ y Cerro Largo⁸, que dan pie al presente ensayo, es una propuesta de intervención formativa y extensionista, a punto de partida de un diagnóstico situacional basado en investigaciones de tipo cuantitativo, que aplican el procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas,⁹ a directivos, trabajadores y usuarios de las redes en estudio.

Los resultados parciales del proyecto se analizarán críticamente con la bibliografía y normativas referidas a la participación de los usuarios en el gobierno del sistema, enmarcado en la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) impulsada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).¹⁰

Para este análisis tomamos como válido la idea de que la gestión del cuidado tiene la función primaria de dar soporte a la provisión de cuidados, con la finalidad de que el sujeto de cuidados (individuo y comunidad), goce del grado máximo de salud, para lo cual la gestión del cuidado tiene como función primaria dar soporte para su provisión. Esta perspectiva implica necesariamente la participación organizada de los actores sociales en todos los niveles de planificación del sistema, entendiendo que en todos ellos se define y defiende el cuidado de los individuos, las familias y las comunidades y el acceso universal a servicios de salud de calidad como un derecho inalienable.¹¹

Por otra parte, no podemos desatender que las organizaciones internacionales de crédito, son quienes delinear las reformas estructurales de los Estados, y por extensión de los sistemas de salud de los países de la periferia del poder mundial, con una concepción de gasto en salud no de inversión, configurando así la forma de relacionamiento de estos organismos de ayuda y otros organismos internacionales del Norte que al financiar las reformas imponen su concepción y las formas en que los gobiernos de la periferia deben realizar las reformas en el sector salud.¹²

Por lo expuesto, este artículo, persigue el objetivo de evidenciar la participación de los usuarios en el gobierno del sistema de salud, principio que fuera asumido por la Administración de los Servicios de Salud del Estado de Uruguay, como estrategia para el logro de la universalización de la salud y el acceso a servicios de salud de calidad

DESARROLLO

Participación de los usuarios en los niveles de planificación de la gestión del cuidado

Desde Alma Ata a Astaná, pasando por la Carta de Ottawa para la promoción de la salud y la Declaración de Río de Janeiro sobre los determinantes sociales de la salud, se refuerza la necesidad de promover una gobernanza transparente promoviendo la participación social en la definición de las políticas, la toma de decisiones, fijación de prioridades fortaleciendo el necesario control social. En nuestra región la OPS, a través de la estrategia de RISS, ha destacado la importancia de convertir a las comunidades como socias activas en la gobernanza y evaluación de los sistemas sanitarios, a través de niveles crecientes de participación, hasta empoderar a las comunidades para que desempeñen el completo control en las decisiones que afecten a su bienestar.¹⁰

Varias experiencias continúan aportando evidencias en ese sentido, entre ellas se destaca a nivel nacional el estudio de una red sanitaria que mostró índices de desempeño bajos que podrían estar explicados por la falta de participación de los usuarios en su gobierno, concluyendo sobre la importancia de la participación social para evitar vulnerar el derecho a la protección de su salud.¹³ Por otro lado, se puede mencionar el estudio de un caso colombiano que muestra la importancia de los movimientos sociales organizados para evitar la profundización de las reformas que empujan a los sistemas sanitarios hacia su mercantilización, mostrando que el derecho a la salud es un derecho individual y colectivo que se defiende con la participación plena y decisiva de los actores sociales.¹⁴

El sistema de salud de Uruguay estuvo pensado en su momento para que el control social se extienda a lo largo de todas sus estructuras y en los diferentes niveles de la gestión. En este sentido se trata de poner en discusión la participación de los usuarios en los niveles estratégicos y tácticos de este.³

A priori queda claro que sigue existiendo una fuerte contradicción entre los objetivos planteados en la Ley de creación del sistema de salud y la construcción de la participación social en las definiciones de política sanitaria, realidad ya denunciada por la organización nacional de usuarios en el 2020.^{1,4}

Participación de los usuarios en el Nivel Estratégico de la planificación de la gestión del cuidado

El sector salud, como uno de los sectores que dinamiza fuertemente las economías nacionales e internacionales, se ve tensionado por las presiones permanentes que sobre el nivel político ejerce el empresarismo de la salud, quienes colocan sus intereses de lucro por encima de la salud de la población.

Ejemplo claro de ello es la composición del organismo de administración del Seguro Nacional de Salud, como resultado de la pugna entre el poder político, las organizaciones sociales y el empresarismo médico. El anteproyecto de Ley refería explícitamente que ese nivel central, ubicado en la órbita del Ministerio de Salud, debía estar conformado por tres miembros en representación del Estado, un representante de los trabajadores y un representante de los usuarios organizados, éstos últimos electos por sus propias organizaciones.³

Las presiones ejercidas por parte del empresarismo médico lograron colocar en el seno de la administración del seguro de salud a sus representantes, quedando conformada la Junta Nacional de Salud, por dos representantes del Ministerio de Salud Pública, un representante del Ministerio de Economía y Finanzas, un representante del Banco de Previsión Social, un representante de los trabajadores, un representante de los usuarios, y un representante de los prestadores. Si bien se logró incorporar en este nivel a representantes de los usuarios, ellos vienen reclamando un lugar en la mesa de definiciones sobre los fondos del seguro de salud, que permita un efectivo control social sobre estos.¹⁵

La legislación de Uruguay expresa que los prestadores tendrán un representante en la Junta Nacional de Salud, ahora bien, el sistema es un sistema mixto (público y privado), siendo el mayor prestador el público, con cerca de 1.500.000 usuarios. Sin embargo, no es quien actúa en representación de los efectores en la Junta Nacional, sino que es el subsector privado quien ocupa esa representación.⁴

Esta lógica de retiro del Estado como garante de las políticas sociales es la forma en que este sistema neoliberal, ha dejado en manos del mercado a un sector tan importante como lo es el sector salud, utilizando mecanismos legales y normativos para garantizar las ganancias y el lucro de las empresas.¹⁶

Ahora bien, sin duda que fue un hito fundamental lograr que los usuarios organizados estén en este nivel de gestión, pero esta conformación de la Junta Nacional de Salud debilitó el control social sobre las políticas sanitarias y particularmente sobre los aspectos financieros del sistema. Al respecto cabe recordar las denuncias realizadas por la organización nacional de usuarios sobre la falta de participación real y concreta en los ámbitos en donde se definen las metas del sector salud, manifestando que no se realizan evaluaciones de los resultados ni existen mecanismos de control, realizándose gastos millonarios, sin ningún control social.¹⁵

Esta situación puede ser una de las causas de la poca o nula participación de los usuarios en los restantes niveles de la planificación de la gestión del cuidado, evidenciada por los resultados del estudio desarrollado en la frontera, que señalan que la casi totalidad de los usuarios no participan ni directa ni indirectamente en los órganos de gobierno (Rivera 98.2%^{5:6}; Rocha 95%⁷; Cerro Largo 99%⁸), repercutiendo en el acceso a servicios de salud de calidad.

Participación de los usuarios en el Nivel Táctico de la planificación de la gestión del cuidado

En este nivel, en el anteproyecto de ley se marcaba claramente en su gobierno, la participación social organizada con las atribuciones necesarias para aplicar las políticas nacionales de salud y el plan nacional de salud, para lo cual se les delegaban las potestades para administrar todos los recursos humanos, materiales y financieros.³

Este nivel se ha quedado estancado en una insipiente integralidad dejando al descubierto un sórdido campo de batalla entre los intereses de los prestadores públicos y privados, que tienen representantes a este nivel. Y entre los intereses del sector privado y las necesidades de las personas y comunidades expresadas en la lucha por el derecho a la salud. Al igual que en el nivel central, la Ley 18.211 refleja el fruto de estas pujas, definiendo que son los Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales quienes coordinarán las políticas de salud, con la participación prevista en el anteproyecto de ley, pero les rebaja las delegaciones y atribuciones colocándolos sólo con funciones asesoras, cuyos informes y propuestas no tendrán carácter vinculante.¹

Por otra parte, un sistema de salud como el de Uruguay, basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), debe fortalecer la participación social como una de las variables para evitar la fragmentación, causa no única del bajo desempeño del sistema de salud, fragmentación expresada “como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios”.¹⁰

En este sentido, los resultados de los estudios en proceso del proyecto posdoctoral evidencian que las tres redes sanitarias aún distan mucho de tener una participación efectiva de los actores en las definiciones de políticas sanitarias y en la gestión de la red, lo que se evidencia por Desempeños Bajos en cada una de ellas. En Rocha el Índice de Desempeño del Componente (Gobernanza y Estrategia) de la Red es de 0,27⁷, en Rivera de 0,265^{5:6} y en Cerro Largo de 0,37⁸, en una escala de 0 a 1, en donde 1 representa el nivel máximo de desempeño.

Estos resultados no son consecuencia de la casualidad, sino de una política definida y continua de negación de la participación social en las definiciones de políticas sanitarias, el movimiento nacional de usuarios viene denunciando la falta de participación en la elaboración y control de las políticas sanitarias, manifestando la falta de espacios donde plantear las dificultades en la atención y la falta de información sobre la marcha del sistema.¹⁷ Los usuarios exigen ser escuchados y reclaman aperturas de caminos para sumar esfuerzos que permitan revertir la crisis del sistema.⁴ A 17 años de

creación del sistema de salud, los estudios realizados evidencian que aún no se ha avanzado en esa línea.

En este sentido se entiende a la participación social, como la llave para cambiar la lógica tradicional de distribución de los recursos, derivando los mismos a atender las necesidades de las poblaciones más vulnerables y colocando a la participación como una herramienta de control social, por lo que su fortalecimiento es clave para la universalización de la salud y el acceso a servicios de salud de calidad.¹⁸

Para focalizar el análisis y poner en diálogo el concepto de la participación social expresada en los principios del sistema de salud con la realidad de 17 años de construcción de este, es que incorporo en este análisis el planteo de la OPS sobre los cinco niveles que identifican las capacidades que presentan las redes de salud en la incorporación de las comunidades en su gobierno. Éstas van desde brindar información a los usuarios, hasta empoderar a los usuarios organizados, para que tengan el completo control sobre las decisiones claves que afecten su bienestar.¹⁹ La evidencia recabada en el estudio de frontera muestra que solo uno de cada tres usuarios expresa recibir información y la mayoría de los trabajadores y directivos (94.6% y 88.9% respectivamente), refieren que brindan información a los usuarios, pero es en la toma de decisiones donde se encuentra la gran debilidad, allí casi la totalidad de los usuarios (97.5%) refiere que no participan en ellas.⁵⁻⁸

En este sentido, y teniendo en cuenta en primer lugar que coexisten una diversidad de miradas, opiniones, análisis y profusas normativas, se entiende que subsiste una fuerte debilidad en la base del sistema que puede poner en riesgo el principio de acceso universal a servicios de salud de calidad, impactando negativamente en los sectores más vulnerables de la población.

En segundo lugar, se ve un desplazamiento de lo normativo por lo consuetudinario, con la excusa de que, aunque los usuarios no participen, se tiene que seguir adelante porque la institución no se puede parar, sin importar que ese accionar violente los principios básicos del sistema sanitario, e indiscutiblemente no contribuye a la defensa del principio de no discriminación e igualdad. El acceso a la información debe garantizarse para que las personas y las comunidades organizadas se involucren en los procesos de planificación y logren involucrarse en la toma de decisiones en todos los niveles del sistema de salud.¹⁹

La realidad del Sistema Nacional Integrado de Salud refuerza la necesaria idea de acentuar la participación consciente de manera individual y organizada en todas las estructuras de gobierno²⁰, como única forma de construir propuestas contrahegemónicas, que hoy tienen como base fundamental y prioridad la defensa del derecho a la salud.¹⁷

CONCLUSIONES

La participación de los usuarios en el gobierno del sistema sanitario se evidencia como casi inexistente, contraponiéndose a los objetivos y principios del sistema, los que procuran un necesario control social.

Es claro que existe una oportunidad para revertir la situación de estancamiento en la que se encuentra el sistema de salud de Uruguay, avanzando en una de las estrategias definidas para el logro del acceso universal y como garantía del derecho a servicios de salud de calidad, que es la participación social. Para ello se hace necesario poner en discusión la conceptualización de la participación social como promotora de los cambios necesarios, y no simplemente para llenar una legalidad del sistema.

Las empresas privadas de salud vienen ganando terreno a través del permanente lobby que les permite presionar a los Estados, juntamente con los organismos de crédito internacionales, para colocar la defensa de los intereses del capital por encima de la defensa del derecho a la salud.

Se cree que hay espacios en el sistema de salud para enfrentar la mercantilización de la salud, a través de garantizar el control social, dotando a los usuarios de una participación real y plena en la Junta Nacional de Salud, y de forma concomitante circunscribir la participación del empresarismo a los niveles intermedios de la gestión.

Hoy tienen la palabra los actores políticos para colocar los intereses de la salud pública por encima de los intereses de los empresarios de la salud, en defensa del derecho al acceso universal a servicios de salud de calidad.

CONFLICTOS DE INTERÉS: El autor declara no tener conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO: Sin financiamiento.

AGRADECIMIENTOS: Reconocer y agradecer a Denis L; Argüello C; Barboza M; Burgos N; Del Pino L; Moreira A; Ricarte M; Larrosa J; Erosa V; Fernández C; García S; Rivero F; De Mello AM; Barboza V; Carneiro Y; Dos Santos M; Lacerda F; Peláez A; Ribeiro G; Quepfer V; Blanco P; Cuelho C; Fernández C; Rodríguez P; Trindade Y y Oclo J, por su participación en diferentes etapas del proyecto.

AUTORÍA:

MSR: Conceptualización, Escritura - borrador original, Escritura - revisión y edición.

REFERENCIAS

1. Senado y Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay. Ley N°18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud. Uruguay: Senado y Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay; 2007.
2. Ministerio de Salud Pública. Datos y Estadísticas: Afiliados Seguros integrales – junio 2024; Afiliados IAMC – junio 2024; Usuarios ASSE – junio 2024. Uruguay: Ministerio de Salud pública; 2024. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos>
3. Villar H. La salud una política de Estado: hacia un Sistema Nacional de Salud. Marco conceptual, el contexto, situación actual y propuestas de cambio. Primera Ed. Montevideo, Uruguay: Zona Editorial; 2003. p. 38.
4. La Diaria Salud. Mutualistas, trabajadores y usuarios avanzan en la propuesta de nombres para conformar la JUNASA. Uruguay: La Diaria; 2020. <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2020/6/mutualistas-trabajadores-y-usuarios-avanzan-en-la-propuesta-de-nombres-para-conformar-la-junasa/>
5. Barboza V, Carneiro F, Santos MD, Lacerda F, Pelaez A, Ribeiro G. Evaluación del desempeño de un centro de salud de Rivera [Tesis de Grado]. Rivera, Uruguay: Universidad de la República, Facultad de Enfermería; 2024.
6. Blanco P, Cuelho C, Fernández C, Oclo J, Rodríguez P, Trindade Y. Desempeño de una red de policlínicas de Atención Primaria de Salud en Rivera [Tesis de Grado]. Rivera, Uruguay: Universidad de la República, Facultad de Enfermería; 2024.
7. Erosa V, Fernández C, García S, Rivero F. Desempeño de las policlínicas fronterizas públicas, desde la perspectiva de los actores involucrados [Tesis de Grado]. Rocha, Uruguay: Universidad de la República, Facultad de Enfermería; 2023.
8. Denis L. Desempeño de una red sanitaria pública fronteriza del Primer Nivel de Atención, desde la perspectiva de sus actores [Tesis de Grado]. Cerro Largo, Uruguay: Universidad de la República, Facultad de Enfermería; 2023.
9. Sbarbaro RM. Procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas: proceso de su elaboración. Revista Urug Enferm 2017;12(1).

10. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Primera Ed. Washington DC, EEUU: OPS; 2010.
11. Sbarbaro Romero M. Procedimiento para evaluar el desempeño de redes sanitarias públicas. Aplicación en una red de atención primaria de Uruguay. *Revista Urug Enferm* 2017;12(2).
12. Torres-Tovar M, Vega-Romero RR, Luna-García JE, Borrero-Ramírez YE, Echeverry-López ME. Luchas por el derecho a la salud en Colombia: vínculos con la salud para todos y todas. *Saúde debate* 2020; 44(spe1):51–63. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020S104>
13. Ayala R, Torres MC, Calvo MJ. Gestión de cuidados en Enfermería. Buenos Aires, Argentina: Mediterráneo; 2014. p. 145.
14. Hong E. El movimiento en favor de la atención primaria de la salud se enfrenta al libre mercado. En: Fort M, Mercer M, Gish O. El negocio de la salud: los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público. Barcelona, España: Paidós Ibérica; 2006.
15. Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada. Intervención de los compañeros de Soriano. 10 años del Sistema Nacional Integrado de Salud: una mirada de los usuarios organizados. Soriano, Uruguay: Boletín MNUSPP; 2017. <https://usss.org.uy/2017/06/19/intervencion-de-los-companeros-de-soriano/>
16. Stolkner A. Tiempos “Posmodernos”: ajuste y salud mental. En: Saidon O, Troianovsky P, comp. Políticas en salud mental. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial; 1994. p. 25-55.
17. Willmott H. La fuerza es la ignorancia, la esclavitud es la libertad: la gestión de la cultura en las organizaciones modernas. En: Fernández Rodríguez CJ. Vigilar y organizar: una introducción a los Critical Management Studies. Madrid, España: Siglo XXI; 2007. p. 103-60.
18. Harnecker M. Haciendo posible lo imposible: la izquierda en el umbral del siglo XXI. Primera ed. México: Siglo XXI Editores; 1999.
19. Organización Mundial de la Salud. Derechos humanos. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2024. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
20. Guevara E. El socialismo y el hombre en Cuba. En: Cuba. Ministerio de Cultura. Ernesto Che Guevara, escritos y discursos. La Habana, Cuba: Ciencias Sociales; 1985. p. 253-72.