


Obstáculos a la movilidad de pacientes en zonas de frontera del Mercosur: una propuesta de tipología

Obstacles to patient mobility in Mercosur border areas: a typology proposal

Matteo Berzi^a  <https://orcid.org/0000-0003-3669-9397>

Marcos Aurélio Matos Lemões^b  <https://orcid.org/0000-0002-6897-4130>

Nahuel Oddone^c  <https://orcid.org/0000-0002-3120-3914>

^a Universidad de Girona, Girona, España, correo electrónico: mtt.berzi@gmail.com

^b Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil, correo electrónico: enf.lemoes@gmail.com

^c Instituto Social del Mercosur Asunción, Paraguay y United Nations University-Institute on Comparative Regional Integration Studies, Bélgica, correo electrónico: oddone.nahuel@gmail.com

Resumen

Este artículo tiene por objetivo identificar los cuellos de botella o restricciones que afectan a la movilidad de pacientes en las zonas de frontera de los Estados partes fundadores del Mercosur: Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. Se realizó un análisis cualitativo de los datos recolectados e insumos elaborados en el marco de la acción “Cooperación transfronteriza en materia de salud con énfasis en la facilitación de la movilidad de los pacientes” propuesta por el Instituto Social del Mercosur, antes de la pandemia COVID-19, al Programa para el fortalecimiento de la cohesión social en América Latina, conocido como EUROsociAL+. Como resultado de esta colaboración interinstitucional se propone una tipología de obstáculos a la movilidad de pacientes en el Mercosur.

Palabras clave: Movilidad de pacientes, áreas de frontera, Mercosur, COVID-19.

Abstract

The objective of this article is to identify the bottlenecks or restrictions that affect the mobility of patients in the border areas of the founding States of Mercosur: Argentina, Brazil, Paraguay and Uruguay. A qualitative analysis of the data collected and inputs prepared in the framework of the action “Cross-border cooperation in health with emphasis on facilitating patient mobility” proposed by the Mercosur Social Institute, before the COVID-19 pandemic to the Program for the strengthening the social cohesion in Latin America, known as EUROsociAL+ are key elements. As a result of this inter-institutional collaboration, a typology of obstacles to patient mobility in Mercosur is proposed.

Keywords: patient mobility, borders areas, Mercosur, COVID-19.

Recibido el 12 de abril de 2021.

Aceptado el 11 de junio de 2021.

Publicado el 18 de junio de 2021.

*Autor para correspondencia: Nahuel Oddone: oddone.nahuel@gmail.com



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

CÓMO CITAR: Berzi, M., Matos Lemões, M. A. & Oddone, N. (2021). Obstáculos a la movilidad de pacientes en zonas de frontera del Mercosur: una propuesta de tipología [Obstacles to patient mobility in Mercosur border areas: a typology proposal]. *Estudios Fronterizos*, 22, e072. <https://doi.org/10.21670/ref.2109072>

Introducción

La cooperación en zonas de frontera busca evitar la duplicación de objetivos, funciones y servicios entre instituciones que se encuentran a ambos lados de la frontera, así como la competencia entre estas, a través de una combinación armónica, equilibrada y racional de políticas públicas que promueven un sistema de gobernanza específico para el territorio. Este sistema de gobernanza necesita incluir varios componentes sectoriales, destacándose en el actual contexto de pandemia la cooperación sanitaria.

En los meses previos a la emergencia de la pandemia, a finales de 2019, se alcanzó la firma del Acuerdo sobre Localidades Fronterizas Vinculadas (ALFV), un paso importante en materia de fronteras y salud en el ámbito del Mercado Común del Sur (Mercosur). Este acuerdo, que incluye un listado de las localidades que son alcanzadas por este status,¹ busca un trato diferenciado para los pobladores de frontera que incluye el de *acceso a los servicios públicos de salud*, entre otros.² Específicamente, en su art. VII establece que

las instituciones públicas responsables por la prevención y el combate de las enfermedades de los seres humanos (...) deberán colaborar con sus homólogos en los gobiernos locales adyacentes, coordinadas por las autoridades sanitarias provinciales/estaduales y homólogas involucradas a través de las autoridades sanitarias nacionales, para la realización de trabajos conjuntos en salud pública, vigilancia epidemiológica y planes de contingencia para guiar la respuesta ante eventos en salud pública y otros temas de interés común, inclusive los de potencial importancia internacional. Esta labor se efectuará conforme a las normas y procedimientos armonizados entre los Estados Partes o, en su ausencia, conforme las respectivas legislaciones nacionales. (Mercosur, 2019)

Asimismo, en el art. III sobre “Derechos Concedidos” se dispone que “los Estados partes podrán conceder otros derechos que acuerden, bilateral o trilateralmente, incluso atención médica en los sistemas públicos de salud fronterizos en condiciones de reciprocidad y complementariedad”. Este último artículo busca paliar las asimetrías y disparidades de atención en salud de uno y otro lado de la frontera. Es todavía pronto evaluar el impacto del ALFV sobre la movilidad de pacientes en las zonas de frontera del Mercosur sobre todo porque una de las principales medidas para evitar el contagio de COVID-19 ha sido la decisión individual de cerrar las fronteras por los Estados miembros del Mercosur.

¹ Puede consultarse el listado de las localidades fronterizas vinculadas en: <https://www.mercosur.int/documento/acuerdo-localidades-fronterizas-vinculadas/>

² De particular relevancia en términos de movilidad es también la posibilidad de acceder a un Documento de Tránsito Vecinal Fronterizo (DTVf) admitido por los Estados partes, con el que el ciudadano de frontera tiene garantía de los siguientes derechos: *i)* Ejercicio del trabajo, oficio o profesión de acuerdo con las leyes destinadas a los nacionales de los Estados partes en que se desarrolla la actividad, inclusive en lo que se refiere a los requisitos de formación o ejercicio profesional bajo contrato de trabajo en las condiciones previstas en los acuerdos internacionales vigentes entre ellos, con goce de iguales derechos laborales y previsionales y cumplimiento de las mismas obligaciones laborales, previsionales y tributarias emanadas de los Estados partes; *ii)* Asistencia a establecimientos públicos de enseñanza, en condiciones de gratuidad y reciprocidad; *iii)* Acceso al régimen de comercio fronterizo de mercaderías o productos de subsistencia; y, *iv)* Disponibilidad, a la mayor brevedad posible y una vez realizadas las adecuaciones de infraestructura necesarias, de un carril exclusivo o prioritario para los titulares de DTVf en los puestos de control fronterizo de las localidades fronterizas vinculadas de las que trata este acuerdo.

Las zonas fronterizas del Mercosur

Las zonas fronterizas del Mercosur presentan una situación geográfica, socioeconómica y demográfica muy heterogénea. Por más de 6 000 km se alternan áreas rurales con escasos intercambios y zonas económicamente más dinámicas que contribuyen de forma importante a la economía de los Estados miembros. En parte del espacio fronterizo es posible identificar territorios transfronterizos binacionales o trinacionales con características demográficas y socioeconómicas propias. En términos generales, las fronteras internas del Mercosur están caracterizadas por una serie de elementos que las distinguen de otras regiones geográficas:

- Pequeñas y medianas ciudades gemelas, en algunos casos relativamente aisladas respecto a los principales centros socioeconómicos de los respectivos países;³
- Áreas urbanas bi o trinacionales;
- Predominancia de fronteras fluviales;
- Conexiones transfronterizas a través de (pocos) puentes internacionales;
- Corredores de transporte de largo recorrido (como el *corredor biocénico*);
- Asimetrías institucionales regionales y locales, debido al diferente grado de descentralización administrativa de los Estados miembros;
- Presencia de comunidades indígenas;
- Asimetrías territoriales plasmadas en una oferta sanitaria, educativa, laboral y comercial desigual entre un lado y otro de la frontera, generadoras de flujos de intercambio y complementariedad territorial.

A lo largo de los últimos años se han desarrollado sólidas relaciones entre las comunidades fronterizas que se han visto manifiestas a través del aumento de los intercambios económicos, los lazos sociales y familiares, la cooperación (formal e informal) entre los distintos niveles de autoridad de un lado y del otro de la línea fronteriza, entre otros factores. Se ha ido definiendo así una identidad y una *manera transfronteriza de vivir y de enfrentar a los retos cotidianos y obstáculos que limitan la integración ciudadana* en ese territorio. En este sentido, la asistencia sanitaria y la movilidad de pacientes representan un sector clave para el bienestar de las poblaciones fronterizas. La cooperación institucional desarrollada en el marco del Mercosur ha abierto un camino hacia una mayor integración de las franjas fronterizas de los países miembro, pero todavía persisten algunos desafíos.

Esta investigación persigue responder la pregunta orientadora: ¿Cuáles son los principales cuellos de botella en la movilidad de los pacientes en los Estados partes del Mercosur? A partir de esta cuestión, buscó proponer una tipología que considere los desafíos que persisten en el Mercosur para favorecer la movilidad de pacientes e

³ De acuerdo con Machado, las ciudades gemelas, que son pares de centros urbanos enfrentados cara a cara en un límite internacional, representan la territorialización más evolucionada de las zonas de frontera pues constituyen un espacio dinámico "compuesto por las diferencias producto del límite internacional, y por los flujos y las interacciones transfronterizas" (Machado do Oliveira, 2006) que cuentan con lógicas sociales propias, generalmente ligadas a redes o foros de articulación regional o internacional que, de modo general, amplían su capacidad institucional y de relación con otros actores (Oddone, 2016).

integralidad de la asistencia a la población del bloque. Si bien en este momento existe una preocupación por la resolución de los problemas provocados por la pandemia SARS-CoV-2, la intención fue hacer un análisis que cubra la realidad de la salud en la frontera más allá de este periodo pandémico.

Metodología

Se trata de un estudio cualitativo de carácter descriptivo. Su organización se inició en el periodo pre-pandémico del SARS-CoV-2 y, con el empeoramiento de la situación sanitaria en todos los países y la imposibilidad de movilidad hacia las fronteras, se decidió realizar entrevistas semiestructuradas con un formulario en línea en español y portugués elaborado por el equipo técnico del Programa EuroSOciAL+ por medio de GoogleForms®. El formulario de entrevista fue validado con el Consejo de Secretarías Municipales de Salud de Rio Grande do Sul (Cosems-RS), Brasil, como piloto antes de ser aplicado a los participantes.

El cuestionario se dividió en bloques, su primera etapa se compuso de las consideraciones éticas del estudio,⁴ y solo con la aceptación de participar el entrevistado podía continuar hacia la etapa de preguntas. El segundo bloque del cuestionario contó con la caracterización socioeconómica de los participantes y se solicitó que indicaran su representatividad entre, gerente local, gerente regional o federal, trabajador de salud en fronteras, investigador en estudios de frontera y, a partir de allí, el participante prosiguió hacia el otro bloque con las preguntas específicas según su representatividad.

El cuestionario circuló por correo electrónico entre gerentes de salud, representantes en comités de salud, trabajadores de la salud de ciudades fronterizas e investigadores vinculados a estudios fronterizos. La recopilación de datos se realizó de forma individual y autoaplicada. La investigación contó con el apoyo del Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) de los estados de Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná y Mato Grosso do Sul, además del núcleo fronterizo del estado de Rio Grande do Sul y páginas electrónicas de grupos de investigación para ampliar su difusión. En total, se recopilaron datos de 65 participantes en todas las categorías de la encuesta provenientes de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay.

En GoogleForms® se generó automáticamente un documento de Excel con todas las respuestas de las preguntas del cuestionario. Una vez finalizada la recopilación, los datos fueron clasificados en categorías temáticas mediante la propuesta de análisis de contenido de Bardin (2011).

Como resultado de la información recogida en la encuesta, se elaboró la clasificación de obstáculos principales a la movilidad. Los obstáculos a la movilidad transfronteriza de pacientes en las áreas de frontera del Mercosur son la manifestación de disfunciones de tipo administrativo, legal, tecnológico, en infraestructura o de las políticas de cooperación que afectan a la gestión cotidiana de la salud. Se han identificado nueve tipos de obstáculos, comunes a todos los territorios fronterizos

⁴ El proyecto de investigación fue, a su vez, presentado al Comité de Ética de la Universidad Federal de Pelotas (UFPel), Brasil, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 466/12, y obtuvo la aprobación conforme el número CAAE 20364719.3.0000.5316. Los principios éticos fueron garantizados mediante la aceptación en el formulario de Consentimiento Libre Previo e Informado (CLPI).

analizados, cada uno de ellos puede tener un distinto peso o relevancia en función de cada caso específico. Cada obstáculo, además, puede reflejarse en más de una tipología, hecho que aumenta la complejidad de las soluciones en términos de innovación social y retos para la cooperación transfronteriza sanitaria. A continuación, se presentan estos obstáculos:

- **Políticos:** dificultad de integración de las agendas políticas nacionales y locales para desarrollar una política sanitaria transfronteriza multinivel eficaz y de largo plazo.
- **Legales:** necesidad de acuerdos binacionales, trinacionales o regionales promovidos por los Estados centrales o los organismos regionales e internacionales (Mercosur, Organización Panamericana de la Salud, Organización del Tratado de la Cuenca Amazónica, entre otros).
- **Administrativos:** impedimentos burocráticos, a menudo causados por la carencia (o su desconocimiento) de normas técnicas y protocolos para la implementación de los convenios y de los acuerdos firmados por las partes. Asimismo, se puede observar también una diferente interpretación de estos últimos desde las autoridades estatales o regionales, sin coordinarse con sus homólogos al otro lado de la frontera.
- **De gobernanza:** falta de estructuras de decisión operativas (parte de las autoridades locales y regionales) que garanticen la implementación y seguimiento de los acuerdos y de los flujos de pacientes transfronterizos.
- **De disponibilidad y accesibilidad a datos actualizados:** carencia y difícil acceso a datos actualizados de tipo demográfico-sanitario, de movilidad de pacientes y de la situación de salud a escala general transfronteriza.
- **De accesibilidad física:** dificultad de conexión terrestre o fluvial por falta de infraestructuras o de servicios públicos de transporte.
- **De oferta sanitaria:** carencia de equipamientos y profesionales sanitarios especializados.
- **De comunicación, información y digitalización:** desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario del país vecino y de los acuerdos transfronterizos vigentes, tanto por las autoridades como por la ciudadanía. Esta situación dificulta también el intercambio de datos y el establecimiento de metodologías de trabajo automatizadas que permitan una atención más expedita.
- **De la cooperación:** falta de programas específicos y estables para promover la cooperación transfronteriza sanitaria de forma continuada. La cooperación contribuye a la dotación de los recursos técnicos y financieros necesarios.

Principales cuellos de botella para la movilidad de pacientes en zonas de frontera del Mercosur

Los esfuerzos de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, antes de la creación del Mercosur y, sobre todo, desde su creación en 1991, han sido una pieza clave para

promover una progresiva armonización de sus arquitecturas normativas hacia la integración de sectores clave como la salud, el transporte o la educación, entre otros. Los mecanismos de diálogo empleados por las autoridades nacionales y locales se basan en los convenios establecidos en las pasadas décadas, promovidos tanto por el propio proceso de integración como a partir de los acuerdos bilaterales alcanzados por los países (véase Tabla 1).

Tabla 1. Convenios y acuerdos fronterizos entre los Estados partes del Mercosur en materia de salud

Argentina-Uruguay	Año
Protocolo de intenciones entre el Ministerio de Salud de la República Argentina y el Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay	2010
Convenio específico entre el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos (INDT) de Uruguay y el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) en materia de trasplantes a ciudadanos naturales o legales uruguayos con residencia en Uruguay	2010
Convenio específico entre el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos de Uruguay y el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante en materia de coordinación operatoria	2005
Acuerdo de Reciprocidad entre el Ministerio de Salud de la República Argentina y el Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos	2005
Protocolo ampliatorio del convenio de cooperación en materia de salud entre el gobierno de la República Argentina y el gobierno de la República Oriental del Uruguay	1997
Convenio de cooperación en materia de salud entre el gobierno de la República Argentina y el gobierno de la República Oriental del Uruguay	1991
Acuerdo sobre intercambio de plasma congelado y hemoderivados entre el gobierno de la República Argentina y el gobierno de la República Oriental del Uruguay, entre la Universidad Nacional de Córdoba de la República Argentina y el Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay	1985
Acuerdo en materia de salud pública entre el gobierno de la República Oriental del Uruguay y el gobierno de la República Argentina	1979
Acuerdo sanitario entre el gobierno de la República Oriental del Uruguay y el gobierno de la República Argentina	1978
Convenio de cooperación y asistencia en materia de salud pública entre la República Argentina y la República Oriental del Uruguay	1971
Acuerdo sanitario panamericano entre Uruguay, Argentina, Brasil y Paraguay	1948
Convenio internacional de lucha contra la hidatidosis	1945
Convención sanitaria internacional celebrada entre las repúblicas Argentina, Estados Unidos del Brasil, Paraguay y Oriental del Uruguay	1914
Convención sanitaria firmada en Río de Janeiro por los plenipotenciarios de la República Argentina, del Brasil y de la República Oriental del Uruguay	1887

Argentina-Paraguay	Año
Programa Operativo Conjunto de Salud en áreas de frontera	2013
Protocolo de intenciones entre el Ministerio de Salud de la República Argentina y el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de la República de Paraguay	2006
Plan Operativo de Acciones Conjuntas en Salud en la Región Fronteriza paraguayo-argentina (ARPA II)	2002
Plan Operativo de Acciones Conjuntas en Salud en la Región Fronteriza paraguayo-argentina (ARPA)	1997
Protocolo adicional	1995
Convenio entre el Gobierno de la República Argentina y el Gobierno de la República del Paraguay en materia de salud fronteriza	1992
Convenio Sanitario entre el Gobierno de la República Argentina y el Gobierno de la República del Paraguay	1978
Brasil-Uruguay	Año
Acordo Brasil-Uruguaí para enfrentamento da Pandemia do Coronavírus	2020
Memorando de Entendimiento entre la República Oriental del Uruguay y la República Federativa de Brasil de Cooperación en materia de Salud en el marco de la Comisión Binacional Asesora de la Salud Uruguay-Brasil para la Creación del Centro Binacional de Operaciones de Emergencia	2020
Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Implementação do Projeto “Consolidação da capacidade Institucional do Ministério de Saúde do Uruguai e Ampliação do Diálogo Regulatório entre as Autoridades Sanitárias de Brasil e Uruguai”	2011
Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Implementação do Projeto “Apoio Técnico para a Expansão e Consolidação da Rede de Bancos de Leite Humano do Uruguai”	2010
Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Implementação do Projeto “Fortalecimento das Políticas de Enfrentamento à Epidemia de DST/AIDS no Uruguai”	2009
Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Implementação do Projeto “Apoio ao Fortalecimento do Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados do Uruguai”	2009
Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde	2008
Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Implementação do Projeto “Fortalecimento Institucional da Secretaria de Saúde Pública do Governo Uruguaio na Área de Vigilância Sanitária”	2007
Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Implementação do Projeto “Apoio Técnico para Implementação de Bancos de Leite Humano no Uruguai”	2006
Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Implementação do Projeto “Fortalecimento Institucional das Assessorias Internacionais dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Uruguai”	2006
Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica, Científica e Tecnológica para Saúde na Fronteira	2003
Memorando de Entendimiento no Âmbito da Troca de Experiência em Transplantes de Órgãos e tecidos	2003
Acordo para a Melhoria das Condições Sanitárias na Região da Fronteira Brasileiro-Uruguaia	1969
Convênio Relativo à Luta Contra as Enfermidades Venereosifilíticas na Fronteira Comum aos dois Países	1928

Brasil-Argentina	Año
Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica para Implementação do “Projeto Apoio Técnico à Implementação de um Banco de Leite Humano na Argentina”	2008
Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Argentina para Implementação do Projeto “Fortalecimento do Programa de Controle da Dengue”	2009
Memorando de Entendimentos entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e o Ministério da Saúde da República da Argentina sobre a cooperação para inclusão social, o acesso à saúde e a formação de Recursos Humanos em saúde	2013
Memorando de Entendimento Entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e o Ministério da Saúde da República Argentina em Matéria de Saúde, Transplante Multivisceral	2015
Acordo entre a República Federativa do Brasil e a República Argentina sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas	2019
Brasil-Paraguay	Año
Acordo Sanitário-Acuerdo que tem por objeto eliminar ou diminuir os danos que gravitam sobre as comunidades da referida região geográfica bem como promover medidas capazes de melhorar os respectivos índices de saúde	1971
Ajuste Complementar ao Acordo Sanitário de 16 de julho de 1971, sobre Cooperação e Intercâmbio de Tecnologia de Saúde	1992
Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica para Implementação do Projeto Assistência e Tratamento a Pessoas Vivendo com HIV/AIDS no Paraguai	2003
Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica para Implementação do Projeto “Apoio à Implantação e Implementação de Banco de Leite Humano no Paraguai”	2006
Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica para Implementação do Projeto “Fortalecimento Institucional das Assessorias Internacionais dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Paraguai”	2006
Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República do Paraguai para Implementação do Projeto “Fortalecimento da Vigilância em Saúde, com Ênfase no Combate à Dengue e na Implementação do Regulamento Sanitário Internacional”	2007
Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República do Paraguai para Implementação do Projeto “Fortalecimento Institucional da Divisão Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde Pública e Bem Estar Social da República do Paraguai”	2012
Acordo de cooperação em saúde na fronteira Carmelo Peralta-PY-Porto Murtinho-BR-Institui a Comissão de Saúde Paraguai-Brasil	2013
Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para a Prestação de Serviços de Assistência de Emergência e Cooperação em Defesa Civil (Acordo do Montevideu)	2013
Memorando de Entendimento entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e o Ministério de Saúde Pública e Bem-Estar Social da República do Paraguai	2015
Declaração conjunta entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e o Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social do Paraguai	2017
Acordo para conformação de uma Rede de Urgência e Emergência de saúde na tríplice fronteira -Paraguai-Brasil-Argentina	2018

Fuente: Elaboración propia.

Desde principios del siglo XXI, la cooperación en zonas de frontera tuvo una aceleración relativa en diferentes escalas territoriales. Sin embargo, a pesar del capital institucional trasfronterizo generado, persisten numerosos obstáculos que dificultan la movilidad de pacientes de un lado a otro de la frontera. A continuación,

se exponen los 20 *cuellos de botella* detectados. Para cada uno de ellos, se muestra un caso representativo o ejemplo, aunque lo más común es que un área transfronteriza presente más de un obstáculo y se conjuguen los cuellos de botella (véase Tabla 2).

Tabla 2. Resumen de los cuellos de botella identificados para la movilidad sanitaria transfronteriza en el Mercosur agrupados por áreas temáticas

Área temática	Tipo de obstáculo en la movilidad de pacientes (cuello de botella)
Ciudadanía y derecho de acceso a la salud	1) Reconocimiento de la ciudadanía a los nacidos del otro lado de la frontera
	2) Pérdida del derecho a la asistencia social del propio país si se reside al otro lado de la frontera
	3) Reembolso de gastos sanitarios
	4) Medicamentos no disponibles de un lado de la frontera al ser atendido en el país vecino
Traslado de pacientes	5) Excesiva burocracia para el traslado de pacientes
	6) Traslados de pacientes se limita a los casos de urgencias y no incluye a las situaciones de mayor complejidad
Profesionales de la salud	7) Invalidez de las prescripciones médicas emitidas por un médico o un hospital de un lado de la frontera al no ser reconocidas por las farmacias o médicos del otro lado
	8) Parcial operatividad de los médicos que ejercen su actividad al otro lado de la frontera. El reconocimiento de títulos y el ejercicio legal de la medicina del otro lado de la frontera sigue siendo una cuestión pendiente
Accesibilidad y equipamientos sanitarios	9) Carencia de equipamientos sanitarios, sobre todo de alta complejidad y calidad
	10) Carencia de infraestructuras viarias y de servicios de transporte público regulares
	11) Repatriación de los cadáveres no cuenta con un sistema agilizado para los ciudadanos fronterizos
Intercambio de información, vigilancia y comunicación	12) Discontinuidad en la vigilancia y en el control de las enfermedades transmisibles
	13) Falta de un sistema de monitoreo sanitario transfronterizo compartido entre los países del Mercosur
	14) Falta de datos estadísticos desagregados, actualizados y compartidos entre las autoridades competentes
	15) Falta de integración tecnológica en la prestación de servicios
	16) Necesidad de un enfoque conjunto e integrado de asistencia sanitaria en el territorio transfronterizo que comparta los sistemas de compras, de contrataciones y modalidades de financiamiento
Soporte a la cooperación transfronteriza	17) Comunicación e información a la población sobre los acuerdos y procedimientos vigentes
	18) Falta de apoyo a las administraciones locales para emprender y mantener acciones de cooperación transfronteriza en el ámbito sanitario
Enfoque de género	19) Programas de cooperación con temáticas específicamente dirigidas a la sanidad transfronteriza promovidos por el Mercosur u otros organismos internacionales
	20) Escasa atención al enfoque de género en la cooperación sanitaria

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se presentan los cuellos de botella detectados en seguimiento de las categorías recientemente propuestas.

Ciudadanía y derecho de acceso a la salud

1) Reconocimiento de la ciudadanía a los nacidos del otro lado de la frontera.

Según la legislación nacional de algunos estados como Brasil, si una mujer embarazada se dirige al otro lado de la frontera para ser atendida en las últimas fases del parto, sea por la falta de servicios en la ciudad gemela o por otras necesidades, los nacidos a pocos kilómetros de la frontera no obtendrán el certificado de nacido vivo en Brasil.⁵ Por ello, la naturalidad no está garantizada desde el nacimiento. Esta situación tiene un impacto negativo en las estadísticas demográficas (en la tasa de natalidad y crecimiento demográfico). Es necesario explorar una solución legal al respeto y la introducción de normas técnicas para evitar desplazamientos innecesarios de la madre para buscar un servicio de calidad en el propio país, poniendo en alto riesgo su salud y la del feto. Por ejemplo, las madres de Barra do Quaraí (Brasil) que se desplazan hasta Uruguaiana (70 km más al norte) para tener sus partos dentro del territorio nacional en cambio podrían dirigirse a Bella Unión (Uruguay) a tan solo 7 km de distancia o, si existiese un puente, a Monte Caseros (Argentina) que tiene un sistema de atención pública de la salud de mayor complejidad.⁶

2) Pérdida del derecho a la asistencia social del propio país si se reside al otro lado de la frontera.

Es un problema que ha surgido sobre todo en los ámbitos fronterizos brasileños en referencia al pago del Beneficio de Pago Continuo (BPC). Se trata de un pago complementario en concepto de inclusión social que el Estado brasileño destina a las personas mayores de 60 años de escasos recursos. En muchos casos, representa una ayuda económica fundamental para los hogares, sobre todo para la compra de medicamentos. Al residir al otro lado de la frontera, particularmente en el caso de las ciudades gemelas, se pierde el derecho a este beneficio, ya que un requisito es la residencia en Brasil. Por esta razón, hay beneficiarios que no comunican el efectivo traslado del domicilio al otro lado de la frontera. Esto conlleva una situación de ilegalidad (falsa declaración de residencia), aunque es obvio que la vida cotidiana de estas personas gira alrededor de la frontera y siguen desarrollando actividades sociales, económicas, políticas (y electorales) en territorio brasileño. Según la documentación consultada, se trata de un cuello de botella más bien tipo administrativo, cuya aplicación de la norma corresponde al Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) desconcentrado en cada estado federado.

⁵ Instancia remarcada por las autoridades locales de Barra do Quaraí. Véase Pêgo, 2020, pp. 187-188.

⁶ Sobre este punto, véase "Sem cruzar a fronteira não há integração: Monte Caseros, Bella União e Barra do Quaraí no diálogo regional" (Oddone & Pauluk, 2020, pp. 49-67).

3) Reembolso de gastos sanitarios.

Las autoridades sanitarias de una región fronteriza no siempre reconocen el acceso al propio sistema nacional de salud de los países vecinos fronterizos. Aunque existen convenios al respeto, un serio problema es su inscripción a la seguridad social y el consecuente reembolso de los gastos sanitarios. No todos los países del Mercosur garantizan la universalidad de acceso a las curas sanitarias. Argentina, Uruguay y Brasil sí lo hacen, mientras que Paraguay está aún avanzando en esta dirección.

La cuestión central es el rechazo por parte de un sistema nacional de salud de los gastos sanitarios generados por un paciente procedente del otro lado de la frontera. A menudo, los flujos sanitarios fronterizos se generan por no encontrar un servicio adecuado en el propio municipio. Esta situación obstaculiza el derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza tanto para las curas básicas como las más avanzadas y complejas. Si bien en algunos casos se trata de la falta de un marco legal apropiado que reconozca el reembolso, en muchos casos el convenio bilateral existe, pero las administraciones competentes no lo aplican por falta de normas técnicas de actuación, por desconocimiento del convenio o por no disponer de los recursos necesarios para su implementación. Es un caso de carácter administrativo/burocrático. Hay muchos ejemplos al respeto, pero una situación complicada suele generarse a lo largo de la frontera argentino-paraguaya. Según el acuerdo bilateral entre el gobierno de la provincia de Misiones, Argentina, y el gobierno del departamento de Itapúa, Paraguay, los ciudadanos del departamento de Itapúa pueden dirigirse a hospitales específicos en Posadas tras una serie de autorizaciones de autoridades paraguayas, del profesional de salud, del director del Hospital Regional de Encarnación, de la Secretaría de Salud de Gobernación y, finalmente, de la confirmación de disponibilidad de los hospitales posadeños, y solo a través del servicio de unidad móvil misionero. Sin embargo, hay muchos pacientes que se presentan en las estructuras posadeñas sin seguir este procedimiento (los llamados *autoderivados*) a los cuales se les debería cobrar los gastos sanitarios según la normativa vigente. En muchos casos se les atiende de igual forma que a los derivados debido a la urgencia de la cura y por una cuestión ética.

4) Medicamentos no disponibles en un lado de la frontera al ser atendido en el país vecino.

Esta problemática ha surgido muy claramente por el cierre de la frontera argentino-paraguaya como respuesta a la difusión de la pandemia de COVID-19. Gracias al convenio sanitario entre el gobierno de Misiones y el de Itapúa, los residentes del departamento paraguayo, especialmente de la ciudad de Encarnación y alrededores, recibían asistencia sanitaria en los hospitales de Posadas, donde se les suministraban medicamentos oncológicos no disponibles en Paraguay y el Estado nacional reembolsaba las prestaciones. Con el cierre del puente internacional, la movilidad de pacientes quedó interrumpida al igual que los ciclos de cura. Muchos tuvieron que ser atendidos por una fundación de Encarnación, la cual no dispone de los medicamentos suministrados en los hospitales argentinos, dado que el ministerio paraguayo no la contempla en su sistema de asistencia sanitaria. Los pacientes deben comprar estos medicamentos a precio de mercado y los operadores sanitarios se los suministran. Este caso tuvo una atención importante en la prensa local. Entonces, el cónsul paraguayo en Posadas hizo una llamada a

los familiares de los enfermos oncológicos en Encarnación para que entregasen los medicamentos al consulado para encargarse del envío al otro lado de la frontera. Las estructuras sanitarias de Encarnación se preocuparon entonces de suministrar la cura a los pacientes tras la gestión consular. En este caso el problema es doble: por un lado, el cierre de la frontera genera situaciones sanitarias no previstas en el país fronterizo y no hay protocolo al respecto para proponer una alternativa a los pacientes; y, por otro lado, falta un registro compartido de los medicamentos suministrados a los pacientes y su introducción en el sistema nacional de salud de cada uno de los países.

Traslado de pacientes

5) Excesiva burocracia para el traslado de pacientes.

Se trata de una situación muy común en el ámbito de estudio, sobre todo entre las ciudades gemelas de Carmelo Peralta (Alto Paraguay, Paraguay) y Porto Murtinho (Mato Grosso do Sul, Brasil). Las autoridades locales admiten que la burocracia y los aspectos legales ralentizan el traslado de pacientes. En caso de urgencias, los traslados se efectúan más bien por las relaciones personales y por la buena predisposición de las autoridades sanitaria más que por la vía legal. Los tiempos burocráticos y legales de los traslados sanitarios son, muchas veces, incompatibles con las situaciones de urgencias. Se trata entonces de un problema de agilidad administrativa.

Algunas autoridades locales señalan también que la libre circulación de vehículos de emergencia en las localidades fronterizas vinculadas de Brasil no está totalmente operativa. A pesar de la existencia de acuerdos bilaterales (Acuerdo de Montevideo de 2013) y del Mercosur (Acuerdo sobre las Localidades Fronterizas Vinculadas de 2019) parece que la implementación técnica del acuerdo está parada en la capital brasileña. Se trata entonces tanto de un problema administrativo e, hipotéticamente, de naturaleza política. Según estos convenios los vehículos utilizados para situaciones de emergencia (accidentes, desastres naturales, etcétera) como ambulancias y camiones de bomberos pueden prestar servicios de asistencia en las zonas urbanas, suburbanas y rurales de las localidades fronterizas vinculadas. Estos serán coordinados por los puntos focales y deben cumplir con los reglamentos técnicos de ambas partes.

6) Traslados de pacientes se limita a los casos de urgencias y no incluye a las situaciones de mayor complejidad.

El cuello de botella anterior muestra cómo a través de las relaciones transfronterizas informales se consigue operar en situaciones de urgencias, a pesar de las dificultades legales y administrativas de carácter regional, estatal o federal. Un tema aún más difícil es el traslado de pacientes por situaciones más complejas, como en el caso de operaciones de cirugía y de tratamientos específicos (oncología, enfermedades respiratorias contagiosas y transmisibles, etcétera). Para ellos se suele recurrir a acuerdos bilaterales y protocolos técnicos compartidos por ambos países, como el convenio estipulado entre el gobierno provincial de Misiones y el gobierno departamental de Itapúa. Aun así, el cierre del puente

internacional entre Posadas y Encarnación como medida de contención de la pandemia COVID-19 ha enseñado la fragilidad de estos convenios. Los traslados sanitarios de alta complejidad carecen de un marco legislativo y operativo común, basado en la gobernanza multinivel, que sepa integrar las necesidades fronterizas con las políticas de carácter nacional.

Profesionales de la salud

- 7) Invalidez de las prescripciones médicas emitidas por un médico o un hospital de un lado de la frontera al no ser reconocidas por las farmacias o médicos del otro lado.

La falta de colaboración entre las autoridades sanitarias fronterizas conlleva dificultades de acceso a algunos medicamentos. Es un cuello de botella que afecta sobre todo a las ciudades gemelas. En concreto, un medicamento prescrito por un médico del país vecino no siempre es válido al otro lado de la frontera, así que las farmacias no reconocen la validez del documento emitido, sobre todo si se trata de fármacos específicos y costosos que no están subvencionados por el sistema nacional de salud. Junto a este problema, es importante mencionar que el alto coste de los fármacos en el propio país limita el acceso a las curas. La dificultad en los territorios transfronterizos es entonces doble: medicamentos caros en el propio país y no reconocidos por las farmacias de las ciudades gemelas donde el coste podría ser más asequible. La situación es aún más complicada en el caso de Paraguay donde la universalidad de la salud no está implementada para la totalidad de sus ciudadanos, aunque ha habido muchos avances en estos últimos años.

- 8) Parcial operatividad de los médicos que ejercen su actividad al otro lado de la frontera. El reconocimiento de títulos y el ejercicio legal de la medicina del otro lado de la frontera sigue siendo una cuestión pendiente.

Los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, y otros) que han cursado los estudios en el país de origen no pueden ejercer sus funciones en el país vecino por falta de validación de sus títulos. Entre Uruguai y Paso de los Libres y entre Bella Unión y Barra do Quaraí hay profesionales que trabajan en hospitales del país vecino y no están autorizados a emitir prescripciones médicas, porque no están inscritos en los registros profesionales nacionales. En el caso de Brasil, por ejemplo, esta situación genera una gran ineficiencia, ya que los médicos brasileños deben volver a emitir otra vez el certificado que hizo su homólogo de Argentina o Uruguay. Si bien hay un convenio con Argentina que intenta resolver este problema, queda pendiente la validación mutua de los títulos. De igual forma, al estudiar en una universidad de otro país no se reconocen sus estudios a los nacionales que regresan al país de origen sin un proceso de validación. Es el caso de futuros médicos argentinos y uruguayos que estudian en la Universidade Federal do Pampa (Unipampa) en Uruguai o de la cantidad de brasileños que estudian medicina en universidades de Paraguay y Argentina. Este asunto sigue siendo un proceso largo y costoso, gestionado por las autoridades centrales de los países fronterizos que dificulta la movilidad laboral de los profesionales sanitarios en las franjas fronterizas y que afecta negativamente a la movilidad de pacientes y a la organización de la red de servicios de salud.

Accesibilidad y equipamientos sanitarios

9) Carencia de equipamientos sanitarios, sobre todo de alta complejidad.

Se observa una carencia de estructuras sanitarias en diferentes puntos fronterizos, particularmente las estructuras de alta complejidad como los centros oncológicos, radiología, o centros de hemodiálisis, por ejemplo. Entre los ámbitos destacan la falta de centros de cuidados neonatales entre Nueva Palmira-Carmelo-Colonia de Sacramento-Juan Lacaze-Rosario, así como en Pedro Juan Caballero y Ponta Porã, o de unidades móviles en las zonas más rurales. Para evitar obstáculos legales y administrativos, muchos pacientes se dirigen a las estructuras sanitaria más cercanas en el propio país, aunque muy lejanas. Se necesita, por tanto, un enfoque integral que se corresponda con la realidad geográfica, demográfica y socioeconómica de las franjas de frontera, donde los equipamientos sanitarios tengan en cuenta no solo la población de su país sino también aquella que reside al otro lado de la frontera, es decir un área funcional sanitaria transfronteriza. En un territorio fronterizo dominado por los ríos no se han registrado unidades móviles fluviales, sean de propiedad de un país o de carácter bi o trinacional. De acuerdo con las condiciones fluviales, estas estructuras aumentarían la capilaridad de la sanidad en las zonas más rurales y despobladas de frontera. De la misma manera, el uso de la telemedicina fronteriza parece poco difundido. Sin embargo, el acceso digital a la salud es uno de los principales retos de la era postcovid que deberá tenerse en consideración para las futuras políticas sanitarias transfronterizas en el Mercosur.

10) Carencia de infraestructuras viarias y de servicios de transporte público regulares.

A pesar de la presencia de importantes pasos fronterizos (puentes, guados o pasos urbanos) y los intentos de mejora continua de la accesibilidad, sobre todo, entre Argentina y Paraguay (inauguración del Paso Internacional Ituzaingó-Ayolas en 2019 y el futuro puente entre Puerto Iguazú y Presidente Franco), la conectividad entre muchas localidades fronterizas vinculadas sigue siendo precaria. Sin embargo, la movilidad de pacientes no depende únicamente de la presencia de infraestructura física, sino también de los servicios de transporte. Si se excluyen los convenios específicos para el traslado de pacientes hay una carencia de cruces fluviales regulares y de autobuses transfronterizos tanto en el número de trayectos como en los horarios. Además, la oferta de transporte trasfronterizo integrado, sea público o privado, está condicionada por las diferentes regulaciones del sector en cada país. Por estas razones, ocurre que los flujos pasen a través de las relaciones sociales y familiares que pueden ofrecer un trasbordo de urgencia hasta el embarcadero de la ciudad vecina o de un viaje en coche hasta la estructura sanitaria necesaria, de forma gratuita o a un precio asequible. Asimismo, el desplazamiento tiene un impacto en la atención de la salud, ya que en muchos casos las personas de bajos ingresos tienen mayores dificultades de movilidad.

11) Repatriación de los cadáveres no cuenta con un sistema agilizado para los ciudadanos fronterizos.

Los problemas burocráticos obstaculizan que la repatriación de los fallecidos al otro lado de la frontera se haga de forma rápida, sencilla y con respeto a la voluntad del difunto y/o familiares. Los casos en que esta situación ocurre son

muy diversos: un accidente, una muerte tras un tratamiento hospitalario, sea de urgencia o de alta complejidad, adultos mayores ingresados en geriátricos al otro lado de la frontera o simplemente residentes en el país vecino que no han comunicado el cambio de residencia al propio Estado (véase punto 2). Por razones burocráticas, la repatriación de cadáveres en las franjas transfronterizas se considera como repatriación internacional y enfrenta a un proceso demasiado lento y costoso por estar a pocos kilómetros de la frontera, que requiere protocolos de los órganos consulares o de las embajadas. Además, el ataúd debe llegar al país ya sellado. Por estas razones, en los casos de inminente fallecimiento de un vecino fronterizo, y gracias a las buenas relaciones informales entre las autoridades locales, se traslada a la persona en las estructuras competentes al otro lado de la frontera. Una situación al límite de lo legal que necesita una respuesta a través de un acuerdo de carácter bilateral y para todos los países del Mercosur.

Intercambio de información, vigilancia y comunicación

12) Discontinuidad en la vigilancia y en el control de las enfermedades transmisibles.

A lo largo de las pasadas décadas los países del Mercosur han alcanzado importantes acuerdos en materia de vigilancia epidemiológica y control de las enfermedades transmisibles. Se han realizado convenios bilaterales, sobre todo con las autoridades brasileñas. Estos acuerdos prevén, generalmente, la puesta en marcha de acciones muy concretas como campañas conjuntas de vacunación, la coordinación y el intercambio de informaciones, controles sanitarios conjuntos, entre otros. Ejemplos son la cooperación para el control de la gripe entre Chuy (Rocha, Uruguay) y Chui (Rio Grande do Sul, Brasil), del dengue, la fiebre amarilla y el HIV-SIDA entre Paraguay y Argentina o para la creación de un Centro Binacional de Operaciones de Emergencia (COE) para hacer frente a la actual pandemia generada por el COVID-19 entre Santana do Livramento (Rio Grande do Sul, Brasil) y Rivera (Rivera, Uruguay). Sin embargo, muchas iniciativas carecen de recursos apropiados y de una visión integrada entre los territorios y entre las diferentes enfermedades transmisibles. En la triple frontera Bella Unión-Barra do Quaraí-Monte Caseros, las autoridades locales llevan años pidiendo una acción conjunta contra la leishmaniosis y aún falta un acuerdo de cooperación al respecto. El acuerdo entre Brasil y Uruguay sobre el control conjunto del COVID-19 en la franja transfronteriza parece ir en esta dirección. Sin embargo, la mayor dificultad es transferir los resultados de los proyectos piloto dentro de las políticas regionales para abordar verdaderamente de forma sinérgica la vigilancia y el control sanitario. Es un punto crucial para las fronteras internas del Mercosur expuestas a múltiples enfermedades transmisibles que pueden combinarse entre ellas. En el norte de la provincia de Salta en Argentina recientemente han detectado casos de coronadengue y de coronasalmonella, es decir, pacientes afectados tanto por COVID-19 como por dengue o salmonella (Programación Canal 9 Televida, 2021). Se necesitan, entonces, iniciativas coordinadas para disponer de instrumentos diagnósticos y tratamiento adecuado.

- 13) Falta de un sistema de monitoreo sanitario transfronterizo compartido entre los países del Mercosur.

El monitoreo de los flujos sanitarios transfronterizos es un elemento fundamental para conocer las necesidades de las comunidades y para planificar actuaciones conjuntas entre las autoridades competentes. Si bien se han realizado en determinados ámbitos locales o regionales proyectos piloto de integración e intercambio de datos sanitarios, falta todavía una red permanente para monitorear la movilidad sanitaria. En este sentido, los estudios de *big data* serían muy útiles para detectar la concentración y la evolución de los flujos transfronterizos. Para ello, es clave estructurar una colaboración estable entre las instituciones públicas y privadas, a través de la cual establecer definiciones, metodologías e indicadores compartidos, apoyados por el Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud (OMSS) y/o por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

- 14) Falta de datos estadísticos desagregados, actualizados y compartidos entre las autoridades competentes.

La carencia de datos estadísticos actualizados de tipo socioeconómico, demográfico y sanitario sigue siendo un desafío. Permanecen diferencias metodológicas en la recopilación de los datos entre los institutos de estadística de cada país y también a nivel provincial/departamental/estadual. Resulta entonces difícil recabar evidencias para identificar las necesidades de las comunidades fronterizas para una adecuada planificación.

- 15) Falta de integración de tecnología en la prestación de servicios.

La cooperación sanitaria en el ámbito tecnológico entre los países del Mercosur incluye algunas experiencias. La pandemia en curso ha marcado un antes y un después en la aplicación de tecnologías de información y comunicación (TIC), sobre todo en el ámbito sanitario. El uso de las tecnologías entre las estructuras sanitarias de las localidades fronterizas vinculadas no parece ser muy extendido. Compartir e intercambiar el historial clínico de los pacientes asistidos entre estructuras sanitaria en el área transfronteriza, activar la telemedicina para proporcionar un servicio de calidad y de proximidad a los pacientes (*accesibilidad virtual*) y armonizar los métodos de atención al cliente son algunos de los retos que deberán ser prioritarios para garantizar la asistencia sanitaria de calidad a lo largo de las fronteras internas del Mercosur.

- 16) Necesidad de un enfoque conjunto e integrado de asistencia sanitaria en el territorio transfronterizo que comparta los sistemas de compras, de contrataciones y modalidades de financiamiento.

Muchos de los cuellos de botella identificados, como la falta de equipamientos sanitarios, de profesionales de la salud o la parcial operatividad de los médicos en el país vecino, tienen un origen común. Es entonces oportuno avanzar en un enfoque más "holístico" a la cooperación transfronteriza en materia sanitaria, que promueva inversiones virtuosas y eficientes. Aspectos concretos podrían ser, por ejemplo, un sistema único de compra de material sanitario y de contratación de profesionales de salud para las localidades fronterizas vinculadas.

17) Comunicación e información de la población sobre los acuerdos y procedimientos.

Es muy frecuente que los pacientes se dirijan al otro lado de la frontera en busca de asistencia sanitaria sin conocer los acuerdos y los convenios de cooperación vigentes. Esto se debe, en parte, a la falta de un plan de comunicación eficaz y capilar por las instituciones y de las estructuras sanitarias sobre los procedimientos a seguir. El fenómeno de los *autoderivados* paraguayos en los hospitales de Posadas (véase punto 2) genera por momentos algunas dificultades (rechazo de asistencia gratuita, denuncias, crispación entre personal sanitario y pacientes, etcétera) que en algunas circunstancias han requerido la intervención de los órganos diplomáticos para resolver la situación.

Soporte a la cooperación transfronteriza

18) Falta de apoyo a las administraciones locales para emprender y mantener acciones de cooperación transfronteriza en el ámbito sanitario.

A lo largo de las fronteras del Mercosur existen estructuras de cooperación transfronterizas surgidas desde lo local altamente innovadoras, como los consorcios de integración fronteriza (CIF), los grupos de trabajo binacionales, el Foro Interparlamentario Municipal Permanente entre las ciudades de Posadas y Encarnación, entre otras. Las administraciones locales involucradas en experiencias de cooperación sanitaria comparten la misma preocupación de no tener suficientes recursos financieros y humanos para mantener las acciones emprendidas en materia sanitaria. Para que una estructura de cooperación trabaje de manera eficaz y eficiente es necesario disponer de adecuados recursos humanos (personal técnico y administrativo), tecnológicos y financieros.

19) Programas de cooperación con temáticas específicamente dirigidas a la sanidad transfronteriza promovidos por el Mercosur u otros organismos internacionales.

Las instituciones locales han mostrado su voluntad, su proactividad y creatividad para enfrentar los retos cotidianos de la asistencia sanitaria en las áreas transfronterizas. Han sido capaces de desarrollar un *capital institucional transfronterizo*⁷ relevante, un *know-how* territorial propio que se materializa en los acuerdos, las colaboraciones, los proyectos y las relaciones informales. En este contexto, los estudios realizados por el Instituto Social del Mercosur (ISM) representan un aporte fundamental para diseñar nuevos proyectos y políticas de cooperación sanitaria transfronteriza. Entre los estudios más relevantes se destacan:

- a) *Políticas Sociais no Mercosul-Estrutura dos organismos públicos de oferta dos serviços sociais*: caracterización de la oferta de servicios sociales de los países del Mercosur, la forma de organización y gobernanza, así como su despliegue en el territorio, que describe en detalle los programas ministeriales de los sectores de educación, salud, trabajo, seguridad y asistencia sociales de cada Estado parte (Instituto Social do Mercosul, 2018c).

⁷ Como se ha demostrado en otros contextos transfronterizos, el capital institucional transfronterizo es un requisito fundamental para generar procesos de desarrollo económico local transfronterizo (Berzi, 2017; Berzi & Castañer, 2018).

- b) *Cidadania Social no Mercosul. Acesso a serviços sociais em regiões de fronteira*: presenta una sistematización de los dispositivos jurídicos y administrativos, regionales y nacionales, que impactan directamente en las dinámicas de la frontera. El estudio describe experiencias binacionales y trinacionales de cooperación, como los Comités de Integración y los programas específicos. Asimismo, se realiza un análisis de la situación social encontrada en 13 ciudades fronterizas (Instituto Social do Mercosul, 2018a).
- c) *Integração Social de Fronteira no Mercosul*: revisión bibliográfica, de grupos de investigación y observatorios que se encuentran vinculados al análisis de la integración social de la frontera (Instituto Social do Mercosul, 2018b).

Más allá de estos estudios, resta definir a nivel del Mercosur un mecanismo de cooperación financiera que sostenga las acciones directas en los territorios de frontera con un enfoque regional.

Enfoque de género

20) Escasa atención al enfoque de género en la cooperación sanitaria.

Si bien cada administración desarrolla algún tipo de iniciativa enfocada en un mejor acceso de las mujeres a la asistencia sanitaria, en general, muchos proyectos e iniciativas de cooperación transfronteriza carecen de una perspectiva de género. La salud es quizá el sector donde este enfoque debería ser adoptado en todos los aspectos. Plantear una cooperación sanitaria transfronteriza basada en el enfoque de género contempla varias dimensiones: desde la representación de las mujeres en las organizaciones transfronterizas (mayoritariamente lideradas y compuestas por hombres) hasta la promoción de políticas y acciones transfronterizas dirigidas a cuestiones muy concretas como el derecho a la asistencia al parto y el derecho al embarazo no deseado, la protección y la acogida de las víctimas de violencias domésticas, de abusos, de prostitución y de trata de personas. Además, es importante promover y garantizar el acceso a la salud para las mujeres pertenecientes a minorías étnico-lingüísticas y a colectivos socialmente más vulnerables.

Covid-19 y los cuellos de botella en las fronteras

Durante la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2, las poblaciones fronterizas de los países objeto del estudio han sufrido el cierre de las fronteras nacionales. En el principio, solo se permitían tráficos de mercancías excepcionales entre los países, pero, gracias a la evolución de las relaciones diplomáticas y de la situación sanitaria, las restricciones han ido disminuyendo para algunas fronteras. La libre circulación de personas en la franja transfronteriza representa un factor vital para las relaciones comerciales, familiares y también para garantizar el acceso a la salud. Sin embargo, no ha habido una respuesta unívoca y de mutua colaboración entre los Estados del Mercosur que en cambio se han replegado en la búsqueda de respuestas de carácter nacional. Como consecuencia, en el ámbito del Mercosur se ha asistido, en algunos casos, a la

firma de unos pocos acuerdos bilaterales en la esfera sanitaria, muy innovadores por el tipo de instrumentos y de enfoques utilizados en aquellos casos en donde ya existía una cultura previa de colaboración transfronteriza como las ciudades de Santana do Livramento (Brasil) y Rivera (Uruguay). En la mayoría de los casos, en cambio, las medidas drásticas de limitación de la movilidad transfronteriza han generado protestas por las comunidades locales (instituciones, empresas, asociaciones) que ya no podían acceder a las curas medicas al otro lado de la frontera. Además, se han exacerbado problemas preexistentes, lo que muestra la fragilidad de estos territorios y de la fuerte interdependencia entre territorios fronterizos. En este sentido, podemos afirmar que la pandemia en curso ha tenido un triple efecto en los territorios de frontera:

- 1) *Efecto demostrador de las fragilidades estructurales* de los territorios de frontera como consecuencia del cierre de las fronteras y de los flujos transfronterizos; muchos territorios han acentuado su aislamiento geográfico y socioeconómico dentro del propio país, al sufrir la escasez de recursos, equipamientos y personal sanitario.
- 2) *Efecto de refronterización*, concebido como “el reforzamiento de los principios estatales de la soberanía o a través de cierres temporales o permanentes de las fronteras por medio de prácticas de control, protección o diferenciación” (Giband & Rufí, 2018) que suele afectar, al menos, tres dimensiones:
 - a) recentralización de la toma de decisiones respecto a la gestión de las fronteras y su *hinterland*;
 - b) percepción de las fronteras como perímetro de seguridad y a la zona adyacente en un espacio de riesgo que debilita la visión de integración sociocultural promovida en las últimas décadas; y,
 - c) desvalorización del espacio fronterizo en términos económicos, socioculturales, políticos, ambientales y de salud pública.
- 3) *Efecto acelerador en la cooperación transfronteriza*: ha habido casos de incremento de la actividad de cooperación transfronteriza, tanto formal como informal, sobre todo en aquellos contextos donde las relaciones transfronterizas eran más estables y desarrolladas como la frontera uruguayo-brasileña.

A continuación se han recopilado algunos ejemplos significativos de cómo la pandemia ha afectado positiva o negativamente la movilidad de pacientes en las regiones fronterizas del Mercosur.

Impactos positivos

- 1) Memorándum de entendimiento de cooperación sanitaria entre Uruguay y Brasil:
 - Creación del Centro Binacional de Operaciones de Emergencia (COE).⁸

⁸ El COE ha permitido ampliar la capacidad de acción y respuesta de los municipios fronterizos de los dos países al desarrollar de manera conjunta la vigilancia y la creación de protocolos de prueba para los casos sospechosos, entre otras actividades. Las medidas acordadas en el COE incluyen el suministro conjunto de kits de PCR ante el desabastecimiento en alguna de las localidades, así como el procesamiento de muestras de la contraparte en caso de ser requerido tanto en laboratorios públicos como privados.

- Área de cooperación Santa Ana do Livramento-Rivera hasta un radio de 20 kilómetros de la frontera, entendida como una “unidad epidemiológica indivisible”.⁹
 - Vacunación de los fronterizos que tienen doble ciudadanía en Uruguay, ya este país ha logrado avanzar más que Brasil en los grupos de edad de vacunación.
- 2) Comités de coordinación Barra do Quaraí-Bella Unión y Quaraí-Artigas para crear una única unidad epidemiológica.
 - Reuniones conjuntas para coordinar medidas de salud y la realización de test PCR.
 - Rastreo de casos.
 - 3) CIF de Barracão-Bom Jesus do Sul-Dionísio Cerqueira-Bernardo de Irigoyen:
 - Coordinación sobre vigilancia y control epidemiológico.
 - La participación del municipio argentino ha sido solo de carácter consultivo sobre los datos epidemiológicos.
 - 4) Impulso al proyecto para un nuevo puente internacional entre Puerto Iguazú y Presidente Franco.
 - 5) Aplicación de tecnologías de reconocimiento facial en el paso fronterizo Puente de la Amistad entre Ciudad del Este (Paraguay) y Foz do Iguaçu (Brasil), con el objetivo de aumentar los controles y agilizar los flujos transfronterizos.
 - 6) Inauguración de un nuevo hospital pediátrico en Eldorado, que aumenta la disponibilidad de estructuras sanitarias en este punto fronterizo.
 - 7) Reapertura de la frontera entre Brasil y Paraguay en octubre de 2020 a través de un protocolo de coordinación de controles sanitarios (*Paraguay y Brasil reabrieron sus tres fronteras terrestres tras siete meses de cierre por el coronavirus, 2021*).
 - 8) Incremento de las infraestructuras sanitarias en el departamento fronterizo de Ñeembucú (Paraguay), apoyado por la Entidad Binacional Yacyretá, entre ellas, el nuevo servicio de hemodiálisis en Pilar (*Ñeembucú ya cuenta con su propio servicio de hemodiálisis, mediante inversión del Gobierno nacional y departamental, 2021*).

Impactos negativos

- 1) Divergencia entre Brasil y Argentina para los controles aduaneros a los camiones que cruzan la frontera (Dioniso Cerqueira-Bernardo de Irigoyen).

⁹ Por ejemplo, las actividades de vigilancia epidemiológica y pruebas de hisopado previstas por el gobierno de Uruguay están siendo realizadas por las autoridades locales de la ciudad brasileña como una forma de identificar con mayor agilidad los casos de infectados por COVID-19 y generar así una mayor seguridad epidemiológica para ambos.

- 2) Faltan —en general— sistemas de información conjuntos abiertos al público para consultar la evolución epidemiológica, las estadísticas principales y las medidas adoptadas por cada país, región sanitaria y municipios.
- 3) Falta de cooperación en la triple frontera de Iguazú para repartir hospitalizados, UCI y provisión de fármacos. La situación en Ciudad del Este sigue siendo bastante crítica (*En IPS hay escasez de dos fármacos para tratar a pacientes en terapia*, 2021).
- 4) Iniciativa municipal de Foz do Iguaçu para exigir hisopado (PCR) negativo a los ciudadanos paraguayos que quisieran entrar en la ciudad brasileña (*En Foz exigirán test negativo de Covid-19 a paraguayos*, 2021).
- 5) Protestas por el cierre de la tríplice frontera Puerto Iguazú-Foz Iguaçu-Ciudad del Este.
- 6) Imposibilidad de los pacientes oncológicos de Encarnación para continuar el tratamiento en los hospitales posadeños y consecuentes dificultades de seguir las curas en Paraguay (falta de instalaciones y medicamentos no subvencionados por el sistema sanitario paraguayo).
- 7) Imposibilidad de traslado de pacientes graves por COVID-19 en Posadas y consecuentes desplazamientos en hospitales paraguayos más lejanos, que los expone a un alto riesgo (y a veces al deceso (*Ambulancia trasladaba a karai con covid, chocaron y paciente ñanderejaite*, 2021).
- 8) Poca cooperación binacional con Argentina, por la elección de endurecer las restricciones.

Conclusiones

La movilidad transfronteriza de pacientes representa una cuestión de importancia primaria para los Estados partes del Mercosur. A pesar de los numerosos acuerdos bilaterales y multilaterales entre Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay generados a lo largo de las pasadas décadas permanecen aún varios obstáculos de tipo legal, administrativo, tecnológico, de equipamiento sanitario y de infraestructura que impiden a las comunidades fronterizas el pleno acceso a la asistencia sanitaria. Para intentar superar dichos obstáculos, las autoridades locales y regionales a menudo desarrollan acciones innovadoras de cooperación fronteriza con sus homólogos del otro lado de la frontera. En este artículo han sido identificados veinte obstáculos comunes a todos los territorios fronterizos del Mercosur, aunque cada uno de ellos puede tener un peso distinto o relevancia diferente en función de cada contexto territorial en particular. Para reflejar la complejidad de la cooperación sanitaria transfronteriza y tener una visión más exhaustiva de las causas que limitan a la movilidad transfronteriza de pacientes, los obstáculos han sido catalogados según una tipología que incluye aquellas dificultadas de carácter administrativo, legal, tecnológico, en infraestructura o de políticas de cooperación.

Los cuellos de botella identificados son comunes a la geografía de frontera del Mercosur, por ello se necesitan respuestas regionales. En este sentido, el Acuerdo de Localidades Fronterizas Vinculadas, al ser aprobado en 2019, poco tiempo antes del surgimiento de la pandemia del COVID-19 no ha permitido aún evaluar la funcionalidad de lo propuesto en su articulado para agilizar la movilidad de los pacientes en las zonas de frontera. Este acuerdo ha calado hondo en las poblaciones

fronterizas por lo que, pasada la pandemia, es probable que reclamen una pronta implementación, lo que conlleva un trabajo efectivo en términos parlamentarios y de los ministerios nacionales con competencia para agilizar el movimiento de las personas que viven en la frontera.

La tipología propuesta ha sido también válida, conceptual y metodológicamente, para estudiar parcialmente las consecuencias de la pandemia del COVID-19 en los territorios fronterizos objeto del análisis. En general, la ola pandémica ha tenido un *efecto demostrador* que pone de relieve las fragilidades y asimetrías estructurales de los territorios de frontera, tanto a nivel global como regional. La limitación a la movilidad y el cruce fronterizo, como primera medida para prevenir la extensión del virus, ha sido una medida común a los Estados partes del Mercosur que como resultado ha limitado las interacciones en las zonas de frontera. Si bien aún no es posible determinar si el efecto de la *refronterización* será permanente o solo circunstancial hasta que toda la población acceda a la vacuna, cierto es que la vida social de las fronteras se ha visto sumamente afectada y las comunidades locales han manifestado sus inquietudes ante las posibles dificultades en la atención médica.

El restablecimiento de las relaciones fronterizas y la normalidad de los cruces no puede impedir la necesidad de dar respuesta a los cuellos de botella identificados en cuanto a la movilidad de pacientes en el Mercosur. En este sentido, repensar la integración regional desde la lucha contra el COVID-19 y proyectar el escenario postpandémico es una oportunidad clave para la reducción de asimetrías y fortalecer la titularidad de derechos en el marco del bloque Mercosur.

Referencias

- Ambulancia trasladaba a karai con covid, chocaron y paciente ñanderejaite.* (2021, 2 de febrero). Diario Popular. <https://www.popular.com.py/2021/02/02/ambulancia-trasladaba-a-karai-con-covid-chocaron-y-paciente-nanderejaite/>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Berzi, M. (2017). The cross-border reterritorialization concept revisited: the territorialist approach applied to the case of Cerdanya on the French-Spanish border. *European Planning Studies*, 25(9), 1575-1596. <https://doi.org/10.1080/09654313.2017.1321622>
- Berzi, M. & Castañer, M. (2018). Los Pirineos, entre las políticas europeas y las iniciativas locales de cooperación transfronteriza: el caso de la Cerdeña. *Documents d'anàlisi geogràfica*, 64(3), 529-550. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6601200>
- En Foz exigirán test negativo de Covid-19 a paraguayos.* (2021, 26 de febrero). ABC en el Este. <https://www.abc.com.py/este/2021/02/26/en-foz-exigiran-test-negativo-de-covi-19-a-paraguayos>
- En IPS hay escasez de dos fármacos para tratar a pacientes en terapia.* (2021, 3 de febrero). Última Hora <https://www.ultimahora.com/en-ips-hay-escasez-dos-farmacos-tratar-pacientes-terapia-n2925824.html>
- Giband, D. & Rufí, J. (2018). Los espacios transfronterizos europeos: ¿un objeto geográfico de difícil definición? Una aproximación desde la perspectiva de

- los “soft spaces”. *Documents d’anàlisi geogràfica*, 64(3), 421-441. <https://doi.org/10.5565/rev/dag.520>
- Instituto Social do Mercosul. (2018a). *Cidadania social no Mercosul. Acesso a serviços sociais em regiões de fronteira (Cidadania em fronteira, parte 2)*. <http://www.ismercosul.org/es/biblioteca/download-info/cidadania-social-no-mercosul/>
- Instituto Social do Mercosul. (2018b). *Integração social de fronteira. Referências bibliográficas, grupos de pesquisa e observatórios sobre fronteiras e temas relacionados (Cidadania em fronteira, parte 3)*. <http://www.ismercosul.org/es/biblioteca/download-info/integracao-social-de-fronteira-no-mercosul/>
- Instituto Social do Mercosul. (2018c). *Políticas Sociais no Mercosul. Estrutura dos organismos públicos de ofertas de serviços sociais (Cidadania em fronteira, parte 1)*. <http://www.ismercosul.org/es/biblioteca/download-info/politicas-sociais-no-mercosul/>
- Machado do Oliveira, T. C. (2006). Tipologia das relações fronteiriças: elementos para o debate teórico-práticos. En T. C. Machado do Oliveira (Ed.), *Território sem limites: estudos sobre fronteiras* (pp. 377-408). Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
- Mercosur. (2019, 4 de diciembre). *Acuerdo sobre Localidades Fronterizas Vinculadas* (Dec. 13/19). <https://www.mercosur.int/documento/acuerdo-localidades-fronterizas-vinculadas/>
- Ñeembucú ya cuenta con su propio servicio de hemodiálisis, mediante inversión del Gobierno nacional y departamental. (2021, 27 de enero). Entidad Binacional Yacyretá <https://www.eby.gov.py/2021/01/27/neembucu-ya-cuenta-con-su-propio-servicio-de-hemodialisis-mediante-inversion-del-gobierno-nacional-y-departamental/>
- Oddone, N. (2016). *La paradiplomacia transfronteriza de los gobiernos locales en el Mercosur (2003-2013): una aproximación teórica y práctica* [Tesis de doctorado, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea]. https://www.researchgate.net/profile/Nahuel-Oddone/publication/330398424_LA_PARADIPLOMACIA_TRANSFRONTERIZA_DE_LOS_GOBIERNOS_LOCALES_EN_EL_MERCOSUR_2003-2013_UNA_APROXIMACION_TEORICA_Y_PRACTICA/links/5c3e075e92851c22a3771077/LA-PARADIPLOMACIA-TRANSFRONTERIZA-DE-LOS-GOBIERNOS-LOCALES-EN-EL-MERCOSUR-2003-2013-UNA-APROXIMACION-TEORICA-Y-PRACTICA.pdf
- Oddone, N. & Pauluk, M. (2020). Sem cruzar a fronteira não há integração: Monte Caseros, Bella União e Barra do Quaraí no diálogo regional. En F. J. Ludwig & L. Stremel Barros (Org.), *(Re)Definições das fronteiras: desenvolvimento, segurança e integração* (pp. 49-67). IDESF.
- Paraguay y Brasil reabrieron sus tres fronteras terrestres tras siete meses de cierre por el coronavirus. (2021, 15 de octubre). Infobae. <https://www.infobae.com/america/america-latina/2020/10/15/paraguay-y-brasil-reabrieron-sus-tres-fronteras-de-intercambio-comercial-tras-siete-meses-de-cierre-por-el-coronavirus/>
- Pêgo, B. (Coord.). (2020). *Fronteiras do Brasil: uma avaliação do arco sul* (vol. 5). IPEA/MDR.
- Programación Canal 9 Televida. (2021, 26 de enero). *Casos en salta: ¿qué es el “coronadengue”?* [elnueve.com. https://www.elnueve.com/casos-en-salta-que-es-el-coronadengue](https://www.elnueve.com/casos-en-salta-que-es-el-coronadengue)

Matteo Berzi

Italiano. Doctor en geografía por la Universidad Autónoma de Barcelona y experto en cooperación transfronteriza y en los sistemas de información geográfica. Investigador colaborador del grupo de investigación Análisis y Planificación Territorial y Ambiental de la Universidad de Girona, España. Consultor de la acción de “Cooperación transfronteriza en materia de salud con énfasis en la facilitación de la movilidad de los pacientes” propuesta por el Instituto Social del Mercosur al Programa para el fortalecimiento de la cohesión social en América Latina (EUROSociAL+). Líneas de investigación: cooperación transfronteriza en la Unión Europea en temas de salud, transporte, gobernanza y desarrollo local. Publicación reciente: Berzi, M. & Durà, A. (2021). La coopération transfrontalière en matière sanitaire dans l’UE à travers le cas emblématique de l’Hôpital de Cerdagne (Pyrénées). En F. Moullé & B. Reitel (Eds.). *Maillages et interfaces, les enjeux territoriaux de la santé* (pp. 79-96). Presses universitaires de Bordeaux.

Marcos Aurélio Matos Lemões

Brasileño. Becario Capes del Programa Nacional de Posdoctorado en Enfermería por la Universidad Federal de Pelotas, Brasil, y doctor en ciencias con énfasis en enfermería (UFPel). Integrante del Grupo de Trabajo de Educación Popular y Salud de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva. Consultor de la acción de “Cooperación transfronteriza en materia de salud con énfasis en la facilitación de la movilidad de los pacientes” propuesta por el Instituto Social del Mercosur al Programa para el fortalecimiento de la cohesión social en América Latina (EUROSociAL+). Líneas de investigación: Salud pública; salud colectiva, organización de los servicios de salud en fronteras. Publicación reciente: Matos Lemões, M., Lange, C., Antunes Machado, R., ... Díaz Ocampo, A. (2021). Cross-border between Brazil-Uruguay: power in health production by municipal management. *Research & Reviews: Journal of Nursing & Health Sciences*, 7(5).

Nahuel Oddone

Argentino. Doctor en estudios internacionales por la Universidad del País Vasco/Euskal Erriko Unibertsitatea. Jefe de Promoción e Intercambio de Políticas Sociales del Instituto Social del Mercosur, con sede en Paraguay e investigador asociado de United Nations University en el Institute on Comparative Regional Integration Studies con sede en Bélgica. Líneas de investigación: fronteras, cooperación descentralizada y paradiplomacia, cadenas de valor y procesos de integración regional latinoamericanos. Las opiniones aquí expresadas son de estricto carácter personal y pueden no reflejar las de su institución de pertenencia. Publicación reciente: Oddone, N. & Coletti, R. (2021). COVID-19 and borders within regional integration processes: a multi-level governance analysis in the EU and Mercosur. En T. Esposito (Ed.), *União Europeia: visões do Sul* (pp. 35-56). Editora IDESF/UFGD/EU/Ministério de Defesa/Capes.