

Taller Política
de Salud
de Fronteras
en UNASUR

Taller Política
de Salud
de Fronteras
en UNASUR

ISAGS  **UNASUR**
Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

EXPEDIENTE

INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD - ISAGS

Director Ejecutivo:

José Gomes Temporão

Coordinador Técnico:

Henri E. Jouval Jr.

MINISTROS DE SALUD DE SURAMÉRICA EN ENERO DE 2016

Jorge Lemus

Argentina

George Norton

Guyana

Ariana Campero Nava

Bolivia

Antonio Barrios Fernandez

Paraguay

Marcelo Costa e Castro

Brasil

Anibal Velásquez Valdivia

Perú

Carmen Castillo Taucher

Chile

Patrick Pengel

Suriname

Alejandro Gaviria Uribe

Colombia

Jorge Basso

Uruguay

Margarita Beatriz Guevara

Ecuador

Luisana Melo

Venezuela

Coordinador Técnico de ISAGS:

Henri E. Jouval Jr.

Traducción:

Lara Romano

Coordinador del Informe:

Antonio Restrepo

Apoyo:

Aline Fontainha; Beatriz Nascimento;

Bruno Macabu; Felipe Amarante;

Flavia Bueno; Karla Menezes;

Laura Santana; Luana Bermudez.

Investigadora Asistente:

Suelen Oliveira

Projeto gráfico:

Hum ponto Design e Comunicação

Las opiniones expresadas en este documento son responsabilidad exclusiva de los autores y pueden o no coincidir con los de la institución.

www.isags-unasur.org

www.facebook.com/isags.unasursalud

www.twitter.com/isagsunasur

ÍNDICE

I. PRESENTACIÓN	5
II. INTRODUCCIÓN	6
III. ORGANISMOS INTERNACIONALES	9
Unión Europea	9
Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud – OPS-OMS	12
Comunidad Caribeña – CARICOM	15
Mercado Común del Sur – MERCOSUR	17
Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Hunanue – ORAS-CONHU	20
Organización del Tratado de Cooperación Amazónica – OTCA	24
IV. GUÍA PRELIMINAR PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS PAÍSES DE UNASUR	27
V. PAÍSES	29
Argentina	29
Bolivia	32
Brasil	33
Chile	35
Colombia	38
Ecuador	41
Guyana	43
Paraguay	45
Perú	48
Suriname	51
Uruguay	53
Venezuela	55
VI. INICIATIVAS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD	58
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
VIII. ANEXOS	65
Listado de Participantes	65
Bibliografía de Referencia	67

I. PRESENTACIÓN

El Taller “Políticas de Salud de Frontera en UNASUR” promovido por el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), fue realizado en el período de 27 a 29 de octubre de 2015 en su sede en Río de Janeiro, Brasil, y contó con la participación de representantes de los 12 países que constituyen la región suramericana.

Los principales objetivos del taller fueron: actualizar el panorama general de la salud en las fronteras; presentar las iniciativas de intercambio de experiencia y lecciones aprendidas; conocer cuáles son los mecanismos políticos, económicos y sociales a nivel nacional e local; indicar los retos y formular recomendaciones.

Los tres ejes de presentaciones de las experiencias fueron:

- Presentación de la experiencia acumulada de políticas de salud en las fronteras de instituciones internacionales;
- Presentación de la experiencia acumulada de políticas de salud en las fronteras de instituciones sub-regionales;
- Presentación de la experiencia de los países en la elaboración e implementación de políticas de salud en las fronteras.

Los principales temas abordados en las conferencias, ponencias y presentaciones basados en la guía enviadas a los países destacaron los aspectos relacionados a actualización de la normatividad y estructura institucional relacionada a la salud en las fronteras; los planes específicos de salud en las fronteras; los proyectos de cooperación internacional para la salud en las fronteras; el diagnóstico de la salud en las fronteras; el sistema de atención de salud en las fronteras; los programas preventivos de salud en las fronteras; la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional en los pasos fronterizos; el financiamiento específico para la salud en las fronteras.

De esa manera, se considera que las fronteras constituyen un puente estratégico y dinámico de vinculación entre los países suramericanos de allí su relevancia para la inversión social, económica y ambiental por parte de los países y los Consejos Sectoriales de la UNASUR- Por ello resulta necesario y oportuno discutir, avanzar y compartir informaciones acerca del intercambio prestacional en zonas fronterizas y las lecciones aprendidas en Suramérica. Además, la discusión de esta temática en el ámbito de UNASUR contribuirá para promover la inclusión de la salud en las fronteras en las agendas de los países suramericanos.

José Gomes Temporão

II. INTRODUCCIÓN

Suramérica cuenta con 46 fronteras entre los 12 países de UNASUR y una frontera en el extremo noroccidental entre Colombia y Panamá. Estos territorios presentan todo tipo de perfiles, desde casos como la triple frontera entre Argentina, Brasil y Paraguay con una amplia dinámica de desarrollo económico, hasta zonas remotas con escaso desarrollo como la triple frontera entre Colombia, Perú y Brasil en la Amazonía (formada por el Estado do Amazonas en Brasil, por el Departamento de Amazonas en Colombia y por el Departamento de Loreto en Perú). Estos contrastes ofrecen una amplia gama de desafíos para subsanar las brechas presentes a ambos lados de las fronteras, pero también representan oportunidades únicas para desarrollar innovadoras políticas de integración en la atención de salud para las poblaciones fronterizas.

De hecho, las zonas de frontera pueden ser consideradas áreas privilegiadas para implementar sobre el terreno los principios de integración, expresados en la determinación de desarrollar un espacio regional en lo político, económico, social y ambiental, tal como quedó consagrado en el Preámbulo de Tratado Constitutivo de UNASUR.

En los más de 17 mil kilómetros de fronteras demarcadas en Suramérica, pueden distinguirse tres espacios geo-políticos, con características específicas:

- Fronteras andinas
- Fronteras amazónicas
- Fronteras del Cono Sur

En estos espacios los países acumulan diversas experiencias de integración sub regional. ORAS-CONHU (Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Hunaue), OTCA (Organismo del Tratado de Cooperación Amazónica) y Mercosur (Mercado Común del Sur), cada uno en su área de acción, desarrollan proyectos enfocados en la salud en las fronteras. Este Informe reserva un capítulo a reseñar dichas iniciativas, e incluye también las experiencias de la Comunidad del Caribe CARICOM, del cual hacen parte Guyana y Suriname, junto con otros 10 países y seis territorios de la región caribeña.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) con más de cien años de actividades y un trabajo descentralizado por medio de Representaciones en los países de la Región hace más de 50 años, ha acumulado una valiosa experiencia en los temas de Salud en las Fronteras. En el Taller la OPS-OMS expuso los lineamientos centrales de un marco conceptual renovado para la formulación de Políticas Públicas y Directrices de Desarrollo en Salud de las Fronteras.

La Unión Europea presentó la experiencia y los avances alcanzados en las integraciones de los servicios de salud transfronteriza, así como los nuevos desafíos a que se enfrenta el bloque ante la creciente movilidad poblacional transfronteriza.

El Taller abordó el tema de salud en las fronteras en el corto, medio y largo plazo, que ha sido solicitado por los países de UNASUR. En respuesta a la convocatoria de ISAGS, los doce países suramericanos presentaron con base en una Guía preparada por ISAGS que se incluye en el presente Informe, las dimensiones y las cuestiones rectoras, los Análisis de Situación de Salud (ASIS) fronterizos disponibles y los Acuerdos de Cooperación Internacional relacionados con la salud en las fronteras.

Para este Informe hemos reseñado los elementos más relevantes de las presentaciones de los países, destacando la calidad de dichos aportes. Las presentaciones, tanto de los países, como las organizaciones internacionales participantes, pueden consultarse en su integridad en la página web de ISAGS.

Como resultado de las deliberaciones del Taller, los países coincidieron en un conjunto de Conclusiones y Recomendaciones, tanto para los países, como para los organismos subregionales y para el ISAGS-UNASUR. Se destaca entre ellas, la constatación del interés creciente de los gobiernos sobre el tema de salud en las fronteras y la necesidad de elevar el nivel de importancia de este tema en las agendas internas, subregionales y regionales. Para este propósito, la adopción de un Marco Conceptual para la formulación de Políticas Públicas y Directrices de Desarrollo en Salud de las Fronteras, por parte de la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS), viene a constituirse en una herramienta clave a disposición de los países para avanzar en la integración de políticas de los servicios sanitarios transfronterizos.

Así mismo, se registró la vigencia de importantes iniciativas internacionales entre los países de la región para avanzar hacia el objetivo de alcanzar mejor reciprocidad en el acceso a los servicios de salud. A este respecto los países sugirieron sistematizar la información sobre estos instrumentos de cooperación. Para atender a esta sugerencia se incluye un cuadro con la información básica sobre el tema, que podrá servir para la construcción de una base de datos sobre Instrumentos de Cooperación de salud en las fronteras de UNASUR.

Con respecto a los organismos subregionales el Taller recomendó avanzar en la armonización de las respectivas agendas y evitar duplicidades y superposiciones. Sobre el particular, consideró que ISAGS podría generar el espacio de diálogo y concertación correspondiente.

Dado que las fronteras son de por sí, espacios de contactos poblacionales, los países destacaron la importancia de adoptar un enfoque intercultural en el abordaje de los desafíos de la salud en estos territorios.

Los avances y las posibilidades que ofrece la Telemedicina y la Telesalud para la prestación de servicios de salud en zonas de frontera, fue registrado también como una alternativa para incorporar los beneficios que ofrecen las nuevas tecnologías en la oferta de servicios sanitarios, sobre todo en aquellos territorios fronterizos remotos y de difícil acceso.

Problemas como la capacitación y permanencia de los recursos humanos y la adopción de mecanismos prestacionales recíprocos también fueron registrados como retos para mejorar la atención sanitaria en nuestras fronteras.

Finalmente, ante las características transfronterizas de los eventos generadores de emergencias y desastres, incrementados por zonas de cambios climáticos, y las dificultades prácticas para la atención coordinada entre países con fronteras comunes, el Taller sugirió la generación de espacios que promuevan una mayor integración de los planes nacionales y dispositivos locales de respuesta en zonas de frontera.

III. ORGANISMOS INTERNACIONALES

UNIÓN EUROPEA

El taller fue inaugurado con la conferencia de María Iglesia-Gomez, Jefa de la Unidad Sistemas de Salud Dirección General Salud y Seguridad Alimentaria de la Comisión Europea, que tuvo como título “La experiencia de la Unión Europea sobre la asistencia sanitaria transfronteriza”.

María Iglesia presentó las características generales de la Unión Europea (UE) que es formada por 28 países, 28 fronteras, 24 idiomas, 28 sistemas de Seguridad Social y de Salud diferentes y representa un mercado de 500 millones habitantes y 500 millones de pacientes potenciales. Otra importante característica de la UE es la constitución a partir de tres grandes instituciones: la Comisión Europea que toma las iniciativas y propone las normas legislativas, el Consejo de la Unión Europea formada por los Ministros y los Jefes de Estado que formaliza y acepta las propuestas hechas por la Comisión Europea y el Parlamento Europeo que es el órgano de legitimidad, que son elegidos por los ciudadanos de la Unión Europea. Hay también una serie de Comités Consultivos: el económico y social representando los intereses económicos y sociales de la Unión Europea y el Comité de las Regiones. Encuadrando todo eso hay un Tribunal de Justicia Europeo que sanciona y crea jurisprudencia.

La Constitución del Tratado de Roma (1957) es considerado el tratado fundador según el cual la Unión Europea tiene sólo las competencias delegadas por el Tratado y han de respetar los principios de subsidiariedad y proporcionalidad. La subsidiariedad significa que solo se hace aquello que es mejor realizarse a nivel europeo cuando tiene sentido, cuando genera un valor añadido. Aquello que no genera es mejor hacerse en el nivel nacional o regional. Este es un principio muy importante y es aplicado sistemáticamente. Otro principio importante, la proporcionalidad: que las políticas que se propongan tengan un efecto directo a los ciudadanos y proporcionales en su objetivo.

Otro principio importante que se utiliza en Unión Europea es el Principio de libre circulación que se aplica a personas, bienes, servicios y capitales. La circulación de personas en materia de salud, necesita la coordinación de los servicios de seguridad social y de salud. Al mismo tiempo, el Tribunal de Justicia de la Unión Europea ha dicho que la asistencia sanitaria es un servicio y por lo tanto se tiene que aplicar las reglas de libre circulación.

Estados miembros son competentes en organización y provisión servicios sanitarios y derecho a las prestaciones. Siempre utilizando el Principio de Subsidiariedad hay una serie de competencias referidas a aquellas políticas que son mejor realizadas al nivel europeo porque tiene un valor añadido tales como: calidad sangre, órganos, células y tejidos; medicamentos y productos sanitarios; amenazas transfronterizas, tabaco; cooperación sanitaria de los estados miembros; asistencia sanitaria transfronteriza (Directiva 2011/24).

A pesar de no haber una coordinación entre los 28 sistemas de seguridad social, en casos transfronterizos hay reglas que están fijadas en la legislación (Regulación 883/2004). Con base en tales reglas se establece cuáles son los mecanismos a utilizar y cuáles los servicios a coordinar en casos como: maternidad; beneficios de invalidez; accidentes y enfermedades laborales; pensiones; seguro de desempleo.

Con relación a asistencia sanitaria en otro estado miembro de la Unión Europea hay dos tipos de asistencia correspondientes a dos tipos de situaciones: El primero cuando el ciudadano se encuentra en otro Estado Miembro de manera permanente y requiere atención sanitaria. El segundo caso es la asistencia sanitaria planificada para los ciudadanos que se encuentran de manera temporal en otro Estado Miembro. En primer caso, es necesario un documento de autorización previa¹ para cubrir los costos por el seguro sanitario por medio de reembolso. Con respecto a la segunda situación, en caso de necesitar tratamiento la aseguradora sanitaria competente cubrirá los costos del tratamiento (a partir del European Health Insurance Card). Todos los ciudadanos cuentan con una tarjeta, denominada Tarjeta Azul. Con esa tarjeta el ciudadano es tratado en cualquier otro Estado Miembro de la Unión Europea y el reembolso es fijado por las tarifas de cada Estado Miembro. Esto vale para la asistencia sanitaria pública.

El Tribunal de Justicia Europeo desde 1997 hasta 2006 desarrolló un cuerpo de jurisprudencia basada en los derechos de libre circulación que tienen los ciudadanos europeos, por tanto, la asistencia sanitaria es un servicio, amparado por las reglas de la libre circulación de servicios. A partir de la Directiva Derechos de los Ciudadanos sobre la asistencia transfronteriza (2011) se estableció: el ciudadano tiene el derecho a elegir cualquier proveedor de atención sanitaria público o privado ubicado en la Unión Europea y ser reembolsado hasta el coste del servicio a nivel nacional. Este derecho debe ser sometido a la autorización previa en algunas situaciones y tratamientos. El Contenido de la Directiva a respecto de los Derechos de Pacientes en Asistencia Transfronteriza establece el derecho a reembolso cuando se recibe asistencia sanitaria en otro Estado miembro de la Unión Europea; misma tarifa de honorarios que a pacientes nacionales en condiciones similares; en ausencia de tarifas comparables, el precio debe ser establecido de manera objetiva y transparente (costes reales).

El contenido de la Directiva que establece garantías procesales al respecto de los derechos mínimos de los pacientes en la Unión Europea instituye: derecho de recurso para autorización y reembolso; transparencia en los procedimientos de quejas y compensaciones (todo tratamiento estará cubierto por seguro de responsabilidad civil o garantía similar); derecho a privacidad; derecho al acceso a copia de expediente médico; no-discriminación en acceso y precios.

Las formas de cooperación de los sistemas de salud esta instituida en la Directiva de los derechos de los ciudadanos sobre la asistencia transfronteriza, que establece: la conformación de redes europeas de referencia; evaluación de tecnologías

¹ La Autorización Previa se puede ser fijada en dos casos: para tratamientos con ingreso hospitalario de más de una noche; uso de infraestructuras o equipos médicos sumamente especializados y costosos.

sanitarias (HTA); eHealth; cooperación en regiones transfronterizas; reconocimiento de recetas en los diferentes Estados Miembros. En este aspecto las redes europeas de referencias han logrado importantes éxitos.

Las Redes europeas de referencia se destacan como una de las más importantes estrategias de cooperación entre los sistemas de salud. Estas redes se caracterizan por operar como redes de proveedores de salud destinadas a mejorar la calidad, la seguridad y el acceso a la asistencia sanitaria altamente especializada en toda la Unión Europea. La expectativa es que en la red se tratarían pacientes, se analizarían pacientes con un diagnóstico a distancia, se abrirían intercambios de información clínica, intercambio de los registros de los pacientes. Incluye también sesiones clínicas virtuales, para poder compartir en telemedicina la Tele-radiología, Tele-cirugía, Tele-imagen, Tele-dermatología Tele-consulta, etc. Para eso, es necesario una red que permita un monitoreo a distancia y un seguimiento de pacientes.

La grande tarea de la Unión Europea es ejecutar la legislación y ayudar a los estados miembros que tienen dificultad de implementar las medidas a nivel nacional. En materia de innovación, la asistencia sanitaria aporta al bloque un importante plus en materia de acceso, efectividad, calidad y de sustentabilidad y por ello es importante seguir insistiendo en la necesidad de compartir, cooperar y respetar las decisiones nacionales.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OPS/OMS

La segunda conferencia del primer día estuvo a cargo de Guillermo Mendoza, consultor del área de Salud de las Fronteras de la Organización Pan-americana de Salud que habló a respecto del “Fortalecimiento de las Políticas de Salud Pública entre Fronteras – Documento conceptual de la Organización Pan Americana de la Salud”.

La conferencia se basó en el trabajo que la Organización viene realizando en respuesta a la solicitud que hiciera el Gobierno de Paraguay en octubre de 2014, en el sentido de que la Organización preparara unos lineamientos generales a respecto del tema, para los Estados Miembros. El documento fue preparado por un equipo multidisciplinario con participación de varios representantes de Oficinas de país e incluyó la recolección de los trabajos documentados de los países sobre salud en las fronteras.

La relevancia del tema de la Salud de Fronteras para la OPS se apoya en la aspiración al acceso y cobertura universal; y al cierre de brechas a partir de la identificación de grupos vulnerables.

En el proceso de revisión se encontraron algunos aportes teóricos que fueron considerados de gran importancia para incluir en el documento. Uno de ellos es el que plantea el Dr. Oscar Martínez de la Universidad de Arizona (EUA) que ha hecho una clasificación de los tipos de relaciones en las fronteras en el mundo y presenta esta clasificación en cuatro grupos dependiendo de los tipos de relación: Fronteras Confrontadas; Fronteras Co-existentes; Fronteras Interdependientes; Fronteras Integradas.

En la región de las Américas se puede encontrar fronteras con todos estos tipos de clasificación, que, por demás, no es permanente, si no que va cambiando; se pasa de un tipo de relación a otro y en un mismo país puede ser que los cuatro tipos co-existan.

Con relación a las **Fronteras Confrontadas** las principales características son: prevalece la tensión en la relación; funcionalmente la frontera es cerrada y la interacción transfronteriza es completamente o casi completamente inexistente; los residentes de cada país interactúan como si fueran extraños entre sí. Ya en las **Fronteras Co-Existentes**: la estabilidad es intermitente; la frontera permanece mínimamente abierta permitiendo la interacción transfronteriza limitada; los residentes de cada país interactúan como conocidos fortuitos, pero los residentes fronterizos desarrollan una relación más estrecha. En el tercer tipo las **Fronteras Interdependientes**: la estabilidad permanece la mayor parte del tiempo; la complementariedad económica y social favorece la interacción transfronteriza generando una expansión de la zona fronteriza; los residentes fronterizos

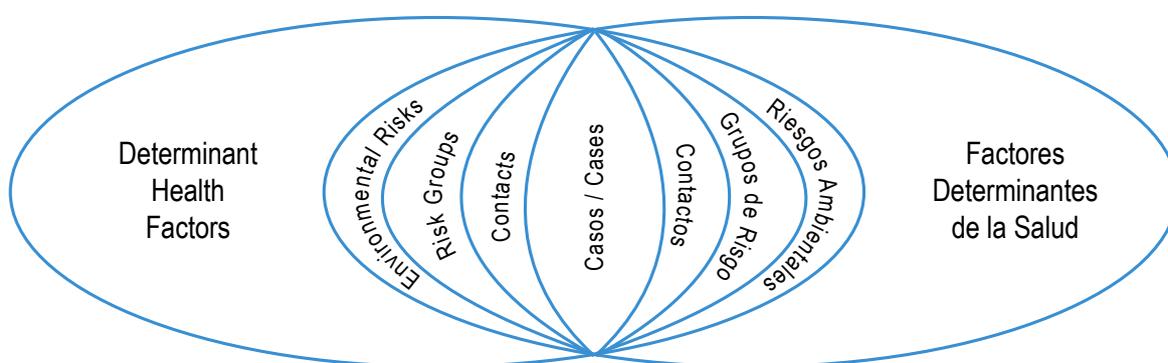
desarrollan relaciones amigables y colaborativas. El ultimo tipo caracterizado como **Fronteras Integradas**: tiene como principales aspectos: la estabilidad es permanente y firme; la economía de ambos países se fusiona funcionalmente y existe un movimiento irrestricto de bienes y personas; los residentes fronterizos se perciben a sí mismos como miembros de un mismo sistema social.

Con base en la revisión hecha se plantearon los siguientes lineamientos generales para ser desarrollados por los países: mecanismos de comunicación, coordinación y cooperación; identificación y priorización de problemas comunes; conformación de redes (información, científicas y técnicas); mecanismos de integración; sistema de naciones unidas – reconocer los mandatos de otras agencias de naciones unidas tienen, no solamente en el ámbito de la salud, pero si en el ámbito de desarrollo y conservación de la paz.

Con respecto a los tipos de cooperación, será importante que los Estados definan con precisión cual es el modelo de cooperación que se va a trabajar, así como hacer respecto de los modelos, esto es: diferenciar la ayuda humanitaria corriente respecto de las acciones inmediatas en situaciones de emergencias; cooperación para el desarrollo orientada a la transferencia de tecnología y transferencia de conocimiento para tratar de mejorar la situación de un país.

La figura 1 presenta el modelo para la revisión de problemas de salud relativos a un abordaje binacional:

Figura 1 – Modelo para la revisión de problemas de salud que requieren de un abordaje binacional.



Fuente: OPS/OMS.

De acuerdo con este modelo se tiene que es imposible esperar políticas o acciones de determinantes sociales de salud de países que tienen una relación confrontada, en cambio esto puede esperarse que suceda cuando hay relaciones integradas. Igual en términos de la movilidad de la cooperación.

En toda esta diversidad de relaciones aparecen estructuras y mecanismos, que se puede clasificar desde el punto de vista dicotómico: Oficial – Oficiosas; Político – Técnico; Temporal – Permanente.

Con relación a la conciliación de interés se destacan tres dimensiones principales:

- Dimensión centro-periférica – En términos de conciliación de interés entre las comunidades fronterizas y los gobiernos nacionales. Fue encontrado que se da con frecuencia un conflicto de interés cuando las comunidades fronterizas establecen sus propios mecanismos y llegan a presentar una amenaza a soberanía nacional y entonces en el nivel nacional hacen una llamada para llevar esas iniciativas a los ámbitos políticos y legales del país.
- Dimensión gobierno-sociedad – Tienen una mayor sostenibilidad, pero eventualmente llegan a alejarse de los intereses de las comunidades fronterizas. Mientras que las iniciativas desde la sociedad podrían ser más específicas, más enfocadas y en términos de duración más limitadas, pero se aproximan más a la problemática de las comunidades fronterizas.
- Dimensión institucional-voluntarismo

Estas dimensiones no existen aisladamente, sino que coinciden y pueden estar cruzadas unas con las otras.

Fueron identificados algunos temas comunes de salud en la región como: problemas de salud pública que afectan la relación entre los países; problemas de salud pública que requieren del abordaje de ambos países para ser resueltos; problemas de salud pública que no cumplen con los criterios anteriores, pero son de interés para académicos e investigadores.

Finalmente, el documento presenta los compromisos que serán discutidos para los estados miembros de la OPS:

- Para los Estados miembros: tener como referencia los lineamientos generales para desarrollar acciones orientadas a mejorar la salud y el desarrollo de las poblaciones; promover el intercambio de experiencias y el trabajo conjunto sobre las acciones orientadas a mejorar la salud y el desarrollo de las poblaciones fronterizas.
- Para la secretaría de OPS: revisión sistemática de las experiencias de los Estados Miembros en base al marco conceptual; apoyar a los Estados Miembros en el desarrollo adicional de instrumentos; promover la inclusión de actividades en los planes operativos y modalidades de cooperación de la Organización, incluyendo la de cooperación entre países para el desarrollo.

Comunidad Caribeña-CARICOM

La ponencia de la Comunidad Caribeña (CARICOM) estuvo a cargo de Rudolph Cummings, Gerente de Programa de Desarrollo del Sector Salud de la institución.

La ponencia destacó la estructura e características de CARICOM que está conformada por excolonias británicas. Antigua y Barbuda; Bahamas; Barbados; Belice; Dominica; Granada; Guyana; Jamaica; St. Kits and Nevis; St. Lucia; St. Vincent and Grenadines; Trinidad y Tobago. Excluyendo Haití que es miembro del CARICOM, los otros países tienen población acumulada de 2.5 millones de habitantes. Haití y Suriname son los únicos países no hablantes de la lengua inglesa. Seis países (Anguilla; Bermuda; Islas Vírgenes Británicas; Islas Caimán; Montserrat; Islas Turcas y Caicos) todavía son países dependientes de Gran Bretaña.

La organización es gobernada por el Tratado de Chaguaramas de 1972 y que tuvo su última revisión en el año de 2011. El Tribunal de Justicia del Caribe certifica que todos los elementos del tratado están siendo obedecidos.

En términos de gobernanza CARICOM cuenta con una Conferencia de Jefes de Gobierno que se reúne dos veces por año. Cuenta también con un Consejo Comunitario y un Consejo de Ministros de distintas áreas (Comercio y Desarrollo Económico; Desarrollo Social y Humano; Comunidad y Relaciones Exteriores, Finanzas y Planeamiento; Seguridad; Asuntos Jurídicos).

Los principales pilares son el Mercado Único y la economía, que define la política de integración económica como una aspiración común. En 2007 el Tratado de Needham Point en Barbados mostró la relevancia de la cooperación funcional entre los países. Solamente 3 países tienen fronteras unos con los otros: Belice está en América Central, Guyana y Suriname con el parte norte de América del Sur, que tienen fronteras con Brasil y son integrantes del UNASUR y, tienen una buena y tradicional cooperación con Estados Unidos. Hay otras fronteras con Venezuela y con Guyana Francesa donde hay mucha cooperación.

El acceso a la atención a la salud en los demás miembros de CARICOM se tiene: Para emigrantes se ha mejorado a través de articulaciones con el marco del CSME (CARICOM Single Market and Economy) para tener acceso a los cuidados primarios para las personas y sus familias, hijos y padres. La atención primaria y emergencias, está garantizada. Para otras atenciones las personas tendrán que tener acceso a través del seguro. Aún está siendo debatido si esta es la mejor solución, porque los sistemas de salud en la región no son homogéneos y algunos países tienen servicios donde no son hechas ninguna pregunta a respecto de la ciudadanía, en otros es necesario mostrar su tarjeta de seguro salud y otros vienen aumentando su cesta de oferta de servicios de salud especialmente con niños. Dentro de este contexto se ha avanzado en el sentido de asegurar que aquellos afectados por el HIV/SIDA puedan tener tratamiento en toda la región. Así hay garantías de que no haya discriminación contra esas personas en los países en razón de su nacionalidad.

En todos los países que tienen seguridad social se ha alcanzado un acuerdo para continuar sus derechos por todo el CARICOM. De esa manera, los beneficios de la seguridad social están garantizados en todos los países de la Comunidad Caribeña.

A respecto del financiamiento, en 2007 los jefes de la Comunidad se preocuparon con los costos cada vez más altos de la atención a la salud en sus países. Entonces ellos buscaron una solución intentando encontrar un mecanismo financiero para que todo el sistema pueda ser más benéfico y más eficiente en el cuidado a la salud. Este estudio fue completado en 2011 y fueron examinadas tres opciones en la investigación:

- Un primero que afectada una población que estaba en movimiento debido a empleos, era una población de casi 30 mil personas con USD 285,00 por año;
- El segundo era un paquete básico que cubre el uso del sistema público de salud en un cuidado rutinario con USD 175,00 o 3,50 dólares por persona por semana;
- El tercero se relaciona con los cuidados catastróficos o la atención catastrófica, como complicaciones cardíacas, complicaciones de diabetes y cánceres que cubre a toda una población específica y que cubre USD 165,00 por año o 3,00 dólares por semana.

Finalmente, hay algunos problemas específicos respecto de la salud en las fronteras: Jamaica y Bahamas con emigrantes sin documentos que vienen del Haití. Bahamas señala que personas sin documentos vienen de otras islas y ponen mucha presión en sus servicios de salud pública. A pesar de recibir estas personas, los habitantes de Bahamas no están satisfechos porque dicen que acaban usando las vacunas, los cuidados con los recién nacidos, acceso al cuidado materno que está siendo sobrecargado por esas personas que reciben algunos servicios del sistema de salud público. En Jamaica los problemas provienen de emigrantes sin documentos que vienen del Haití. Se indica que uno de los principales efectos negativos es el surto de malaria que retornó después de años que esta enfermedad habría sido erradicada.

MERCOSUR – Mercado Común del Sur

El Mercado Común del Sur (MERCOSUR) fue presentado por Cesar Cabral Mereles, de la Dirección General de Relaciones Internacionales Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay.

Mercosur posee 5 países; 278 millones habitantes; una importante población de pueblos originarios; 2 Idiomas oficiales (español y portugués) y distintos sistemas de salud. La constitución del Mercosur se establece a partir del Tratado de Asunción de 1991 que define tres grandes áreas de gobierno que es: CMC: Consejo del Mercado Común; GMC: Grupo Mercado Común; CMM: Comisión de Comercio MERCOSUR.

La integración de los países a través de MERCOSUR fue una respuesta política ante el escenario de la década de los 80, a partir de los procesos de redemocratización en distintos países de América del Sur. También fue una reacción ante el Consenso de Washington que impulsaba la liberalización y privatización de servicios públicos, incluyendo el tema Salud.

El tema salud fue instalado dentro del Subgrupo de Trabajo N° 3 “Normas Técnicas” en una Comisión denominada productos para la salud a través de la resolución de 1992 (MERCOSUR/GMC/RES N° 51/92). En 1995 el CMC crea la Reunión de Ministros de Salud (RMS) de Mercosur (MERCOSUR/CMC/DECISION N°03/95).

En la XXIV Reunión del GMC, realizada en Fortaleza, Brasil de 12 al 14 de diciembre 1996 se crea una instancia técnica que se denominó Subgrupo de Trabajo N° 11 en Salud que es el ámbito de donde se empezó a coordinar el sistema sanitario y trabajar en temas de salud.

El Mercosur tiene dos niveles de trabajo: el nivel político donde se realizan las reuniones de Ministros de Salud de Mercosur y el nivel técnico² a partir del sub grupo de Trabajo N° 11 Salud-Mercosur.

En la primera RMS, realizada en Asunción en 1995, se solicitó al CMC a participación en carácter de observadores a los Ministerios de Salud de Bolivia y Chile y a la Organización Pan-americana de Salud como organismo técnico asesor de este Foro.

En la III RMS, realizada en Brasilia en 1996, se establecieron diferentes núcleos de articulación, que por primera vez incluye el tema de Salud de Fronteras, donde se destacan los aspectos: sistemas de información y comunicación en salud; salud de fronteras; atención médica y uso racional de tecnologías; cooperación internacional en salud.

A partir de este momento se hizo una revisión de los procesos de actividades e intervenciones en Mercosur. Ese núcleo de articulación tiene como una primera actividad la propuesta de un grupo Ad hoc Interfronterizo (MERCOSUR/CMC/DECLARACION N° 05/02), para dar fluidez y armonía a las comunidades fronterizas

² El nivel técnico también es constituido por tres comisiones: productos para la salud; vigilancia epidemiológica y control sanitario y prestación de servicios o atención a la salud, además de Sub Comisiones.

de los Estados Partes. Uno de los temas más importantes que este Grupo ha abordado fue lo relacionado a la asistencia médica hospitalaria (2003).

En los países que primeramente conformaron Mercosur, había mucho vínculo comercial y una de las actividades que sigue siendo importante en el ámbito de Mercosur es la zona de Triple Frontera donde está Argentina, Paraguay y Brasil (Porto Iguazú, Ciudad del Leste, Foz do Iguazú). Otra referencia es la zona de Santana del Libramiento (Brasil), con Riviera (Uruguay); también de Argentina con Uruguay, donde hay movimiento y actividad muy importante de personas, bienes y servicios.

A partir de la conformación del Grupo Ad hoc Interfronterizo se constituyeron dos ámbitos importantes: el Foro de Ciudades, que en Mercosur se denominó Mercociudades que tuvo una fuerte participación de las ciudades fronterizas de los países; otro, el Grupo de Trabajo de Fronteras³.

El proceso de integración que se empezó en 1991, tuvo varias iniciativas de cooperación internacional, de entre ellas se destaca el Foro de Cooperación Transfronteriza realizado en abril de 2009 en Ciudad del Este, Paraguay y que tuvo conclusiones referidas al: turismo fronterizo; cadenas productivas; comercio; tratamiento de personas; políticas de salud y cohesión social; comités de notificaciones epidemiológicas; comités de gestión regional; cooperación de Universidades

Los países vienen trabajando el concepto de “Salud de Fronteras”, con varios acuerdos marcos firmados bilateralmente y en el Mercosur, enfocando acciones conjuntas como campañas de vacunación, campañas de control de malaria, dengue, prevención de cólera, atención a la salud y últimamente vigilancia epidemiológica para la implementación del Reglamento Sanitario Internacional. Algunos elementos vinculados son y que también se establecieron como desafíos para Mercosur fueron: derechos humanos; identidad/soberanía; diplomacia en salud; reciprocidad; fortalecimiento institucional; alineación de la cooperación internacional a las prioridades nacionales.

A nivel de Mercosur los temas de importancia para la salud en las fronteras se tiene: Comisión de Vigilancia Epidemiológica y Control Sanitario – COVIGSAL; Sistema de Vigilancia en Salud para América del Sur - VIGISAS; Vigilancia de la salud en fronteras; Análisis de la situación de Salud (ASIS) en áreas ecológicas comunes (ejemplo: Gran Chaco Suramericano); Salas de situación en ciudades espejos o ciudades gemelas; Comisión de Servicios y Atención a la Salud – COSERATS en búsqueda de la complementación de la atención a la salud en fronteras y de los avances en los temas de armonización del ejercicio profesional definiendo los estándares de formación de los profesionales de salud.

3 Dando continuidad a esta institucionalidad se establecen: En 2007 - MERCOSUR/GMC/RES N° 29/07 por la cual se establece la Nómina de puestos de fronteras de Control Integrado entre los Estados Partes; En 2011 – MERCOSUR/RMS/ACUERDO N° 06/11 por el cual se establece recomendaciones para el Fortalecimiento de las acciones de Salud en Fronteras (esto en el marco de los Comités Interfronterizos CIF); En 2012 – MERCOSUR/RMS/ACUERDO 07/12 mediante el cual se acuerda el desarrollo de acciones y apoyo en HIV en los espacios Interfronterizos del MERCOSUR.

Se estableció que las áreas estratégicas para el trabajo en zonas de frontera son la red de información y vigilancia de la salud; el desarrollo de los recursos humanos; la promoción y acción de los determinantes sociales; las redes integradas de servicios de salud; la salud global en especial la diplomacia de la salud; discusión en eventos de salud pública de importancia internacional – ESPII; reglamento sanitario internacional (RSI); capacidades básicas para la vigilancia de la salud; capacidades básicas para control de paso terrestre, aeropuerto y puertos; ejercicio profesional en zonas intrafronterizas; población y desarrollo.

Estos son temas que están en la agenda de trabajo de Mercosur y con una fuerte direccionalidad política de tareas en zonas de fronteras.

Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Hunaue, ORAS-CONHU

Caroline Chang, secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Hunaue (ORAS CONHU) hizo la presentación de la ponencia “Políticas andinas para ámbitos de frontera”.

ORAS-CONHU⁴ es un organismo intergubernamental conformado por seis países: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. El organismo trabaja a través de las resoluciones de los Ministros de Salud en las REMSAA (Reunión de Ministros de Salud Andinos) que se reúnen cuando acreditan ser necesario para definir prioridades, establecer y dar los mandatos a la secretaria en el marco de un plan estratégico y el mismo que se traduce en planes, acciones, proyectos al nivel de los países andinos. Los Ministros de Salud tienen por constitución de la REMSAA la Secretaria Ejecutiva de ORAS con sede en la ciudad de Lima. El Plan Estratégico de Integración de Salud tuvo vigencia desde 2013 hasta 2017 y que fue producto de una revisión y evaluación del Plan Estratégico 2009-2012. Sus objetivos estratégicos, desde el acceso universal, acceso a medicamentos, recursos humanos, vigilancia en salud, determinantes sociales se ven de alguna u otra manera orientados hacia el tema de fronteras

La importancia de este organismo respecto del trabajo de salud de las fronteras se destaca porque las fronteras no sólo delimitan los territorios, sino que son zonas de múltiples potencialidades representadas por sus poblaciones, sus riquezas naturales y la diversidad cultural; son espacios de interacción e integración. Pero también son zonas de vulnerabilidad por los niveles de pobreza, debilidad institucional, ubicación geográfica, presiones sobre los recursos naturales, conflictos territoriales. Además de eso, el ORAS/ CONHU es un organismo de integración subregional especializado en salud que es eje estratégico de desarrollo y puente para la paz e integración. No puede haber integración si sus fronteras no lo están.

El Marco Jurídico del trabajo en fronteras se dio en el X Consejo Presidencial Andino en 1999, que promulgó las “Bases de una Política Comunitaria para la Integración” donde se instruyó al Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores para profundizar la Integración y el Desarrollo Fronterizo.

De esta manera, la Política Comunitaria para la integración y el desarrollo fronterizo fue establecida en la Decisión 459 (Cartagena, 1999) del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, cuyo objetivo fundamental es elevar la calidad de vida de las poblaciones y el desarrollo de sus instituciones, dentro de los ámbitos territoriales fronterizos entre los Países Miembros de la Subregión, para: consolidar la confianza, la paz, la estabilidad y la seguridad subregional; Profundizar

⁴ La misión de ORAS-CONHU es armonizar y construir políticas, propiciar espacios para el intercambio de experiencias y diseñar estrategias en respuesta a problemas comunes de salud y la visión es ser articuladores de la Integración Andina y constituirse en un referente para la integración sudamericana y continental contribuyendo con los países a garantizar el Derecho a la Salud.

las relaciones de solidaridad y cooperación entre los Países Miembros sobre bases de mutuo beneficio; desarrollar la complementariedad de las economías andinas en sus zonas de integración fronteriza a partir del aprovechamiento de las respectivas ventajas comparativas; contribuir al desarrollo social y económico de las Zonas de Integración Fronteriza (ZIF); y consolidar la integración subregional y coadyuvar a su proyección regional; asegurar la realización de acciones encaminadas a satisfacer las necesidades de infraestructura sanitaria, de educación, capacitación laboral, y de preservación y conservación del medio ambiente, en las ZIF; fortalecer el diálogo, la consulta y la cooperación entre las autoridades de las ZIF, a fin de definir acciones conjuntas para impulsar la integración y el desarrollo económico y social, así como para consolidar la paz, la estabilidad y la seguridad subregional.

Esta Política Comunitaria es la base para trabajar más profundamente ya con un marco legal en las áreas de fronteras, a partir de la Decisión 501 del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores que crea la Zona de Integración Fronteriza (ZIF) en 2001.

La Resolución REMSAA XXIII/368 - Quito, Ecuador, 22 de noviembre de 2001 denominada "Atención a la salud en las fronteras, una propuesta en el marco de la integración andina" dispone que los países presenten planes y programas que favorezcan el mejoramiento de la salud en las fronteras y solicita al Consejo Andino de Ministros de Relaciones Internacionales incorporar a la Secretaria del ORAS/CONHU a las reuniones del grupo de alto nivel de integración y desarrollo fronterizo y en las reuniones de la comisión de vecindad y otro foro bilateral. Así se dio inicio al Plan Andino de Salud en las Fronteras (PASAFRO). El marco resolutivo de PASAFRO⁵ es la Resolución REMSAA XXIV/384, Lima, Perú en 2002, que aprobó el Proyecto de Decisión "Lineamientos del Plan Andino de Salud en las fronteras". La Decisión 541 del Consejo Andino de Ministerios de Relaciones Internacionales establece los objetivos específicos: priorizar los problemas de salud de cada frontera y definir las acciones conjuntas para atenderlos; conformar redes binacionales de servicios de salud en las fronteras; elaborar, ejecutar y evaluar proyectos fronterizos de atención de salud de carácter binacional.

En junio del 2003 se conforma el Comité Ejecutivo del Plan Andino de Salud en las Fronteras, conformada por los Directores de Cooperación Internacional de los 6 países. Específicamente para el sector salud se promueve los Proyectos Salud en fronteras (PAMAFRO (Plan específico para Malaria) y PASAFRO), acceso universal a medicamentos y red de Vigilancia Epidemiológica (Escudo Epidemiológico) y proyecto de salud intercultural.

5 También hacen parte del Marco Resolutivo: la Resolución de REMSAA XXV/393 (marzo 2004, Puerto Ordaz-Venezuela) que Instruye al Comité Ejecutivo de PASAFRO avanzar en la implementación según lineamientos aprobados. La Decisión 592 (Julio 2004, Quito-Ecuador) – que crea el Consejo Andino de Ministros de Desarrollo Social (CADS), responsable de formular políticas, estrategias para potencializar beneficios sociales de la integración andina y desarrollo social, creando un Plan Integrado de Desarrollo Social (PIDS) conformado, manejado y ejecutado por los Ministros de Desarrollo Social. Este Plan tiene el propósito de encauzar acciones de alcance subregional (actividades, proyectos y programas) que enriquezcan y complementen las políticas nacionales de superación de la pobreza y la inequidad social.

El PASAFRO tiene como objetivo general contribuir a la elevación permanente de la calidad de vida de los habitantes de las fronteras, promoviendo la integración en salud en los ámbitos fronterizos y como objetivos específicos: desarrollar el diagnóstico de la situación de la salud en las fronteras; promover la participación activa de las organizaciones públicas y privadas de los ámbitos fronterizos; identificar mecanismos para garantizar la atención en salud a las personas que vivan y/o se desplacen a través de las fronteras; sensibilizar y capacitar al personal que trabaja en servicios de salud en las zonas de frontera; fortalecer la gestión sanitaria local en el ámbito fronterizo.

Los marcos resolutivos del PASAFRO fueron establecidos a través de las resoluciones a continuación:

- Resolución REMSAA XXVIII/427 (marzo 2007, Santa Cruz-Bolivia), aprueba líneas generales del Plan Estratégico del PASAFRO e implementar el Plan Operativo.
- Resolución REMSAA XXIX/444 (abril 2008, Quito-Ecuador), implementación del Plan de Salud de Fronteras 2007-2012, estableciendo alianzas estratégicas con instituciones o Agencias de Cooperación o países que no integre el ORAS-CONHU.
- Resolución REMSAA XXIX/445 (abril, 2008 Quito – Ecuador), aprobación de la “Guía para el Análisis de Situación de Salud para las poblaciones en ámbitos de frontera de los países andinos”.

Los principales logros de PASAFRO han sido: institucionalización del Análisis de Situación de Salud (ASIS) para el diagnóstico de la situación de salud en fronteras y para la toma de decisiones; fortalecimiento de los equipos de frontera, los cuales reconocen a PASAFRO como un Plan articulador para enfrentar los problemas de salud y a los proyectos SPPI (Salud Puente para la Paz y la Integración) fase I y II como los instrumentos viabilizadores del Plan de Salud de Fronteras.

Los principales logros del PASAFRO SPP II fueron: la culminación de 4 proyectos de frontera trabajados: Ecuador-Perú: fortalecimiento de los servicios de salud y de las estructuras comunitarias para impulsar y facilitar el incremento de la atención institucional del parto en Zumba-San Ignacio; Frontera Bolivia-Perú: fortalecimiento de la participación comunitaria para resolución de los problemas prioritarios de salud en 40 comunidades; Frontera Ecuador-Perú: atención integral de salud en la zona fronteriza Tumbes-El Oro; Frontera Bolivia-Perú: planificación local participativa en la toma de decisiones en la gestión sanitaria local del ámbito Palca, Tacna-Charaña, La Paz. Los principales ejemplos de este plan son: El Oro-Tumbes, Zumba-San Ignacio, Tacna-La Paz, Desaguaderos Perú-Bolivia, Arica –Tacna.

Otros aspectos importantes del Plan es la gestión y financiamiento de la Corporación Andina de Fomento (CAF) del Proyecto Carchi-Nariño; estudio de validación del uso del ASIS 2007; actualización de la guía ASIS 2007; contribución a los planes de salud: Plan Quinquenal Binacional Ecuador-Perú; Plan Binacional Ecuador-Colombia y otras acciones concretas como acciones bilaterales.

Otro importante plan gestionado por el ORAS-CONHU es el Plan Sanitario de Integración Andina que tiene como objetivo general, contribuir al fortalecimiento de la integración a través del logro de objetivos sanitarios establecidos en el Plan Estratégico 2013-2017 del ORAS – CONHU. Su finalidad es consolidar la integración andina en salud con 3 grandes objetivos: fortalecer y armonizar procesos de vigilancia y respuesta de los eventos de importancia en salud pública, emergencias y desastres, telemedicina y enfermedades no transmisibles; implementación de la política de acceso a medicamentos eficaces, seguros y de calidad; implementación de la política andina de recursos humanos en salud.

A respecto del Plan Quinquenal de salud en frontera de Perú-Ecuador⁶ (2012-2017) los Presidentes de los países andinos decidieron en la Declaración Conjunta suscrita en Lambayeque “Ampliar la vigencia del Plan Binacional por un plazo adicional de diez años y asignar mayores recursos al Fondo Binacional, a fin de profundizar su intervención para dar cumplimiento a las nuevas metas establecidas para reducir la pobreza y mejorar las condiciones de vida de la población en la Zona de Integración Fronteriza”. En la Declaratoria de los Presidentes se afirmó: “De esta manera se extiende la vigencia del Plan Binacional – y nuestro compromiso con la población de la Zona de Integración Fronteriza hasta el año 2023” (Declaratoria de Presidentes Perú – Ecuador, Lambayeque Perú 29 de febrero de 2012). La visión de este plan es en el 2023 la población de la frontera binacional Perú – Ecuador, accede a la red de servicios de salud integral, de calidad y calidez, cubiertos por los sistemas de aseguramiento en salud públicos vigentes, contribuyendo en el mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo humano sostenible de los ciudadanos de ambos países.

Por fin, el Plan de Salud de Fronteras (2016-2018) fue establecido en la última reunión de los Ministros de Salud en Cochabamba (Bolivia) en 2015, donde los países definieron ejes estratégicos de acción que incluyen como objetivo general contribuir al fortalecimiento del acceso y de la atención de salud con calidad para la población en fronteras y como objetivos estratégicos desarrollar mecanismos para fortalecer el diagnóstico de la situación de salud de la población de las fronteras andinas y la capacidad de respuesta social (institucional y comunitaria); desarrollar mecanismos para facilitar el acceso a la salud mediante la construcción de redes o similares; promover la participación de otros actores para el desarrollo de respuestas integrales en salud en frontera; implementar y apoyar programas y acciones específicas para enfrentar los problemas de salud identificados y priorizados en fronteras; fortalecer la comunicación en salud en fronteras.

6 En esta perspectiva, en el año 2014, se estableció la Ley 30255, la Ley de atención recíproca Perú-Ecuador que modifica los artículos 1, 4 y 5 y deroga el artículo 3 de la Ley 29942, ley que establece medidas para el cumplimiento del acuerdo bilateral para brindar atención de salud recíproca a nacionales de la República del Perú y de la República del Ecuador.

Organización del Tratado de Cooperación Amazónica, OTCA

Para finalizar la mesa con las experiencias sub-regionales, Antonio Restrepo Botero, Coordinador de Salud de OTCA abordó “La experiencia acumulada en salud de fronteras en la Región Amazónica”.

La Amazonía tiene aproximadamente 7,5 millones de km². Ocupa el 6% de la superficie del planeta y alberga más de la mitad del bosque húmedo tropical y es la mayor área continua de este tipo de bosque. Contiene una excepcionalmente alta diversidad de especies, alrededor de un cuarto de las que existentes en el mundo. Se ha estimado que contiene 30 mil especies de plantas vasculares, incluyendo de 5 mil a 10 mil especies de árboles.

Cuenta con 20% del agua dulce superficial del mundo. Sus ríos aportan alrededor del 20% del agua dulce del planeta en los océanos. Su cuenca posee 25 mil kilómetros de ríos navegables. El río Amazonas tiene 6.9 mil kilómetros de extensión y cuenta con más de mil afluentes. La mayor cuenca hídrica de la tierra con más de 1000 afluentes navegables, incluso el Acuífero Alter de Chao que se estima que tiene 86 mil km³ de agua doce, un 30% más que el Acuífero Guaraní.

La Amazonía cuenta con cerca de 40 millones de habitantes y una población estimada de 600 mil indígenas, que hablan más de 250 lenguas, pertenecientes a 49 familias lingüísticas. Por lo menos 70 pueblos viven en aislamiento voluntario o contacto inicial.

La Amazonia es una región vulnerable, debido entre otros, a la deforestación y la expansión de la agricultura; así como a la extracción ilegal de madera, los incendios forestales, y el tráfico ilegal de especies silvestres, así como a los extremos climáticos.

Según el documento “Escenario de Biodiversidad: Proyecciones para el siglo XXI, Cambio en Biodiversidad y Servicios de Ecosistemas Asociados” de la CBD – Convenio sobre Diversidad Biológica, hay un creciente consenso científico que interacciones complejas de esos y otros desafíos podrían llevar a la destrucción de los bosques amazónicos. Si la actual tendencia en el uso de la tierra y el cambio climático continua, la deforestación y la destrucción dejarían menos del 50% del bosque Amazónico hacia el 2030 y menos del 10% del bosque original para 2080.

Se hablan 5 lenguas modernas: portugués, español, inglés, holandés y francés.

En medio de esta inmensa riqueza natural, hídrica, biótica y mineral, entre los habitantes de la Amazonía persisten precarias condiciones sanitarias y de acceso a agua segura, en un territorio que alberga la quinta parte del agua dulce del planeta.

En lo que se refiere a la producción científica los datos disponibles nos muestran un severo desequilibrio y asimetría respecto de lo que se produce en los países amazónicos y fuera de ella. Por ejemplo, la base datos GBIF (Global Biodiversity Facility) establecida en Dinamarca, cuenta con unos 45 millones de datos provenientes

de investigaciones científicas sobre la Amazonia. De ellos el 88% es producido por fuera de los países amazónicos y se encuentra repartido entre centros, instituciones y universidades de Europa y USA, con una pequeña parte en algunos otros países. El 12% proviene de la Amazonia continental. De esos 3,750 millones, el 84% proviene de Brasil y el resto de los otros países amazónicos.

Figura 2 – Fronteras de la Amazonia Continental



Fuente: OTCA.

Hay unas zonas que confluyen con la del Organismo Andino de Salud (ORAS CONHU). Para coordinar esfuerzos en estas áreas se ha negociado en el año 2015 un acuerdo de cooperación internacional entre ORAS/CONHU y OTCA.

El Tratado de Cooperación Amazónica fue firmado en 1978. Veinte años después se creó la Organización de Tratado de Cooperación Amazónica con una Secretaria Permanente. Está compuesta por ocho países: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú, Suriname y Venezuela.

La principal acción de la OTCA relacionada con salud en zonas de fronteras es la protección de los recursos hídricos transfronterizos. Los principales productos son: visión compartida de la cuenca del Amazonas para entender los problemas

comunes, las prioridades, necesidades y objetivos en el área de la GIRH - Gestión Integrada de Recursos Hídricos; un análisis de diagnóstico transfronterizo, basado en la investigación prioritaria en el análisis de la GIRH y la vulnerabilidad climática. Proporciona contribuciones científicas de SAP; programa de Acción Estratégico (SAP), que se basa en las conclusiones y resultados del proyecto; un sistema de información integrado (SII) para aumentar la cooperación entre los países, el intercambio de información y la gestión integrada de cuencas hidrográficas.

El tema de mercurio también cuenta con un proyecto que tiene como objetivos: desarrollar estrategias para proteger la salud de las poblaciones expuestas al mercurio (mercurio metálico y el metilmercurio) en las zonas amazónicas de los Países Miembros de la OTCA en el contexto de los determinantes de la salud, sociales y ambientales y como objetivos estratégicos: 1) para determinar las condiciones actuales como base para el desarrollo de un Programa Integral de Salud Ambiental de Vigilancia sobre Mercurio; 2) Estructuración del Sistema de Vigilancia de la Salud de las poblaciones expuestas a mercurio. 3) Desarrollar un Programa Local de Comunicación de Riesgos de la exposición al mercurio, a través de estrategias y contextual y procedimientos culturalmente adecuados; 4) Facilitar la integración de los Países Miembros de la OTCA redes dentro de la REDVIGMER- Red de Vigilancia de Mercurio - en la prevención, vigilancia y seguimiento de la exposición al mercurio.

Por fin, el proyecto de la Vigilancia en salud ambiental en zonas de fronteras pretende adoptar un marco operacional e instrumentos consensuales para la institucionalización de un Sistema Vigilancia en Salud Ambiental en la región Amazónica, para permitir a los reguladores a adoptar medidas para conocer y determinar los factores de riesgo y las acciones para la vigilancia, para facilitar la prevención, la protección, la adaptación y la mitigación de los daños de la contaminación, alteración y daños al medio ambiente, que afecta a la salud humana.

Las cuestiones prioritarias de este programa son: agua y saneamiento; agro tóxicos / mercurio y calidad del aire; enfermedades transmitidas por vectores; emergencias y desastres.

Los los criterios para selección de Puntos Piloto fueron: aislamiento geográfico; capacidad técnica/ diagnóstica frágil; falta de recursos económicos; dificultad de red de trabajo; vulnerabilidad social. Los puntos pilotos son: Leticia(Colombia)-Tabatinga (Brasil); Iñapari (Perú) – Assis (Brasil); Cobija(Bolivia) - Brasilaia Epitaciolandia (Brasil); Guyaramerin (Bolivia) – Guajara Mirim (Brasil).

IV. GUÍA PRELIMINAR PARA ORIENTAR LA PRESENTACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS EXITOSAS EN ZONAS FRONTERIZAS EN LOS PAÍSES DE SURAMÉRICA

Esta guía fue enviada previamente a los países tiene el objetivo de orientar a los representantes de los Ministerios de Salud para elaborar sus presentaciones en el *TALLER POLITICAS DE SALUD EN LAS FRONTERAS DE UNASUR*

DIMENSIONES	CUESTIONES RECTORAS
1) Actualización de la normatividad y estructura institucional relacionada a la salud en las fronteras	<p>¿Cuál es la composición de los sistemas de gobernanza y de autoridades sanitarias nacionales, regionales y locales/ relaciones formales e informales?</p> <p>¿Cuáles son los órganos e instituciones del Estado (nacional, regional y local) que cuidan del tema de la salud en las Fronteras?</p> <p>¿Cuáles las competencias de cada uno y como se articulan?</p> <p>¿Cuáles son los instrumentos políticos, económicos y sociales a nivel nacional, regional y local?</p> <p>¿Cuáles son los marcos normativos políticos, jurídicos, administrativos, normativos técnicos (nacional, regional y local) que regulan el tema de la salud en las fronteras? ¿Existen reglamentos, acuerdos, comisiones, dispositivos, normativas y/u otros?</p>
2) Planes específicos de salud en las fronteras	<p>¿Existen políticas y planes aprobados de nivel nacional, regional e local?</p> <p>¿De qué tipo: intersectoriales o sectoriales?</p> <p>(Se posible mencionar también la fecha de inicio, las características y avances actuales)</p> <p>¿Cuál es el grado de institucionalidad (reglamentos, disposiciones, normativas)?</p> <p>¿Cuáles son las principales estrategias adoptadas para la implementación?</p>
3) Proyectos de cooperación internacional para la salud en las fronteras	<p>¿Existen proyectos de cooperación internacional a nivel nacional, regional y local?</p> <p>(Se posible mencionar también la fecha de inicio, las características y avances actuales)</p> <p>¿Cuáles las experiencias más efectivas e exitosas para la cooperación en salud?</p> <p>¿Cuáles las principales dificultades? ¿Cuáles las principales lecciones aprendidas?</p>
4) Diagnóstico de la salud en las fronteras	<p>¿Existen redes/sistemas de informaciones regulares y disponibles para la zona de frontera?</p> <p>¿Existen iniciativas estructuradas para la realización formal de diagnóstico y análisis de salud de las fronteras?</p> <p>¿Cuál es la amplitud y periodicidad?</p>

DIMENSIONES	CUESTIONES RECTORAS
5) Sistema de atención de salud en las fronteras	<p>¿Cuál es la estructura y la organización de la red de servicios de salud (niveles de complejidad, principales actores, sistema de derivación y otros)?</p> <p>¿Principales dificultades para la gestión y lecciones aprendidas?</p>
6) Programas preventivos de salud en las fronteras	<p>¿Cuáles son los principales programas de promoción de la salud, control y prevención de enfermedades (nacional, regional, local) aplicados regularmente en las fronteras?</p> <p>¿Cuáles las estrategias utilizadas para su aplicación?</p>
7) Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional en los pasos fronterizos	<p>¿Cómo se realiza la vigilancia en salud/control sanitario en los pasos de Frontera?</p> <p>¿Cuál es el grado de implementación de las normativas del Reglamento Sanitario Internacional en los pasos de frontera?</p>
8) Financiamiento específico para la salud en las fronteras	<p>¿Existen modalidades específicas de financiamiento (nacional, regional, local) para las acciones de salud?</p> <p>¿Cuál es el perfil de su composición, acceso y gestión?</p>

V. PAISES

ARGENTINA

La presentación de Argentina destacó la importancia del debate a respecto de la salud de fronteras y de la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), debido a procesos de globalización, que ha aumentado e intensificado el proceso de movilidad internacional de personas, mercaderías, etc. Estos procesos producen importantes consecuencias para la Salud.

En el marco del RSI: el Ministerio de Salud tiene 35 unidades sanitarias considerando los puntos de entrada de mayor relevancia desde el punto de vista sanitario y epidemiológico donde se hacen el control Sanitario de Fronteras (prevenir la entrada del país de probables focos infecciosos y/u otra situación de riesgo que pueda afectar la salud de la población, observar condiciones de tráfico internacional de viajeros y mercancías).

Uno de los importantes proyectos del país en conjunto con otros países es el “Proyecto Mercosur VIH/SIDA en Zona de Frontera” que desde 2007, se han impulsado diferentes proyectos de prevención, vigilancia, asistencia integral y derechos humanos sobre VIH/SIDA y enfermedades no transmisibles.

Los principales ejes de trabajo del proyecto son: concebir al espacio fronterizo como de tránsito y movilidad de personas y prevé el trabajo en espejo; buscar lograr un marco de políticas de Estado en las fronteras con enfoque de derechos y territorialidad, asegurando pertinencia, permanencia y consideración de las singularidades locales; no busca sustituir las responsabilidades de los países, sino complementarlas; busca posibilitar sinergias por acciones conjuntas, en favor de un mayor acceso a esas poblaciones, en especial a grupos vulnerables; busca superar la exclusividad o enfoque de excepcionalidad del VIH, como problema de salud, incorporando una mirada transversal en las fronteras desde la sexualidad, género y derechos humanos (en particular del derecho a la salud) teniendo en consideración los factores estructurales y sociales.

Con respecto a los convenios entre Argentina y otros países se puede destacar:

Convenio Argentino Brasileño de Integración Fronteriza, donde se plantea un Modelo de Atención Recíproca para la Población que vive en Fronteras. Este convenio considera como población fronteriza a la que vive a 50 Km de cada lado de la misma, otorgándole una identificación (ID) de Fronteras, establece la reciprocidad en el reconocimiento para el ejercicio profesional de las profesiones de salud, cumpliendo las condiciones del otro país.

Convenio de Cooperación en Salud Argentina-Bolivia (ARBOL), que surge en el contexto de la epidemia de Cólera de 1992. Busca el desarrollo de Plan Operativo de Acciones Conjuntas en Salud en la Región Fronteriza Argentina Boliviana, que se

aplica en ciudades espejo. Además, plantea el intercambio de información técnica sobre el tema y el establecimiento de sistemas de vigilancia epidemiológica y control en las fronteras de forma coordinada entre los dos países, adoptando las medidas de profilaxis internacionales establecidas por los Organismos Internacionales. Luego de la epidemia del cólera, el ARBOL se planteó como un mecanismo para continuar trabajando con otras enfermedades transmisibles.

Convenio de Cooperación en Salud Argentina-Paraguay (ARPA) que en 1992 suscribe un convenio en Materia de Salud Fronteriza donde se plantea el reconocimiento de problemas epidemiológicos comunes en zonas fronterizas y se compromete a realizar acciones conjuntas en paludismo, fiebre amarilla, dengue, enfermedad de Chagas, enfermedades venéreas y VIH/SIDA, lepra, esquistosomiasis, rabia y cólera. En noviembre de 1995, se firma un Protocolo Adicional al Convenio de Fronteras planteando la incorporación de la vigilancia epidemiológica compartida. En 1997 se firma un Plan Operativo de Acciones Conjuntas en Salud en zonas Fronterizas paraguaya-argentina, denominado ARPA. La ARPA surge por la necesidad de desarrollar acciones concretas y medidas efectivas conjuntas en educación para la salud; vigilancia epidemiológica, emprendimientos binacionales y control de la elaboración, tránsito y expendio de alimentos. Se definen tres niveles de coordinación del Plan Operativo con comisiones técnicas a nivel: nacional; regional y de frontera. En el marco del ARPA se han desarrollado salas de situaciones y capacitaciones para enfrentar la epidemia del dengue y otras enfermedades transmisibles.

Convenio de Atención de Salud Urgencia Emergencia con Riesgo de Traslado Argentina Chile que plantea que un nacional de un país que visita el otro y sufre un problema de salud considerado de urgencia y emergencia con riesgo de traslado, debe recibir atención gratuita hasta tanto pueda desplazarse a su país de origen. Este Convenio ya tiene algunos años y se ha avanzado en un Instructivo para la población que circula transfronterizamente. Se ha utilizado los Comités de Fronteras para discutir posibles casos que puedan ser problemático y a su vez se plantean reuniones de las autoridades sanitarias de los dos países en el seguimiento del Convenio. Se está avanzando en el próximo paso donde se haya recupero de costos, con eso se podrá garantizar la atención a la salud de emergencia en los territorios argentinos y chilenos para la población de ambos los países.

Convenio de Compras de Servicios de Salud Trasfronterizos Argentina-Chile que establece que, a lo largo de la Frontera Argentina Chilena, en el área de la Patagonia, existan convenios por medio de los cuales el Fondo Nacional de Salud de Chile (FONASA) compra servicios referenciados y no de presentación espontánea a Hospitales de la República Argentina. Estos convenios les permiten al FONASA no tener que construir servicios de salud en el territorio chileno y poder atender pacientes a un costo similar al nacional en el territorio argentino.

Se cuenta también con los Comités de Integración de Fronteras que resultan un mecanismo apropiado de coordinación para la resolución de problemas operativos.

Buscan intensificar el desarrollo económico y la integración física entre los países de la región, mediante la identificación de medidas que faciliten el tránsito fronterizo de personas, vehículos y bienes; se busca promover la cooperación y el desarrollo de las zonas fronterizas, para lograr una comunidad entre los habitantes que viven a uno y otro lado de los límites internacionales.

Los principales temas de la Agenda Sanitaria son: reglamentar el acceso a los servicios de salud en fronteras; establecer corredores sanitarios en casos de emergencias; constituir traslados de óbitos; coordinación en control de vectores; traslado de sustancias patógenas; coordinación en diagnóstico y prevención de enfermedades de notificación obligatoria y enfermedades no transmisibles; coordinación e intercambio de información epidemiológico.

Los procesos de Integración como MERCOSUR y UNASUR deberían ser la causa y consecuencia de un nuevo paradigma en la concepción de los espacios fronterizos. Además, existen experiencias exitosas de salud en las fronteras, cubriendo aspectos de vigilancia y control epidemiológico, formación y capacitación y la propia atención de la salud.

Si bien hay iniciativas tendientes a permitir el libre acceso a los servicios de salud entre los países, todavía queda mucho camino por recorrer impulsando acciones concretas que permitan el acceso a los servicios de salud en forma recíproca a la población que vive en zonas de fronteras. Se está propiciando la reflexión sistemática de las oportunidades que brindaría para la Salud la adopción de un nuevo concepto de fronteras. Si bien el tema se menciona en documentos programáticos de los bloques de integración como UNASUR y MERCOSUR, poco es lo que se ha hecho desde estos ámbitos.

BOLIVIA

La presentación de Bolivia destacó inicialmente que las fronteras de Bolivia son en su mayoría de poblaciones indígenas que en años y años estuvieron excluidas. Se cuenta con pequeñas ciudades intermedias donde hay la presencia del Estado con servicios de salud que no son suficientes. Hay muchos problemas especialmente en la Amazonia. En esta región la atención médica es hecha por las brigadas solidarias. Sin embargo, la política sanitaria es la Política Salud Comunitaria Intercultural que cuenta con cuatro pilares donde se destacan: la integralidad y la intersectorialidad.

En el tema de la integración se ha avanzado en iniciativas con el Organismo Andino de Salud y se han planteado algunas tareas como el Centro Nacional de Enlace y Planificación (con la participación del Ministerio de Economía y Finanzas).

Se está dando inicio al Recinto Multipropósito de Fronteras en el Municipio de Puerto Suarez para luego extenderse a todas las fronteras del Estado. Se cuenta con el mapeo territorial sobre Recursos Humanos y las Red de Servicios existentes. Se contempla igualmente la construcción de infraestructura, equipamiento e insumos y medicamentos.

Este proyecto se está legalizando con la Ley 707 del 18 de junio del 2015 donde se declara como una necesidad de Salud Pública “la construcción e implementación de Recintos de Fronteras en la zona de seguridad Fronteriza del Territorio Nacional”. Esta ley va a permitir expropiar terrenos, que los municipios puedan invertir y hacer proyectos entre el nivel local y el nivel nacional.

Se destacan también las actividades en el nivel del ORAS-CONHU donde se viene trabajando en: Tuberculosis, VIH SIDA, Discapacidad, Interculturalidad y Acceso de Medicamentos, uso responsable de los Antimicrobianos, regulación de precios, investigación, compras conjuntas de medicamentos.

Con respecto a las relaciones binacionales, Bolivia y Argentina desarrollan trabajos de integración bilateral y un Convenio binacional para trabajar el tema de los recursos humanos, medicina nuclear, enfermedades transmisibles, promoción de salud y alimentación. Con Brasil hay un convenio de saneamiento ambiental para proteger el tema de la Amazonia. Con Perú hay también un convenio de saneamiento ambiental para recuperar y dejar de contaminar el lago Titicaca.

Con relación a las carencias respecto de la atención de Salud en las fronteras cabe destacar: falta avanzar en la integración con otros países en el ámbito de la salud; el gran problema hoy es la falta de recursos humanos en salud; en los primeros niveles de atención en salud se ha avanzado con el proyecto Mi Salud con médicos de Cuba; en todas las fronteras se cuenta con al menos un médico para atender en los Centros de atención. Para esto se cuenta con la participación de médicos cubanos.

BRASIL

Brasil inició su presentación contextualizando la cuestión de las fronteras que tradicionalmente son regiones negligenciadas, distantes de las capitales y de los centros de decisión. En este escenario, las ciudades-gemelas se enfrentan con necesidad de realizar acciones integradas (oficial u oficiosamente), ya que comparten problemas comunes. Sin embargo, pocas soluciones concretas son encontradas a partir de acuerdos diplomáticos y mecanismos de integración y cooperación. Los procesos transfronterizos presentan necesidades y ritmos diferentes donde existen cuestiones el comprometimiento político de los actores. Así, hay importantes dificultades de integración de los diferentes sistemas de salud de los países vecinos.

En nivel local se registra la insuficiencia de los municipios para atender la demanda real en función de la situación fronteriza (sobrecarga por los dos lados), en los casos donde hay la necesidad de que las acciones en salud sean integradas. Otro aspecto importante relativo al contexto local es la cuestión de la inserción del ciudadano vecino en el sistema salud nacional, además de imposición de obstáculos y compensación para la atención a la salud de emigrantes y la dificultad en la contratación de profesionales de salud de países vecinos.

Sin embargo, el gobierno brasileño ha creado estrategias articuladas para: Articular las necesidades y acciones locales al compromiso político de los países en el proceso de integración y cooperación; fortalecer los sistemas de salud en las regiones de frontera (municipios y estados); y trabajar para acceder a la meta de constituir una Política de Salud en las fronteras.

La estructuración del trabajo interno y acompañamiento externo están basadas en demandas del Ministerio de las Relaciones Exteriores y otros Ministerios; en los Comités y Comisiones de Salud.

Las principales acciones de cooperación en el área de salud con países de América del Sur fueron destacadas a continuación.

Con Uruguay fue establecido un acuerdo de Localidades Fronterizas que cuenta con mayor grado de institucionalización. Además, fue establecido un Ajuste Complementario en Materia de Servicios de Salud que tiene como objetivo la contratación de médicos uruguayos en Brasil y médicos brasileños en Uruguay para atender la población de la frontera. Además, hacer la contratación de servicios de salud uruguayos y brasileños.

Con Argentina fue implementada la Comisión de Desarrollo e Integración Fronteriza (CODEFRO).

Con Paraguay las acciones de la frontera con Paraná se tiene previsto desarrollarlas conjuntamente on el Grupo de Trabajo de Salud Itaipú; y las acciones de la frontera con Mato Grosso do Sul con los Comités de Frontera.

Con Bolivia fue establecido el Grupo de Trabajo en Salud en la Frontera Brasil-Bolivia para la cooperación con respecto a las enfermedades transmisibles y vigilancia epidemiológica, una comisión mixta de Drogas (salud mental y VIH-SIDA) y, está se verificando la posibilidad de construcción de un plan de trabajo con respecto a la rabia para los próximos años.

Con Perú se destacó la existencia del Subgrupo de Trabajo en Salud en la Frontera Brasil - Perú.

Con Colombia se estableció la Comisión Binacional Asesora en Salud en la Frontera Brasil - Colombia. Además de eso, se desarrollan trabajos en la triple frontera con Perú.

Con Venezuela se enfatizó el acuerdo sobre eliminación de la trasmisión de Oncocercosis en la población Yanomami a partir de las actividades del Plan binacional de intensificación de las acciones y el subgrupo de Trabajo en Salud en la Frontera Brasil- Venezuela.

Con el Plató de las Guyanas (constituido por Guyana; Guyana Francesa y Suriname) hay el trabajo con poblaciones vulnerables en las regiones de minería, que cuenta con el apoyo de la Organización Pan Americana de Salud (OPS) Suriname.

Con Guyana se cuenta con la Comisión Binacional Brasil – Guyana.

Con Suriname se destacó la Comisión Mista de Asuntos Fronterizos con la articulación con el Ministerio de las Relaciones Exteriores. Además de la existencia de acuerdos de cooperación en trámite (VIH-SIDA, Leishmaniosis, Chagas y Paludismo).

Por fin, con Guyana Francesa están operando el Subgrupo de Trabajo en Salud en la Frontera Brasil-Guyana Francesa y el Comité Franco-brasileño en Salud.

CHILE

La presentación de Chile se basó en la guía enviada para la estructuración de las ponencias de los países. Con relación al eje de la guía Normativa y estructura institucional relativa a fronteras, la presentación destacó los principales actores relacionados con la gobernanza: Gobierno a través del Ministerio de Salud (Nacional) y SEREMI (Secretaría Regional Ministerial de Salud); Parlamentarios a través de las Comisiones de Salud del Senado y de la Cámara de Diputados; y de la Sociedad representada por las organizaciones sociales, comisiones ciudadanas, consejos consultivos, comités de participación, comunidades indígenas, entre otras. Otro aspecto importante que fue destacado en este eje fue la Asimetría. Para enfrentar el problema de la asimetría en el proceso de participación y toma de decisiones, existen diversos mecanismos que permiten reducir brechas. Entre estos mecanismos se pueden señalar como ejemplos: comisión para medicamentos de alto costo, en la que participan los representantes de las organizaciones de pacientes; participación de pueblos indígenas en la política de salud y pueblos indígenas; consejos de la sociedad civil, en los servicios de salud a lo largo del país; consejos asesores de las SEREMIS (representantes de la Sociedad Civil); planes de salud comunales, contruidos a partir de diagnósticos participativos y aportes de las comunidades locales; consejo interreligioso con vistas a humanización del trato/acompañamiento del paciente.

Con relación al eje Instituciones del Estado que cuidan del tema de la salud en las fronteras, en el nivel nacional el Ministerio de Salud, en el nivel regional las SEREMI de Salud (Regional) que son entidades dependientes del Ministerio de Salud desconcentradas territorialmente y tienen las funciones, de acuerdo con las normas y políticas dictadas por el Ministerio de Salud. Con relación a los Comités existentes se puede indicar: los Comités de Integración Fronteriza Chile – Argentina que comprenden las regiones de: NOA – Norte Grande; Agua Negra; ATACALAR; Cristo Redentor; Las Leñas; El Pehuenche; Los Lagos; Integración Austral, en el cual se participa activamente con representación regional y nacional en las Comisiones y Subcomisiones de Salud en temas de vigilancia epidemiológica, emergencias y catástrofes, atención de urgencias/emergencias, asistencia médica primaria de urgencia, prestaciones de salud en áreas de frontera, entre otras áreas. Se indica también la existencia del Comités de Integración y Desarrollo Fronterizo (CIDF) Chile – Perú.

Los principales planes y proyectos en salud en las fronteras en Chile son: Salud Intercultural - Proyecto FOAR/AGCI (IX Comisión Mixta de Salud y V Binacional Chile – Argentina). Se puede destacar también el Plan de Salud de Fronteras 2016-2018 (Aprobado por Resolución REMSAA XXXV/496, 14 de octubre Cochabamba) que promovió la realización de Análisis de Situación en Salud (ASIS) en el eje geográfico Arica – Tacna. Se tienen también las iniciativas de las Coordinaciones transfronterizas para Asistencia Médica Primaria; Complementación de Hospitales Fronterizos; Urgencias y Emergencias. Cabe destacar igualmente las experiencias efectivas

relativas a la Cooperación interinstitucional a nivel bilateral en salud (atención de urgencias y emergencias médicas)⁷; la Complementación de capacidades mediante convenios de prestación de servicios en zonas de frontera (Convenio Servicio de Salud Reloncaví – Ministerio de Salud Provincia del Chubut)⁸; Procedimiento Simplificado para Coordinación de Asistencia Médica Primaria en casos de Urgencias y Emergencias (Chile – Argentina).

Las principales dificultades encontradas para el desarrollo de actividades en salud en las fronteras fueron: Priorización y evaluación basada en criterios extra sanitarios; Presupuestos limitados o incipientes para cooperación en salud en fronteras; Equipos técnicos de tamaño limitado en regiones. Las principales lecciones aprendidas fueron: Explorar mecanismos alternativos de cooperación y financiamiento como la cooperación triangular o multilateral.

A respecto del eje Diagnósticos de salud en Fronteras en Chile el organismo responsable es el Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud (DEIS) coordinado con los enlaces a nivel regional. Las principales iniciativas para realización de diagnósticos y análisis de salud en las fronteras en los últimos 5 años fueron: la Encuesta Satisfacción Usuaria de Hospitales; Estrategia Nacional de Salud 2011-2020; Encuesta CASEN (Caracterización Socioeconómica Nacional) Módulo Salud; Encuesta Nacional de Salud; Diagnóstico del Estado Nutricional de Menores de 6 años, gestantes, nodrizas y adultos mayores, bajo control en el sistema público de salud; Encuesta Nacional de Lactancia Materna en la Atención Primaria (Enalma, Chile, 2013); Encuesta Nacional de Consumo Alimentario en Chile (Enca, 2014); Análisis de la Situación de Salud de frontera (ASIS).

La presentación chilena informó que las dificultades para la gestión del Sistema de Atención de Salud en Fronteras están basadas en problemas con respecto a: necesidad de fortalecer la coordinación entre servicios y la articulación entre niveles de atención; distinta administración entre la atención primaria municipalizada y el servicio de salud; necesidad de fortalecer los mecanismos de referencia y contra referencia; necesidad de articulación entre los especialistas y los médicos de atención primaria en salud; percepción del usuario: atención inoportuna y deficiente; fronteras virtuales de acceso a la atención por falta de información y capacitación del personal. Sin embargo, a partir de la experiencia asimilada se puede también sacar lecciones como la importancia del Trabajo coordinado en Red, creación de estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones; asociación voluntaria y concertada de esfuerzos para el logro de fines comunes; construcción de estrategias basadas en la cooperación y la confianza; capacitación de funcionarios de la Red Asistencial

7 Donde las partes emprenderán negociaciones tendientes a alcanzar una regulación común y equitativa en materia de asistencia médica brindada por hospitales públicos en caso de urgencias y emergencias que afecten a nacionales de una Parte, que se encuentren en el territorio de la otra sin ser residentes permanentes en el mismo y no dispongan de medios económicos suficientes para sufragar los gastos derivados de la atención médica otorgada

8 Las actividades relacionadas con la salud de las poblaciones fronterizas, se ejecutarán mediante la formulación de programas específicos de trabajo nacionales o binacionales, que tengan por objeto dar prioridad a la cooperación técnica en las regiones de frontera.

Pública para fortalecimiento en el acceso a la salud de población fronteriza, indígena y migrantes en general.

Las acciones de prevención es otro eje de análisis sugerida por la guía de ISAGS. En Chile hay algunos programas preventivos de salud en frontera donde se destacan: Comuna saludable; Establecimientos educacionales promotores de la salud; Lugares de trabajo promotores de la salud; Instituciones de Educación Superior Promotoras de la Salud. Con relación a las principales enfermedades con actividades de prevención en las fronteras se tiene: Tuberculosis; VIH; Suicidio; Obesidad; Enfermedades transmitidas por alimentos; Hepatitis A; Chagas; Zoonosis y vectores; Enfermedades inmunoprevenibles; Cáncer.

Algunas estrategias integradas en áreas de frontera se cuentan con el Comité de Integración y Desarrollo Fronterizo (CIDF) Chile-Perú que tiene como principales temáticas a desarrollar: intercambio de la regulación sanitaria respecto de personas que portan medicamentos por Aduana; desastres y traslado de pacientes críticos; salud ambiental y ocupacional; salud de las personas y promoción de la salud; vigilancia epidemiológica.

En conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) Chile desarrolla actividades de vigilancia en salud y control sanitario en pasos de frontera a partir de: Aplicación de encuesta a conductores de buses proveniente del extranjero con el objeto de detectar pasajeros enfermos; Encuesta de salud al viajero para la identificación de pasajeros potencialmente enfermos; Vigilancia de rumores y elaboración de informes; Apoyo en actividades de vigilancia ambiental; Apoyo en campañas sanitarias de contingencia regional y de eventos internacionales; Actividades educativas a pasajeros en tránsito; Distribución de folletos educativos sobre distintas enfermedades de acuerdo a situación epidemiológica del momento. Con respecto a implementación de acuerdo con lo presentado en RSI se está actuando de acuerdo a la guía de funcionamiento de oficina sanitaria de fronteras; la evaluación nacional realizada está contenida en el Informe anual enviado a la OMS.

Para finalizar la presentación de Chile se habló a respecto de las modalidades de financiamiento para las acciones de salud de fronteras. A nivel nacional existen los fondos para cooperación técnica descentralizada en áreas de frontera vía proyectos concursables de la Agencia de Cooperación Internacional del Ministerio de Relaciones Exteriores (AGCI-MINREL). Existen otras fuentes externas como OPS, ORAS-CONHU PASAFRO; y la presentación de presupuestos de continuidad y proyectos de expansión en el marco de la formulación del Proyecto de Presupuesto del Sector Público. A nivel regional el financiamiento va a las instancias de Salud regionales (Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud).

COLOMBIA

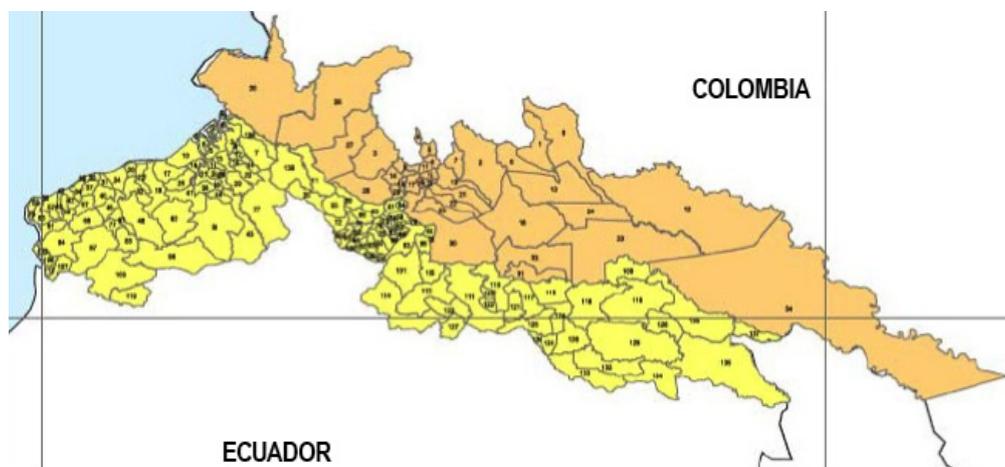
La ponencia de Colombia tuvo como primer eje de análisis la Normatividad y estructura institucional. A nivel nacional no hay marcos e instrumentos específicos sobre salud en fronteras, pero el área de salud de una forma general se tiene la Ley 191 de 1995 que establece las zonas de frontera; el Documento Conpes 3805 de 2014 sobre Política Pública de Prosperidad para las Fronteras y el Plan Fronteras para la Prosperidad (Cancillería).

Ya a nivel binacional la frontera es comprendida como zona compuesta por el territorio de dos países. En los escenarios binacionales hay Comisiones de Vecindad e Integración, Comités de Salud y Gabinetes Binacionales. Colombia ha firmado el Plan Binacional de Integración Fronteriza Colombia-Ecuador (2014-2022) y el Plan de Desarrollo Zona de Integración Fronteriza Perú-Colombia (2014-2018). Además cuenta con Convenios y Acuerdos de Cooperación específicos entre los Ministerios de Salud de Colombia con Panamá, Ecuador, Perú, Brasil y Venezuela para el fortalecimiento de las acciones de salud en las áreas de frontera.

Como fue indicado anteriormente no hay Planes de Salud específicos para las áreas de frontera a nivel nacional, pero a nivel local existen los Planes Territoriales de Salud en todos los departamentos del país, incluso los de frontera. A nivel binacional se cuenta con el Plan Quinquenal de Salud para las zonas de frontera Ecuador-Colombia (2015-2019) que tiene como principales líneas estratégicas: Enfermedades Transmitidas por Vectores, Vigilancia Epidemiológica, Salud Sexual y Reproductiva y Salud Infantil.

El sistema de atención de salud en Colombia es definido y dirigido por el Ministerio de Salud pero su implementación a nivel local y en los territorios de frontera corresponde a las Entidades Territoriales de Salud. El financiamiento en estos territorios proviene de diversas fuentes del orden nacional y local, pero no hay modalidades específicas de financiamiento para acciones de salud en las fronteras, los recursos provienen de las fuentes regulares. El aseguramiento (que garantiza el acceso a los servicios de salud) se da por medio de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y del régimen subsidiado. La Red de prestación de servicios está conformada por tres niveles: nivel I – Hospitales de baja complejidad; nivel II – Hospitales de Mediana Complejidad y nivel III – Hospitales de alta complejidad. El único ejemplo de articulación de la prestación de servicios a nivel binacional en la zona de frontera es el Mecanismo binacional de prestación de servicios de salud con Ecuador, que se encuentra aún en proceso de diseño.

Figura 3 – Alcance geográfico del mecanismo binacional de prestación de servicios de salud Colombia-Ecuador.



Fuente: Comunidad Andina sobre las Zonas de Integración Fronteriza. Disponible en: <http://intranet.comunidadandina.org/Documentos/DEstadisticos/SGde252.pdf>. Acceso el: 29 de marzo de 2016.

Con relación a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en los pasos fronterizos se puede destacar el proyecto SIVEFRONTERA, creado a partir de la articulación del SIVIGILA⁹ de Colombia y el SIVE-ALERTA¹⁰ de Ecuador, con el fin de obtener información epidemiológica en tiempo real de los dos países.

Con relación a los Proyectos de cooperación internacional existen dos tipos: los Proyectos binacionales y los proyectos con organismos internacionales. En el primer tipo existen proyectos con Ecuador como el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Mejorada en el Área de Frontera Colombo Ecuatoriana, con recursos de la CAF (Banco de Desarrollo de América Latina) y el Plan Quinquenal con recursos nacionales y de OPS, UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), OIM (Organización Internacional para las Migraciones) y que está en ejecución. Con Panamá está en ejecución el Proyecto para el Fortalecimiento de las Acciones de Promoción, Prevención, Vigilancia y Control de la Malaria en la Frontera Colombo Panameña con recursos del Fondo Mundial, OPS y nacionales. Con Brasil fue formulado el proyecto sobre Monitoreo y Análisis de Información de Salud en la Frontera Colombia Brasil a partir de recursos de la CAF y que está en rediseño. Además, con Perú se está formulando el Plan de Mejoramiento y Sostenibilidad de la Telemedicina en la Cuenca del Río Putumayo y un proyecto sobre el Reglamento Sanitario Internacional en rediseño. Con ORAS-CONHU fue ejecutado el Plan Andino de Salud en Fronteras que incluye proyectos con recursos de cooperación sin fuente definida. A respecto del segundo tipo, no se cuentan con la información sobre proyectos ejecutados por organismos internacionales.

9 Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública de Colombia.

10 Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica de Ecuador

Las principales dificultades y lecciones aprendidas en el área de salud de las fronteras en Colombia están relacionadas con lentitud en la ejecución porque los dos países no avanzan al mismo ritmo (escasez personal / baja prioridad en las agendas internas); afectación de las agendas de frontera por situaciones políticas; escases de recursos por disminución del flujo de recursos de cooperación internacional o por falta de fuentes específicas nacionales; armonización compleja por diferencias en los sistemas de salud; implementación a nivel local, pero compromiso y seguimiento a nivel nacional, mucha planeación y bajo porcentaje de ejecución.

ECUADOR

La ponencia de Ecuador abordó el marco normativo y político de la salud en las fronteras que cuenta con una serie de documentos, planes, encuentros y acuerdos, de entre ellos se destacan: Acuerdo de Paz entre Ecuador – Perú (26 de octubre 1998); Constitución Política del Estado Ecuatoriano (2008); Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017; Declaraciones Presidenciales; Encuentro Presidencial y Gabinete Binacional de Ministros Perú – Ecuador; Encuentro Presidencial y Gabinete Binacional de Ministros Colombia – Ecuador; Plan Quinquenal de Salud Ecuador – Colombia (2015-2019); Plan Quinquenal de Salud Ecuador – Perú (2012-2017):

Ecuador tiene fronteras con Colombia y Perú donde se establecieron los Planes Quinquenales de Salud que tienen como objetivos definir, actualizar, validar y priorizar las acciones binacionales necesarias para la zona de frontera. En este marco las principales líneas de trabajo entre Ecuador-Colombia son: Vigilancia Epidemiológica; Salud Infantil; Salud Sexual y Reproductiva; Enfermedades Transmisibles; Prestación de Servicios. Ya con entre Ecuador-Perú las líneas de trabajo son: Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles; Alimentación y Nutrición Saludable; Salud Materno Infantil; Redes Binacionales de Salud; Salud Ambiental; Respuesta binacional frente a emergencias y desastres; Seguridad Social y Atención de Salud Recíproca; Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos.

La atención Recíproca Ecuador – Perú según la Ley No. 29942 de 23 de noviembre 2012, que establece medidas para el cumplimiento del Acuerdo Bilateral para brindar atención de salud recíproca a nacionales de la República del Perú y de la República del Ecuador. Ya según la Ley N° 30255 de 26 de octubre del 2014, en la que modifica los artículos 1,4 y 5 y deroga el art. 3 de la ley 29942, se establece que se elimine la presentación de un documento de identificación para la atención. Otro documento importante es el Decreto Supremo No. 004-2007-SA, donde se emite el Listado priorizado de intervenciones sanitario y el Plan esencial de aseguramiento en salud según Ley vigente 29344.

Entre los marcos normativos políticos, jurídicos, administrativos, normativos técnicos se tienen: el Plan Binacional Ecuador-Perú y el Programa de Cooperación Socio Sanitario Fase II en Apoyo al Plan Binacional de Paz Ecuador – Perú. El Plan Binacional en sus capítulos Ecuador y Perú establecen un ente coordinador de las acciones que se ejecutan a nivel de frontera se encargan de elaborar la planificación entre los Ministerios; realizan el seguimiento y evaluación de los planes emprendidos. Ya el Programa de Cooperación Socio Sanitario Fase II en Apoyo al Plan Binacional de Paz Ecuador – Perú tiene como objetivos fortalecer y ampliar el Sistema de Salud Binacional; rehabilitar y equipar las unidades operativas de salud de la región fronteriza del sur del Ecuador y norte del Perú de acuerdo a su capacidad resolutive; lograr la participación activa de la comunidad en el proceso de implementación del sistema de salud integral con enfoque de calidad e interculturalidad en la región fronteriza Ecuador – Perú.

El proyecto tuvo la duración de tres años a partir de la entrega de la primera anualidad (noviembre/2012 al 2015).

El diagnóstico en Frontera en Ecuador es hecho con apoyo del Organismo Andino de Salud, por medio de lo cual se pudo emitir el Plan Andino de Salud en Fronteras 2016-2018 (PASAFRO). Además de eso, entre sus actividades está el aprobar la Guía actualizada del análisis situacional de salud-ASIS, con la finalidad de culminar y actualizar el documento del ASIS en los espacios de frontera definidos. En el marco del Programa Socio Sanitario II Fase, está previsto trabajar en este año la guía metodológica para trabajar el ASIS en el corredor Loja-Piura. Otra importante estrategia binacional entre fronteras creada fue el Proyecto SIVEFRONTERA entre Ecuador y Colombia con ayuda financiera del Italia, sistema (aplicativo) de alerta epidemiológica en frontera que articula el sistema de vigilancia de los dos países.

Con respecto a los proyectos de cooperación internacional para la salud en las fronteras, los principales destaques en la presentación fueron: elaboración de documentos de modelo de atención binacional; Sistemas de referencia y contra-referencia; conformación de micro-redes; simulacros binacionales de gestión de riesgos; campaña de vacunación de las Américas; fortalecimiento del talento humano en salud (TAPS, Comités locales de Salud, Maestría Medicina Familiar y Comunitaria Binacional); talleres binacionales (Emergencias Obstétricos, Emergencias Neonatales, Capacitación Chikungunya, Capacitación Ebola); ferias y talleres de nutrición; acciones cívicas binacionales; acciones binacionales de limpieza del canal de Zarumilla (Huaquillas – Aguas Verdes); colocación de repetidoras para transmisión de radiocomunicación de las unidades operativas.

Se destacan también los ejemplos de las experiencias más efectivas e exitosas para la cooperación en salud como la: maestría en Medicina Familiar con enfoque en Atención Primaria de Salud con la Universidad Nacional de Piura – Perú (23 profesionales de unidades de frontera); obras de remodelación (SCS – Subcentro de Salud de Tundurama y del Hospital de Amaluza, Hospital Binacional de Macará; dotación de equipo informático para las unidades de frontera; identificación de líderes comunitarios en base a criterios establecidos; taller de sensibilización a los líderes y personal de salud del ámbito de intervención. Además, a respecto de los principales ejemplos de experiencias más efectivas e exitosas para la cooperación en salud se pueden destacar la Reunión de la comisión de Promoción-prevención binacional realizado en la ciudad de Suyo-Perú y su propuesta de participación comunitaria y la Acreditación internacional de Hospitales Públicos de Frontera¹¹. Para finalizar la presentación, se señaló que el tema de las fronteras es demasiado complejo y que los gobiernos deben garantizar que toda la población está en la frontera pueda recibir atención de salud.

11 La acreditación de los hospitales públicos de frontera se hizo en dos zonas 1 y 7. En la zona 1 los hospitales acreditados fueron: Hospital General San Vicente de Paúl de Ibarra; Hospital General Delfina Torres de Esmeraldas; Hospital General Luis Dávila de Carchi. Y en la zona 7: Hospital Básico de Huaquillas; Hospital General Teófilo Dávila de Machala; Hospital Especializado Materno – Infantil de Santa Rosa; Hospital Básico de Catacocha; Hospital General Isidro Ayora de Loja.

GUYANA

La presentación de Guyana empezó indicando que el país tiene fronteras con Brasil, Venezuela y Suriname. La mayor parte de la población vive en la zona costera. Las otras regiones son poco pobladas. La Salud Fronteriza es responsabilidad de los Servicios Regionales de Salud con el apoyo de Control de Enfermedades. Hay dos Comisiones de Frontera operados bajo el Ministerio de Relaciones Exteriores. Los componentes de salud de estas comisiones están programados para reunirse semestralmente y la última reunión fue en 2013.

Guyana tiene una serie de puntos de entrada oficiales, con 4 puertos¹² fronterizos designados en conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional de la OMS como puerto marítimo y terrestre. El Ministerio de Salud Pública es el centro de coordinación para abordar las cuestiones del Puerto de Salud en virtud del Reglamento Sanitario Internacional, pero colabora con las autoridades regionales.

Con relación a los planes atención de salud frontera en Guyana se destacaron la Comisión Binacional Asesora de Salud en la Frontera Brasil donde hay una serie de acuerdos como: el establecimiento de Mecanismos de Referencia - los ciudadanos de Guyana y Brasil tienen acceso a la atención médica en los centros de salud públicos a ambos lados de la frontera; la notificación de las enfermedades transmisibles en la frontera; información epidemiológica de la autoridad nacional y de la frontera; y el acuerdo para compartir el informe sindrómico semanal para el país en su conjunto y el de la Región 9 (área de entrada). Brasil también estuvo de acuerdo en compartir informes similares y fortalecer la capacidad del Hospital Lethem para el diagnóstico y manejo de la enfermedad de Chagas y la leishmaniasis. Además de eso, existe la Comisión Binacional Fronteriza de Salud de Suriname y Guyana encabezada por sus Ministros de Salud con el apoyo de la OPS / OMS para el establecimiento de actividades de salud en las fronteras de los dos países. Existen acuerdos entre Guyana y Suriname que permiten que los ciudadanos de Guyana y Suriname tienen acceso a la atención médica en las instalaciones públicas; proporcionan el fortalecimiento de la vigilancia conjunta para comunicación de enfermedades; constitución del programa integrado el VIH, la promoción, la eliminación de la transmisión materno infantil, la inclusión de los grupos vulnerables; posibilita el control de la malaria, para eliminar la transmisión autóctona y se coordinan esfuerzos para lograr las capacidades básicas necesarias para el cumplimiento con el Reglamento Sanitario Internacional de la OMS.

Las principales obligaciones de cooperación frontera conjuntas son: Plan de Desastres del Sector Salud; Sistemas de Vigilancia para monitorear eventos fronterizos: Sistema de Vigilancia Sindrómica (síndromes y enfermedades confirmados); Programa Ampliado de Inmunización: Monitoreo de la cobertura se realiza en consonancia con la actividad de divulgación para llegar a las poblaciones

¹² Los puertos en la frontera son: Takatu- Guyana- Brasil (cruce de tierra); Moleson Creek -Guyana - Suriname (puerto marítimo); Morawhanna y Iterinbang- Guyana- Venezuela.

vulnerables. Además, existen proyectos de Cooperación Internacional a nivel nacional apoyado por la OPS, Fondo Global respecto a Malaria y Tuberculosis y, Centros para el Control de Enfermedades como VIH / SIDA y la Tuberculosis.

Guyana tiene un proyecto sobre Pueblos Indígenas de la Salud, ejecutado conjuntamente por los Ministerios de Asuntos de los Pueblos Indígenas y la Salud Pública, que busca mejorar la capacidad de las comunidades y pueblos indígenas para administrar sus asuntos generales y de salud. Las principales actividades de promoción de la salud en las comunidades indígenas fronterizas son: Programa Ampliado de Inmunización (EPI); Malaria; HIV / SIDA; Tuberculosis; Programas Agresivos para Salud Ambiental (agua y saneamiento); Higiene Alimentar; Varias estrategias de enfermedades emergentes (por ejemplo, sarampión).

Para finalizar, la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional en los puntos de control fronterizos oficiales abarcaron las siguientes normas: las autoridades de salud deben estar presentes en los puertos; se verifican se los pasajeros tienen la tarjeta de vacunación contra la fiebre amarilla; entrevistas con pasajeros acerca de su estado de salud; observación de los pasajeros para detectar cualquier signo de enfermedad; exploraciones específicas y las autoridades de salud colaboran con el Hospital Regional en caso de cualquier emergencia de salud.

PARAGUAY

Paraguay destacó que, de los 17 departamentos de la República del país, 12 son fronterizos incluyendo la Capital, abarcando una superficie total de 348.281 Km², representando el 85,62 % de la superficie total del país. De 238 municipios 133 corresponden a departamentos fronterizos 55,8%. Del total de la población proyectada para el año 2011 de 6.561.785 habitantes un total de 4.546.175 habitantes habitaban en departamentos de Fronteras, constituyéndose la misma en el 69,28% de la población total del país, de los cuales aproximadamente un 1,4 % son poblaciones originarias distribuidas principalmente en la Región Occidental, y en otros departamentos del país en menor medida.

Con respecto de las actividades desarrolladas en las zonas de fronteras, se puede indicar:

Frontera con Brasil en Alto Paraguay: propuesta de consolidar un plan de trabajo que proponga la articulación de acciones en salud en la XVII Región Sanitaria; Lograr la participación e involucramiento de las Autoridades Departamental, local y la comunidad (Gobernanza); Definir una propuesta que fortalezca la Red Integrada de Servicios de Salud; Definir una propuesta que fortalezca la vigilancia y respuesta en salud, el Sistema de Información, comunicación y transporte de la XVII Región Sanitaria; Lograr la firma de un Convenio Bilateral entre el Ministerio de Salud Pública y Bien Estar Social y el Municipio de Porto Murtinho, Ministerio de Salud Brasil; Definir una propuesta para Armonizar y Alinear la Cooperación a las necesidades locales, Política Nacional de Salud/Plan Estratégico Regional/Políticas de salud de Frontera. Los principales temas de interés en esta región sanitaria son: Red de Servicios – Capacidad Resolutiva, Salud Materno/Infantil, Nutrición y Seguridad Alimentaria, Saneamiento Básico, Agua segura para consumo humano, Infraestructura Física, Sistema de Comunicación, Información y Transporte, Medicamentos/Inmunizaciones, Cooperación Internacional, Coordinación de Acciones con las Autoridades Departamentales y Locales, Accesibilidad Geográfica, Salud de Fronteras.

Los principales documentos de Referencia relacionados a esta región son: Plan Nacional de Desarrollo 2030, Programa Sembrando Oportunidades, Plan Nacional de Salud 2013/2018, Plan Estratégico Institucional, Plan Estratégico Regional, Prioridades Institucionales del Ministerio de Salud Pública y Bien Estar Social.

Se conformó una Comisión de Salud de Fronteras Paraguay – Brasil, integrada por las Autoridades y la sociedad civil que tienen el objetivo de identificar los principales problemas sanitarios del área de responsabilidad del Convenio Bilateral entre el Ministerio de Salud Pública y Bien Estar Social y el Municipio de Porto Murtinho, Ministerio de Salud Brasil.

En la frontera con Bolivia en Boquerón se cuenta con el Memorándum de Entendimiento entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay y el Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia, sobre la actualización y reactivación del acuerdo

de cooperación en materia de salud, firmado en 1993 y reglamentado en 1995. Fueron realizadas tres reuniones y la metodología utilizada fue la composición de las tres mesas de trabajo previamente consensuadas entre ambas delegaciones para lograr acciones en: Vigilancia epidemiológica, prevención y control de eventos de riesgo a la salud pública, Reglamento Sanitario Internacional; Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud; Fortalecimiento de la Promoción y Educación para la salud; Una mesa de Coordinación Técnica. Se quedaron pendientes del Comité Coordinador: Aprobación del Manual Operativo de la Comisión Internacional en Salud Bolivia-Paraguay.

A respecto del trabajo en terreno de la Comisión de Vigilancia en Salud se puede indicar: distribución biogeográfica de vectores de importancia médica en la región, estratificación de riesgo utilizando métodos estandarizados, número de municipios con alto, mediano, bajo riesgo y sin riesgo en la frontera; estudio de susceptibilidad y resistencia vectorial en el uso de insecticidas; número de mapas según vectores de importancia médica; disminuir la incidencia de tuberculosis y el riesgo de aparición de droga resistencia; fortalecer la vigilancia y control prenatal y Chagas congénito, en el diagnóstico y el tratamiento; capacitación de personal en el área de la Epidemiología.

A respecto de las resoluciones de la Comisión de Promoción de la Salud: actividades para la provisión permanente de agua apta para el consumo humano a las comunidades; acciones que fortalezcan la seguridad alimentaria en la región; capacitación a promotores indígenas voluntarios y contratados. La principal propuesta postulada fue la realización de un taller para la definición de acciones puntuales en las tres áreas citadas.

A respecto de las resoluciones de la Comisión de Redes de Servicios de Salud: se cuenta con un mapeo de los principales establecimientos de frontera entre Bolivia y Paraguay, según servicios y recursos humanos disponible y distancias de la Frontera; se ha iniciado el proceso de fortalecimiento de los servicios de salud con dotación de recursos humanos; hay que avanzar en el sistema de integración de redes de servicios. La propuesta de la Comisión es avanzar el establecimiento de un puesto de Control Sanitario en el paso fronterizo de Mayor Infante Rivarola; negociaciones con la CONAREM (Comisión Nacional de Residencias Medicas) a fin de que los residentes de último año hagan pasantías en los servicios de salud del Departamento de Boquerón pudiendo ampliarse a todo el Chaco.

Frontera Paraguay-Argentina se acordó trabajar cuatro grandes Objetivos Estratégicos propuestos, para el abordaje de Salud de Fronteras: vigilancia epidemiológica y sistema de información; redes de servicios de salud; capacitación de recursos humanos; promoción de la Salud.

La presentación destacó también la Experiencia del Grupo de Trabajo Itaipu Salud¹³ – que está vinculado al Programa Salud en la Frontera y que es un órgano

13 El ámbito de actuación del grupo comprende: en el nivel geográfico: 9ª Regional de Salud de Foz de Yguazú; 20ª Regional de Salud de Toledo; Xª Región Sanitaria de Alto Paraná; XIVª Región Sanitaria de Canindeyú Actualmente, se incluye a: Vª Región Sanitaria de Caaguazú, Provincia de Misiones – Argentina. En el ámbito político abarca las políticas públicas sectoriales del Brasil, Paraguay y Argentina; y las políticas institucionales de la IB.

colegiado, creado en 2003, con el propósito de subsidiar a la Entidad Binacional en la ejecución de sus políticas de responsabilidad socio-ambiental en el área de salud. Su misión es articular las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de los países de la frontera conjugando esfuerzos para promover acciones prioritarias de impacto en los niveles sanitarios de la población del área de influencia de Itaipú, subsidiando a la Entidad en la formulación y ejecución de sus políticas e iniciativas de responsabilidad social, contemplando la cooperación, la integración, la consonancia con las directrices de los sistemas nacionales de salud, el énfasis en la atención primaria y la búsqueda de la equidad en el trato de la cuestiones de salud. La visión propuesta es ser reconocido como un grupo de trabajo técnico de referencia regional, para la articulación e integración de las políticas públicas de salud de los países, basado en un modelo de gestión y atención integral de la salud, contribuyendo con la promoción, prevención y vigilancia de la salud para la región fronteriza, que impacte positivamente en la calidad y oportunidad de vida individual y colectiva de la población.

Los principales objetivos del Grupo de Trabajo Itaipu-Salud son: apoyar los eventos y acciones de promoción de la salud; incentivar el fortalecimiento de las políticas públicas de atención a la salud; promover el apoyo a los Hospitales de las Fundaciones instituidas por la IB¹⁴. Las principales acciones son: atención a pacientes de escasos recursos; atención a la población de baja renta por la Fundación Tesãi; apoyo a Instituciones Públicas de Salud en la 9ª y 20ª Regionales de Salud en el Brasil; apoyo a Instituciones Públicas de Salud en los Departamentos de Alto Paraná, Canindeyú y Caaguazú – X, XIV y V Regiones Sanitarias de Paraguay; vigilancia Epidemiológica y fortalecimiento del sistema de salud - monitoreo epidemiológico.

El modelo de gestión del GT Itaipu Salud se desarrolla a partir de la definición de prioridades, planes estratégicos regionales y la política nacional de salud. Además de eso fue establecido en el Plan Quinquenal del GT a partir de 4 ejes de actuación: red de información integrada y vigilancia en salud; desarrollo y gestión de recursos humanos; promoción y acción sobre los determinantes sociales de la salud y redes de servicios de salud que están articuladas para el fortalecimiento institucional del GT.

Para finalizar, la presentación apuntó que el propósito final de la Dirección General de Relaciones Internacionales es instalar el concepto y la Visión de Salud de Fronteras en los Planes Operativos Regionales como Política de Estado y como Política Nacional Interinstitucional.

14 Fundación Itaipuapy - Ministro Costa Cavalcanti => servicios de alta complejidad => oncología y cirugías cardíacas y Fundación Tesai – servicios de mayor complejidad, Los Ángeles y Paí Coronel => atención a personas de escasos recursos en las especialidades maternoinfantiles y clínicos en general.

PERÚ

Perú tiene una superficie de 1.285,216.20 Km², con una población total de 30.135,000 habitantes con una expectativa de vida de 74,1 años. Con relación a su organización jurídica se caracteriza como un Estado descentralizado compuesto por 24 departamentos, 1 provincia constitucional: Callao y 1 provincia sui generis: Lima. Hace fronteras con Brasil, Bolivia y Chile, Colombia, Ecuador.

El Marco legal para el Desarrollo e Integración Fronteriza fue establecido a partir de la Ley N° 29778- la Ley desarrolla el Artículo 44° de la Constitución Política del Perú, que dispone como deber del Estado establecer la política de fronteras, promover la integración particularmente latinoamericana, así como el desarrollo y la cohesión de las zonas fronterizas, en concordancia con la política exterior. La Ley define los espacios de frontera; establece los mecanismos de formulación, coordinación, ejecución y seguimiento de la Política Nacional de Desarrollo e Integración Fronterizas que es parte constitutiva de la Política Exterior y de la Política Nacional de Desarrollo, siendo de cumplimiento obligatorio para todas las entidades del sector público. Además, define el Sistema Nacional de Desarrollo de Fronteras e Integración Fronteriza (SINADIF) como un conjunto de entidades públicas del Estado vinculadas funcionalmente con la Política Nacional de Desarrollo e Integración Fronteriza en los niveles del Gobierno Nacional, los gobiernos regionales y locales de fronteras, así como las organizaciones representativas de la sociedad civil, en el marco de la normatividad nacional y los acuerdos internacionales.

La presentación destacó también los mecanismos de integración en salud en la frontera entre Ecuador, Colombia, Brasil, Bolivia y Chile.

El principal mecanismo de integración en salud en frontera Ecuador-Perú está constituido por los Encuentros Presidenciales y de Gabinetes donde son firmadas declaraciones; Plan Binacional de Frontera (organismo internacional con capítulos en Perú y Ecuador); Comisión de Vecindad a partir del Grupo de Trabajo de Salud en Fronteras; Plan Quinquenal y Planes operativos anuales; Marco legal que permite financiar la atención recíproca. Actualmente el Grupo de Trabajo de Salud funciona regularmente, pero hay dificultad para poner en operación el Plan Quinquenal, dificultades en la ejecución del plan operativo y dificultad para las autoridades regionales se involucrase. Sin embargo, el proceso de reciprocidad en las atenciones de salud avanza favorablemente.

Con relación a la frontera Perú-Colombia los principales mecanismos de trabajo son los Encuentros Presidenciales y de Gabinetes para firma de declaraciones; la Comisión de Vecindad donde se establece el Grupo de Trabajo de Salud en Fronteras y la constitución del Plan de trabajo donde fueron estipulados compromisos iniciales. Actualmente hay el funcionamiento regular del Grupo de Trabajo, cumplimiento del Plan de Trabajo e involucramiento de autoridades técnicas de la región.

El mecanismo de integración en salud en la frontera Perú-Brasil es la Comisión de Vecindad donde fue establecido el Grupo de Trabajo Binacional sobre Cooperación Amazónica y Desarrollo Fronterizo y un Plan de trabajo. Actualmente hay el funcionamiento formal del Grupo de Trabajo, no hay avances en el Plan de Trabajo y las autoridades regionales no se involucran.

En la frontera de Perú-Bolivia los mecanismos de integración son los Encuentros Presidenciales y de Gabinetes y las Declaraciones; el Comité de Frontera donde fue establecido el Sub Comité de Integración Fronteriza Amazónica y Sub Comité de Integración Fronteriza Altiplánico y el Plan de trabajo de Integración Amazónica. El estado actual es el funcionamiento regular del Sub Comité de Integración Fronteriza Altiplánico y el avance incipiente de actividades programadas (campaña anti-rábica canina).

En la frontera de Perú-Chile el Comité de Desarrollo e Integración Fronteriza y la Sub Comisión de Salud de Frontera, además del Plan de Trabajo, son los principales mecanismos de integración. Actualmente hay el funcionamiento regular de la Sub Comisión de Salud de Frontera, el cumplimiento de las actividades programadas y participación de las autoridades regionales.

Las fronteras del Perú con los países vecinos tienen características variadas desde el punto de vista histórico, geográfico, poblacional, cultural, económico, político y de presencia institucional del Estado. Del mismo modo, las intervenciones del Estado peruano vinculadas a procesos de integración de fronteras han sido variadas, respondiendo, en unos casos a las prioridades asignadas por el Gobierno nacional y los gobiernos subnacionales, y en otros a la disponibilidad de recursos para dar proyección y sostenibilidad a sus logros. Los Encuentros Presidenciales y de Gabinetes en los casos de las fronteras con el Ecuador, Colombia y Bolivia, constituyen mecanismos poderosos que han permitido dinamizar y desarrollar las agendas de integración y proyectarlas al mediano plazo. En el caso de la integración en salud, los procesos todavía son lentos y los resultados de las intervenciones muy incipientes. Hay avances importantes en las fronteras con Ecuador y Chile y proyecciones auspiciosas para las fronteras con Colombia y Bolivia. Las intervenciones desde el sector salud se han visto debilitadas por la compleja trama de gobiernos subnacionales (regionales y locales) en las zonas de frontera que no logran involucrarse con los compromisos asumidos binacionalmente. La orientación de las intervenciones todavía es carente de intersectorialidad y la planificación no ha logrado articularse con el ciclo de formulación del presupuesto público para contar con recursos basales. La cooperación internacional, que es altamente requerida, no ha tenido una presencia significativa, a la fecha, para generar capacidades locales y fortalecer la institucionalidad.

A los fines de la presentación fueron indicadas conclusiones y recomendaciones para distintos actores involucrados con las cuestiones relativas a la salud en las fronteras que se siguen a continuación:

Para el Ministerio: redefinir el rol y las responsabilidades de los actores sociales en el nivel regional y local, y promover la suscripción de acuerdos de gestión, a

través de la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS); orientar los diagnósticos y la planificación con criterio intersectorial, con metas e indicadores mensurables y vinculado al ciclo presupuestario del sector público; enmarcar los planes de integración de fronteras dentro de la formulación de los planes institucionales y sectoriales de obligado cumplimiento por el sector público peruano y en el marco de la política de acceso universal y cobertura universal.

Para el Ministerio de Relaciones Exteriores: monitorear los acuerdos de gestión que suscriba nuestro Ministerio con los gobiernos subnacionales (regionales y locales) vía la CIGS; reorientar las intervenciones bajo la modalidad de proyectos sur-sur y triangular, e inscribirlos en la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI), para acompañar la ejecución, hacer seguimiento y capitalizar los logros; impulsar la participación activa de las carpetas de país y de las embajadas de los países de frontera en el seguimiento a las intervenciones acordadas.

Para los bloques y organismos de integración: promover el intercambio de experiencias nacionales y regionales; sistematizar las buenas prácticas y difundirlas; canalizar apoyo a las iniciativas de los países miembros que lo requieran.

Para organismos de cooperación multilateral: aportar con marcos conceptuales e instrumentos metodológicos; asesorar en la incorporación de enfoques que enriquezcan el abordaje de problemas y la planificación de intervenciones; facilitar alianzas entre países y triangular en proyectos, aportando técnicamente.

SURINAME

Suriname posee fronteras con Guyana, Guyana Francesa y Brasil y al norte el Océano Atlántico. Los puntos oficiales de entrada en Suriname son: el aeropuerto internacional, el puerto y los puntos de control de fronteras. Las autoridades de salud competentes son el Ministerio de Salud y la Oficina de Salud Pública (BOG). Además de eso, es formado también por el Comité intersectorial de Salud Portuaria.

La atención de salud primaria en las zonas fronterizas es proporcionada por el Servicio de Salud Regional (RGD) y por el Programa de Salud Portuaria implementado actualmente en los aeropuertos internacionales (Aeropuerto Johan Adolf Pengel y Aeropuerto Zorg en Hoop) y en el puerto principal (Nieuwe Haven) en Suriname. El programa incluye (pero no se limita a): Inspecciones sanitarias; Control de los certificados de sanidad a bordo; el control de la población de mosquitos Aedes; control de pasajeros cuando hay una amenaza internacional.

Existe una estrecha colaboración con el Servicio de Salud Regional para llevar a cabo la vigilancia en las clínicas e aduanas para acompañamiento y notificación (Servicios de Salud Regional y Oficina de Salud Pública) en caso de una sospecha de caso probable de emergencia relacionadas con la inmigración. Otras actividades incluyen la Vigilancia de la salud: a partir del sistema de vigilancia vía teléfono; clínicas de salud en la zona fronteriza que son clínicas centinela que proporcionan los datos de vigilancia para el Departamento de Epidemiología Nacional y el Sistema de vigilancia pasiva: a través del Oficina de Salud Pública (BOG Hotline) que es accesible para todo el mundo para informar las emergencias de salud, las quejas, las sospechas percibidos; informe de agencias fronterizas (de inmigración o aduanas) en caso de una emergencia de salud pública; información de Alerta de Salud para los viajeros en los puntos de control de fronteras se realiza a través de la Oficina de Salud Pública por la inmigración (ejemplo tarjetas de salud de alerta para el sarampión, la gripe H1N1, etc.).

La integración regional se hace con las instituciones: Agencia de Salud Pública Caribeña (CAHFSA) para el control de los alimentos y la seguridad; UNASUR / MERCOSUR / ORAS -CONHU / OTCA; CARICOM; CAREC (Central Asia Regional Economic Cooperation); Instituto de Salud Ambiental de Caribe (CEHI); Agencia de Salud Pública Caribeña (CARPHA); la OPS / OMS y otros centros colaboradores: CDC (Centers for Disease Control and Prevention/EUA) / FIOCRUZ (Fundación Oswaldo Cruz/Brasil).

Con relación a la cooperación transfronteriza, la atención a la Salud en la Frontera con Brasil se concentra en las actividades de los garimpeiros que son considerados un grupo de alto riesgo; en relación con el sector minero las actividades involucran la salud ambiental y ocupacional, e informaciones a respecto del daño causado por el mercurio; hay también las actividades para la reducción del VIH / SIDA; promoción y prevención de Malaria; actividades de prevención y control a la

enfermedad Chagas y Leishmaniasis. En 2015 fue realizado el Encuentro Regional con Suriname, Brasil y la Guyana Francesa en relación a la prevención y control de la malaria, el VIH, Mercurio y Tuberculosis.

Con respecto a la cooperación entre los países en zonas de fronteras, se destacó la cooperación con Guyana donde se establecieron reuniones de la frontera y reuniones de grupos de trabajo técnicos; el contacto frecuente entre técnicos del área médica; lanzamiento en los dos países de la semana dupla de vacunación en las Américas en 2014.

Con Guyana Francesa el intercambio es hecho a través de la cooperación del fortalecimiento de atención a la salud en los distritos fronterizos; en el área hospitalaria hay el traslado del paciente, y la construcción del nuevo hospital Albina con financiamiento de la Agencia Francesa de Desarrollo (AFD); además de eso, hay iniciativas para autorizaciones de protocolo para trabajar en los países, cualificación de profesionales de salud, el seguro profesional; acciones de vacunación para el intercambio de datos (privacidad del paciente). Existe también el libro bilingüe de vacunación en el distrito fronterizo; Laboratorios/Instituto Pasteur para la formación del personal, el estudio de la salud ambiental conjunta sobre el río Maroni; apoyo en el estudio de Chagas, y otras enfermedades transmisibles: como encuesta serológica en Hepatita B y C a lo largo del río Maroni. En 2015, se realizó la Reunión Regional con Suriname, Brasil y la Guyana Francesa en relación con la malaria, el VIH, la tuberculosis y Mercurio y la constitución del Plan de asistencia mutua de emergencia y respuesta con vistas a la asistencia mutua entre los dos países.

Los principales desafíos en salud preventiva en las fronteras de Suriname son: la barrera del Idioma, grandes fronteras, diferentes legislaciones, dificultades en la respuesta de los recursos humanos; para el área de salud: mejorar la comunicación de la información médica, estandarización de los protocolos de tratamiento; disponibilidad de las autorizaciones de protocolo para trabajar en los países, cualificaciones profesionales, el seguro profesional; para la prevención y control del VIH: mejorar los equipos médicos y capacitación del personal del Departamento en el distrito de frontera con la Guyana Francesa; para Salud de la Mujer y la Infancia: prevención de los embarazos adolescentes; para las actividades de vacunación: las dificultades con el intercambio de datos.

Las fortalezas en salud preventiva en las fronteras de Suriname son: dedicación de los recursos humanos; reuniones técnicas de salud fronterizas, actividades de promoción; salud en diferentes idiomas; centros de testes de Malaria, actividades de divulgación de tuberculosis, sitios de testes de VIH y asesoramiento en salud; los programas de extensión; intercambio de datos: la malaria, el dengue, la vacunación; ejercicio de simulación de contaminación del Ebola con la Agencia de Salud Publica Caribeña (CARPHA); Lanzamiento duplo de la Semana de Vacunación en las Américas de la Guyana Francesa y Guyana.

URUGUAY

La presentación de Uruguay empezó indicando las características del país como la gran frontera con Brasil con 985 Km² y con una población de 548.711 habitantes. Además de Brasil, Uruguay posee fronteras con Argentina que presenta importantes problemas sanitarios más que no hay desarrollado muchas acciones. Las principales necesidades detectadas en las zonas de fronteras son: Atención Primaria de Salud; Urgencia y Emergencias (especialmente las especialidades médicas); prevención y control de VIH/ SIDA; Consumo Problemático de Drogas y Vigilancia Epidemiológica (de las enfermedades dengue, rabia, leishmaniasis y muermo).

Los lineamientos del Acuerdo Fronterizo entre Uruguay y Brasil fueron establecidos a partir de 2004 en la Primer Reunión de Instalación de la Comisión Binacional Asesora de Salud en la Frontera. Desde entonces una serie de otras iniciativas fueron tomadas para la constitución de la cooperación entre los dos países¹⁵.

Uruguay tiene un Acuerdo con Brasil respecto de la Cooperación en las áreas de fronteras. Este Acuerdo entre Uruguay y Brasil versa sobre el permiso de residencia, estudio y trabajo, reglamentado por la Ley 17659 de junio 2003. A través del Documento Especial Fronterizo (DEF) se posibilitó la ampliación del listado de localidades vinculadas en la frontera Uruguay – Brasil.

En el año 2008 fue firmado en Brasilia por los dos Ministerios de Salud el ajuste complementario del acuerdo sobre permiso de residencia, estudio y trabajo para nacionales fronterizos uruguayos y brasileños para prestación de servicios de salud (la Ley 18546 aprueba el Ajuste Complementario). Este acuerdo fue refrendado por las Comisiones de Salud de los Parlamentos en el año 2009, a partir de esto fueron establecidos: atención de partos y cesáreas durante 6 meses (octubre a marzo de 2010) en el Hospital de Rivera por cierre de la Santa Casa de Livramento por el Colegio Médico de Rio Grande do Sul; nacimiento de 180 niños; coordinación con pediatras y vacunadoras brasileras para la atención de los mismos; registro de nacimiento como uruguayos y mediante trámite en el consulado registro como brasileños; cancelación de la deuda de la Secretaría de Salud a la Comisión de Apoyo del hospital; este puede ser un ejemplo de como las comunidades pueden solucionar sus problemas sin el marco legal oficial.

Los principales avances y experiencias a partir del Acuerdo de Cooperación entre Uruguay y Brasil indicados fueron: la complementación de servicios; intercambio de

¹⁵ Las principales actividades fueron: En mayo de 2007 – Reunión de Presidentes. Dr. Tabaré Vazquez y Lula da Silva en el Departamento de Colonia; En julio de 2007 – V Reunión de Alto Nivel de la Nueva Agenda de Cooperación y Desarrollo Fronterizo Uruguay – Brasil en Montevideo; En octubre de 2007 – Reinstalación de la Comisión Binacional Asesora de Salud en la Frontera en n Artigas; En octubre de 2007 – III Seminario Taller “Políticas de Integración de Frontera: Espacio de Vida y complejo” organizado por el MIDES (Ministerio de Desarrollo Social) en Río Branco; En diciembre de 2007 – Reunión en Livramento para discusión a respecto del acceso recíproco a los Servicios de Salud Humana en la frontera, desarrollo de estrategias conjuntas para el control del Dengue, atención primaria de salud. En junio de 2009 – VI Reunión de Alto Nivel de la Nueva de Cooperación y Desarrollo Fronterizo para Seguimiento del Acuerdo.

Servicios en la frontera Rivera-Livramento; imagenología en Livramento; constitución en el año 2012 de la primera Policlínica Binacional de Salud Sexual y Reproductiva Móvil en Barra do Quarai; disponibilidad de ómnibus con atención pediátrica, odontológica y adultos; constitución del Hospital de Bella Unión con Médico General, Asistente Social y Psicóloga; intercambio de profesionales trabajando en el país vecino; establecimiento de plantón médico de ginecología y traumatología en Rivera; disponibilidad de médicos uruguayos trabajando en Hospital de Quarai y Yaguaron (a través de orden judicial por necesidad de recursos humanos).

Los principales desafíos de la cooperación en salud en la frontera Uruguay-Brasil son: establecimiento de compromiso de ambos Ministerios de Salud de hacer un Relevamiento Regional de Recursos Humanos y Servicios de las Fronteras; mejorar el mecanismo de pagos directos a las instituciones públicas de los servicios contratados; continuar con el Trabajo del GT N° 11, con respecto al libre tránsito de profesionales; monitoreo de la carne y calendario de vacunaciones coordinados; continuar con la capacitación de los equipos de salud binacionales en diversos temas; coordinar acciones conjuntas con respecto a la Vigilancia en Dengue.

VENEZUELA

Venezuela tiene una extensión superficial de 916.445 Km² y posee una población estimada para el año de 2015 de 30.620.404 habitantes¹⁶. La frontera terrestre es con Colombia, Brasil y Guyana y la marítima se ha delimitado con Estados Unidos de América, Francia, Países Bajos, República Dominicana y Trinidad y Tobago quedando pendientes otras delimitaciones.

Con respecto a los planes constituidos en el nivel nacional se puede destacar el Plan Nacional de Salud (2014-2019) que garantiza un Sistema de Salud universal, gratuito, solidario. Se articula en Redes de atención y va desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación y restitución de la salud. El Sistema Público Nacional de Salud ejecuta las políticas dirigidas a promover el Vivir Bien y la salud de la población en coordinación con otros sectores y niveles de gobierno, implantando el Modelo de Atención en todos los establecimientos de salud que funcionan en red en los ámbitos locales, municipales, estatales y nacionales.

Articulado a estos principios el Plan de Salud Integral en Bolívar y Amazonas tiene como objetivo implementar acciones de atención integral de salud a través de un enfoque intercultural en las áreas de inmunizaciones, malaria, tuberculosis y VIH/SIDA/ITS, en comunidades priorizadas de las parroquias San Isidro del municipio Sifontes y comunidades del municipio Gran Sabana del Estado Bolívar. Además de eso, se propone a garantizar el derecho a la salud de los Pueblos Yanomami, Joti y Yekuana, basándose en el diálogo y las prácticas interculturales donde se promueva la capacidad de estos pueblos para tener mayor participación y progresivo control en la construcción de procesos de restitución y manutención de su salud de manera sostenible, a través del desarrollo de acciones conjuntas de los organismos del estado venezolano, que generen un modelo de atención con pertinencia social y cultural sostenible en el tiempo.

Los proyectos de cooperación internacional para la atención en las fronteras cuentan con el Acuerdo entre la República Bolivariana de Venezuela y la República de Colombia, de abril de 1989, donde se establece el acuerdo complementario al Convenio Básico de Cooperación Técnica y Científica entre la República de Venezuela y la República de Colombia, que tiene el objetivo del fortalecimiento de las acciones de salud en las áreas fronterizas. Se realizaron las siguientes actividades vinculadas a la implementación del Plan Andino de Salud en las Fronteras (PASAFRO): se definieron ejes fronterizos, por Venezuela (Zulia, Táchira, Apure y Amazonas) y por Colombia (Guajira, Cesar, Norte de Santander, Arauca, Vichada y Guanía); el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) elaboró una propuesta de Metodología de Análisis de Situación de Salud (ASIS), la cual fue presentada inicialmente al Ministerio de Protección Social de Colombia, y posteriormente fueron presentados al resto de los países andinos en el Taller de Armonización

16 Proyección con base en el Censo de 2011.

de la Metodología ASIS de la Región Andina, efectuado en la ciudad de Lima en 2006. Se decidió iniciar la aplicación de la Metodología de Análisis de Situación de Salud (ASIS), en los municipios seleccionados como ejes fronterizos, a través de la capacitación de los equipos de salud local; en el marco de este acuerdo se acordó la firma del siguiente instrumento: “Tratado de Cooperación técnica entre países” (TCC) para el fortalecimiento de la vigilancia y el control de las enfermedades de interés en salud pública y el diseño del modelo de atención en salud en la frontera colombo-venezolana. Se realizaron talleres de capacitación en Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE) de Análisis de Situación de Salud (ASIS), en los municipios seleccionados como ejes fronterizos, en los Estados Apure, Táchira y Zulia.

Con respecto al acuerdo entre la República Bolivariana de Venezuela y el Gobierno de la República Federativa del Brasil se establece el “Memorando de Entendimiento” (mayo de 2014) para el Fortalecimiento e Integración de las acciones para lograr la eliminación de la Oncocercosis en el área Yanomami. Su principal objetivo es propiciar una estrecha integración entre los Programas Brasileño y Venezolano de Eliminación de la Oncocercosis, intensificando y reforzando la Cooperación Internacional Brasil-Venezuela para el alcance de la meta de interrupción de la transmisión de la Oncocercosis en el foco de esta enfermedad que comparten ambos países.

En el marco bilateral y articulado al PASAFRO, se efectuó la armonización de la metodología ASIS con la República de Colombia, efectuada durante el 2006, y luego con el resto de los países andinos en el 2007. Se realizaron reuniones virtuales y se concluyó el documento “Guía para el análisis de situación de salud para las poblaciones en ámbitos de frontera de los países andinos”, el cual fue presentado en la reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA, 2008). Se priorizan cinco (5) ejes fronterizos de los países andinos, correspondiendo a Venezuela los ejes fronterizos con Colombia: Venezuela (Zulia) y Colombia (Cesar-Guajira). Con la priorización de los ejes fronterizos desde el 2008 hasta el 2010, se desarrollaron talleres bi y trinacionales para la recopilación de indicadores para la elaboración del Análisis de Situación de Salud de fronteras. El Ministerio del Poder Popular para la Salud presentó una propuesta de metodología de Análisis de Situación de Salud (ASIS) a desarrollar con Colombia. Esta metodología comenzó a ser aplicada por este Ministerio en los Estados Zulia, Táchira, Amazonas y Apure. Se acordaron los siguientes ejes fronterizos conformados por los Estados /Municipios y Departamentos de Venezuela y de Colombia, que se encuentran adyacentes a la línea fronteriza: Zulia- Goajira-Cesar, Táchira-Norte de Santander, Apure-Arauca y Amazonas-Guainía- Vichada. Se efectuaron capacitaciones a equipos técnicos binacionales para el ASIS, a efectos de priorizar el mecanismo de intervención sanitaria del eje fronterizo.

El marco del acuerdo multilateral del PAMAFRO (Proyecto para el Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina – 2005-2010) permitió el fortalecimiento de capacidades en prevención, control y vigilancia, diagnóstico y tratamiento de la malaria, diseño de boletines epidemiológicos por frontera,

reuniones bilaterales fronterizas para acciones conjuntas. Se identificaron 11 zonas homogéneas entre las fronteras de los países, se estratificó la malaria en los espacios donde la incidencia es mayor, se identificaron 164 municipios donde el IPA (Índice Parasitario Anual) es > 10 , y de esos municipios se priorizan 1200 comunidades. Entre las acciones desarrolladas por este proyecto en el país se destacan: planeamiento, capacitación y ejecución de intervenciones basadas en la distribución de mosquiteros impregnados; uso de pruebas de diagnóstico rápido de malaria; fortalecimiento y actualización en diagnóstico parasitológico de malaria a microscopistas; gestión de calidad en el diagnóstico de malaria; mantenimiento preventivo a microscopios; implementación de un sistema de vigilancia epidemiológico comunitario articulado con los sistemas nacionales de salud; salas situacionales; actividades de control de malaria; apoyo de materiales e insumos varios, tales como dotación de medicamentos antimaláricos.

Otro aspecto importante destacado en la presentación es la entrada en vigencia de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en las fronteras de Venezuela desde el 15 de junio del 2007, donde se estableció la creación del Centro Nacional de Enlace, el cual es un centro a nivel nacional designado por cada Estado Parte, con el fin de establecer contacto permanente para recibir las comunicaciones de los Puntos de Contacto de la Organización Mundial de la Salud OMS para el RSI, previstos en el Reglamento. Es un centro de notificación internacional, que informará la presencia de una emergencia de salud pública de interés internacional usando protocolos para el reporte definidos en el RSI, lo que permitirá mantener informado al país con la OMS y viceversa durante las 24 horas del día todos los días del año. Para el marco operacional del Centro Nacional del Enlace articulado al Reglamento Sanitario Internacional (2005): se ha aplicado al ordenamiento jurídico nacional, las resoluciones del MERCOSUR relativas al RSI; se ha establecido la vigilancia basada en eventos; se han creado los mecanismos de respuestas para casos de emergencias de salud pública; existe un equipo que realiza la operatividad de la implementación del RSI conformado por los Entes Competentes; el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel es el laboratorio de referencia nacional en salud pública del país; designación de tres (3) puntos de entrada internacional: Puerto La Guaira, Aeropuerto Internacional Simón Bolívar de Maiquetía y Aduana Ecológica de Santa Elena de Uairén.

Las principales lecciones aprendidas y que fueron destacadas en la presentación apuntan: el diagnóstico de la situación de salud en fronteras; elaboración del ASIS de frontera; el trabajo binacional, fortalecimiento de los equipos de salud, de la vigilancia epidemiológica; el apoyo político de las autoridades para el desarrollo de las actividades; reconocimiento de problemas comunes de salud en la frontera; socialización de las experiencias a las Cancillerías. Además de eso, los principales desafíos son: el fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica en la frontera; voluntad política; apoyo financiero; talento humano capacitado y compromiso.

VI. INICIATIVAS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD

Como ya se mencionó en la Introducción, cada uno de los países hizo referencia durante sus presentaciones a diversas iniciativas de cooperación internacional en salud. Convenios Bi y Trinacionales, Planes Operativos de Acciones Conjuntas, Proyectos de Cooperación para atención de Salud en Fronteras, Planes Operativos de Acciones Conjuntas en Salud, Acuerdos Interministeriales, Comisiones de Desarrollo e Integración Fronteriza, Grupos y Subgrupos de Trabajo en Salud en la Frontera, Comisiones Binacionales, Acuerdos específicos para eliminación de dolencias presentes a ambos lados de las fronteras, Convenios de Atención de Salud y para compras fronterizas, entre otros.

A continuación, una relación de dichas iniciativas, tal como fueron presentadas por los países. En este capítulo se ofrece un listado general que sirva de información general y de guía de consulta.

Argentina

- § Convenio de Cooperación en Salud Argentina-Bolivia /ARBOL – 1992
- § Plan Operativo de Acciones Conjuntas en Salud en la Región Fronteriza Argentina Boliviana
- § Convenio en Materia de Salud Fronteriza Argentina Paraguay – ARPA – 1992
- § Plan Operativo de Acciones Conjuntas en Salud en zonas Fronterizas Paraguaya Argentina – ARPA
- § Proyecto de Cooperación Brasil Uruguay de Fortalecimiento de la Atención Básica en Fronteras – 2014
- § Acuerdo trilateral Brasil/Uruguay/Alemania con miras a la adecuación de obras y equipamiento de las unidades de salud en zonas de frontera Brasil/Uruguay
- § Convenio de Atención de Salud de Urgencia Emergencia con Riesgo de Traslado Argentina Chile – 2013
- § Convenio de Compra de Servicios de Salud Transfronterizos Argentina Chile

Brasil

- § Acuerdo de Cooperación Brasil – Uruguay
- § Acuerdo sobre eliminación de la Oncocercosis en la población Yanomami. Subgrupo de Trabajo en Salud en la Frontera Brasil-Venezuela
- § Acuerdos de cooperación en trámite (VIH-SIDA, Leshmaniasis, Chagas y Paludismo) – Comisión Mixta de Asuntos Fronterizos – MRE Brasil – Suriname

- § Comisión de Desarrollo e Integración Fronteriza (CODEFRO) con Argentina
- § Grupo de Trabajo Salud Itaipú (Brasil, Argentina y Paraguay)
- § Grupo de Trabajo en Salud en la Frontera Brasil –Bolivia (Enfermedades transmisibles y vigilancia epidemiológica): Comisión mixta de Drogas (salud mental y VIH-SIDA), Rabia
- § Subgrupo de Trabajo en Salud en la Frontera Brasil – Perú
- § Comisión Binacional Asesora en Salud en la Frontera Brasil –Colombia/ Triple frontera con Perú
- § Plató de las Guayanas (Guyana, Suriname y Guyana Francesa) Trabajo con poblaciones vulnerables en las regiones de garimpo – Cuenta con el apoyo de la OPS Suriname
- § Comisión Binacional Brasil – Guyana

Chile

- § Comités de Integración Fronteriza Chile – Argentina
- § Acuerdo para el Establecimiento del Nuevo Reglamento para los Comités de Integración Chile – Argentina (27/01/2011)
- § Coordinación transfronteriza: Procedimiento Simplificado para Coordinación de Asistencia Médica Primaria en casos de Urgencias y Emergencias (Chile – Argentina).
- § Comités de Integración y Desarrollo Fronterizo (CIDF) Chile – Perú

Colombia

Convenios y Acuerdos de Cooperación entre los Ministerios de Salud de Colombia con Panamá, Ecuador, Perú, Brasil y Venezuela para el fortalecimiento de las acciones de salud en las áreas de frontera:

- § Acuerdo de cooperación con Panamá. Acuerdo complementario al convenio de cooperación técnica y científica entre el Ministerio de Salud de la República de Panamá y el Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia para el Fortalecimiento de las acciones de salud en las áreas fronterizas – 7 de mayo de 1981.
- § Acuerdo de cooperación con Venezuela. Acuerdo entre la Republica de Colombia y la República Bolivariana de Venezuela Complementario al Convenio Básico de Cooperación Técnica y Científica entre la Republica de Colombia y la Republica de Venezuela para el fortalecimiento de las acciones de salud en las áreas fronterizas – 4 de abril de 1989.

- § Acuerdo de cooperación con Ecuador. Convenio de Cooperación en salud entre el gobierno de la Republica de Colombia, el Gobierno de la República del Ecuador, y el Organismo Andino de Salud –Convenio Hipolito Unanue (CONHU).
- § Acuerdo de Cooperación con Perú. Convenio de Cooperación Técnica entre la Republica de Colombia y la República del Perú para el desarrollo de actividades científico-técnicas, asistenciales y de promoción de la salud en la zona frontera colombo-peruana.

Planes binacionales:

- § Plan Binacional de Integración Fronteriza Colombia-Ecuador 2014-2022
- § Plan de Desarrollo Zona de Integración Fronteriza Perú-Colombia 2014-2018

ASIS:

- § Análisis de la situación de salud en las fronteras – Colombia con, con Ecuador, Perú y Venezuela

Otras iniciativas

- § Sistema de Vigilancia Epidemiológica Mejorada en el Área de Frontera Colombo Ecuatoriana: Con recursos de la CAF (ejecutado).
- § Plan Quinquenal Colombia-Ecuador: Con recursos nacionales y de OPS, UNFPA, OIM (en ejecución).
- § Monitoreo y Análisis de Información de Salud en la Frontera Colombia-Brasil: CAF (en rediseño).
- § Plan de Mejoramiento y Sostenibilidad de la Telemedicina en la Cuenca del Río Putumayo, en la frontera Colombia-Perú(en diseño).
- § Plan Andino de Salud en Fronteras: incluye proyectos con recursos de cooperación sin fuente definida.

Ecuador

- § Plan Quinquenal de Salud Ecuador – Colombia (2015-2019)
- § Plan Quinquenal de Salud Ecuador – Perú (2012-2017)
- § Plan Andino de Salud en Fronteras 2016-2018 (PASAFRO)
- § Proyecto SIVEFRONTERA entre Ecuador y Colombia con ayuda financiera del Italia, sistema (aplicativo) de alerta epidemiológica en frontera.

Guyana

- § Guyana / Brasil Binacional Comisión Asesora de la Salud en la Frontera
- § Acuerdo para compartir el informe sindrómico semanal para el país en su conjunto y el de la Región 9 (área de fronteras)
- § Fortalecer la capacidad del Hospital Lethem para el diagnóstico y administrar Leishmaniasis y la enfermedad de Chagas
- § Guyana / Suriname. Binacional. Comisión Fronteriza de Salud. La Comisión Binacional de Salud de Suriname y Guyana encabezada por sus Ministros de Salud con el apoyo de la OPS / OMS
- § Programa integrado el VIH, la promoción, la eliminación de la transmisión maternoinfantil, la inclusión de los grupos vulnerables grupos;
- § Proyectos de Cooperación Internacional al nivel nacional apoyando la salud frontera con OPS-OMS, Fondo Mundial (Malaria, la Tuberculosis), Centros para el Control de Enfermedades: VIH / SIDA, Tuberculosis

Paraguay

- § Convenio de Cooperación en Salud Fronteriza – Comisión de Salud de Fronteras Paraguay – Brasil, integradas por las Autoridades y la sociedad civil que tendrán el objetivo de identificar los principales problemas sanitarios del área de responsabilidad del convenio
- § Grupo de Trabajo Itaipu Salud (2003)
 - Cooperación binacional y actuación conjunta en el área de la salud;
 - Plan Estratégico Quinquenal 2013 – 2017
- § Memorándum de Entendimiento entre el MSPBS de Paraguay y el MSyD del Estado Plurinacional de Bolivia, sobre la actualización y reactivación del acuerdo de cooperación en materia de salud, firmado el 3 de diciembre de 1993 y aprobado por la Ley N° 656, promulgada el 31 de agosto de 1995
- § Acuerdo para el Programa Operativo Conjunto de Salud en las Fronteras Paraguay-Argentina

Perú

- § Integración en salud en la frontera Ecuador-Perú. Plan Binacional de Frontera (Organismo Andino de Salud – con capítulos en Perú y Ecuador)
 - Comisión de Vecindad
 - Grupo de Trabajo de Salud en Fronteras
 - Plan Quinquenal

- Planes operativos anuales
- Marco legal que permite financiar la atención recíproca
- § Integración de salud en la frontera Perú-Colombia
 - Encuentros Presidenciales y de Gabinetes
 - Declaraciones
 - Comisión de Vecindad
 - Grupo de Trabajo de Salud en Fronteras
 - Plan de trabajo
 - Compromisos iniciales
- § Integración en salud en la frontera Perú-Brasil
 - Comisión de Vecindad
 - Grupo de Trabajo Binacional sobre Cooperación Amazónica y Desarrollo Fronterizo
 - Plan de trabajo
- § Integración en salud en la frontera Perú-Bolivia
 - Encuentros Presidenciales y de Gabinetes (1)
 - Declaraciones
 - Comité de Frontera
 - Sub Comité de Integración Fronteriza Amazónico y Sub Comité de Integración Fronteriza Altiplánico
 - Plan de trabajo de Integración Amazónica
- § Integración en salud en la frontera Perú-Chile
 - Comité de Desarrollo e Integración Fronteriza
 - Sub Comisión de Salud de Frontera
 - Plan de Trabajo

Suriname

- § Proyectos de Cooperación Internacional al nivel nacional apoyando la salud fronteriza
- § Desde 2010 CAHFSA: control de los alimentos y la seguridad
 - UNASUR / MERCOSUR / ORAS -CONHU / OTCA
 - CARICOM
 - CAREC,
 - CEHI

- CARPHA
- OPS / OMS: CDC / Fiocruz

Otras iniciativas

- § 2015 Reunión regional con Suriname, Brasil y Guyana francesa a respecto a la malaria, el HIV, Mercurio y Tuberculosis.
- § Reuniones y grupos de trabajo técnico de la frontera con Guayana
- § Lanzamiento dual de la semana de vacunación en el Américas en 2014

Uruguay

- § Integración Brasil Uruguay. Ley 18546 que aprueba el Ajuste Complementario – Ajuste complementario del acuerdo sobre Permiso de Residencia, estudio y trabajo para Nacionales Fronterizos uruguayos y brasileños para Prestación de Servicios de Salud. Firmado el 28 de noviembre 2008 en Brasilia por los dos Ministerios de Salud. Refrendado por las Comisiones de Salud de los Parlamentos en el año 2009.

Venezuela

- § Acuerdos Bilaterales – Venezuela-Colombia. “Acuerdo entre la República Bolivariana de Venezuela y la República de Colombia complementario al Convenio Básico de Cooperación Técnica y Científica entre la República de Venezuela y la República de Colombia, suscrito el 4 de abril de 1989 para el fortalecimiento de las acciones de salud en las áreas fronterizas” – Implementación del PASAFRO
- § Acuerdos Bilaterales – Venezuela – Brasil.
 - “Memorando de Entendimiento entre el Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela y el Gobierno de la República Federativa del Brasil para el Fortalecimiento e Integración de las acciones para lograr la eliminación de la Oncocercosis en el área Yanomami. Suscrito el 20 de mayo de 2014.”
 - Plan de Acción Binacional (período 2015-2016) contentivo de cinco (05) líneas estratégicas: Atención integral en Salud y Participación Comunitaria, Vigilancia Epidemiológica, Intercambio de Experiencia en la Formación y Capacitación de Agentes Comunitarios y Personal de Salud, Exploración Geográfica y Mapeo de Comunidades y Dinámica Poblacional
- § Planes Multilaterales – ORAS CONHU
 - Plan Andino de Salud en Frontera 2007-2012 Pasafro I
 - PAMAFRO 2005-2010

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Se registra positivamente la iniciativa de OPS-OMS, propuesta por Paraguay, de formular un renovado Marco Conceptual para la formulación de políticas de Salud en las Fronteras, tomando en cuenta las grandes brechas y desequilibrios de la situación de salud allí presentes, pero también los grandes desafíos y oportunidades como espacios privilegiados para el diseño y puesta en práctica de efectivas políticas de integración suramericana.

2. Si bien existe un interés creciente de parte de los gobiernos sobre el tema de Salud en las Fronteras, se requiere elevar el nivel de importancia de este tema y destinar presupuestos acordes con los desafíos que representa;

3. Se registran importantes avances de los proyectos y programas de los organismos subregionales enfocados a la Salud en las Fronteras. Se recomienda a MERCOSUR, ORAS-CONHU y OTCA avancen en la alineación y armonización de sus respectivas agendas a fin de evitar duplicidades, superposición de objetivos y optimizar la captación y ejecución de recursos. Se sugiere a ISAGS generar el espacio de diálogo y concertación.

4. Están vigentes o en proceso importantes iniciativas internacionales que representan un gran esfuerzo de cooperación y un paso adelante hacia el objetivo de alcanzar el acceso recíproco a los servicios de salud en las fronteras suramericanas. Estas iniciativas se presentan bajo diversas formas como: Acuerdos, Cartas de Entendimiento, Planes de Salud de Comisiones Binacionales, Trinacionales, Comisiones Mixtas. Se recomienda que en el Informe Final de este Taller se sistematicen dichas iniciativas, para que sirvan de herramienta de consulta a los tomadores de decisiones y a los responsables y funcionarios de la prestación de salud en las Fronteras.

5. Se detectaron igualmente diversos problemas relacionados con la capacitación del recurso humano y los mecanismos prestacionales recíprocos, como obstáculos para la integración de la prevención y atención de la salud en ambos lados de las fronteras.

6. Se registran importantes iniciativas de Telemedicina y Telesalud y se destaca la importancia de promover esta alternativa prestacional en regiones de frontera de difícil acceso como la Amazonia Continental.

7. Dadas las características de las zonas de frontera como espacios de contactos poblacionales, se destaca la importancia de adoptar un enfoque intercultural en el diseño de políticas públicas y de planes de salud en las fronteras.

8. Dadas las características transfronterizas de los eventos generadores de emergencias y desastres, incrementados por los cambios climáticos, se sugiere a ISAGS que promueva una mayor integración de los planes nacionales y dispositivos locales de respuesta a emergencias y desastres en zonas de frontera en sus próximas iniciativas.

VIII. ANEXOS

ANEXO I – LISTADO DE PARTICIPANTES

TALLER POLÍTICAS DE SALUD DE FRONTERA EN UNASUR - 27-29 OCTUBRE			
País / Country	Nombre / Name	Institución / Institution	Puesto Institucional / Institutional Position
Representantes de los países / Country Representatives			
Argentina	Sebastián Tobar	Ministerio de Salud	
Bolivia	Natividad Choque Laura	Ministerio de Salud	Representante General de Promoción de la Salud
Brasil	Rafael Gomes França	Ministério da Saúde	Gerente de Fronteiras
	Edgard Dias Magalhães	Ministério da Saúde	Antropólogo
	Rodolfo Navarro Nunes	ANVISA	Especialista em regulação e vigilância sanitária
Chile	José Luis Durán Muñoz	Ministerio de Salud	Coordinador de Asuntos Internacionales
Colombia	Maria Carmela Julio Giraldo	Ministerio de Salud y Protección Social	Encargada del seguimiento de la cooperación en salud en las zonas de frontera
	Juan Carlos Vela Santacruz	Instituto Departamental de Salud de Nariño	Encargado de los temas de vigilancia epidemiológica y de la gestión de cooperación con Ecuador
Ecuador	Juan Carlos Ramón Vivanco	Ministerio de Salud Pública	Coordinador Zonal 7 de Salud
	Karol Stefania Novillo Sandoval	Ministerio de Salud Pública	Analista de Cooperación y Relaciones Internacionales
Guyana	Colin James	Ministerio de Salud	Oficial encargado de Salud en los puertos
	Sasha Waldron	Ministerio de Salud	Oficial de Vigilancia
Paraguay	Cesar Ramón Cabral Mereles	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	Director Técnico de la Dirección de Organismos Multilaterales e Intergubernamentales
	Maria Agueda Cabello Sarubbi	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	Directora General de la Dirección de Vigilancia de la Salud

TALLER POLÍTICAS DE SALUD DE FRONTERA EN UNASUR - 27-29 OCTUBRE			
País / Country	Nombre / Name	Institución / Institution	Puesto Institucional / Institutional Position
Representantes de los países / Country Representatives			
Perú	Arturo Javier Granados Mogrovejo	Ministerio de Salud	Director General de la Oficina de Descentralización
	Victor Raúl Cuba Oré	Ministerio de Salud	Director General de la Oficina General de Cooperación Internacional y Representante Alterno ante el Consejo Nacional de Desarrollo de Fronteras e Integración Fronteriza
Suriname	Meryll Zeefuik	Ministerio de Salud	Coordinador de Desastres en Salud
	Astracia Warner	Ministerio de Salud	Jefa de la inspección ambiental
Uruguay	Aida Cristina Gonzalez Zas	Ministerio de Salud Publica	Directora Departamental de Salud de Rivera
	Pablo Misak Tailanian Keusayan	Ministerio de Salud Publica	Asesor de Relaciones Internacionales
Venezuela	Ysmar Maria Carrillo Garcia	Ministerio del Poder Popular para la Salud	Directora de Relaciones Bilaterales
	Omelys Coromoto Guzman	Ministerio del Poder Popular para la Salud	Directora de Vigilancia Epidemiológica
Conferencistas / Panelists			
	María Iglesia	Comisión Europea	Jefa de Unidad
	Caroline Judith Chang Campos	ORAS-CONHU	Secretaria Ejecutiva
	Antonio Restrepo Botero	OTCA	Coordinador de Salud
	Guillermo Mendoza	OPS	Consultor del Área de Fronteras
	Rudolph Cummings	Caricom	Gestor de Programa - Desarrollo del sector Salud

ANEXO II – BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

Braga, José Ueleres. TRANSMISSÃO DA TUBERCULOSE NA TRÍPLICE FRONTEIRA ENTRE BRASIL, PARAGUAI E ARGENTINA. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(7):1271-1280, jul, 2011.

Cafagna, Gianluca et al. "PERI-BORDER" HEALTH CARE PROGRAMS: THE ECUADOR-PERU EXPERIENCE. Rev Panam Salud Publica 35(3), 2014.

Costa Bueno, Flávia Thedim. AIDS NA FRONTEIRA: UMA ANÁLISE DOS ACORDOS E PROJETOS DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL DO BRASIL. Rio de Janeiro, 2012.

Draibe, Sônia Miriam COESÃO SOCIAL E INTEGRAÇÃO REGIONAL: A AGENDA SOCIAL DO MERCOSUL E OS GRANDES DESAFIOS DAS POLÍTICAS SOCIAIS INTEGRADAS. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S174-S183, 2007.

Duarte Gómez MB, Ortega Alegría ML, Mora Ríos LH, Coromoto Fernández N. UN MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD AL PUEBLO WAYÚU EN LA FRONTERA COLOMBO-VENEZOLANA. Rev Panam Salud Publica. 2011;30(3):272-8.

European Commission, Expert panel on effective ways of investing in health (EXPH). CROSS-BORDER COOPERATION. 2015.

European Commission. COMMUNICATION FROM THE COMMISSION, On effective, accessible and resilient health systems. Brussels, 4.4.2014.

Giovanella, Ligia et al. SAÚDE NAS FRONTEIRAS: ACESSO E DEMANDAS DE ESTRANGEIROS E BRASILEIROS NÃO RESIDENTES AO SUS NAS CIDADES DE FRONTEIRA COM PAÍSES DO MERCOSUL NA PERSPECTIVA DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S251-S266, 2007.

Grabois Gadelha, Carlos Augusto et al. INTEGRAÇÃO DE FRONTEIRAS: A SAÚDE NO CONTEXTO DE UMA POLÍTICA NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S214-S226, 2007.

Guimarães, Luisa et al. INTEGRAÇÃO EUROPEIA E POLÍTICAS DE SAÚDE: REPERCUSSÕES DO MERCADO INTERNO EUROPEU NO ACESSO. AOS SERVIÇOS DE SAÚDE. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(9):1795-1807, set, 2006.

Guimarães, Luisa et al. MUNICÍPIOS BRASILEIROS FRONTEIRIÇOS. CARACTERÍSTICAS E INICIATIVAS DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE. Rio de Janeiro, 2015.

Loyola, Maria Andréa et al. COOPERAÇÃO INTERNACIONAL NA ÁREA DA SAÚDE COLETIVA: PROPOSTAS PARA UM DEBATE. 2010.

Marciel de Souza, William. SEROSURVEY OF HANTAVIRUS INFECTION IN HUMANS IN THE BORDER REGION BETWEEN BRAZIL AND ARGENTINA. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 44(2):131-135, mar-abr, 2011.

Mercosur. PROYECTO DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD. Sistema integrado de salud del MERCOSUR. Brasilia. 2004.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador y Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. ANALISIS DE SITUACION DE SALUD DE FRONTERAS (ASIS), CORREDOR AMAZONICO PUTUMAYO / SUCUMBIOS, COLOMBIA – ECUADOR. Quito, Bogotá, 2012.

Ministerio de Salud y PS de Colombia. ASIS FRONTERIZOS DE LETICIA, PUERTO NARIÑO, PUERTO ALEGRIA, EL ENCANTO, TARAPACÁ, PUERTO ARICA.. Bogotá, Julio 2012.

Ministérios Da Saúde Da Argentina – Brasil – Paraguay. ESTUDO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA REGIÃO DE FRONTEIRA. ARGENTINA – BRASIL – PARAGUAI. 2001-2002.

Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue. PLAN ANDINO DE SALUD EN FRONTERAS. Lima, 2012.

Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/Oms), Ministério da Saúde – Brasil. SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE DO MERCOSUL / SIS-MERCOSUL. UMA AGENDA PARA INTEGRAÇÃO. Brasília – DF, 2004.

Organización del Tratado de Cooperación Amazónica, OTCA, SISTEMA DE VIGILANCIA ENSALUD AMBIENTAL PARA LA REGIÓN AMAZÓNICA. Brasília, 2010.

Organización Mundial de la Salud, REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL. Ginebra, 2005.

Organización Panamericana de Salud – Ministerios de Salud de Argentina, Brasil y Paraguay.. ESTUDIO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD EN LA REGIÓN DE FRONTERA. ARGENTINA – BRASIL – PARAGUAY. 2001-2002. Organización Panamericana de la Salud De Argentina – Brasil – Paraguay. Ministerios de Salud Argentina – Brasil – Paraguay.

Pan American Health Organization, UNITED STATES-MEXICO BORDER. DIAGNOSTIC OF HEALTHCARE SERVICES. Volume I. Mexico, 2002.

Paranaguá de Santana, José, M OLHAR SOBRE A COOPERAÇÃO SUL-SUL EM SAÚDE. Ciência & Saúde Coletiva, 16(6):2993-3002, 2011.

Peiter, Paulo Cesar. CONDICIONES DE VIDA, SITUACIÓN DE LA SALUD Y DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EN LA FRONTERA DE BRASIL: UN ENFOQUE GEOGRÁFICO. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S2de 37-S250, 2007.

Pinto da Silva, Maurício. A POLÍTICA BINACIONAL PARA A SAÚDE NA FRONTEIRA BRASIL-URUGUAY. Montevideo, SF.

Pnuma. CONVENIO DE BASILEA SOBRE EL CONTROL DE LOS MOVIMIENTOS TRANSFRONTERIZOS DE LOS DESECHOS PELIGROSOS Y SU ELIMINACIÓN. Basilea. 1989.

Rhi-Sausi, José Luís et al. COOPERAÇÃO TRANSFRONTEIRIÇA E INTEGRAÇÃO: OPORTUNIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DO PER. Revista tempo do mundo | rtm | v. 4 | n. 1 | abr. 2012.

Ribeiro Nogueira, Vera Maria et al. A DIVERSIDADE ÉTICA E POLÍTICA NA GARANTIA E FRUIÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS DA LINHA DA FRONTEIRA DO MERCOSUL. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S227-S236, 2007.

Rodrigues-Júnior, Antonio Luiz. A AIDS NAS REGIÕES DE FRONTEIRA NO BRASIL DE 1990 A 2003. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 25(1), 2009.

Tavares, Aderli Góeet al. DESAFIOS DA SAÚDE PÚBLICA NAS FRONTEIRAS DO BRASIL: A EXPERIÊNCIA DO PROJETO SIS FRONTEIRAS NO PARÁ, Brasília. SF.

Unión Europea. INFORME DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO Y AL CONSEJO. Informe de la Comisión sobre el funcionamiento de la Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. Bruselas, 4.9.2015.

World Health Organization. INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS. Ginebra. 2005.