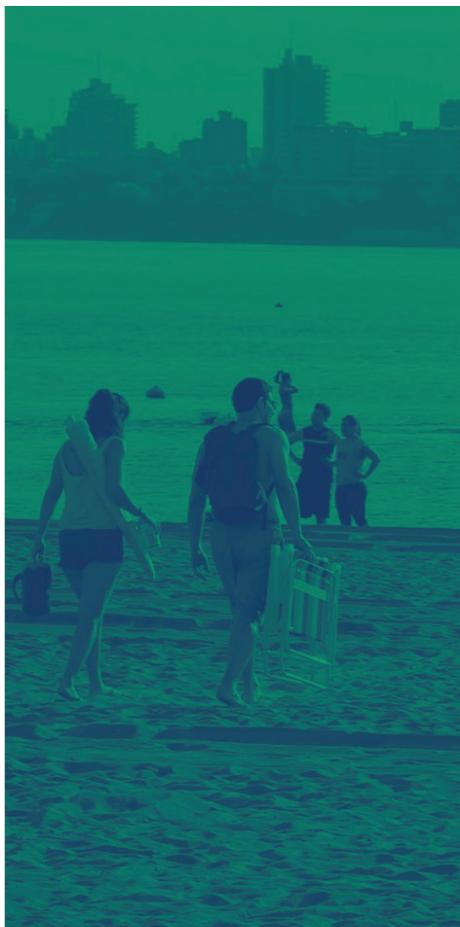




**MERCOSUR**  
ISM  
Instituto Social  
del Mercosur



Financiado por  
la Unión Europea



# **Cooperación Transfronteriza en Salud en el MERCOSUR**

## **Desafíos, experiencias y propuesta de protocolo**





**MERCOSUR**  
ISM  
Instituto Social  
del Mercosur



Financiado por  
la Unión Europea

# **Cooperación Transfronteriza en Salud en el MERCOSUR**

## **Desafíos, experiencias y propuesta de protocolo**



© Instituto Social del MERCOSUR y EUROsociAL+

### **Consultoría**

Informe elaborado por Matteo Berzi, con el apoyo de Alejandra Fantin, Marco Aurelio Lemoes y Nahuel Oddone. Se agradecen los comentarios de Ainara Aguirre, José María Cruz, Bárbara Gómez Valcárcel y Sonia González Fuentes.

### **Edición y Diagramación**

Renan Schlup Xavier

Los Estados Partes del MERCOSUR y Asociados y sus instituciones pueden reproducir esta publicación sin autorización previa, debiendo mencionar siempre el Instituto Social del MERCOSUR y el Programa de la Unión Europea para la Cohesión Social en América Latina (EUROsociAL+) como fuente.

La presente publicación ha sido elaborada con el apoyo financiero de la Unión Europea. Su contenido es responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente refleja los puntos de vista de la Unión Europea.

Edición no venal.

**Instituto Social del MERCOSUR y EUROsociAL+  
Cooperación Transfronteriza en Salud - Desafíos, experiencias y  
propuesta de protocolo.** Octubre, 2021. 122 páginas.

### **Instituto Social del MERCOSUR**

Avenida Santa Teresa 2763 c/ Denis Roa

Asunción, Paraguay

**[www.ismercosur.org](http://www.ismercosur.org)**

### **Programa EUROsociAL+**

Calle Almansa 105, Segundo piso izquierda, 28040

Madrid, España

**<https://eurosociatal.eu/>**

### **Fotos:**

Tapa: ISM

Bruno Larghero (III Conc. Imágenes, SM)

## Índice

<b>Presentación .....</b>	<b>7</b>
<b>Apresentação .....</b>	<b>9</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>11</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>15</b>
 <b>INFORMES</b>	
 <b>Informe I</b>	
Los cuellos de botella identificados en las áreas fronterizas del MERCOSUR para la movilidad de pacientes .....	19
 <b>Informe II</b>	
Las buenas prácticas en las áreas fronterizas de la Unión Europea sobre la movilidad de pacientes y la salud .....	43
 <b>Informe III</b>	
Identificación de las experiencias e instituciones a visitar en zonas de la Unión Europea .....	73

## PROTOCOLOS

### Español

Propuesta de protocolo de cooperación para impulsar la cooperación sanitaria en las zonas de frontera del MERCOSUR y remover obstáculos a la movilidad de pacientes ..... 83

### Português

Proposta de protocolo para promover a cooperação em saúde nas áreas de fronteira do MERCOSUL e remover obstáculos à mobilidade de pacientes ..... 103

## Presentación

La salud se expresa históricamente en un contexto fuertemente influenciado por variables sociales, políticas y económicas. Considerando estos aspectos, el compromiso del sector Salud con el desarrollo social de los países es fundamental para que los ciudadanos tengan dignidad y el derecho a acceder a los servicios de salud desde la atención primaria a otros niveles de atención. La idea central converge en que la equidad en salud solo se implementará plenamente cuando se superen las persistentes desigualdades sociales en los países.

El MERCOSUR trabaja desde hace más de 30 años con el objetivo de otorgar a sus habitantes derechos que tiendan a la ciudadanía plena, la protección para todos los grupos de edad y el desarrollo de acciones de salud basadas en la cooperación reconocidas por los Estados miembros. A pesar de los avances logrados durante estas décadas, sabemos que aún queda un largo camino por recorrer para que seamos un bloque que de manera conjunta produzca decisiones políticas que impacten en las condiciones de vida y la salud de las poblaciones.

Considerando la magnitud de las acciones y programas de salud que se desarrollan en los países que integran el bloque, se entiende que la movilidad de los pacientes en la frontera puede presentar elementos similares y/o diferenciados, tomando en cuenta las particularidades de los municipios, la integración de las ciudades de frontera, así como la gestión de la salud local y regional, que pueden habilitar estructuras locales de atención de la salud, y políticas de salud pública en una perspectiva transfronteriza.

Para comprender estas dinámicas y estrategias de los flujos de pacientes en el MERCOSUR, se desarrollaron estudios con el propósito de reconocer las prácticas de gestión en salud en los municipios fronterizos de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, en base a ello, describir los principales cuellos de botella en la atención, que aún ocurren para la movilidad de los pacientes, así como identificar y sistematizar buenas prácticas y experiencias exitosas que puedan promover una atención de salud basada en la eficiencia y que sea relevante para los países miembros del MERCOSUR y que abarquen las prioridades de salud de la población. Este estudio fue realizado por el Instituto Social del MERCOSUR en alianza con el Programa de la Unión Europea, EUROsociAL+.

Debido a la crisis global de salud con la pandemia COVID-19, esta investigación se realizó en línea de manera digital, principalmente por sus ventajas, que incluyen evitar el contacto físico, viajes y reuniones presenciales, menores costos, rapidez y la capacidad para llegar a poblaciones específicas que pudieran demarcar y señalar la situación de los flujos de pacientes en los municipios fronterizos.

Con base en el protocolo presentado en este documento, se pretende avanzar en las propuestas de cooperación entre los países, con el objetivo de superar los obstáculos descritos y posibilitar la movilidad de los pacientes en los Estados miembros, apostando por la implementación de propuestas, que sean directamente consistentes con la operatividad de los sistemas de salud de los diferentes países que conforman el MERCOSUR.

**Juan Miguel González Bibolini**  
Director Ejecutivo  
Instituto Social del MERCOSUR

## Apresentação

A saúde historicamente expressa-se em um contexto fortemente influenciado por variáveis sociais, políticas e econômicas. Considerando estes aspectos, o compromisso do setor “Saúde” com o “Desenvolvimento Social” dos países situa-se em questões primordiais para que os cidadãos tenham dignidade e direito ao acesso aos serviços de saúde desde a atenção primária até os demais níveis de atenção. A ideia central converge que a equidade em saúde só será plenamente efetivada quando as persistentes desigualdades sociais dos países forem superadas.

O MERCOSUL trabalha há mais de 30 anos com a perspectiva que visa conceber aos seus habitantes direitos que tendem para uma cidadania plena, de proteção a todos os grupos etários e no desenvolvimento de ações de saúde baseada na cooperação que sejam reconhecidas pelos Estados membro. Apesar dos avanços conquistados durante estas décadas, sabemos que ainda há um longo caminho para sermos um bloco que produz conjuntamente decisões políticas que impactam as condições de vida e saúde das populações.

Considerado a magnitude de ações e programas de saúde desenvolvidos nos países que compõem o bloco, entende-se que as mobilidades de pacientes em fronteira podem demonstrar elementos similares e/ou distintos, levando em consideração as particularidades dos municípios, integração de cidades de fronteira, assim como da gestão de saúde local e regional, que podem possibilitar estruturas locais de atenção à saúde, e políticas públicas de saúde na perspectiva transfronteiriça.

Para compreender estas dinâmicas e estratégias de fluxos de pacientes no MERCOSUL foram desenvolvidos estudos que tiveram como propósito reconhecer as práticas de gestão de saúde nos municípios fronteiriços dos países Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, a partir deste, descrever os principais gargalos assistenciais que ainda ocorrem para a mobilidade de pacientes, assim como identificar e sistematizar boas práticas e experiências exitosas que possam promover a atenção à saúde com base na eficiência e que seja relevante para os países membros do MERCOSUL e que abarquem as prioridades de saúde das populações. Este estudo foi conduzido pelo Instituto Social do MERCOSUL em parceria com o Programa EUROsociAL+.

Devido à crise sanitária que abarcou o mundo com a pandemia do COVID-19, este inquérito foi realizado por meio digital *online*, principalmente devido às suas vantagens, entre as quais figuram evitar o contato físico, deslocamentos e reuniões presenciais, os menores custos, rapidez e a capacidade de atingir populações específicas, que pudessem demarcar e apontar a situação de fluxos de pacientes em municípios fronteiriços.

A partir deste protocolo apresentado neste documento pretende-se avançar nas propostas de cooperação entre os países aspirando sobrepujar obstáculos descritos e possibilitar mobilidade de pacientes nos Estados membros, apostando na implementação de propostas que estejam diretamente condizentes com as operatividades dos sistemas de saúde dos distintos países que compõem o MERCOSUL.

**Juan Miguel González Bibolini**

Diretor Executivo

Instituto Social do MERCOSUL

## Introducción

La salud es un valor atemporal, por lo tanto, los países deben generar condiciones de salud y buen vivir para las poblaciones que buscan un desarrollo sustentable anclado en los distintos determinantes de la salud, con cierto énfasis en lo social, con miras a definir acciones efectivas para mejorar la salud de las poblaciones en diferentes situaciones de vulnerabilidad. Durante décadas, las Naciones Unidas (ONU), en diversas resoluciones, y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en programas de apoyo, han definido metas programáticas e intervenciones globales en salud.

El objetivo de la OMS es la adquisición, por parte de todos los países, del más alto nivel de salud posible. El desarrollo saludable en todas las etapas de la vida también incluye extender los beneficios del conocimiento en salud a todos los pueblos, haciéndolos imprescindibles para alcanzar el más alto nivel de salud, y así tomar las medidas adecuadas para abordar los problemas de salud prioritarios de cada país.

Los desafíos del sector salud, de hecho, son enormes, en una evolución basada en el respeto de valores fundamentales como la solidaridad, la equidad, la ética, la justicia y los derechos humanos sin disociar entre sí ni la salud ni la dignidad y el valor de la persona humana. Por lo tanto, la justicia social debe estar en el centro de los esfuerzos para alcanzar niveles adecuados para satisfacer las necesidades de salud de cada país. En contextos de exclusión y creciente desigualdad, existe la demanda de intensificar las acciones para garantizar que todas las personas, sin discriminación, puedan acceder a oportunidades para mejorar su vida y su salud.

Vale la pena considerar que las experiencias cotidianas en los contextos fronterizos estudiados también implican representaciones de género, con implicaciones en la vida y la salud de las mujeres, y de niñas y adolescentes. En este contexto, solo a partir de considerar las tareas de cuidado de niños y niñas, de la pareja, las actividades del hogar y laborales, puede considerarse la capacidad real de acceso a la salud por parte de la mujer. Las mujeres, al ejercer en muchos espacios el papel de cuidadoras, tienden a descuidar su salud en detrimento de las relaciones familiares, sociales, económicas y culturales que afectan su

vida cotidiana. Es por ello que la prestación de servicios en el ciclo de atención salud-enfermedad-cuidado-salud de las mujeres es clave tomar en cuenta su realidad socio-económica y la carga específica de cuidado que ellas enfrentan. A su vez, es muy importante considerar las diferentes etapas del ciclo de vida las mujeres ya que requieren de un proceso de acompañamiento y atención distintos, así como la construcción de una nueva relación de ellas con su propio cuerpo, que pueda también abarcar cada una de sus etapas de vida, despojada de restricciones culturales que puedan afectar su autocuidado.

En América Latina, Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay firmaron el Tratado de Asunción en 1991 para la creación de un mercado común entre los países, denominado Mercado Común del Sur - MERCOSUR. A lo largo de estos 30 años de existencia, la frontera se ha visto desde diferentes perspectivas en diferentes momentos.

En el pilar social, el MERCOSUR busca promover la articulación de políticas públicas regionales, relacionadas con temas como la erradicación del hambre y la pobreza, la educación universal y la salud pública, y la valoración y promoción de la diversidad cultural, entre otros. Para garantizar estos derechos se crearon Subgrupos de Trabajo como el SGT-10 Relaciones Laborales, Empleo y Seguridad Social, el SGT-11 Salud y el Sector Educativo del MERCOSUR.

El SGT-11 Salud, creado por Resolución GMC nº. 151/96, tiene como objetivo armonizar la legislación de los Estados Partes en materia de bienes, servicios, materias primas y productos en el área de la salud, así como los criterios de vigilancia epidemiológica y control sanitario. Este Subgrupo de Trabajo definió una agenda de negociación común para todos los Estados Parte, la cual es llevada a cabo por las Coordinaciones Nacionales, Comisiones, Subcomités y Grupos Ad Hoc. Hay tres Comisiones que conforman la estructura del SGT-11 Salud: (1) Comisión de Productos para la Salud; (2) Comisión de Vigilancia en Salud; y (3) Comisión de Prestación de Servicios de Salud, esta última compuesta por tres Subcomisiones: Subcomisión de Servicios de Salud, Subcomisión de Evaluación y Uso de las Tecnologías en Servicios de Salud y Subcomisión de Desarrollo y Ejercicio Profesional.

Las regiones fronterizas son mucho más que un espacio territorial demarcado y deben ser vistas como un lugar de integración social, estrechamente ligadas a las personas que las habitan. Es necesario considerar las similitudes y diferencias de los pueblos que habitan estas regiones, y también la nueva cultura que se forma con estas múltiples relaciones transfronterizas.

A fines de la década de 1990 y principios de la de 2000, debido a las crisis cambiarias y financieras, surge la discusión de los aspectos sociales, políticos, participativos y distributivos, que apuntan a la integración fronteriza. Estas discusiones se dan, principalmente, con la creación del Grupo *Ad Hoc* de Integración Fronteriza, en 2002, y posteriormente con el Consenso de Buenos Aires, en 2003. A partir de la década del 2000 se crearon varios foros y grupos para acompañar la integración fronteriza, que establecen planes y acciones orientadas a la estructura y la convivencia social. Estos programas se instituyen hasta el día de

hoy con el objetivo de elevar la calidad de vida, la infraestructura y combatir la pobreza y el desempleo entre la población de estas regiones (NETO; PENHA, 2016).

Las personas que viven en este espacio ven la frontera como su hogar, donde se desarrolla su cotidianidad, sus ritmos, sus relaciones afectivas, y de esta manera, elaboran sus propias concepciones de la vida social, apoyándose en este "cruce", y re-significar constantemente lo que se entiende por frontera a través de la sociabilidad en este entorno que se considera único y ampliado por el vivir (RODRIGUES, 2015). Según Cardia (2009), las denomina "fronteras sociales" para referirse a las relaciones entre grupos que viven en los límites geográficos de los Estados y agrega además que la interacción social define otros límites, no necesariamente coincidiendo con divisiones político-administrativas. Para Nogueira (2007), a pesar de las distintas concepciones de las fronteras, todas confluyen en la referencia al lugar de residencia y existencia de sus habitantes, un lugar de demarcación de diferencias.

Los límites son decisivos porque constituyen el escenario geográfico y espacial en el que se produce la movilidad del paciente. La atención se ha centrado en los movimientos a través de las fronteras internacionales, es decir, entre dos países que comparten una frontera común. Cuando las fronteras internacionales separan a dos países vecinos, en ocasiones también constituyen una realidad, es decir, atraviesan una región y/o comunidad que, a pesar de estar separada por una frontera, vive este espacio como una entidad (GLINOS; BAETEN, 2006).

Además, las fronteras representan una separación entre dos sistemas de salud distintos, por lo que cuando un paciente cruza de un sistema a otro, los procedimientos de acceso para obtener atención médica en otro país pueden verse como un puente administrativo entre dos sistemas. El campo de estudio de la Diplomacia en Salud se ha destacado dentro de las agendas de política internacional y exterior de los Estados, especialmente en un contexto marcado por la evolución del concepto de desarrollo sostenible y por el reciente escenario de una pandemia global (ALVARENGA et al, 2021).

Al respecto, el Instituto Social del MERCOSUR, sensible a las condiciones sanitarias presentes en el panorama del bloque, se esforzó por reconocer los elementos que inciden en la movilidad de los pacientes en los Estados Partes. Las actividades de campo de los asesores técnicos se enfocaron en un análisis preliminar de la dinámica de las regiones fronterizas con la revisión e identificación de políticas públicas de salud para la región, así como entrevistas con actores sociales que podrían indicar de manera más confiable la realidad que encierra la movilidad de pacientes.

Por lo tanto, para calificar mejor los resultados, se decidió contactar y entrevistar a líderes regionales con experiencia y conocimiento sobre el flujo de pacientes, salud y fronteras. Las entrevistas fueron guiadas por un guión orientado a plantear los principales cuellos de botella de la atención que influyen en el flujo transfronterizo de pacientes y acciones que pueden considerarse innovadoras, con potencial para ser calificadas como buenas

prácticas que permiten la cooperación entre países con el fin de promover la movilidad de pacientes.

Los encuestados fueron seleccionados por su desempeño y divididos en bloques de interés según su actividad, distribuyéndose en: gestores municipales de salud, investigadores de salud y fronteras, gestores regionales y centros de apoyo a las acciones en fronteras y secretarías de salud estatales. En este esfuerzo colaborativo para recolectar datos en tiempos de la pandemia COVID-19, se eligió una encuesta en línea. Las preguntas se organizaron en bloques por función de los participantes y todos tuvieron la opción inicial de leer el formulario de consentimiento libre e informado y luego de esta lectura, marcar su aceptación para participar en la investigación.

El siguiente paso fue la consolidación de datos, culminando con un protocolo de movilidad de pacientes para el MERCOSUR, que es presentado en esta publicación. Este protocolo se centra en las tipologías de obstáculos descritos como: legales; administrativo; gobernanza; accesibilidad física; oferta de salud; disponibilidad y accesibilidad de datos; comunicación, información y digitalización; programa de cooperación; y político.

Reconociendo su rol estratégico en la difusión y generación de insumos para los Estados Miembros, el Instituto Social del MERCOSUR presenta la propuesta de protocolo con la intención de promover la capacidad técnica de los Ministerios y Cancillerías para avanzar en la resolución de los cuellos de botella para el diseño de nuevas políticas de salud en frontera dentro de nuestro bloque regional.

**Nahuel Oddone y Marcos Aurélio Matos Lemões**

## Introdução

A saúde é um valor atemporal, portanto, os países devem gerar condições de saúde e bem viver às populações buscando o desenvolvimento sustentável ancorado nos diversos determinantes da saúde, com alguma ênfase nos sociais, na perspectiva de definir ações eficazes para melhorar a saúde das populações em distintas situações de vulnerabilidades. Há décadas, a Organização das Nações Unidas (ONU), em diversas resoluções, e a Organização Mundial da Saúde (OMS), em programas de apoio, têm definido objetivos programáticos e intervenções globais em saúde para um mundo melhor para todos e todas.

O objetivo da OMS é a aquisição, por todos os países, do nível de saúde mais elevado que seja possível. Também o desenvolvimento saudável em todas as fases da vida inclui a extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos em saúde, tornando-os essenciais para atingir o mais elevado nível sanitário, e deste modo, assumindo de fato medidas adequadas aos problemas prioritários de saúde de cada país.

Os desafios do setor saúde, efetivamente, são enormes, em uma evolução baseada no respeito por valores fundamentais como a solidariedade, equidade, ética, justiça e direitos humanos sem dissociar entre si nem da saúde ou da dignidade e valor da pessoa humana. Desta forma, a justiça social deve estar no centro dos esforços para alcançarmos patamares adequados a suprir as necessidades em saúde de cada país. Em contextos de exclusão e a desigualdade em ascensão, há uma demanda para intensificar as ações a fim de assegurar que todas as pessoas, sem discriminação, sejam capazes de aceder a oportunidades para melhorar suas vidas e a saúde.

Vale lembrar que as vivências cotidianas nos contextos fronteiriços estudados envolvem também representações de gênero, com implicações para a vida e a saúde das mulheres e das meninas e adolescentes. Nesse contexto, somente considerando as tarefas de cuidar dos filhos, do casal, das atividades do lar e do trabalho, pode-se considerar a real capacidade de acesso à saúde pelas mulheres. As mulheres, exercendo o papel de cuidadoras em diversos espaços, tendem a negligenciar sua saúde em detrimento das relações familiares, sociais, econômicas e culturais que afetam seu cotidiano. É por isso que a prestação de

serviços no ciclo saúde-doença-atenção-saúde das mulheres é fundamental para levar em consideração sua realidade socioeconômica e a carga específica de cuidados que enfrentam. Ao mesmo tempo, é muito importante considerar as diferentes etapas do ciclo vital da mulher, pois requerem um processo diferente de acompanhamento e atenção, bem como a construção de uma nova relação entre elas e seu próprio corpo, que também pode englobar cada uma de suas etapas de vida, despojadas de restrições culturais que possam afetar seu autocuidado.

Na América Latina, Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, assinam em 1991 o Tratado de Assunção para a criação de um mercado comum entre os países, denominado Mercado Comum do Sul – MERCOSUL. Ao longo desses 30 anos de existência, a fronteira é vista sob diferentes óticas em diferentes épocas.

No pilar social, o MERCOSUL busca promover a articulação de políticas públicas regionais, relacionadas a temas como fome e erradicação da pobreza, universalização da educação e da saúde pública, e valorização e promoção da diversidade cultural, entre outros. Com a finalidade de assegurar esses direitos que Subgrupos de Trabalho foram criados, como o SGT-10 Relações de Trabalho, Emprego e Seguridade Social, o SGT-11 Saúde e o Setor Educacional do MERCOSUL.

O SGT-11 Saúde, criado pela Resolução GMC nº. 151/96, tem como designio a harmonização das legislações dos Estados Partes no que se referem aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da saúde, como também os critérios para a vigilância epidemiológica e o controle sanitário. Esse Subgrupo de Trabalho definiu para todos os Estados Partes uma pauta negociadora comum, cujo cumprimento é efetuado pelas Coordenações Nacionais, Comissões, Subcomissões e Grupos *Ad Hoc*. São três Comissões que compõem a estrutura do SGT-11 Saúde: (1) Comissão de Produtos para a Saúde; (2) Comissão de Vigilância em Saúde; e (3) Comissão de Serviços de Atenção à Saúde, esta última composta por três Subcomissões: Subcomissão de Serviços de Saúde, Subcomissão de Avaliação e Usos das Tecnologias em Serviços de Saúde e a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional.

As regiões de fronteiras são muito mais que um espaço territorial demarcado e devem ser vistas como local de integração social, intimamente ligada às pessoas que ali vivem. É preciso considerar as semelhanças e diferenças dos povos que habitam essas regiões e, ainda, a nova cultura que se forma com essas múltiplas relações transfronteiriças.

Ao final dos anos 1990 e início dos anos 2000, devido a crises cambiais e financeiras, é que surge a discussão de aspectos sociais, políticos, participativos e distributivos, visando a integração fronteiriça. Essas discussões se dão, principalmente, a partir da criação do Grupo *Ad Hoc* sobre Integração Fronteiriça, em 2002 e posteriormente com o Consenso de Buenos Aires, em 2003. A partir da década de 2000, então, são criados diversos fóruns e grupos para acompanhar a integração fronteiriça, os quais estabelecem planos e ações direcionados à estrutura e harmonia social. Esses programas são instituídos até os dias

de hoje objetivando a elevação da qualidade de vida, infraestrutura e combate à pobreza e desemprego da população dessas regiões (NETO; PENHA, 2016).

As pessoas que vivem neste espaço olham a fronteira como a sua morada, onde acontece o seu cotidiano, seu ritmo, suas relações de afetividade, e deste modo, elaboram suas próprias concepções da vida social contando com este “cruzar”, e ressignificam constantemente o que se entende por fronteira por meio da sociabilidade neste ambiente que é considerado único e ampliado pelo viver (RODRIGUES, 2015). Segundo Cardia (2009) denomina de “fronteiras sociais” para referir-se às relações entre grupos que convivem nos limites geográficos dos Estados e ainda acrescenta que a interação social define outros limites, não necessariamente coincidentes com as divisões político-administrativas. Para Nogueira (2007), em que pese as diferentes concepções de fronteira, todas convergem à referência de lugar de moradia e de existência de seus habitantes, um lugar de demarcação de diferenças.

As fronteiras são decisivas porque constituem o cenário geográfico e espacial em que as mobilidades de pacientes ocorrem. O foco tem sido nos movimentos através das fronteiras internacionais, ou seja, entre dois países que compartilham uma fronteira comum. Quando fronteiras internacionais separam dois países vizinhos, às vezes também constituem uma realidade, ou seja, eles percorrem uma região e/ou comunidade que apesar de estar separada por uma fronteira vivenciam este espaço como uma entidade (GLINOS; BAETEN, 2006).

Além disso, as fronteiras representam uma separação entre dois sistemas de saúde distintos, deste modo, quando um paciente cruza de um sistema para o outro, os procedimentos de acesso para obtenção de cuidados de saúde em outro país podem ser vistos como uma ponte administrativa entre dois sistemas. O campo de estudo da Diplomacia da Saúde vem se destacando dentro das agendas internacionais e da política externa dos Estados, sobretudo em um contexto marcado pela evolução do conceito de desenvolvimento sustentável e pelo recente cenário de pandemia global (ALVARENGA *et al*, 2021).

Neste sentido, o Instituto Social do MERCOSUL, sensível às condições sanitárias que se apresentavam no panorama do bloco, empenhou-se em reconhecer os elementos que incidem na mobilidade de pacientes nos Estados parte. As atividades de campo de assessores técnicos se voltam a uma análise preliminar das dinâmicas das regiões de fronteira com a revisão e identificação de políticas públicas de saúde para a região, além de entrevistas com atores sociais que indicassem de forma mais fidedigna a realidade que abarca a mobilidade de pacientes.

Para tanto, com a finalidade de melhor qualificar os resultados, optou-se por contatar e entrevistar lideranças regionais com atuação e conhecimento relativa ao fluxo de pacientes, saúde e fronteiras. As entrevistas foram orientadas por um roteiro voltado a levantar os principais gargalos assistenciais que influenciam no fluxo transfronteiriço de pacientes e as ações que podem ser consideradas inovadoras, com potencial para ser descritas como

boas práticas que permitam a cooperação entre os países no intuito de promover a mobilidade de pacientes.

Os entrevistados foram selecionados em razão de sua atuação e divididos em blocos de interesse conforme sua atividade, sendo distribuídos em: gestores municipais de saúde, pesquisadores da área de saúde e fronteiras, gestores regionais e núcleos de apoio a ações em fronteiras e secretários estaduais de saúde. Neste esforço colaborativo para a coleta de dados em tempos de pandemia do COVID-19, optou-se por uma pesquisa por formulário *online*. As questões foram organizadas em blocos por função dos participantes e todos tinham a opção inicial de ler o termo de consentimento livre e esclarecido e após esta leitura assinalar seu aceite em participar da pesquisa.

Na etapa seguinte houve a consolidação dos dados culminando em um protocolo de mobilidade de pacientes para o MERCOSUL que é apresentado neste documento. Este protocolo incide em tipologias dos obstáculos descritos como: legais; administrativos; governança; acessibilidade física; oferta sanitária; disponibilidade e acessibilidade aos dados; comunicação, informação e digitalização; programa de cooperação; e político.

Reconhecendo o seu papel estratégico para divulgação e geração de subsídios aos Estados membros, o Instituto Social do MERCOSUL apresenta a proposta de protocolo na intencionalidade de promover capacidade técnica a Ministérios e Chancelarias para avançar na resolução de gargalos para o desenho de novas políticas de saúde em fronteira dentro de nosso bloco regional.

**Nahuel Oddone e Marcos Aurélio Matos Lemões**

## Informe I

**Los cuellos de botella identificados en las áreas fronterizas del MERCOSUR para la movilidad de pacientes**

Este primer Informe<sup>1</sup> tiene como objetivo identificar a los cuellos de botella que afectan a la movilidad transfronteriza de pacientes entre los países del MERCOSUR – Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. Para ello, se han considerado dos tipologías de fuentes. Por un lado, los insumos elaborados por los consultores locales y por otro, informaciones actualizadas que han sido recopiladas a partir de noticias de prensa, páginas *web* institucionales y documentación adicional proporcionada por el Instituto Social del MERCOSUR (ISM) y los consultores locales.

Como resultado, han sido identificadas nueve categorías y veinte obstáculos específicos, pertenecientes a siete áreas temáticas (**Tabla 1**). Para cada obstáculo, se resume el problema detectado y se hace referencia a algunos casos concretos. Una atención específica se ha puesto también sobre el efecto que está teniendo la pandemia de COVID-19 en la movilidad transfronteriza de pacientes y en la cooperación sanitaria.

Finalmente, se han destacado tanto las buenas prácticas como las dificultades más relevantes (debidas a la falta de cooperación institucional). De acuerdo con la filosofía de EUROsociAL+ y del ISM, se ha incluido la perspectiva de género tanto en el enfoque metodológico (en la detección de los cuellos de botella, en la búsqueda de buenas prácticas y en las personas entrevistadas) como en la fase propositiva que seguirá a continuación.

---

1 Informe correspondiente al Producto 1 “*Documento de identificación de los principales cuellos de botella legales administrativos, financieros y tecnológicos que obstaculizan la movilidad de paciente en zonas de fronteras del Mercosur, incluyendo también aquellas que pudiesen haber emergido en el contexto de COVID19*” del Acuerdo de Colaboración entre ARFE y el Dr. Matteo Berzi, enmarcado dentro del Convenio ARFE y EUROsociAL+ – Servicios de asistencia técnica, orientados a la identificación de los principales cuellos de botella que obstaculizan la movilidad de pacientes y la atención sanitaria eficiente en las zonas de frontera del MERCOSUR.

**Tabla 1: 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
<b>Ciudadanía y Derecho al Acceso a la salud</b>	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 reside al otro lado de la frontera
	3) Reembolso de gastos sanitarios
	4) Medicamentos no disponibles en un lado de la frontera al ser atendido en el país vecino
<b>Traslado de pacientes</b>	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
<b>Profesionales de la salud</b>	7) Invalidez de las prescripciones médicas emitidas por un médico o un hospital de un lado de la frontera y no 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
<b>Accesibilidad e Infraestructuras</b>	9) Carencia de equipamientos sanitarios, sobre todo de alta complejidad y calidad
	10) Carencia de infraestructuras viarias y de servicios de transporte públicos regulares
	11) Repatriación de los cadáveres (expolias)
<b>Intercambio de informaciones, vigilancia y comunicación</b>	12) Discontinuidad en la vigilancia y en control de las enfermedades transmisibles
	13) Falta 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 de tecnología en la prestación de servicios
	16) Necesidad de un enfoque conjunto e integrado de la asistencia sanitaria en el territorio transfronterizo, compartiendo compras, financiaciones y contrataciones
	17) Comunicación e información de la población sobre los acuerdos y procedimientos

<b>Soporte a la cooperación local y regional</b>	18) Falta de apoyo a las administraciones locales para emprender y mantener acciones de cooperación transfronteriza en ámbito sanitario 19) Programas de cooperación transfronteriza con temáticas específicamente dirigidas a la sanidad transfronteriza, promovidas por MERCOSUR u otros organismos internacionales
<b>Enfoque de género</b>	20) Escasa atención al enfoque de género en la cooperación sanitaria

## Marco territorial

Las regiones transfronterizas 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 dinámicas que contribuyen de forma importante en la economía de los Estados miembros. Como ha sido remarcado por los consultores locales, es posible identificar “secciones transfronterizas” binacionales o transnacionales con características demográficas, socioeconómicas y geográficas propias. Sin embargo, 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;
- Áreas urbanas trinacionales;
- Predominancia de fronteras fluviales;
- Conexiones transfronterizas a través de (pocos) puentes internacionales;
- Corredores de transporte de largos recorrido (como el corredor bioceánico)
- Asimetrías institucionales regionales y locales, debido al diferente grado de descentralización administrativa de los Estados miembros;
- Presencia de comunidades indígenas;
- Asimetrías territoriales: oferta sanitaria, comercial y laboral desiguales entre un lado y otro de la frontera, generadoras de flujos (complementariedad territorial).

A lo largo de los años, se han desarrollado las relaciones entre las comunidades fronterizas, que se manifiestan a través de los intercambios económicos, los lazos sociales y familia-

res, de la cooperación informal entre las autoridades de un lado y del otro. Se ha definido así una identidad y **una manera transfronteriza de vivir y de enfrentar a los retos cotidianos** y los obstáculos que limitan la integración transfronteriza. 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 podido abrir el camino hacia una mayor integración de las franjas transfronterizas de los países miembros. Es importante remarcar que la existencia de experiencias previas de cooperación transfronteriza (a todas las escalas), de relaciones informales entre las instituciones locales y la presencia de ejes de transporte internacionales (como el *corredor biopacífico*), representan factores “palanca” para superar los obstáculos existentes. Estos tres elementos han tenido un papel importante en la actual crisis pandémica.

Efectivamente, la mayoría de los casos de éxitos han tenido lugar donde había sólidas experiencias de cooperación, un marco legal bi-trilateral desarrollado, flujos internacionales importantes y buenas relaciones entre las administraciones locales. Sin embargo, aún quedan muchos cuellos de botella que se resumen en el siguiente apartado.

## Tipologías de obstáculos

Los obstáculos a la movilidad transfronteriza de pacientes en las áreas fronterizas del MERCOSUR son la manifestación de disfunciones de tipo administrativo, legal, tecnológico, infraestructural o de las políticas de cooperación que afectan al área transfronteriza analizada. Se han identificado **nueve** tipologías de obstáculos, comunes a todos los territorios analizados. Cada obstáculo, además, suele encajar en más tipologías, hecho que aumenta la complejidad de las soluciones y los retos de la cooperación transfronteriza sanitaria.

**Legales:** necesidad de acuerdos binacionales, trinacionales o promovidas por los organismos regionales e internacionales (MERCOSUR, Organización Panamericana de la Salud).

**Administrativos:** impedimentos burocráticos, a menudo causados por la carencia de normas técnicas y protocolos para la implementación de los convenios y de los acuerdos firmados por las partes. Asimismo, se observa una diferente interpretación de estos últimos desde las autoridades estatales o regionales, sin coordinarse con sus homólogos al otro lado de la frontera.

**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 transfronterizo para poder actuar de forma eficaz resolviendo los problemas que se presentan.

**Accesibilidad física:** dificultad de conexión terrestre o fluvial por falta de infraestructuras o de servicios públicos de transporte.

**Oferta sanitaria:** carencia de equipamientos, especialidades y profesionales sanitarios.

**Disponibilidad y accesibilidad a los datos:** carencia y difícil acceso a datos actualizados de tipo demográfico, de movilidad de pacientes y de la situación sanitaria a la escala transfronteriza.

**Comunicación, información y digitalización:** intercambio de datos y de metodologías de trabajo parcial y no automatizado. Desconocimientos del funcionamiento del sistema sanitario del país vecino y de los acuerdos transfronterizos vigentes, tanto por parte de las autoridades como por parte de la ciudadanía.

**Programas de cooperación:** falta de programas específicos y estables en el tiempo para promover la cooperación transfronteriza de forma continuada y cíclica, dotándola de los recursos necesarios.

**Político:** dificultad de integración de las agendas políticas nacionales y locales para desarrollar una política sanitaria transfronteriza eficaz y de largo plazo. Las primeras reflejan instancias de los gobiernos centrales y de escala internacional mientras que las segundas enfrentan problemas cotidianos de proximidad.

## Principales cuellos de botellas detectados

Los esfuerzos de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, antes de la creación del MERCOSUR y 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 diálogos empleados por las autoridades locales y regionales se basan en los convenios establecidos en las pasadas décadas, promovidos tanto por el MERCOSUR como por los acuerdos bi o trilaterales.

Desde principios del siglo XXI, la cooperación transfronteriza tuvo una aceleración relativa en diferentes escalas territoriales. Sin embargo, a pesar del **capital institucional transfronterizo generado**, persisten numerosos obstáculos que dificultan la movilidad transfronteriza de pacientes de un lado a otro de la frontera. A continuación, se exponen los veinte cuellos de botella detectados. Por cada uno de ellos, se muestra un caso representativo, aunque lo más común es que un área transfronteriza presente más de un obstáculo y se conjuguen los cuellos de botella.

## 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<sup>2</sup>, 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/as a pocos kilómetros de la frontera no obtendrán el certificado de nacido vivo de Brasil. Por ello, tanto **la naturalidad no está garantizada desde el nacimiento**. Además, esta situación tiene un impacto negativo en las estadísticas demográficas de Brasil (en la tasa de natalidad y crecimiento demográfico). Sería 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. El caso de madres de Barra do Quaraí que se desplazan a Uruguaiana (70 km más al norte) en cambio podrían dirigirse a Bella Unión a tan solo 7 km de distancia.

### 2) Pérdida del derecho a la asistencia social del propio país si 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 una renta de inclusión social que el Estado brasileño destina a las personas mayores de 60 años con una renta muy baja. En muchos casos, representa una ayuda económica fundamental para muchos hogares, sobre todo para la compra de medicamentos. **Al residir al otro lado de la frontera, sobre todo en las ciudades gemelas, se pierde el derecho al beneficio**, ya que un requisito es la residencia en Brasil. Por esta razón, hay beneficiarios que no comunican el efectivo traslado 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, como que según representantes del gobierno central la ley lo permite (entonces no es un problema legal) pero la aplicación de la norma corresponde al Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) descentralizado en cada región. Entonces, otorgar este beneficio corresponde a las agencias descentralizadas del INSS. En este sentido, se han registrado acontecimientos en Barra do Quaraí (Rio Grande do Sul, Brasil) y Bella Unión (Artigas, Uruguay). No pasa lo mismo en otros puntos fronterizos como, por ejemplo, en la ciudad brasileña de Pacaraima (Roraima) en la frontera con Venezuela.

---

<sup>2</sup> Destacado por las autoridades locales de Barra do Quaraí (BR). Véase Pêgo *et al* (2020), *Fronteiras do Brasil: uma avaliação do arco sul*, volume 5, pp 187-188.

### 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 vecinos fronterizos. Aunque existen convenios al respecto, un serio problema es su inscripción a la seguridad social y el consecuente reembolso de los gastos sanitarios. Se trata de un problema muy común, no solo en el área de estudio, sino en todas las experiencias transfronterizas. 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 transfronterizos 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 de base como, y sobre todo, 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 falta de conocimiento del convenio o por no disponer de los recursos necesarios para su correcto funcionamiento. Es entonces un caso más bien de **carácter administrativo** y burocrático. Hay muchos ejemplos al respecto, pero una situación complicada suele generarse a lo largo de la frontera argentino-paraguaya.

Según el acuerdo bilateral entre el Gobierno Provincial de Misiones, Argentina, y el Gobierno del Departamento de Itapúa, Paraguay, los ciudadanos del Departamento de Itapúa pueden dirigirse a específicos hospitales 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 por parte de los hospitales posadeños) y sólo 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 les reembolsaba las prestaciones. Con el cierre del

Puente Internacional, la movilidad de pacientes quedó interrumpida y al igual que los ciclos de curas. Muchos tuvieron que ser atendido por una fundación de Encarnación, la cual no dispone de los medicamentos suministrados en los hospitales argentinos, dado que el ministerio 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 y amigos posadeños de los enfermos oncológicos en Encarnación para que entregaran 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 indiscriminado de la frontera** genera situaciones sanitarias no previstas en el país fronterizo y no hay plan/protocolo al respecto para proponer una alternativa a los pacientes. Por otro lado, **falta un registro compartido de los medicamentos suministrados** a los pacientes transfronterizos 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 Murinho (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 transfronterizos se efectúan más bien por las relaciones personales y por la buena predisposición de las autoridades sanitarias 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 esté parada en la capital brasileña. Se trata entonces tanto de un problema administrativo y, hipotéticamente, de naturaleza política. Según estos convenios, los vehículos utilizados para situaciones de emergencia (accidentes, desastres naturales, etc.), 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, etc.). Para ellos, se suele recurrir a acuerdos bilaterales claros y protocolos técnicos compartidos por ambos países, como el convenio estipulado entre el gobierno provincial de Misiones y el gobierno departamental de Itapúa. Aún 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 regionales. **Los traslados sanitarios de alta complejidad carecen de un marco legislativo y operativo común, basado en la gobernanza multinivel, que sepa integrar las necesidades transfronterizas 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 y no 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 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

Los profesionales sanitarios que han cursado los estudios en el propio país no pueden ejercer plenamente sus funciones en el país vecino porque falta la 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 deberán emitir otra vez el certificado que hizo su homólogo argentino o uruguayo no pudo expedir. 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 le reconoce sus estudios al regreso. Es el caso de futuros médicos argentinos y uruguayos que estudian en Unipampa en Uruguaiana. 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 transfronterizas y que afecta negativamente a la movilidad transfronteriza de pacientes.

## Accesibilidad e infraestructuras

### 9) Carencia de equipamientos sanitarios, sobre todo de alta complejidad y calidad

Los consultores locales han destacado, a través de sus análisis, la carencia de estructuras sanitarias en diferentes puntos fronterizos objeto del estudio. Se hace referencia a las estructuras de alta complejidad y de alta calidad, como los centros oncológicos, imagenología o centros de hemodiálisis. Entre los ámbitos destacan la falta de centros de cuidados neonatales entre Nueva Palmira-Carmelo-Colonia de Sacramento-Juan Lacaze-Rosario y tras una reciente tragedia, entre Pedro Juan Caballero y Ponta Porã<sup>3</sup>, o de unidades móviles en las zonas más rurales. Para evitar obstáculos legales y administrativos, muchos pacientes se dirigen a las estructuras sanitarias más cercanas al propio país, aunque muy lejanas. Carece entonces un enfoque transfronterizo integrado para la planificación de los recursos sanitarios públicos (infraestructurales, tecnológicos y humanos), que ponga en red las estructuras públicas y privadas existentes. Se necesita, entonces, un enfoque conjunto, integrado y en sinergia con la realidad geográfica, demográfica y socioeconómica de las franjas transfronterizas. 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-trinacional. Dependiendo de las características fluviales, estas estructuras aumentan la capilaridad de la sanidad en las zonas más rurales. De la misma manera, el uso de la telemedicina transfronteriza parece poco difundido. Sin embargo, el **acceso digital a la salud es uno de los principales retos de la era post-covid** que deberá tenerse en consideración para las futuras políticas sanitarias transfronterizas en el MERCOSUR.

### 10) Carencia de infraestructuras viarias y de servicios de transporte públicos regulares

A pesar de la presencia de importantes pasos fronterizos (puentes, guados o pasos urbanos) y de continua mejora de la accesibilidad, sobre todo entre Argentina y Paraguay (inauguración del Paso Internacional Ituzaingó-Ayolas en 2019 y el futuro puente entre

<sup>3</sup> <https://www.extra.com.py/actualidad/dos-hermanitas-mueren-falta-terapia-una-sigue-luchando-su-vida-n2925732.html>

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 trayecto como en los horarios. Además, la oferta de transporte transfronterizo 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.

### 11) Repatriación de los cadáveres (expolias)

Los problemas burocráticos obstaculizan la repatriación de los fallecidos al otro lado de la frontera de forma rápida, sencilla y respetando la voluntad del difunto y/o familiares. Los casos en que esta situación ocurra son muy diversos: un accidente, una muerte tras un tratamiento hospitalario, sea de urgencia o de alta complejidad, 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 (ver punto 2). Por razones burocráticas, la repatriación de las expolias en las franjas transfronterizas se consideran como repatriaciones internacionales y enfrentan un **proceso demasiado lento y costoso por estar a pocos kilómetros de la frontera**, requiriendo 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 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 marco de carácter bilateral y para todos los países del MERCOSUR.

## Intercambio de informaciones, vigilancia y comunicación

### 12) Discontinuidad en la vigilancia y en 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, etc. Ejemplos son la cooperación para el control de la gripe entre Chuy (Rocha, Uruguay) y Chui (Rio Grande do Sul, Brasil), del dengue, fiebre amarilla y HIV-SIDA entre Paraguay y Argentina (proyectos ARPA y ARPA II) o para la crea-

ción 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 (Argentina)<sup>4</sup> se han recientemente detectado casos de *Coronadengue* y de *Coronasalmonella*, es decir pacientes afectados tanto por el COVID-19 como por la dengue o la salmonella. Se necesitan entonces iniciativas coordinadas para disponer de instrumentos diagnósticos adecuados.

### 13) Falta 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 reales necesidades de las comunidades fronterizas 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 *Big Data* serían muy útiles para detectar la concentración y la evolución de los flujos transfronterizos. Para ello, se necesitaría una colaboración estable entre las estructuras 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 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

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

Desde los informes realizados por los consultores locales, se constata la **carencia de datos estadísticos actualizados de tipo socioeconómico, demográfico y sanitarios**. Permanecen diferencias metodológicas y temporales en la recopilación de los datos entre los institutos de estadística de cada país y también a nivel provincial/departamental/estadal. **Resulta entonces difícil identificar las reales necesidades** de las comunidades transfronterizas para una adecuada planificación y distribución de los recursos sanitarios para el conjunto de la región transfronteriza.

<sup>4</sup> <https://www.elnueve.com/casos-en-salta-que-es-el-coronadengue>

### 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 (1992 y 2003) e involucraba solo algunos países. La pandemia en curso ha marcado un antes y un después en la aplicación de las 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 alguno 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 la asistencia sanitaria en el territorio transfronterizo, compartiendo compras, financiaciones y contrataciones

Muchos de los cuellos de botellas identificados anteriormente, 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. Las iniciativas de cooperación transfronteriza sanitaria tienen la tendencia a focalizarse en asuntos específicos que van surgiendo en el territorio (un problema, una solución). Si bien este enfoque temático garantiza una cierta eficacia, es muy común que al cabo de un tiempo aparezcan nuevos retos o cuestiones que antes no estaban estrictamente relacionadas con el asunto y ahora lo están. Es entonces necesario **avanzar un enfoque más “holístico” a la cooperación transfronteriza en materia sanitaria**, promoviendo 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. De esta manera se abriría el camino hacia una gestión más integrada de los flujos transfronterizos de pacientes.

### 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 buscando 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 parte de las instituciones y de las estructuras sanitarias sobre los procedimientos a seguir. El fenómeno de los *autoderivados* paraguayos en los hospitales de Posadas (ver punto 2) generan problemas de primer orden (rechazo de asistencia gratuita, denuncias, crispación entre personal sanitario y pacientes, etc.) que en algunas circunstancias han requerido la intervención de los órganos diplomáticos para resolver la situación.

## Soporte a la cooperación local y regional

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

A lo largo de las fronteras del MERCOSUR existen estructuras de cooperación transfronterizas locales muy interesantes e 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. 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. Es necesario estudiar una forma de gobernanza transfronteriza más estructurada y con mayor capacidad de acción y de diálogo interinstitucional, en el marco de los acuerdos transfronterizos y de las competencias otorgadas por las constituciones de cada Estado. La relación con los órganos más estratégicos y técnicos de MERCOSUR como la Reunión de Ministros de Salud (RMS), el Grupo de Trabajo de Integración Fronteriza (GTIF) o el Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud (OMSS) debería ser más estrecha y coordinada.

### 19) Programas de cooperación transfronteriza con temáticas específicamente dirigidas a la sanidad transfronteriza, promovidas por MERCOSUR u otros organismos internacionales

El FOCEM representa un instrumento fundamental para impulsar acciones de cooperación locales y regionales entre los países del MERCOSUR. **Sin embargo, hasta ahora parece que los proyectos en materia de salud no han sido muy relevantes**. 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 relevante, un *know-how* territorial propio que se materializa en los acuerdos, las colaboraciones, los proyectos y las relaciones informales. El principal instrumento financiero para subvencionar proyectos de cooperación en el MERCOSUR debería poner más atención a la cooperación sanitaria para poder capitalizar las buenas prácticas existentes y superar los obstáculos que aún persisten. En este sentido, los estudios realizados por el Instituto Social del MERCOSUR (ISM) representan una aportación fundamental para diseñar futuros proyectos y políticas de cooperación sanitaria transfronteriza. Entre los estudios más relevantes se destacan<sup>5</sup>:

**a) Políticas Sociais no MERCOSUL – Estrutura dos organismos públicos de oferta dos serviços sociais:** caracterización la oferta de servicios sociales de los países del MERCOSUR, la forma de organización y gober-

---

<sup>5</sup> Los estudios están disponibles en <http://www.ismercosur.org/es/publicaciones/estudios/fronteras/>

nanza, así como su despliegue en el territorio, describiendo en detalle los programas ministeriales de los sectores de educación, salud, trabajo, seguridad y asistencia sociales de cada Estado Parte.

**b) Ciudadanía 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.

**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. A partir de los actores identificados en este estudio, el ISM pudo diseñar un nuevo proyecto de intervención titulado "FRONTERASUR / FRONTEIRASUL. Red de intercambio de conocimiento transfronterizo en el MERCOSUR" para la puesta en marcha de un portal *web* para favorecer el intercambio entre academia, investigadores y responsables del diseño de políticas públicas locales, nacionales y regionales.

## Enfoque de género

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

Si bien cada administración estatal y regional desarrolla algún tipo de iniciativa enfocada en un mejor acceso de las mujeres a la asistencia sanitaria, en general los proyectos y las 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 liderada 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 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 garantizar y promover el acceso a la salud para **las mujeres pertenecientes a minorías étnico-lingüísticas y a colectivos socialmente más vulnerables**. En este sentido, tanto la sociedad civil (desde abajo) como los organismos internacionales (desde arriba), son actores fundamentales para impulsar el cambio necesario. La divergencia de políticas y los instrumentos nacionales entre de los países del MERCOSUR representa un primer obstáculo que la cooperación transfronteriza (sobre todo promovida por el MERCOSUR y por la OPS) debe intentar superar.

## Situación Covid-19

Durante la pandemia provocada por el virus SARS-Cov2, 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**. Se ha asistido, **en algunos casos**, a la estipulación de **acuerdos bilaterales en ámbito sanitario muy innovadores** por el tipo de instrumentos y de enfoques utilizados. **En otros casos**, en cambio, las medidas muy drásticas de limitación de la movilidad transfronteriza han generado protestas por parte de las comunidades locales (instituciones, empresas, asociaciones) que ya no podían acceder a las curas médicas al otro lado de la frontera. Además, **se han exacerbado problemas preexistentes**, mostrando 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 tríplice 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 socioeconómicos dentro del propio país, sufriendo la escasez de recursos, equipamientos y personal sanitario.

**2) Efecto de redefinición** que afecta a 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, sea formal que informal, sobre todo donde ésta en aquellos contextos donde las relaciones eran más transfronterizas eran más estables y desarrolladas.

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

### Impactos positivos

- 1) Memorándum de entendimiento entre Uruguay y Brasil de cooperación sanitaria:
  - Creación del **Centro Binacional de Operaciones de Emergencia (COE)**
  - Área de cooperación: Santana do Livramento–Rivera **hasta un radio de 20 kilómetros de la frontera.**
- 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 PRC
  - 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 (SMARF) en el paso fronterizo Puente del Amistad entre Ciudad del Este (Paraguay) y Foz do Iguazú (Brasil), con el objetivo de aumentar los controles y agilizar los flujos transfronterizos.
- 6) Inauguración de un nuevo hospital pediátrico en Eldorado, mejorando 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<sup>6</sup>.
- 8) Incremento de las infraestructuras sanitarias en el departamento fronterizo de Ñeembucú (Paraguay), apoyado por la Entidad Binacional

---

6 <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/>

Yacyretá, entre las cuales el nuevo servicio de hemodiálisis en Pilar<sup>7</sup> (Localidad Fronteriza Vinculada Puerto Pilar-Bermejo).

## Impactos negativos

9) Divergencia entre Brasil y Argentina para los controles aduaneros a los camioneros que cruzan la frontera (Dionisio Cerqueira- Bernardo de Irigoyen)

10) 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.

11) Falta de cooperación en la triple frontera de Iguazú para repartir hospitalizados y UCI y provisión de fármacos. La situación en Ciudad del Este sigue siendo bastante crítica<sup>8</sup>.

12) Iniciativa municipal de Foz do Iguacu para exigir hisopado (PCR) negativo a los ciudadanos paraguayos que quisieran entrar en la ciudad brasileña<sup>9</sup>.

13) Protestas para el cierre de la tríptica frontera Puerto Iguazú-Foz Iguacu-Ciudad del Este.

14) Imposibilidad de los pacientes oncológicos de Encarnación para continuar el tratamiento en los hospitales posadeños y consecuente dificultades de seguir las curas en Paraguay (falta de instalaciones y medicamentos no subvencionados por el sistema sanitario paraguayo).

15) Imposibilidad de traslado de pacientes graves por COVID-19 en Posadas y consecuente desplazamientos en hospitales paraguayos más lejanos, exponiéndolos a un alto riesgo (y a veces al deceso)<sup>10</sup>

16) Poca cooperación binacional con Argentina, por la elección de endurecer las restricciones.

---

7 <https://www.eby.gov.py/index.php>

8 <https://www.ultimahora.com/en-ips-hay-escasez-dos-farmacos-tratar-pacientes-terapia-n2925824.html>

9 <https://www.abc.com.py/este/2021/02/26/en-foz-exigiran-test-negativo-de-covi-19-a-paraguayos/>

10 <https://www.popular.com.py/2021/02/02/ambulancia-trasladaba-a-karai-con-covid-chocaron-y-paciente-nanderejaite/>

## Referencias Bibliográficas

**Caye, L. A., & Rückert, A. A.** (2021). *Processos de transfronteirização na tríplice fronteira Argentina/Brasil/Uruguai-ARBRUY: atores territoriais e suas ações nas cidades de Monte Caseros (ARG), Barra Do Quaraí (BR) e Bella Unión (UY)*. Boletim Geográfico do Rio Grande do Sul, (36), 30-56.

**Coletti, R., Oddone, N.** (2021). *Borders management and COVID-19 in the European Union and MERCOSUR: going beyond the territorial trap* (in press)

**Fantin, A.** (2020). *Consultoría técnica sobre movilidad de pacientes y cooperación Transfronteriza Argentina-Paraguay y Argentina-Uruguay*. Asunción: Instituto Social del MERCOSUR y EUROsociAL+

**Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada** (2020). *Pandemia e fronteiras brasileiras*. Nota técnica 16. Brasília: IPEA.

**Matos Lemões, M.** (2020). *Consultoría técnica sobre movilidad de pacientes e cooperação transfronteriza: Brasil*. Asunción: Instituto Social del MERCOSUR y EUROsociAL+.

**Pêgo, B. C., Moura, R. O., Nunes, M. O., Krüger, C. O., Moreira, P. O., & Ferreira, G. O.** (2020). *Fronteiras do Brasil: uma avaliação do arco sul*, volume 5.

**Tobar, S.** *Sistematización de acciones y planes de fronteras*. Programa Subregional para América del Sur de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.

## Fuentes institucionales

EBY – Entidad Binacional Yacyretá <https://www.eby.org.ar/>

Gobierno de Misiones <https://comunicacion.misiones.gob.ar/>

Honorable Consejo Deliberante de Posadas (Argentina) [www.hcdposadas.gob.ar](http://www.hcdposadas.gob.ar)

Itaipu Binacional – GT Saúde [www.itaipu.gov.br](http://www.itaipu.gov.br)

Junta Municipal de Encarnación (Paraguay) [www.jme.gov.py](http://www.jme.gov.py)

Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto. Comités de Integración Fronterizas (CIF) [www.integrac-fronteriza.cancilleria.gob.ar/](http://www.integrac-fronteriza.cancilleria.gob.ar/)

Municipalidad de Encarnación (Paraguay) [www.encarnacion.gov.py](http://www.encarnacion.gov.py)

## Periódicos digitales

[www.abc.com](http://www.abc.com)

[www.aciprensa.com](http://www.aciprensa.com)

[www.cdenews.com](http://www.cdenews.com)

[www.elindependienteiguazu.com](http://www.elindependienteiguazu.com)

[www.encarnacionmas.com](http://www.encarnacionmas.com)

[www.ultimahora.com](http://www.ultimahora.com)

[www.iguazu-noticias.com](http://www.iguazu-noticias.com)

[www.itapuanoticias.tv](http://www.itapuanoticias.tv)

[www.jornaldafrenteira.com.br/](http://www.jornaldafrenteira.com.br/)

[www.lainformacion.com](http://www.lainformacion.com)

[www.misionescuatro.com](http://www.misionescuatro.com)

[www.misionesonline.net](http://www.misionesonline.net)

[www.noticiasdel6.com](http://www.noticiasdel6.com)

[www.radioiguazu.com](http://www.radioiguazu.com)

## Anexo I – Convenios y acuerdos transfronterizos entre los países del MERCOSUR

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
<b>Argentina - Paraguay</b>	
	<b>Año</b>
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
<b>Brasil - Uruguay</b>	
	<b>Año</b>
Acordo Brasil-Uruguaí para enfrentamento da Pandemia do Coronavírus	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 Entendimento 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-Uruguia	1969
Convênio Relativo à Luta Contra as Enfermidades Venereosifilíticas na Fronteira Comum aos dois Países	1928
<b>Argentina - Brasil</b>	
<b>Año</b>	
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 Entendimiento 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
<b>Brasil - Paraguay</b>	<b>Año</b>
Acordo Sanitário - Acordo 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 trílice fronteira- Paraguai-Brasil-Argentina.	2018

## Informe II

# Las buenas prácticas en las áreas fronterizas de la Unión Europea sobre la movilidad de pacientes y la salud

Este segundo Informe<sup>11</sup> tiene como objetivo identificar las buenas prácticas, las experiencias de éxito y las lecciones aprendidas que contribuyen a la movilidad de pacientes en zonas de frontera de la Unión Europea y América Latina, incluyendo las adaptaciones que puedan haberse llevado adelante en el contexto europeo por COVID-19. A partir de los cuellos de botella para la movilidad transfronteriza de pacientes en el MERCOSUR identificados en el anterior informe se ha procedido al análisis y selección de casos en el contexto de la Unión Europea, considerado un laboratorio avanzando a nivel mundial en la cooperación transfronteriza local y regional en muchos temas, entre los cuales, la asistencia sanitaria y la movilidad de pacientes. Un elemento común a todos los casos ha sido la mejora de la coordinación entre los agentes involucrados (autoridades locales, y regionales, centros sanitarios, equipos médicos, etc.), un aspecto estratégico para superar los obstáculos que dificultan el acceso a las curas sanitarias transfronterizas. Los casos seleccionados representan, además, enfoques innovadores que no solo intentan resolver un problema concreto, sino que generan un valor añadido en el territorio objeto de la intervención en términos económicos (creación de empleo y de aumento de la atraktividad económica), sociales (evitar despoblamiento de zonas rurales, sobre todo de jóvenes) y culturales (fomentar la identidad transfronteriza). De acuerdo con la filosofía de EUROsociAL+ y del ISM, la perspectiva de género sigue tomándose en consideración metodológicamente para la detección de los cuellos de botella, en la búsqueda de buenas prácticas y en la selección de las entrevistas con los informantes claves, así como en la próxima fase propositiva.

Para la redacción de este informe han sido consultadas fuentes académicas e institucionales, las páginas web de las instituciones transfronterizas activas en el tema de la salud a

---

11 Informe correspondiente al Producto 2 “*Documento de identificación de buenas prácticas, experiencias de éxito y lecciones aprendidas que contribuyen a la movilidad de pacientes en zonas de frontera de la Unión Europea y América Latina, incluyendo las adaptaciones que puedan haberse llevado adelante en el contexto europeo por COVID19*” del Acuerdo de Colaboración entre ARFE y el Dr. Matteo Berzi, enmarcado dentro del Convenio ARFE y EUROsociAL+ – Servicios de asistencia técnica, orientados a la identificación de los principales cuellos de botella que obstaculizan la movilidad de pacientes y la atención sanitaria eficiente en las zonas de frontera del MERCOSUR.

partir del Catálogo de Euroregiones (Durà *et al*, 2018), los programas de cooperación transfronteriza (INTERREG) y, sobre todo, el programa B-Solution, promovido por la Dirección General de políticas regionales de la UE y desarrollado por la Asociación Europea de Regiones Fronterizas (ARFE). Dicha iniciativa, llegada a su segunda convocatoria, tiene el objetivo de ayudar acciones piloto específicamente dirigidas a resolver obstáculos transfronterizos de carácter legal y administrativo a través del apoyo de expertos en cooperación transfronteriza.

La estructura de este informe es la siguiente:

En primer lugar, se presenta la evolución de la legislación comunitaria en materia de asistencia sanitaria (un marco legal fundamental para poder desarrollar la cooperación local y regional), incluyendo las acciones emprendidas para enfrentar los retos impuestos por la Pandemia COVID-19.

En segundo lugar, se presentan las buenas prácticas seleccionadas por áreas temáticas (a partir de los cuellos de botellas identificados en el informe anterior). Por cada caso se identifica la frontera en cuestión, el ámbito geográfico-administrativo en cuestión y se describe la solución adoptada con los eventuales beneficios generados. Especial énfasis se pondrá en el caso del **Hospital de la Cerdanya**, el primer hospital transfronterizo de Europa como que representa una experiencia pionera que condensa en un único caso diferentes cuellos de botellas que las instituciones y los/as profesionales intentan superar cotidianamente. En tercer lugar, se presentan algunas de las experiencias más representativas surgidas durante la actual pandemia COVID-19.

La recopilación de buenas prácticas no pretende ser exhaustiva sino proporcionar algunos ejemplos relevantes para el contexto del MERCOSUR e intentando devolver una diversidad geográfica, administrativas (nacional, regional y local) y de soluciones adoptadas.

**Tabla 2: Ejemplos de buenas prácticas europeas, agrupados por áreas temáticas**

Área temática	Ejemplos de buenas prácticas europeas	Frontera
Ciudadanía y Derecho al Acceso a la salud	Hospital de la Cerdanya	Francia-España
	Centro Perinatal de Proximidad Transfronterizo	Italia-Francia
	Sala de maternidad transfronteriza en Wissembourg	Alemania-Francia

	Hospital de la Cerdaña	Francia-España
	ZOAST	Francia-Bélgica
	Oferta de asistencia sanitaria PAMINA	Alemania-Francia
	Acuerdos multilaterales estatales para medicamentos más asequibles	Europa
<b>Traslado de pacientes</b>	Proyecto EMRIC	Alemania-Países Bajos-Bélgica
	Proyecto Eumic	Alemania-Países Bajos-Bélgica
<b>Profesionales de la salud</b>	Proyecto MOSAN	Francia-Bélgica
	Hospital de la Cerdaña	Francia-España
	CAWT (Cooperation and Working Together)	Irlanda-Reino Unido
<b>Accesibilidad e Infraestructuras</b>	Hospital de la Cerdaña (Proyecto CONNect)	Francia-España
	Hospital Móvil para áreas rurales (Proyecto EGAL-URG)	Francia-España
	Land del Palatinado- Ciudad de Wissembourg	Alemania-Francia
	Proyecto PROSANTÉ	Italia-Francia
	Hospital de la Cerdaña (repatriación de los cadáveres)	Francia-España
<b>Intercambio de informaciones, vigilancia y comunicación</b>	Network EUPrevent	Alemania-Países Bajos-Bélgica
	Proyecto EMRIC	Alemania-Países Bajos-Bélgica
	Atlas Euroregional de la Salud	Alemania-Países Bajos-Bélgica
	Intercambio de datos sanitarios de pacientes	Alemania-Paises Bajos
	Foro Europeo de Atención Sanitaria Transfronteriza	Alemania-Paises Bajos
	Clínica dental conjunta	Suecia-Finlandia
	Inversiones tecnológicas sanitarias	Alemania-Dinamarca
<b>Soporte a la cooperación local y regional</b>	Instrumentos legales <i>ad-hoc</i> para la cooperación transfronteriza local y regional	Unión Europea
	Proyecto TRISAN	Francia-Suiza-Alemania

Enfoque de género	Health Across	Austria- Rep. Checa
	INTEGRA: Red transfronteriza para mujeres migrantes	Italia-Eslovenia
	CAWT (Cooperation and Working Together)	Irlanda-Reino Unido

## Evolución de la legislación de la Unión Europea en materia de cooperación sanitaria transfronteriza

En la Unión Europea, el marco comunitario y la estabilidad de las relaciones internacionales han permitido proporcionar una legislación común a todos los países miembros, aunque siguen persistiendo algunas limitaciones (Berzi y Durà, 2021). A inicios de los años 70' se firmaron unos primeros acuerdos fundamentales: el **Reglamento 1048/71** y el posterior **Reglamento 574/72** tratan de satisfacer las necesidades sanitarias de la movilidad intracomunitaria, que ya que los flujos empezaban a tomar una cierta importancia. Sin embargo, su aplicación encontró muchos obstáculos, hasta que en 1998 el Tribunal Europeo de Justicia interpretó dicho Tratado a través de las **sentencias Kohll y Decker**, afirmando el derecho de los pacientes de acceder a la asistencia sanitaria en otros Estados miembros. Un punto de inflexión fue sin duda la introducción de la **Tarjeta Sanitaria Europea de Seguros**<sup>12</sup> a principios de los años 2000, afirmando el principio de igualdad de los ciudadanos de la UE en materia de salud. Los posteriores Reglamento (CE)883/2004 y el Reglamento (CE)87/2009 impulsaron la coordinación de los sistemas de seguridad social entre los países miembros.

Finalmente, la **Directiva CE 7056/2011 sobre la Asistencia Sanitaria Transfronteriza** ha supuesto un importante avance en la misma dirección. La legislación comunitaria se pronuncia por primera vez sobre la necesidad de garantizar la asistencia sanitaria entre los distintos países de la UE y establece, entre otras recomendaciones, los "puntos de contacto nacionales" para asesorar en cada país la asistencia de usuarios de otros estados miembros. Siendo la directiva una fuente secundaria del derecho comunitario, los Estados miembros están obligados a adoptarla en sus ordenamientos jurídicos nacionales dentro de un plazo establecido. Todos los países miembros han adoptado la directiva.

Es preciso señalar que la Directiva de 2011 genera cierta **confusión al utilizar el término "transfronterizo"** para cualquier tipo de desplazamientos sanitario dentro de la UE. Sería más recomendable distinguir la cooperación sanitaria comunitaria de la asistencia sanitaria propiamente transfronteriza, para evitar confusiones y malentendidos conceptuales, metodológicos y prácticos. La primera se refiere al conjunto del "espacio europeo de salud", mientras el segundo se refiere estrictamente a las regiones y a los territorios situados a lo largo de las fronteras internacionales. A pesar de esto, la normativa sí hace una referencia explícita a estos territorios en su redactado. Por otra parte, experto/as han destacado la importancia que dichos espacios tienen como "laboratorios" en el desarrollo de la normativa (Jarman & Greer, 2010, Glinos y Baeten, 2006; Oliveras y Trillo, 2013). En este sentido, la

<sup>12</sup> Decisión n. 189 de CASSTM de 18 de junio de 2003

Asociación de Autoridades Sanitarias Locales y Regionales Europeas (EUREGHA) ha promovido estudios e iniciativas encaminadas a identificar y eliminar los obstáculos que impiden la integración sanitaria real en las regiones transfronterizas (EUREGHA, 2017, 2019). De forma análoga, la iniciativa piloto “B-Solution”, impulsada en 2018 por la Comisión Europea y gestionada por la Asociación de Regiones Fronterizas Europeas (ARFE), permite a las autoridades de las zonas fronterizas de beneficiarse de ayudas técnica y financiera para superar los obstáculos administrativos que impiden una cooperación transfronteriza sin barreras de tipo legal y administrativo<sup>13</sup>. Estos obstáculos se han hecho aún más evidentes por la crisis sanitaria provocada por el COVID-19. Por esta razón, la Comisión Europea ha publicado una Comunicación<sup>14</sup> para instar a los Estados miembros a fortalecer la cooperación y coordinación en salud en aspectos clave como el reembolso de los gastos médicos, el intercambio de historias clínicas de los pacientes y su movilidad, el transporte de emergencia y el reconocimiento de cualificaciones profesionales. También se reconoce la sensibilidad e importancia de las regiones fronterizas (punto 7), mencionando expresamente las buenas prácticas de cooperación transfronteriza local y regional en el sector salud, algunas de las cuales han sido seleccionadas para este informe: Eurorregiones, proyectos INTERREG, estrategias sanitarias territoriales, etc. Por tanto, es correcto afirmar que **existe una auténtica política europea de salud transfronteriza** que soporta la implementación de acuerdos y acciones específicas en las regiones fronterizas de la UE, donde demora casi el 40% de su población total.

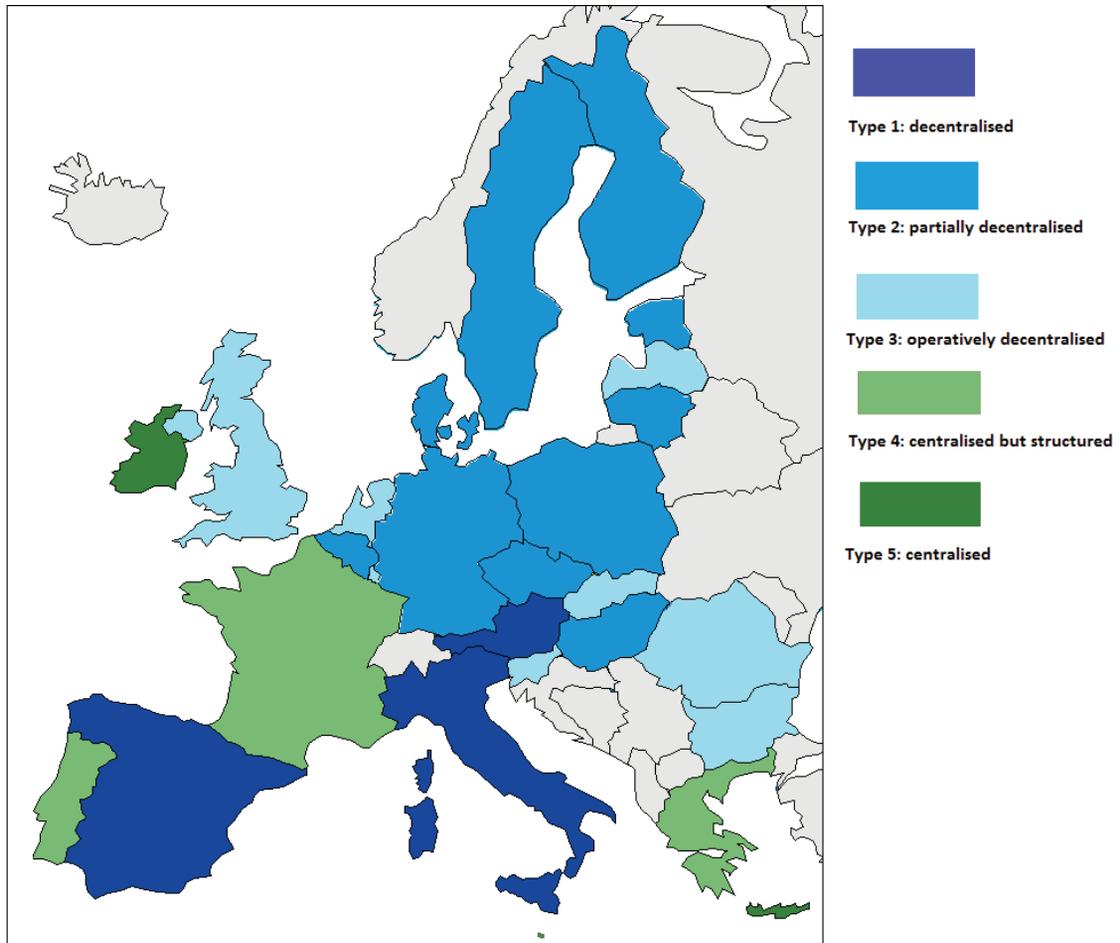
## Las acciones bilaterales y multilaterales entre los Estados Miembros

Desde la perspectiva nacional, en las últimas décadas la salud ha sido objeto de un notable proceso de descentralización de poderes, funciones y recursos en muchos Estados miembros, con consecuencias directas en la cooperación transfronteriza. Para comprender mejor los límites y las posibilidades de la cooperación sanitaria transfronteriza dentro de la UE, es necesario analizar el **funcionamiento del sistema sanitario de los Estados miembros**. Una referencia útil es la clasificación de Progress Consulting & Living Prospects (2012), que ofrece una visión de los sistemas nacionales de salud en el marco comunitario. Se identifican cinco tipos de sistemas según el **grado de centralización/descentralización**: descentralizados, centralizados y desconcentrados (mapa 1). Hay un grupo de países con un sistema considerado como el más descentralizado (Austria, Italia y España); seguido de un segundo grupo en Europa central, septentrional y oriental, con un sistema parcialmente descentralizado. Se identifica así un tercer grupo de Estados cuyo sistema central crea unas instituciones territoriales de salud (Grecia, Francia y Portugal). Finalmente, Irlanda, representa un sistema centralizado sin instituciones territoriales. Este mosaico refleja claramente la **complejidad de la aplicación de las políticas sanitarias de la UE**, en particular en el contexto de la cooperación transfronteriza.

---

13 Entre la recopilación de buenas prácticas, se presentarán algunas de las acciones piloto más importantes sobre la movilidad transfronteriza de pacientes.

14 Comunicación 2020/C 111 I/01 disponible en español [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020XC0403\(02\)&from=FR](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020XC0403(02)&from=FR)

**Figura 1: Tipología de sistemas de gestión sanitaria en la UE**

Fuente: Progress Consulting & Living Prospects (2012)

**Sin embargo, esta diversidad no es en sí misma un obstáculo para la cooperación.** En la década de 2000, Francia lanzó varias estrategias de innovación a lo largo de sus fronteras orientales. En la frontera con Bélgica y Luxemburgo, las **Zonas Organizadas para el Acceso a la Atención Transfronteriza (ZOAST)**, con el fin de facilitar y mejorar la asistencia fronteriza, la simplificación de los procedimientos administrativos establecidos y las prácticas de reembolso financiero. Actualmente, hay siete ZOAST que se han convertido en un modelo de referencia (Delecousse *et al.*, 2017) y uno en preparación en la frontera francoalemana. Además, entre Francia e Italia, existe una comunidad sanitaria transfronteriza entre los distritos de Niza (Región PACA) e Imperia (Región de Liguria), que permite la creación de comités directivos transfronterizos.

En Europa hay diferentes acuerdos bilaterales que podrían servir como referencias para los países del MERCOSUR para promover la movilidad transfronteriza de pacientes. Entre los más importantes se destaca:

- Acuerdo marco entre la República francesa y el Reino de Bélgica sobre la cooperación sanitaria transfronteriza (2005).
- Acuerdo de cooperación sanitaria transfronteriza franco-belga de Lorena en el ámbito de la reanimación / cuidados intensivos (2013)
- Serie de acuerdos franco-belgas para la creación de las ZOAST (ver pag.11)
- Acuerdo relativo a la cobertura, mediante pago de terceros, de los asegurados hospitalizados de urgencia en los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG) del territorio francés (2010)
- Convenio de cooperación transfronteriza franco-español de ayuda médica urgente entre Osakidetza y el Centre hospitalario intercomunal de la Côte Basque (2010)
- Acuerdo marco entre el Reino de España y la República Portuguesa sobre cooperación sanitaria transfronteriza (2009)
- Acuerdo de cooperación transfronteriza francoalemán relativo a la ayuda médica urgente Alsacia / Renania-Palatinado (2009)
- Acuerdo de cooperación transfronteriza francoalemán relativo a la ayuda médica urgente Alsacia / Bade-Wurtemberg (2009)
- Acuerdo de cooperación transfronteriza de cardiología (2013)
- Convenio transfronterizo francoalemán de atención a terceros pagados por la CPAM del Bajo Rin, niños, adolescentes y adultos discapacitados acogidos por la Diaconie de Kork (2019)

## Cooperación transfronteriza sanitaria a la escala local y regional

La observación de la cooperación sanitaria transfronteriza a la escala local y regional nos devuelve un mosaico de iniciativas legales, administrativas, tecnológicas (Delecosse, 2017) y de gobernanza que podrían considerarse también en las áreas de estudio del MERCOSUR: hay iniciativas en áreas transfronterizas muy pobladas como en la frontera trinacional del Alto Rin (entre Francia, Alemania y Suiza) se ha puesto en marcha el proyecto TRISAN para poner en red a las autoridades sanitarias y facilitar la asistencia sanitaria a los trabajadores transfronterizos en cualquier de los tres países. En cambio, la frontera greco-búlgara atraviesa una región de relieve accidentado, lejos de los centros urbanos, conllevando una falta de servicios sanitarios esenciales que el proyecto INTERSYC trata de resolver. Otra experiencia interesante es el proyecto Health Cross que promueve la mejora tanto en términos cuantitativos como cualitativos de los servicios de salud y de emergencia entre la

provincia de la Baja Austria, por un lado, y la Bohemia del Sur y Moravia del Sur, por otro lado. Evidentemente, el eje geoeconómico más dinámico de Europa que se extiende desde la llanura italiana del río Po hasta el Reino Unido (la llamada banana azul), concentra las experiencias más concretas, sobre todo entre Alemania, Francia, Bélgica, Países Bajos y Luxemburgo. Sin embargo, la cooperación transfronteriza sanitaria ha convertido ciertas áreas marginales, especialmente los Alpes y los Pirineos, en fronteras más permeables para la movilidad de pacientes.

## Buenas prácticas para la movilidad transfronterizas de pacientes

Antes de presentar los casos de estudio seleccionados, se presentan los principales éxitos alcanzados por la cooperación transfronteriza sanitaria en la UE por tipología de obstáculo identificadas en el anterior informe.

**Legales:** acuerdos bilaterales y multilaterales (ej. Benelux y Países Nórdicos) que regulan diferentes aspectos claves de la movilidad de pacientes, como la intervención en caso de emergencias y accidentes, el traslado por motivos de urgencias, el reconocimiento de los títulos de estudios entre países fronterizos y garantizar el reembolso de los gastos sanitario en el país vecino. En muchos casos, los acuerdos de cooperación transfronteriza vigentes han sido mejorados a través de un enfoque participativo de abajo hacia arriba (*bottom-up approach*) que ha permitido entender de forma más precisa a las instancias de la población local y superar los cuellos de botella.

**Administrativos:** se han facilitado y agilizado los procedimientos burocráticos para el suministro de medicamentos a pacientes del otro lado de la frontera, delegando los trámites administrativos a los órganos fronterizos competentes (hospitales, autoridades locales y regionales y delegaciones descentralizadas del gobierno central). De esta forma, por ejemplo, las administraciones locales pueden disponer de sus propias ambulancias según los requerimientos técnicos del país vecino, o bien las asociaciones de médicos pueden validar los títulos profesionales del personal sanitario del país vecino para que ejerzan plenamente su actividad.

**Gobernanza:** existen estructuras de decisión operativas locales y regionales que permiten tanto enfrentar a las necesidades cotidianas de la población fronterizas como planificar acciones sostenibles en el medio y largo plazo (como las Euroregiones, los Eurodistritos y las Eurociudades). Dos instrumentos muy interesantes para las áreas fronterizas del Mercosur (y que podría extenderse a los demás países de América Latina) son seguramente la Agrupación Territorial de Cooperación Europea (AECT) y la propuesta Mecanismo Europeo Transfronterizo (ECBM). El primero está largamente implementado en casi la totalidad de las fronteras de la UE y permite a las instituciones públicas locales y regionales dotarse de un marco legal único y de una estructura más operativa respecto a los foros de diálogos activos en las localidades fronterizas del MERCOSUR. El segundo, en cambio, es

una propuesta promovida por la Dirección General de las Políticas Regionales (DG REGIO) que establece un mecanismo legal para la resolución de los cuellos de botellas.

Una mejor gobernanza transfronteriza en el sector de la salud pasa por la implementación de “**áreas funcionales sanitarias transfronterizas**” es decir una red territorial compuesta por las estructuras y los servicios sanitarios existentes para una eficaz movilidad de pacientes y un eficiente intercambio de informaciones entre centros hospitalarios y autoridades sanitarias.

**Accesibilidad física y oferta sanitaria:** uno de los principales hitos de la cooperación sanitaria en la UE ha sido la construcción del primer hospital transfronterizo de Europa entre Francia y España, en una zona montañosa aislada respecto a las respectivas capitales provinciales y regionales. Es una experiencia única que ha cambiado la vida cotidiana de los residentes de la Cerdaña, un valle partido por la mitad por la frontera hispanofrancesa. Además, los actores locales y regionales han capitalizado los resultados de la cooperación transfronteriza preexistente en varios sectores, creando una verdadera área funcional transfronteriza. Hoy en día, la cooperación sanitaria ha afectado a la organización del transporte público local y a la accesibilidad viaria a través de la introducción de nuevas líneas de transporte y de nuevos pasos fronterizos. En la primera ola pandémica (marzo-junio 2020) las instancias de la sociedad civil han permitido la reapertura (aunque selectiva) de algunos pasos fronterizos anteriormente cerrados para evitar la difusión de los contagios en ámbito nacional. Un éxito importante ha sido mejorar la accesibilidad virtual a través de la puesta en marcha de la Telemedicina, sobre todo en zonas rurales y poco pobladas.

**Disponibilidad y accesibilidad a los datos:** se han puesto en marcha interesantes redes de cooperación para el intercambio de datos entre las estructuras médicas de las áreas fronterizas para compartir historiales clínicos, mejorar la comunicación entre equipos médicos e integrar los datos sobre la evolución de la pandemia COVID-19 y para el seguimiento de otras enfermedades transmisibles (gabinetes médicos conjuntos). A través de proyectos financiados por el programa INTERREG, se han puesto en marcha redes de investigación y de intercambio de datos empíricos y metodológicos más fluidos y eficientes. Se destacan, finalmente, las iniciativas conjuntas para informar y concienciar tanto a la población local como a profesionales de salud del contenido de los acuerdos vigentes (derechos, procedimientos, etc.) a través de campañas informativas y seminarios internos. Se destacan observatorios de salud transfronterizos y las redes temáticas que reúnen a estructuras sanitarias y a equipos de investigación sobre un determinado fenómeno o enfermedad.

**Programas de cooperación:** la política de Cooperación Territorial Europea promueve la cooperación transfronteriza sanitaria a través de múltiples iniciativas complementarias como los programas INTERREG, el Programa Horizonte 2020 o la iniciativa B-Solution ya mencionadas y dirigidas específicamente a superar los obstáculos legales y administrativos. Además, existen programas subregionales, promovidos por los organismos transfronterizos como las Euroregiones, los Eurodistritos y las Eurociudades que ponen a disposición fondos comunes para financiar pequeños proyectos.

**Político:** la comisión europea ha sido capaz, a lo largo de las pasadas décadas de empoderar a los agentes locales y regionales de los territorios de frontera a través de instrumentos legales y financieros *ad hoc*. Las iniciativas surgidas en ámbito sanitario y en la movilidad transfronteriza de pacientes han sido canalizadas con éxito a los gobiernos centrales para que éstos actúen de forma bilateral o multilateral y emprendan las iniciativas políticas pertinentes (debates en foros internacionales, cimeras bilaterales, etc.). Un factor clave ha sido la creación de estructuras de cooperación transfronteriza multinivel, donde las autoridades centrales participan, aunque sea como miembro observador. Otra clave de éxito es la capitalización de los resultados de proyectos de cooperación transfronteriza finalizados en las políticas regionales (o nacionales) de los estados miembros.

## Principales buenas prácticas identificadas

Se han seleccionado diferentes buenas prácticas y experiencias de éxito a lo largo de las fronteras internas de la UE. La mayoría de los casos se localizan en el núcleo histórico de la cooperación transfronteriza europea, es decir entre Francia, Alemania, Bélgica y Países Bajos. Sin embargo, hay regiones transfronterizas con menos trayectoria institucional y más alejadas del corazón económico y demográfico de Europa que han implementado soluciones muy innovadoras e interesantes para el ámbito del MERCOSUR: entre España y Francia, Irlanda y Reino Unido, por ejemplo, así como algunos casos de la Europa central y septentrional. Con respecto a la tipología de acción, se han identificado iniciativas legislativas bilaterales y multilaterales, acuerdos y convenios regionales, proyectos financiados por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) en el marco del programa de INTERREG y, finalmente, acuerdos específicos entre estructuras hospitalarias o administraciones locales. En este sentido, es importante señalar que la cooperación en materia sanitaria, por su complejidad, no empieza obligatoriamente con una intervención estatal. Hay muchos casos donde los proyectos INTERREG empujan la puesta en marcha de convenios bilaterales, certificando así el éxito de la cooperación local y regional en superar los cuellos de botellas que han surgido.

## Ciudadanía y Derecho al Acceso a la salud

### Caso: Hospital de la Cerdaña

**Frontera:** Francia-España

**Área Geográfica:** Cataluña-Occitania

**Descripción:** el Hospital de la Cerdaña proporciona informaciones y asistencia para la expedición de la documentación necesaria al consulado francés en Madrid a través del Dossier Bébé<sup>15</sup>. En este documento se explican todos los pasos a seguir y se adjunta la documentación francesa. El trámite puede ser expedido por correspondencia postal, ahorrando tiem-

---

<sup>15</sup> [http://www.hcerdanya.eu/sites/default/files/media/media/Documents/dossier\\_bebe\\_v7\\_completa.pdf](http://www.hcerdanya.eu/sites/default/files/media/media/Documents/dossier_bebe_v7_completa.pdf)

pos hacia la capital. Se trata de una facilitación por parte de un hospital que registra cada año incrementos en los nacimientos franceses. La solución ideal, sin embargo, sería dotar al Hospital de la Cerdaña un papel parecido a un consulado por estos tipos de trámites.

#### Iniciativa: Centro Perinatal de Proximidad Transfronterizo<sup>16</sup>

Frontera: Italia-Francia

Área Geográfica: Mentón-Ventimiglia

Descripción: el centro hospitalario francés de Mentón y la agencia de salud local italiana de Imperia firmaron un acuerdo de cooperación transfronteriza por el que se establece una Comunidad de Salud Transfronteriza "Mentón-Ventimiglia. A través de este convenio se inauguró en 2016 el Centro Perinatal de Proximidad Transfronterizo (CPPT) en El centro hospitalario de La Palmosa (Mentón). Además de esto, en 2012 se establecieron institutos de formación de enfermería transfronterizos (IFSI) en ambos lados de la frontera.

#### Iniciativa: Sala de maternidad transfronteriza en Wissembourg

Frontera: Alemania-Francia

Área Geográfica: Eurodistrito PAMINA

Descripción: en la a sala de maternidad transfronteriza de Wissenburg (FR), unas 400 mujeres francesas dan a luz cada año, así como unas 20 mujeres alemanas<sup>17</sup>. Los hijos de padres alemanes nacidos en Wissembourg reciben un certificado de nacimiento europeo después de registrarse en Francia, que debe haber tenido lugar dentro de los tres días, lo que les permite **recibir la ciudadanía alemana y francesa después de registrarse en Alemania**.

#### Iniciativa: ZOAST

Frontera: Francia-Bélgica

Área Geográfica: toda la frontera

Descripción: gracias al acuerdo bilateral entre Francia y Bélgica de 2005 sobre la cooperación sanitaria transfronteriza, las autoridades y profesionales de la salud locales y regionales han implementado un sistema transfronterizo sanitario integrado que simplifica los aspectos administrativos y financieros para atender a pacientes en los hospitales de ambos lados de la frontera. Son las **Zonas Organizadas de Accesos a la Salud Transfronteriza (ZOAST)**, inspirado en la acción piloto TRANSCARDS, desarrollada en 2000 de la región franco-belga de Thiérache. Se trata de convenios establecidos entre las autoridades sanitarias de un lado y otro de la frontera para que los residentes habituales de un área transfronteriza, inscritos a la seguridad social francés o belga, puedan beneficiarse, sin autorización médica previa y sin anticipo de costes, de la atención ambulatoria y hospitalaria en las estructuras identificadas.

Entre 2008 y 2015, se han establecido siete ZOAST (**Figura 2**). La mayoría de los actores involucrados forman parte del Observatorio Franco-Belga de Salud (OFBS).

<sup>16</sup> <https://www.menton.fr/Hopital-la-Palmosa-evolution-du-centre-de-perinatalite-de-proximite.html>

<sup>17</sup> Datos 2015. Fuente [https://www.eurodistrict-pamina.eu/de/gesundheit/fokus-notarzte-als-grenzganger-entbindungsstation-in-wissembourg-grenzuberschreitend\\_-d.html](https://www.eurodistrict-pamina.eu/de/gesundheit/fokus-notarzte-als-grenzganger-entbindungsstation-in-wissembourg-grenzuberschreitend_-d.html)

- ZOAST Ardennes (2008)
- ZOAST MRTW URSA (Mouscron, Roubaix, Tourcoing, Wattrelos, Ieper-Armentières, Bailleul, Hazebrouck, Courtrai, Lille)(2008)
- ZOAST LUXLOR (Province du luxembourg belge et Lorraine française) (2008)
- ZOAST Tournai - valenciennes (2010)
- ZOAST Mons - Maubeuge (2010)
- ZOAST Thiérache (2012)
- ZOAST Littoral (2015)

**Figura 2: ZOAST Activas en la frontera entre Francia y Belgica**



Fuente: OFBS

**Iniciativa: Offre de soins PAMINA Gesundheitsversorgung**

Frontera: Francia-Alemania

Área Geográfica: Eurodistrito PAMINA

**Descripción:** se trata de un proyecto INTERREG en curso para mejorar el acceso a la asistencia sanitaria de la población del Alto Rin, una región francoalemana con una larga tradición de cooperación transfronteriza. Entre las principales finalidades, destaca la simplificación del apoyo administrativo y financiero para la asistencia sanitaria transfronteriza. En concreto, las Cajas de Salud de la región francesa del Bajo Rin y las de los estados alemanes de Baden-Württemberg y Renania-Palatinado, están estudiando la manera de simplificar los reembolsos de atención médica tanto en la medicina hospitalaria como en las ciudades del Eurodistrito. Una propuesta es la creación de una **Caja de Salud transfronteriza** con el fin de facilitar el apoyo administrativo y financiero de la atención transfronteriza.

**Iniciativa: acuerdos multilaterales entre Estados europeos para medicamentos más asequibles**

Frontera: Europa

Área Geográfica: toda Europa

**Descripción:** la disponibilidad de los medicamentos al otro lado de la frontera, así como las diferencias de precio, es un tema muy complejo que depende mayoritariamente de las decisiones de los gobiernos centrales, los cuales negocian el precio público con las industrias farmacéuticas, aplican impuestos diferentes y determina los beneficios de las farmacias. Entonces, las iniciativas bilaterales y multilaterales son las iniciativas más eficaces, a pesar de la posición contraria de las industrias farmacéuticas.

**En Europa, muchos países han emprendido la vía de la cooperación intergubernamental para la negociación del precio de algunos medicamentos comunes y huérfanos<sup>18</sup>.** Hasta la fecha de hoy, ha habido muchos intentos de cooperación (**Figura 3**)<sup>19</sup>:

- Acuerdo de Asociación del Báltico (2012) entre Estonia, Letonia y Lituania para la reducción de los costes farmacéuticos.
- Iniciativa BeNeLuxA<sup>20</sup> para la política farmacéutica (2015). Que reúne a Bélgica, Países Bajos, Luxemburgo, Austria e Irlanda. Los objetivos de la cooperación son el intercambio de información y de políticas sanitarias, Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) y negociación conjunta de precios y reembolso con las empresas farmacéuticas. Un hito de esta cooperación fue el acuerdo entre los ministerios de salud belga y neerlandés con la farmacéutica Biogen para el precio de *Spinarza*, un tratamiento innovador para la atrofia muscular espinal.

---

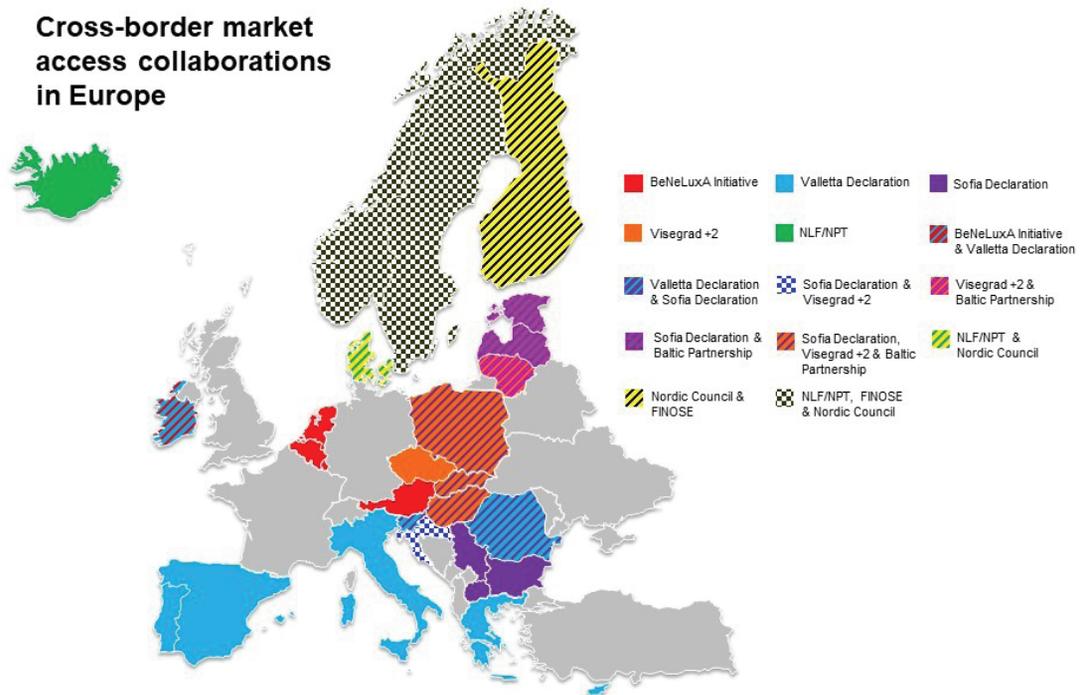
<sup>18</sup> Para curar enfermedades raras.

<sup>19</sup> Fuente: <https://globalpricing.com/news/taking-stock-european-cross-border-cooperation-on-medicines-value-assessment-and-pricing-reimbursement-negotiations/>

<sup>20</sup> <https://beneluxa.org/>

- El Forum Farmacéutico Nordico, NFL (2015) entre Dinamarca, Islandia, Noruega y Suecia para estudiar cómo lanzar licitaciones conjuntas de productos farmacéuticos El NLF trabaja en estrecha colaboración con Grupo Nórdico de Precios y Reembolso (NPT), una colaboración informal entre las autoridades nacionales de precios y reembolsos.
- Declaración de Sofía (2016), entre los países de Europa central y oriental (Croacia, Estonia, Hungría, Letonia, Macedonia, Polonia, Serbia, Eslovaquia, Eslovenia) garantizar un acceso adecuado a los medicamentos. Este grupo se formó tras la experiencia pionera entre Bulgaria y Rumanía(2015) para la fijación de precios y la adquisición de medicamentos costosos. La Declaración de Sofía promueve también el intercambio de información y la transparencia de precios entre los países firmantes.
- Iniciativa de Irlanda (promotor), Inglaterra, Escocia, Canadá y Australia (2016) para negociar conjuntamente un precio más asequible para el medicamento Orkambi, un tratamiento para las fibrosis quísticas.
- El grupo de Visegrad +2 (2017), compuesto por República Checa, Hungría, Polonia, Eslovaquia, Croacia y Lituania acordaron cooperar para garantizar un acceso "justo y asequible" a los medicamentos para sus ciudadanos.
- Declaración de La Valeta (2017) entre Chipre, Grecia, Italia, Malta, Portugal y España para colaborar en la evaluación y adquisición de nuevos medicamentos. Posteriormente, Croacia, Irlanda, Rumanía y Eslovenia se unieron a ellos, y Francia como observador. La cooperación está basada sobre todo en los medicamentos oncológicos, tratamientos para enfermedades autoinmunes, medicamentos huérfanos, biosimilares y medicamentos muy costosos.
- El Consejo Nórdico (2017) que une a Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia, firmó un memorando de entendimiento para cooperar en la ETS, con especial atención a los medicamentos hospitalarios de alto precio. Paralelamente el FINOSE, colaboración entre las agencias nacionales del medicamento de estos países (menos Dinamarca) firmaron un memorando de entendimiento para la ETS conjunta de medicamentos simples.

**Figura 3: Acuerdo de colaboración entre los países europeos sobre el acceso al mercado de los medicamentos**



Fuente: Grubert N. (2018), A landmark for international collaboration on HTA and pharmaceutical pricing

A pesar de todas estas colaboraciones, los resultados son aún limitados. Es difícil convencer a las industrias farmacéuticas a tratar con grupos de países, ya que tendrían menos capacidad de contratación. Por esta razón se puede explicar la tendencia de muchos estados pequeños como Islandia y Malta en sumarse a estas alianzas. El acuerdo alcanzado por el BeNeLuxA con Biogen representa un hito histórico que abrirá caminos en la cooperación transfronteriza en tema de medicamentos, también fuera del continente europeo.

### **Iniciativa: estudio comparativo francoalemán sobre el precio del medicamento.**

Frontera: Francia-Alemania

Área Geográfica: toda la frontera

Desde la mirada regional y local, se señala un estudio interesante llevado a cabo en la región fronteriza francoalemana, donde las asimetrías en términos de precios y dosificación de medicamentos son relevantes. Se trata de un estudio comparativo<sup>21</sup> entre los dos países en

21 [https://www.cec-zev.eu/fileadmin/user\\_upload/cec-zev/PDF/themes\\_conso/sante\\_alle-magne/prix\\_medicaments\\_resume.pdf](https://www.cec-zev.eu/fileadmin/user_upload/cec-zev/PDF/themes_conso/sante_alle-magne/prix_medicaments_resume.pdf)

términos de precios de medicamentos y de las políticas estatales. Se destacan los impuestos aplicados a los fármacos, los mecanismos que regulan el sector y se proporciona una comparativa entre medicamentos comunes. El estudio considera que una posible solución sería la compra de medicamentos por internet por parte del interesado, ya que el Tribunal de Justicia de la Unión Europea ha sentenciado en 2003 que un Estado miembro no puede prohibir la venta de medicamentos online (como sucedía en cambio en Francia).

## Traslado de pacientes

### Iniciativa: EMRIC

**Frontera:** Frontera Alemania-Países Bajos-Bélgica

**Área Geográfica:** Eurorregión Rehin-Waal

**Descripción:** EMRIC es el acrónimo de Euregion Meuse-Rhine Incident control and Crisis management. Se trata de un caso exitoso de colaboración entre servicios públicos alemanes, belgas y neerlandeses responsables de la seguridad pública, incluidos bomberos, la asistencia técnica y la atención médica de emergencia en sus respectivos territorios. Cada año hay alrededor de 1200 despliegues transfronterizos de servicios de emergencia (servicios de ambulancia y bomberos). En 2007 se firmó un acuerdo de cooperación franco-belga sobre ayuda médica urgente entre el Ministerio francés de Sanidad y Solidaridad y el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad del Reino de Bélgica. El acuerdo abarca a toda frontera franco-belga y se divide en tres áreas operativas (Nord-Pas-de-Calais, Ardennes y Lorraine). Gracias a este Acuerdo, los servicios de asistencia médica de emergencia están autorizados a intervenir en el territorio del país vecino (a través del número único 112), siendo la opción más rápida. Se han alcanzado acuerdos para la distribución de personas heridas durante incidentes a gran escala, basándose en la capacidad de los hospitales y de la demanda del paciente.

A través del proyecto EMRIC se promueve también el intercambio de informaciones entre hospitales (métodos de trabajo buenas prácticas, mejora de la atención al paciente, etc.), incluso datos e informes sobre enfermedades transmisibles.

### Iniciativa: Eumic<sup>22</sup>

**Descripción:** se trata de un proyecto desarrollado en el marco de EMRIC, cuyo objetivo es la mejora de la calidad y la armonización del transporte interclínico de Cuidados Intensivo en las estructuras hospitalarias de la Eurorregión Meuse-Rhine, donde se estima que cada año se generan más de 3.000 servicios de este tipo. Cada país utiliza sus propios sistemas de transporte y protocolos que impiden un despliegue eficaz del personal y medio de transportes en las regiones fronterizas. Para optimizar los recursos existentes, el proyecto desarrolla indicadores de calidad del servicio e intenta asociar pacientes y medio de transporte de la manera más eficiente.

---

<sup>22</sup> <https://www.emric.info/nl/professionals/Projecten/EUMIC>

## Profesionales de la salud

La Directiva 2013/55/UE prevé tres tipos de procedimientos para promover el reconocimiento de las titulaciones de los profesionales de salud en otro estado miembro:

**a) Sistema sectorial o sistema de reconocimiento automático:** solo se aplica a siete ámbitos profesionales (medicina, odontología, veterinaria, farmacéutica, enfermería y matronas y arquitectura). La directiva define los títulos de formación profesional que cumplen con las condiciones mínimas y, considerándose equivalentes, los Estados miembros deben reconocerlos sin realizar ningún examen o verificación del contenido de la formación.

**b) Sistema que tiene en cuenta la experiencia profesional** (que no afecta de forma específica a los profesionales de la salud).

**c) Sistema general de reconocimiento:** es el sistema general de reconocimiento de las calificaciones educativas y se aplica a todas las profesiones reguladas no cubiertas por los casos anteriores. En este caso, las autoridades competentes comparan el contenido de la formación. En ausencia de diferencias sustanciales, la autoridad emite una decisión final que establece la equivalencia de la formación extranjera. En caso de diferencias mínimas se realiza un examen individual. Por el contrario, cuando se encuentren diferencias sustanciales, el Estado miembro podrá exigir medidas compensatorias y someterse a una prueba de aptitud.

**d) La Tarjeta Profesional Europea (TPE):** se trata de un sistema simplificado, es decir un certificado electrónico que acredita que el profesional cumple todas las condiciones necesarias para prestar servicios en un Estado miembro de acogida de forma temporal y ocasional, es decir, el reconocimiento de cualificaciones profesionales para el establecimiento en un Estado miembro de acogida.

### Caso: Hospital de la Cerdaña

Frontera: Francia-España

Área Geográfica: Pirineos orientales

**Descripción:** A pesar de que la efectiva transposición de la directiva en las legislaciones de los estados miembros, el reconocimiento de titulaciones extranjeras sigue siendo un proceso lento y burocrático. Para agilizar los tiempos administrativos y las dificultades burocráticas, se han propuesto soluciones interesantes para el caso del Hospital de la Cerdaña en la frontera hispanofrancesa, avanzadas en el marco de la iniciativa B-Solution<sup>23</sup>:

<sup>23</sup> <https://ec.europa.eu/futurium/en/pilot-projects/speedy-mutual-recognition-qualifications-healthcare-professionals>

**Opción 1)** Modificación del marco legal español, introduciendo un “período de no respuesta”. Esto podría hacerse incorporando los procedimientos vigentes en el lado francés donde se prevé que “En ausencia de una respuesta la Asociación Médica Nacional dentro de los plazos establecidos (...), podrá comenzar la prestación de servicios”.

**Opción 2)** delegar, por circunstancias especiales, la función estatutaria de reconocimiento específico de títulos al AECT Hospital la Cerdaña y al Colegio de Médicos/as de Cataluña en la provincia fronteriza de Girona. Por un lado, el hospital transfronterizo podría recopilar la documentación justificativa de los médicos franceses que quisieran ejercer la profesión al otro lado de la frontera y el Colegio de Médicos/as de Girona sería competente para reconocer sus calificaciones.

**Opción 3)** Adscripción de un funcionario del Ministerio de Educación al Hospital de la Cerdaña, para certificar directamente la conformidad de las cualificaciones de los médicos franceses.

**Opción 4)** El Mecanismo Europeo Transfronterizo (ECBM) aplicando la legislación francesa, reconociendo los títulos adquiridos o certificados en Francia y para el caso específico de esta estructura hospitalaria, permitiría la validación directa e inmediata del desempeño de los servicios prestados por los médicos franceses. Tampoco implica una pérdida de soberanía para el Estado español, ya que sigue siendo el garante del control y ejecución del mecanismo.

### Caso: Proyecto MOSAN

**Frontera:** Francia-Bélgica

**Área Geográfica:** Ardennes-Namur

**Descripción:** el microproyecto de cooperación transfronteriza (con sólo una dotación de 30.000€) ha tenido un impacto macro. Con el objetivo general de aumentar los escasos servicios médicos de las ciudades de Givet y de Namur, se ha facilitado el acceso al registro de médicos especialistas belgas en la Orden de Médicos del Departamento de las Ardenas. De esta forma, el personal sanitario que opera en Namur puede brindar asistencia sanitaria en la vecina ciudad francesa, aprovechando del sistema “Zoast” existente, que permite el acceso a la atención médica y la prestación de servicios transfronterizos sin obstáculos administrativos o financieros. Como resultado del proyecto, diez médicos/as especialistas belgas están registrados en la Orden de las Ardenas y han abierto seis centros de consulta en el centro médico de Givet para diferentes especialidades: cirugía cardiovascular, oncología-radioterapia, nefrología, cirugía reconstructiva, urología y cirugía abdominal. 200 pacientes, el 7% de los cuales son pacientes belgas que viven en las ciudades fronterizas vecinas de Givet, se han beneficiado de estas nuevas consultas. En cambio, los pacientes franceses que se presenten a estas consultas se les reembolsará el coste de la visita si

estuviera al otro lado de la frontera (en Dinant o Mont Godinne) gracias al sistema ZOAST Ardennes.

### **Caso: CAWT (Cooperation and Working Together)**

**Frontera:** Irlanda-Reino Unido

**Área Geográfica:** Irlanda-Irlanda del Norte

**Descripción:** CAWT es la asociación transfronteriza de asistencia sanitaria que reúne las Agencias de Salud de la República de Irlanda y su homóloga de Irlanda del Norte, bajo la firma del Acuerdo de Ballyconnell en 1992. Con el objetivo de facilitar la cooperación transfronteriza entre los sistemas de atención sanitaria y social en ambas jurisdicciones, CAWT representa uno de los mejores ejemplos en Europa de este sector. Desde su creación han alcanzado importantes resultados para la integración de los respectivos sistemas sanitarios en la región transfronteriza en muchos ámbitos como la intervención en caso de emergencias, traslados de urgencias, servicios básicos y avanzados (como los tratamientos oncológicos y renales), servicios sociales para las discapacitados físicos y mentales y las violencias domésticas. Muchas iniciativas que han sido desarrolladas gracias a los fondos INTERREG se han mantenido activos una vez acabado el proyecto. En el ámbito de la movilidad de los profesionales de salud se han identificado los obstáculos para el desarrollo de servicios transfronterizos y se han puesto en marcha soluciones prácticas para permitir al personal sanitario de trabajar en la región transfronteriza entre Irlanda del Norte y la República de Irlanda. Por ejemplo, hay un acuerdo de indemnización transfronteriza que permite a los empleados de la asistencia sanitaria y social trabajar en ambas jurisdicciones. En el caso de las salidas de emergencias, los organismos profesionales y reguladores acordaron que el personal médico pueda brindar servicios en el país vecino en caso de un incidente mayor, sin dejar de ser responsables ante ellos<sup>24</sup>.

## **Accesibilidad e infraestructuras**

### **Caso: Hospital de la Cerdaña**

**Frontera:** Francia-España

**Área Geográfica:** Pirineos orientales

**Descripción:** El Hospital de Cerdanya representa el primer hospital transfronterizo de Europa al servicio de los 33.000 habitantes del valle de la Cerdaña, una microrregión transfronteriza ubicada en los Pirineos Orientales. Este territorio se divide administrativamente en dos partes: la Alta Cerdaña (Región de Occitania, Francia) y la Baja Cerdaña (Comunidad Autónoma de Cataluña, España). Históricamente, la población de la Alta Cerdaña no tenía equipamientos sanitarios de proximidad en su país (los más cercanos estaban a 60 kilómetros y bien a 100 kilómetros los más especializados). El hospital más cercano estaba localizado en el municipio fronterizo de Puigcerdà, la capital de la Baja Cerdaña. A pesar de la proximidad geográfica, los flujos transfronterizos hacia el hospital de Puigcerdà fueron escasos, principalmente por la falta de un acuerdo general hispanofrancés en materia de salud transfronteriza (alcanzado solo en 2008 a través de un convenio bilateral) y por la per-

<sup>24</sup> CAWT Strategic Plan 2014-2022

cepción negativa de los franceses sobre el sistema sanitario español. Sin embargo, hubo un cambio de percepción cuando, a finales de los 90, la Alta Cerdaña quedó desconectada del resto del departamento francés por condiciones meteorológicas adversas y el hospital de Puigcerdà atendió a varios pacientes del lado francés (inclusas mujeres en el estadio final de su embarazo). Entonces, las autoridades locales y regionales empezaron a mover los primeros pasos para la construcción de un hospital compartido entre los dos países. Los objetivos planteados fueron esencialmente dos: proporcionar un servicio sanitario para los 53 municipios de toda la Cerdanya y del Capcir<sup>25</sup> y para los 30.000 habitantes involucrados (hasta un máximo de 150.000 en previsión de la temporada turística) y, en según lugar, promocionar el desarrollo económico local.

En 2003, las administraciones autonómicas, junto con sus respectivas agencias sanitarias, firmaron el primer convenio de cooperación transfronteriza. El estudio de viabilidad, financiado en 2003 por INTERREG IIIA, llevó a la realización del proyecto ejecutivo, cofinanciado por el POCTEFA<sup>26</sup> 2007-2013 (18M€). La nueva autoridad de gestión conjunta adoptó el estatuto de Agrupación Europea de Cooperación Territorial para simplificar algunas cuestiones burocráticas y legales (contratación del personal, mantenimiento de la estructura, reembolsos de gastos sanitarios, etc.). En septiembre de 2014 el hospital transfronterizo abrió oficialmente sus puertas. Gracias a un enfoque innovador a la altura de la complejidad social y cultural del territorio (personal multilingüe, sensibilidad a la cultura sanitaria francesa), las estadísticas oficiales de 2019 son esperanzadoras: más de un tercio de las hospitalizaciones y los partos proceden del lado francés.

Ofrece una cartera de especialidades muy amplia<sup>27</sup> y está especializado en medicina de montaña, afirmándose como referencia europea en este ámbito. La gestión diaria del hospital representa una experiencia desafiante en términos de gobernanza transfronteriza. Como resultado, importantes obstáculos legales como la repatriación de franceses fallecidos a Francia y el reconocimiento de los recién nacidos franceses, ya se han superado en 2017 a través del acuerdo bilateral franco-español en la Cumbre de Málaga. Aun así, hay muchas cuestiones importantes no totalmente resueltas que deben resolverse a través de convenios bilaterales como el reconocimiento mutuo de las cualificaciones de los profesionales sanitarios y las intervenciones transfronterizas de atención sanitaria de emergencia.

Estos dos casos están siendo analizados por expertos en el marco del proyecto B-solution, promovido por la DG REGIO de la Comisión Europea y gestionado por la Asociación de Regiones Fronterizas de Europa (ARFE), para resolver los obstáculos administrativos. El hospital representa además el núcleo del distrito sanitario de la Cerdaña, un espacio de integración de las estructuras sanitarias públicas y privadas de todo el valle.

---

25 Comarca francesa adyacente a la Alta Cerdaña y aún más aislada respecto a su provincia.

26 Programa Operativo de Cooperación Transfronteriza España-Francia-Andorra (INTERREG)

27 <http://hcerdanya.eu/ca/cartera-de-serveis/serveis-i-equipament>

**Iniciativa: Hospital Móvil para áreas rurales (Proyecto EGAL-URG)<sup>28</sup>**

**Frontera:** Francia-España

**Área Geográfica:** Toda la frontera (áreas rurales)

**Descripción:** con el fin de garantizar el acceso a la atención sanitaria en caso de emergencia en los lugares más remotos y en caso de accidentes (naturales, terrorismo, pandemias) los centros y servicios hospitalarios de las regiones fronterizas de Occitania, Aquitania (Francia), Navarra y Cataluña (España), han creado una red de cooperación con tres objetivos: armonizar las prácticas y protocolos de atención a pacientes y gestionar una situación de urgencia o de crisis, fomentar la colaboración entre profesionales y una formación completa y coherente en los dos lados de la frontera y desarrollar herramientas innovadoras para aumentar la eficiencia en una situación de urgencia o catástrofe. En tema de accesibilidad, se ha desarrollado un prototipo de hospital móvil que está siendo implementado para enfrentar a la pandemia de COVID-19 en áreas rurales. Se trata de una unidad móvil polivalente, desplegable en 40 minutos para ser operativa y con una cierta autonomía desde el punto de vista energético, permite asistir a 18 personas (8 en urgencia absoluta y 10 en urgencia relativa). Más allá de la unidad móvil, los socios del proyecto están estudiando cómo superar los cuellos de botellas jurídicos y legales que dificultan las intervenciones de urgencias transfronterizas.

**Iniciativa: garantizar el servicio urgencias médicas nocturna en la ciudad fronteriza vecina**

**Frontera:** Francia-Alemania

**Área Geográfica:** Land del Palatinado- Ciudad de Wissembourg.

**Descripción:** esta cooperación surgió en el contexto de la escasez de médicos de emergencia en el sur del Palatinado (Alemania). La atención médica de emergencia estándar ya no podía garantizarse las 24 horas en esta región. El hospital Wissembourg (Francia) está ubicado justo al otro lado de la frontera y algunos de los médicos de emergencia proceden de Alemania, gracias a un acuerdo de cooperación de 2002. En 2018 se firmó una versión revisada del acuerdo de cooperación para que los médicos de emergencia franceses de Wissembourg realicen operaciones de emergencia en la ciudad fronteriza de Bad Bergzabern de 19:00 a 7:00 en días laborables. Además, el hospital de Wissembourg ofrece un servicio de salidas de emergencia en el lado alemán: un paramédico alemán será acompañado por un médico de urgencias francés utilizando un vehículo de rescate alemán.

**Iniciativa: proyecto PROSANTÉ**

**Frontera:** Italia-Francia

**Área Geográfica:** Briançon-Valle Susa (alta montaña)

**Descripción:** el objetivo principal del proyecto es la creación de una red de salud compartida entre los dos valles alpinos de alta montaña, facilitando los viajes de pacientes a través del reconocimiento mutuo del acceso a la salud y de los derechos de los pacientes en un marco legal en vigor. Como resultado del proyecto, los socios promotores (Agencia Sanitaria Local italiana y el Hospital de Brinçon), apoyados por las respectivas administraciones regionales y departamentales) han conseguido activar itinerarios sanitarios transfronterizos, a través de la elaboración de trámites administrativos y legales que faciliten los

<sup>28</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=tVY7lNSaDFQ>

intercambios, la formación del personal, la protección jurídica y la privacidad de los pacientes. Los itinerarios sanitarios que han sido activados en cardiología, ginecología, urología, dermatología y anestesia, prestando más de 500 servicios. Con respecto a la telemedicina, se ha experimentado con éxito visitas remotas mensuales para preparar el paciente a la anestesia preoperatoria. En el futuro se intentará extender el servicio para el seguimiento remoto de pacientes que sufren de insuficiencia cardíaca crónica. Se trata de un ejemplo muy innovador a nivel transfronterizo entre Italia y Francia. Otro logro ha sido la creación de una red entre el centro hospitalario de Briançon y los médicos de familia italianos, para el seguimiento de los pacientes italianos tratados por la estructura francesa. La *web* del proyecto transfronterizo está pensada para funcionar como un portal virtual para la comunicación entre los pacientes y el personal sanitario.

### **Iniciativa: rutas regulares transfronterizas**

**Frontera:** Francia-España

**Área Geográfica:** Pirineos orientales

**Descripción:** gracias al proyecto Connect<sup>29</sup> (Programa POCTEFA) se mejora la accesibilidad del Hospital del Cerdaña desde el lado francés. Hasta ahora, no había transporte público que conectase los municipios del Alta Cerdaña con el Hospital localizado en proximidad de la frontera. Gracias a este proyecto, se establecen rutas regulares transfronterizas en una zona eminentemente rural para conectar el Hospital a la red de estructuras sanitarias del valle transfronterizo de la Cerdaña, además de contar con un servicio de largo recorrido hasta Barcelona.

### **Iniciativa: repatriación de los cadáveres**

**Frontera:** Francia-España

**Área Geográfica:** Cataluña-Occitania

**Descripción:** en la cumbre hispanofrancesa de Málaga de 2017 ha sido firmado un acuerdo técnico<sup>30</sup> para permitir el traslado de cadáveres a los lugares de origen por vía terrestre con trámites simplificados. El Convenio, inicialmente solicitado para el Hospital de la Cerdaña, se aplica a los estados español y francés, estableciendo sólo un límite temporal de 72 horas para el traslado de cadáveres de forma simplificada.

## **Intercambio de informaciones, vigilancia y comunicación**

### **Caso: Network EUPrevent<sup>31</sup>**

**Frontera:** Alemania-Bélgica-Países Bajos

**Área Geográfica:** Eurorregión Meuse-Rhine (EMR)

**Descripción de la acción:** EUPrevent representa una experiencia muy innovadora en Europa. Se trata de una red compuesta por 36 socios (administraciones públicas, autorida-

<sup>29</sup> <https://capitefa.poctefa.eu/>

<sup>30</sup> [https://es.ambafrance.org/IMG/pdf/traslado\\_de\\_cadaveres.pdf?17392/b9409cdd1ed9eae2be7b5d6cb9aa578c3dd56bf3](https://es.ambafrance.org/IMG/pdf/traslado_de_cadaveres.pdf?17392/b9409cdd1ed9eae2be7b5d6cb9aa578c3dd56bf3)

<sup>31</sup> <https://euprevent.eu/>

des sanitarias, centros de salud privados, universidades, etc.) y decenas de colaboradores para promover la integración de la asistencia sanitaria transfronteriza en el territorio eurregional. Siguiendo un enfoque innovador llamado 'Positive Health'<sup>32</sup> (salud positiva) promueven proyectos y acciones orientados hacia un bienestar más 'amplio' del paciente en el espacio transfronterizo y se organizan grupos de trabajo y programas temáticos de cooperación transfronteriza. Hay un programa específico sobre enfermedades transmisibles, sobre todo bacterianas y la COVID-19: se comparten conocimientos e informaciones, se aseguran las mismas condiciones higiénicas en las estructuras sanitarias (Sello de Calidad para la Seguridad del Paciente) y los centros de investigación avanzan conjuntamente en la investigación científica.

#### **Iniciativa: Proyecto EMRIC (enfermedades transmisibles)**

Siempre en la Euregio Meuse-Rhine, las autoridades responsables del control de las enfermedades infecciosas trabajan en estrecha colaboración e intercambian regularmente información sobre enfermedades transmisibles para minimizar su propagación. Entre los casos más exitosos se incluyen el reciente brote de ébola, la epidemia de EHEC de 2011 y la epidemia de fiebre Q de 2009. Un ejemplo muy práctico fue el control conjunto de una epidemia de norovirus en tres escuelas primarias holandesas, originado un parque de atracciones belga visitados por algunos estudiantes holandeses durante un viaje escolar.

#### **Iniciativa: Atlas Euroregional de la Salud**<sup>33</sup>

**Descripción:** se trata de un portal virtual e interactivo que proporciona estadísticas, cifras e información fiables sobre la salud y el bienestar de los habitantes de Euregion Meuse-Rhine. Los datos, las estadísticas y la información se visualizan de manera transparente en diferentes niveles geográficos. Es una herramienta útil para los profesionales de salud para comparar los datos a nivel local y regional, comprender mejor el trabajo de sus homólogos al otro lado de la frontera y desarrollar políticas y proyectos comunes.

#### **Iniciativa: intercambio de datos sanitarios de pacientes**

Frontera: Alemania-Países Bajos

**Descripción:** El Ministerio Federal de Salud, el Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte, las organizaciones de conocimiento alemanas y holandesas Gematik y Nictiz están cooperando para promover el intercambio de datos en la región fronteriza de ambos países para que los profesionales de la salud tengan acceso a los datos del paciente, como el resumen de la medicación, enfermedades crónicas u otros aspectos relevantes<sup>34</sup>.

#### **Iniciativa: Foro Europeo de Atención Sanitaria Transfronteriza**

Frontera: Alemania-Países Bajos

Área Geográfica: Euregio Rhine-Waal

---

<sup>32</sup> <http://www.louisbolck.org/health-nutrition/integrative-medicine-3/new-concept-of-health>

<sup>33</sup> <http://euregionalhealthatlas.eu/volwdashboard.html>

<sup>34</sup> <http://www.gesundheitsforumerw.eu/action/news/item/349/uitwisseling-zorgdata-duitsland-en-nederland/>

**Descripción:** La Euregio Rhine-Waal coordina el 'Foro Euregional Cross-border Healthcare', a través de cual médicos generales, especialistas, hospitales, aseguradoras de salud holandeses y alemanes trabajan juntos para mejorar la calidad de la atención médica en la zona fronteriza y eliminar los obstáculos existentes. El foro tiene aproximadamente 50 organizaciones miembros que discuten temas de actualidad en el campo de la salud y se desarrollan y evalúan nuevas ideas de proyectos. Estos proyectos se ejecutan con financiación del programa europeo INTERREG Alemania-Países Bajos. El propósito es generar y compartir recursos físicos, como equipos médicos e infraestructuras a través de fondos comunes. No hay muchos ejemplos de este tipo en Europa.

**Iniciativa: Clínica dental conjunta** <sup>35</sup>

**Frontera:** Suecia-Finlandia

**Área Geográfica:** Karesuando (Suecia) y Karesuvanto (Finlandia)

**Descripción:** se trata de un área transfronteriza escasamente poblada y con escaso servicio de odontología, lo que implica viajes de larga distancia para la población local hacia sus propias ciudades de referencia. A principios de los años 2000 se puso en marcha un proyecto INTERREG para contratar dentistas, informar a los residentes y estudiar las legislaciones nacionales pertinentes. Hoy en día, hay una clínica dental ubicada en Karesuando atiende a 1600 residentes de la zona (1200 de Suecia, 400 de Finlandia) y brinda atención en los tres idiomas (sueco, finlandés y sami).

**Iniciativa: inversiones en tecnologías en el país vecino** <sup>36</sup>

**Frontera:** Dinamarca-Alemania

**Área Geográfica:** Schleswig-Holstein

**Descripción:** hay una cooperación transfronteriza sanitaria sólida entre el sur de Dinamarca y el norte de Alemania. En 2001, el condado danés de Jutlandia firmó un convenio de cooperación de cinco años con el Hospital St Franziskus de Flensburg (Alemania), eliminando el protocolo de derivación de pacientes daneses tratados en el Hospital alemán, así como las restricciones sobre el número de pacientes admisibles. Desde entonces, los flujos de pacientes son más fluidos y la colaboración se ha intensificado. Según el protocolo, si el tiempo de espera para la radioterapia en los hospitales locales daneses superan los tiempos máximos establecidos, los pacientes daneses tienen derecho recibir ciertos tratamientos (autorizados) en Flensburg. Las autoridades de Jutlandia cofinancian una máquina de radioterapia en el hospital alemán, considerando el hospital de Flensburg como un equipamiento esencial de la región transfronteriza. Por su parte, el Hospital de St. Franziskus ha invertido en nuevas instalaciones de radioterapia y el estado alemán de Schleswig-Holstein ha subvencionado parte de los costes.

## Soporte a la cooperación local y regional

### Iniciativa: marcos Legales ad-hoc para la cooperación transfronteriza local

<sup>35</sup> Wisamar *et al*, 2010

<sup>36</sup> Ibid.

**Frontera:** todas las fronteras de la UE

**Área Geográfica:** Europa

**Descripción:** la Unión Europea representa la principal autoridad legislativa y financiera para fomentar la cooperación transfronteriza local y regional. Una estrategia importante fue la introducción de figuras jurídicas ad-hoc para facilitar la cooperación institucional. Uno de los primeros instrumentos introducido por el Consejo de las Comunidades Europeas (CCE) ha sido la Agrupación Europea de Interés Económico (AEIE) en 1985 (CEE n. 2137/85), permitiendo a empresas e instituciones locales “cooperar efectivamente más allá de las fronteras” (Reg. CEE n. 2137/1985) en la perspectiva de facilitar a las empresas europeas el acceso al futuro Mercado Único Europeo. Un ejemplo aplicado al ámbito sanitario es el GEIE OEST<sup>37</sup> (Observatorio Europeo de la Salud Transfronteriza) que reúne a organizaciones e instituciones locales y regionales, entre los cuales centros hospitalarios e instituciones transfronterizas.

Otro instrumento jurídico inédito es la Agrupación Europea de Cooperación Territorial - AECT (CE n. 1082/2006) introducido para superar los obstáculos a la cooperación que derivan de las legislaciones nacionales y de las asimetrías institucionales entre agentes locales y regionales. El Reglamento reconoce a la AECT, entre otras competencias, la capacidad de “adquirir y enajenar bienes muebles e inmuebles, disponer del personal y soportar en juicio”. Los miembros pueden ser autoridades nacionales, regionales y locales (de al menos dos estados miembros), que tendrán que aprobar una Convención, una Constitución y elegir el derecho aplicable (donde se colocará la sede). Las competencias están claramente delimitadas para evitar conflictos con las autoridades nacionales. Su principal objetivo es facilitar y promover la cooperación transfronteriza para una mejor cohesión económica y social. Más específicamente, una AECT tiene la función de facilitar la implementación de los proyectos de cooperación financiados tanto por los fondos estructurales como por otras entidades públicas. Hoy en día las AECT están implementadas a lo largo de todas las fronteras de la UE (Durà et al, 2018). Aun así, persisten numerosos obstáculos de tipo administrativo que las AECT no tienen la capacidad de superar.

Por esta razón, la Comisión Europea ha desarrollado en 2018 otra herramienta legal llamada Mecanismo Transfronterizo Europeo (ECBM)<sup>38</sup>. Se trataría de implementar, de forma voluntaria y con el consentimiento de las autoridades competentes, el marco legal del país vecino en un ámbito geográfico, temático y temporal bien definido. El Mecanismo está ahora en una fase de discusión y de aprobación por parte de los Estados Miembros.

### **Iniciativa: TRISAN**

**Frontera:** Francia-Suiza-Alemania

**Área Geográfica:** Región del Alto Rin

A través del proyecto TRISAN se ha puesto en marcha un centro trinacional con múltiples objetivos: interconectar a los actores de la salud, apoyar el diseño de proyectos y la difusión de experiencias en materia de conocimiento médico transfronterizo. El proyecto

<sup>37</sup> <https://oest.ovh/>

<sup>38</sup> (COM / 2018 / 373 final - 2018/0198)

está organizado por el centro de investigación transfronterizo francoalemán Euro-Institut, por la Autoridad Sanitaria Regional (ARS) francesa de Grand-Est, los ministerios de salud de Baden-Württemberg y Renania-Palatinado y en el lado suizo instituciones cantonales y confederales. Las actividades se relacionan con temas claves para la cooperación sanitaria transfronteriza. Por ejemplo, se ha desarrollado un protocolo de actuación para simplificar los trámites administrativos transfronterizos en el ámbito del seguro de enfermedad<sup>39</sup>.

## Enfoque de género<sup>40</sup>

### Iniciativa: Health Across

**Frontera:** Austria-Chequia-Eslovaquia

**Área Geográfica:** Baja Austria- Moravia del Sur y Bohemia del Sur

En el marco de la red de cooperación interregional Health Across, gracias a una estrecha cooperación entre el centro clínico de Melk (Land de la Baja Austria) y el hospital de Znaim (Moravia del sur, Republica Checa), ambos ubicados cerca de la frontera, la clínica de Melk se convirtió en el único centro de atención de la endometriosis en la Baja Austria. Una de cada diez mujeres en edad fértil se ve afectada por esta afección crónica que afecta el revestimiento del útero. Los síntomas incluyen dolor intenso y dificultad para tener hijos. Las mujeres afectadas por la enfermedad se benefician de un diagnóstico y tratamiento rápido en la clínica de Melk.

Cabe señalar que en la mayoría de los cargos directivos y de gestión de Health Across son desempeñados por mujeres, caso bastante inusual comparado con las demás asociaciones transfronterizas existentes, reafirmando el papel central de las mujeres en promover la cooperación sanitaria transfronteriza a la escala local y regional.

### Iniciativa: Proyecto INTEGRA<sup>41</sup>: Red transfronteriza para mujeres migrantes.

**Frontera:** Italia-Eslovenia

**Área Geográfica:** área del programa INTERREG Italia-Eslovenia

El proyecto tiene el objetivo de aumentar el conocimiento y la cooperación transfronteriza de los profesionales de la salud sobre el tema de la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes, a través del desarrollo de una política sexual y reproductiva y realización de un protocolo de actuación común. Esto permitirá a los profesionales de la salud del territorio transfronterizo abordar la creciente llegada de migrantes según un enfoque intercultural y de género, coordinada e integrada. Entre los aspectos más importantes, se señala la adopción de directrices comunes para la comunicación intercultural, así como técnicas médicas para el tratamiento de mujeres víctimas de mutilaciones genitales, sobre todo de las migrantes procedentes de países con una tradición marcadamente patriarcal. Más allá del personal sanitario, el programa involucra también a mediadores culturales, figuras clave para la intermediación con los migrantes.

---

39 En el marco del proyecto B-Solution

40 Otros ejemplos se han incluido en secciones temáticas como la maternidad.

41 <https://interreg-integra.eu/>

### Caso: CAWT (Cooperation and Working Together)

**Frontera:** Irlanda-Reino Unido

**Área Geográfica:** Irlanda-Irlanda del Norte

**Descripción:** a través del proyecto “Promoting Social Inclusion and Tackling Health Inequalities”, un proyecto de inclusión social, se desarrolló un programa de acceso para ayudar al personal de servicios de salud a comprender mejor las necesidades y facilitar el acceso a los servicios sociosanitarios de colectivos más vulnerables como LGBT, personas con discapacidad auditiva y visiva. Además, se trabajó en la mejora de la salud para mujeres vulnerables en la región fronteriza, incluidas las madres primerizas, las mujeres mayores, las mujeres que viven con cáncer, las mujeres que padecen enfermedades mentales, las mujeres que padecen violencia doméstica y las madres de niños discapacitados. Según el CATW<sup>42</sup>, el proyecto logró llegar a todas partes e involucrar a quienes viven en áreas más desfavorecidas socialmente, personas con discapacidades, minorías étnicas y familias y mujeres vulnerables.

Como ejemplo los seis programas mostraron una mejora significativa en el bienestar entre los participantes, incluida una mayor autoestima y una reducción de los síntomas de ansiedad y depresión de mujeres vulnerables. También se trabajó conjuntamente sobre el tema de las violencias sexuales, estableciendo varias clínicas de Salud Sexual en toda la región fronteriza. Estas clínicas brindan una amplia gama de servicios que incluyen acceso rápido a servicios de diagnóstico, preventivos y curativos especializados para personas con infecciones de transmisión sexual y servicios de asesoramiento en el área de infecciones de transmisión sexual. Según los datos de CATW fueron tratados más de 7.000 pacientes<sup>43</sup>.

### Situación Covid-19

**Alemania-Francia:** la provincia alemana de Renania-Westfalia ha acogido, en abril 2020, en sus hospitales pacientes fronterizos holandeses por tener una alta disponibilidad de camas UCI (6.000) y pocos casos críticos<sup>44</sup>. Tras la primera experiencia, en junio del mismo año, se han declarado disponibles a ayudar nuevamente a los vecinos holandeses, los cuales ha tenido un repunte de casos y disponen de menos camas de UCI<sup>45</sup>

**Alemania-Francia:** en noviembre de 2020, los gobernantes de los estados de Baden-Württemberg, Renania-Palatinado de Sarriand y el presidente de la Región Grand Est francesa firmaron un pacto de asistencia mutua<sup>46</sup> para aumentar la cooperación y coordinación

42 CAWT Annual Progress Report 2014

43 CAWT Annual Progress Report 2013

44 <https://www.gelderlander.nl/berg-en-dal/52-nederlandse-coronapatienten-in-duitse-ziekenhuizen-fijn-dat-de-buren-ons-helpen~a8435c42/?referrer=https%3A%2F%2Fduckduckgo.com%2F>

45 <http://www.gesundheitsforumerw.eu/action/news/item/346/duitsland-wil-nederland-meteen-weer-helpen-met-corona/?language=1>

46 [https://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/dateien/PDF/Anlagen/PMs\\_2020/201127\\_Beistandspakt\\_fuer\\_eine\\_verstaerkte\\_grenzueberschreitende](https://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/dateien/PDF/Anlagen/PMs_2020/201127_Beistandspakt_fuer_eine_verstaerkte_grenzueberschreitende)

transfronteriza. El pacto, que está inspirado al acuerdo de cooperación MOSAR anteriormente tratado, tiene como objetivo ampliar aún más la cooperación francoalemana, en particular en el ámbito de la prevención y gestión de las crisis sanitarias y del fortalecimiento del diálogo y de la transferencia de conocimientos en la región del transfronteriza.

**Alemania-Países Bajos:** hasta mayo de 2020 un helicóptero de emergencias (utilizado normalmente para las islas neerlandesas) ha sido utilizado para transportar pacientes UCI (incluso 2 sin COVID) entre los hospitales de Hamburgo y Venlo<sup>47</sup>. En total se han asistido a 68 pacientes procedían principalmente de hospitales del sur de Holanda y fueron trasladados al norte de Holanda y Alemania o viceversa. Se trata de un servicio muy rápido que bien se adapta al traslado de pacientes en situaciones de extrema urgencias.

**Alemania-Países Bajos:** proyecto de ley del Ministerio de Salud alemán para reformar las profesiones del personal auxiliar y personal sanitario para que, en determinadas circunstancias, los paramédicos puedan socorrer o intubar pacientes antes de que llegue un médico de urgencias<sup>48</sup>.

**Francia-Bélgica-Países Bajos (Proyecto PANDREMIC):** En la Eurorregion Meuse-Rhine Esto, tras la exitosa experiencia del EMRIC, se ha puesto recientemente en marcha el proyecto PANDEMERIC para enfrentar la pandemia Covid-19 a nivel euroregional e integrado. El proyecto tiene como objetivo establecer acuerdos para el intercambio de información a nivel administrativo y operativo y lograr una mejor coordinación entre los países involucrados, sobre todo respecto a la distribución de pacientes en UCI. Se intentan superar los obstáculos para las pruebas transfronterizas y la compra conjunta de equipos de protección personal. Como primer hito se ha realizado una aplicación web que permita a los centros de atención solicitar ayuda entre sí más rápidamente en caso de incidentes a gran escala.

**España-Portugal (COVIDMIÑO):** Se trata de una herramienta para informar a la población local sobre la evolución de la pandemia en los territorios gallegos y portugueses a lo largo del río Miño (reunidos en la AECT Río Miño). El portal *web* interactivo recopila datos actualizados de Covid-19 basados en fuentes oficiales y proporciona a los ciudadanos diferentes medidas sobre temas como movilidad laboral, régimen de apertura de hostelería y restauración, educación y situación escolar, comercio y otras consideraciones sociosanitarias.

**España-Francia:** durante la pandemia COVID-19, el Hospital de la Cerdaña sigue asistiendo a pacientes franceses a pesar de las restricciones fronterizas que se siguen introduciendo

**España-Francia:** el hospital móvil polivalente, realizado en el marco del proyecto INTERREG EGAL-URG, ha sido desplazado en diferentes municipios pirenaicos para el suministro de 750 vacunas contra la COVID-19.

---

[Kooperation und Koordination.pdf](#)

47 <http://www.gesundheitsforumerw.eu/action/news/item/345/coronahelikopter-is-niet-meer-nodig/>

48 <http://www.gesundheitsforumerw.eu/action/news/item/348/competenties-van-de-paramedici-in-noodgevallen-worden-uitgebreid/>

## Referencias Bibliográficas

- Berzi, M. y Durà, A.** (2021). *La coopération transfrontalière en matière sanitaire dans l'UE à travers le cas emblématique de l'Hôpital de Cerdagne (Pyrénées)*. In F. Moullé & B. Reitel (Eds): *Maillages et interfaces, les enjeux territoriaux de la santé*. Presses universitaires de Bordeaux. ISBN : 979-10-300-0808-1 <http://dx.doi.org/10.46608/santencontextes1.9791030008067.7>
- Berzi, M., y Castañer, M.** (2018). *Los Pirineos entre las políticas europeas y las iniciativas locales de cooperación transfronteriza: el caso de la Cerdaña*, Documents d'Anàlisi Geogràfica, Special Issue: Espais fronterers i cooperació transfronterera a Europa, 64(3), 529-550. <https://doi.org/10.5565/rev/dag.445>
- B-solutions (1)**, *Ambulances without Borders: towards sustainable cooperation between emergency services*. Final report by the expert Martin Unfried. [https://ec.europa.eu/futurium/en/system/files/ged/unfried\\_municipality\\_of\\_woensdrecht.pdf](https://ec.europa.eu/futurium/en/system/files/ged/unfried_municipality_of_woensdrecht.pdf)
- B-solutions (2)**, *Speedy mutual recognition of qualifications for healthcare professionals*. Final report by the expert Mission Operationelle Transfrontaliere (MOT) [https://ec.europa.eu/futurium/en/system/files/ged/mot\\_cerdanya\\_hospital\\_egtc.pdf](https://ec.europa.eu/futurium/en/system/files/ged/mot_cerdanya_hospital_egtc.pdf)
- B-solutions (3)**, *Cross-border Emergency Medical Services*. Final report by the expert Mission Operationelle Transfrontaliere (MOT) [https://ec.europa.eu/futurium/en/system/files/ged/mot\\_french\\_regional\\_health\\_agency.pdf](https://ec.europa.eu/futurium/en/system/files/ged/mot_french_regional_health_agency.pdf)
- B-solutions (4)**, *Cross-border healthcare*. Final report by the expert Hynek Böhm [https://ec.europa.eu/futurium/en/system/files/ged/bohm\\_euroregion\\_neisse-nisa-nysa.pdf](https://ec.europa.eu/futurium/en/system/files/ged/bohm_euroregion_neisse-nisa-nysa.pdf)
- Commission Européenne** (2017), *Communication de la Commission au Conseil et au Parlement Européen - Stimuler la croissance et la cohésion des régions frontalières de l'Union européenne*, COM(2017)534
- Commission Européenne** (2018), *Study on Cross-Border Cooperation Capitalising on existing initiatives for cooperation in cross-border regions*. Cross-border.Care Final report. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Doi: [10.2875/825256](https://doi.org/10.2875/825256)
- Commission Européenne** (2018a), *Proposition de Règlement du Parlement Européen et du Conseil relatif à la création d'un mécanisme visant à lever les obstacles juridiques et administratifs dans un contexte transfrontalier*, COM(2018) 373 final
- Commission Européenne** (2020), *Communication de la Commission - Lignes directrices relatives à l'aide d'urgence de l'Union européenne en matière de coopération transfrontière dans le domaine des soins de santé en liaison avec la crise de la COVID-19* (2020/C 111 I/01)
- EUREGHA** (2017), *A Showcase of EUREGHA Members' Good Practices on Cross-border cooperation in Health*. EUREGHA Annual Conference 2017 "Exploring regional cross-border cooperation in health: Current practices and future outlooks", 6 December 2017. [https://ec.europa.eu/futurium/en/system/files/ged/euregha\\_booklet\\_good\\_practices\\_cross-border\\_healthcare.pdf](https://ec.europa.eu/futurium/en/system/files/ged/euregha_booklet_good_practices_cross-border_healthcare.pdf)
- EUREGHA** (2019), *Proposal for a Thematic Network on Healthcare in cross-border regions*, EU Health Policy Platform. [https://ec.europa.eu/futurium/sites/futurium/files/euregha\\_s\\_proposal.pdf](https://ec.europa.eu/futurium/sites/futurium/files/euregha_s_proposal.pdf)

- Glinos I., Baeten R.** (2006). *A literature review of cross-border patient mobility in the European Union*. Brussels, Observatoire social européen [www.ose.be/files/publication/health/WP12\\_lit\\_review\\_final.pdf](http://www.ose.be/files/publication/health/WP12_lit_review_final.pdf)
- Glinos I., Wismar M.** (eds.) (2013). *Hospitals and Borders - Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions*, European Observatory on Health, Observatory Studies Series, 31. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107323/1/e96935.pdf>
- Legido-Quigley H., Glinos I. a., Baeten R., McKee M., & Busse R.** (2012). *Analysing arrangements for cross-border mobility of patients in the European Union: A proposal for a framework*, Health Policy, 108 (1), p. 27-36.
- Moullé & B. Reitel** (eds.) (2021). *Maillages et interfaces, les enjeux territoriaux de la santé*. Presses universitaires de Bordeaux. ISBN : 979-10-300-0808-1
- Moullé, F.** (2010). *Espace à risques et réseaux de secours: l'exemple du massif du Mont-Blanc*. Frontières et santé, In : Duhamel S., Moullé F. (dirs.), Frontières et santé. Genèses et maillages des réseaux transfrontaliers. Paris, L'Harmattan, p. 97-107
- Présidence** (2017), Décret n° 2017-1122 du 30 juin 2017. *Accord de coopération technique entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume d'Espagne en matière de transfert des corps par voie terrestre des personnes décédées* (ensemble une annexe), Malaga 20 février 2017 <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/6/30/EAEJ1708628D/jo>
- Progress Consulting & Living Prospects** (2012). *La gestione dei sistemi sanitari negli Stati membri dell'UE. Il ruolo degli enti locali e regionali*, Union Européenne, Comité des Régions (<http://cor.europa.eu/en/documentation/studies/Documents/health-systems/health-systems-it.pdf>).
- Renard J. P., & Duhamel S.** (2010). *Une coopération hospitalière et médicale à la croisée des chemins: l'espace transfrontalier franco-belge*, In: Duhamel S., Moullé F. (dirs.), Frontières et santé. Genèses et maillages des réseaux transfrontaliers. Paris, L'Harmattan, p. 85-95.
- Svensson S.** (2017). *Health Policy in Cross-border Cooperation Practices: The Role of Euroregions and Their Local Government Members*, Territory, Politics, Governance, 5 (1), p. 47-64.

## Informe III

**Identificación de las experiencias e instituciones a visitar en zonas de la Unión Europea**

Este tercer Informe<sup>49</sup> tiene como objetivo identificar las experiencias e instituciones a visitar en zonas fronterizas de la Unión Europea. Partiendo de los casos de buenas prácticas identificados en el informe anterior, han sido seleccionadas las experiencias más relevantes, representativas y útiles para los cuellos de botella identificados en las áreas fronterizas de MERCOSUR (**Tabla 1**). En todos los casos, las instituciones locales y regionales, entre las cuales las Eurorregiones y Eurodistritos están directamente involucradas y tienen un papel activo en el diseño, la coordinación y el desarrollo de las iniciativas. Un aspecto particularmente interesante es la gobernanza, ya que muchas entidades transfronterizas han adoptado el instrumento jurídico de la Agrupación Europea de Cooperación Territorial (AECT) para facilitar la gestión administrativa cotidiana. Por cada caso identificado, se proporcionan datos geográficos, información de contacto y la descripción. Hay instituciones que podrán explicar más de una experiencia exitosa y múltiples soluciones a cuellos de botellas de interés para las fronteras de Mercosur, como el caso del Hospital de la Cerdeña y la Eurorregión Maas-Rhein.

A pesar de las restricciones impuestas por la pandemia de COVID-19, es viable pensar que será posible viajar a Europa una vez que se cumplan los planes de vacunación de cada país y se restablezcan las conexiones aéreas internacionales. A la espera de que esto pase, sería conveniente plantear reuniones y seminarios virtuales, facilitados por el Instituto Social del MERCOSUR (ISM), EUROsociAL+ y la Asociación de Regiones Fronterizas Europeas (ARFE).

---

49 Informe correspondiente al Producto 3 “*Documento de identificación de las experiencias e instituciones a visitar en zonas de la Unión Europea*” del Acuerdo de Colaboración entre ARFE y el Dr. Matteo Berzi, enmarcado dentro del Convenio ARFE y EUROsociAL+ – Servicios de asistencia técnica, orientados a la identificación de los principales cuellos de botella que obstaculizan la movilidad de pacientes y la atención sanitaria eficiente en las zonas de frontera del MERCOSUR.

**Tabla 3: Experiencias e instituciones relevantes a visitar en las zonas de frontera de la Unión Europea**

Área temática	Ejemplos de buenas prácticas europeas	Frontera
<b>Ciudadanía y Derecho al Acceso a la salud</b>	Centro Perinatal de Proximidad Transfronterizo	Italia-Francia
	Sala de maternidad transfronteriza en Wissembourg	Alemania-Francia
	Observatorio Franco-Belga de la Salud (OBS)	Francia-Bélgica
	Eurodistrito PAMINA: Oferta de asistencia sanitaria	Alemania-Francia
<b>Traslado de pacientes</b>	Eurorregión Maas-Rhein: proyectos EMRIC, EUMIC y PANDEMIC	Alemania-Países Bajos-Bélgica
<b>Profesionales de la salud</b>	Proyecto MOSAN	Irlanda-Reino Unido
	CAWT (Cooperation and Working Together)	Francia -Bélgica
<b>Accesibilidad e Infraestructuras</b>	Hospital de la Cerdaña	Francia-España
	Hospital Móvil para áreas rurales (Proyecto EGAL-URG)	Francia-España
	Proyecto PROSANTÉ	Italia-Francia
<b>Intercambio de informaciones, vigilancia y comunicación</b>	Eurorregión Meuse-Rhine: Network EUPrevent	Alemania-Países Bajos-Bélgica
	Atlas Euroregional de la Salud	Alemania-Países Bajos-Bélgica
	Foro Europeo de Atención Sanitaria Transfronteriza	Alemania-Paises Bajos
<b>Soporte a la cooperación local y regional</b>	Instrumentos legales ad-hoc para la cooperación transfronteriza local y regional	Unión Europea
	Proyecto TRISAN	Francia-Suiza-Alemania
<b>Enfoque de género</b>	Health Across	Austria- Rep. Checa
	INTEGRA: Red transfronteriza para mujeres migrantes	Italia-Eslovenia
	CAWT (Cooperation and Working Together)	Irlanda-Reino Unido

## Ciudadanía y Derecho al Acceso a la salud

<b>Iniciativa:</b>	<b>Centro Perinatal de Proximidad Transfronterizo</b>
<b>Frontera:</b>	Italia-Francia
<b>Área Geográfica:</b>	Mentón-Ventimiglia
<b>Contacto:</b>	Centro hospitalario de La Palmosa, Mentón (Francia), 17 rue de la République 06500 Menton. <a href="mailto:secretariat.perinatal@ch-menton.fr">secretariat.perinatal@ch-menton.fr</a>
<b>Web:</b>	<a href="https://www.menton.fr/Hopital-la-Palmosa-evolution-du-centre-de-perinatalite-de-proximite.html">https://www.menton.fr/Hopital-la-Palmosa-evolution-du-centre-de-perinatalite-de-proximite.html</a>

**Razón:** Centro Perinatal de Proximidad Transfronterizo es un servicio clave de la Comunidad de Salud Transfronteriza Mentón-Ventimiglia. Es una experiencia útil para entender como se tratan en esta frontera los aspectos legales, administrativos y culturales que conlleva el desplazamiento por embarazo al otro lado de la frontera. Además, se puede profundizar el conocimiento sobre formación de personal de enfermería transfronterizos.

<b>Iniciativa:</b>	<b>Sala de maternidad transfronteriza en Wissembourg</b>
<b>Frontera:</b>	Alemania-Francia
<b>Área Geográfica:</b>	Wissembourg
<b>Institución:</b>	Centro Hospitalario Intercomunal de la Lauter
<b>Contacto:</b>	Centre Hospitalier Intercommunal de la Lauter Pôle Femme - Mère - Enfant (FME), 24, route de Weiler 67166 WISSEMBOURG Cedex <a href="mailto:maternite@ch-wissembourg.fr">maternite@ch-wissembourg.fr</a>
<b>Web:</b>	<a href="https://www.ch-wissembourg.fr/Fr/Decouvrir-etablissement/Qui-sommes-nous.html">https://www.ch-wissembourg.fr/Fr/Decouvrir-etablissement/Qui-sommes-nous.html</a>

**Razón:** Al igual que en el caso anterior, se trata, de un caso interesante para estudiar posibles soluciones a los obstáculos administrativos en tema de embarazo y seguimiento de la maternidad en el país vecino.

<b>Iniciativa:</b>	<b>ZOAST Ardennes</b>
<b>Frontera:</b>	Francia-Bélgica
<b>Área Geográfica:</b>	toda la frontera
<b>Institución:</b>	Observatorio Franco-Belga de la Salud (OBS)
<b>Contacto:</b>	Henri Lewalle, Coordinador OBS, <a href="mailto:henri.lewalle@mc.be">henri.lewalle@mc.be</a>
<b>Web:</b>	<a href="http://www.ofbs.org">www.ofbs.org</a>

**Razón:** Es una entidad de referencia en Europa para la cooperación transfronteriza en materia de sanidad. Coordinan e impulsan muchos proyectos transfronterizos con el objetivo de favorecer la movilidad transfronteriza de pacientes. A través del OBS, sería más fácil tener una visión completa de la cooperación transfronteriza franco-belga y visitar las es-

estructuras hospitalarias más involucradas en la movilidad de pacientes en las varias Zonas Organizadas de Accesos a la Salud Transfronteriza (ZOAST).

<b>Iniciativa:</b>	<b>Offre de soins PAMINA Gesundheitsversorgung</b>
<b>Frontera:</b>	Francia-Alemania
<b>Área Geográfica:</b>	Eurodistrito PAMINA
<b>Institución:</b>	Conseil Départemental du Bas-Rhin, Francia
<b>Contacto:</b>	Aurélie BOITEL, +33 (0)3 68 33 88 23, <a href="mailto:aurelie.boitel@bas-rhin.fr">aurelie.boitel@bas-rhin.fr</a> y Niels HERBST +33 (0)3 68 33 88 16 <a href="mailto:niels.herbst@bas-rhin.fr">niels.herbst@bas-rhin.fr</a>
<b>Web:</b>	<a href="https://www.eurodistrict-pamina.eu">https://www.eurodistrict-pamina.eu</a>

**Razón:** profundizar el conocimiento sobre la coordinación para el reembolso de los gastos sanitarios de los pacientes atendidos en el país vecino. De forma específica, sería interesante entender, la cooperación entre las Cajas de Salud de la región francesa del Bajo Rin y las de las provincias alemanas de Baden-Württemberg y Renania-Palatinado que, además de superar las trabas administrativas, proponen la creación de una Caja de Salud transfronteriza con el fin de facilitar el apoyo administrativo y financiero de la atención transfronteriza.

### Traslado de pacientes

<b>Iniciativa:</b>	<b>Proyectos EMRIC, EUMIC y PANDEMIC</b>
<b>Frontera:</b>	Frontera Alemania-Países Bajos-Bélgica
<b>Área Geográfica:</b>	Euroregión Euregio Maas-Rhein
<b>Institución:</b>	Euroregión Euregio Maas-Rhein
<b>Contacto:</b>	AECT Euregio Maas-Rhein, Gospertstraße 42, B-4700 Eupen, <a href="mailto:info@euregio-mr.eu">info@euregio-mr.eu</a>
<b>Web:</b>	<a href="https://euregio-mr.info/en">https://euregio-mr.info/en</a>

**Razón:** Caso exitoso de colaboración entre servicios públicos alemanes, belgas y neerlandeses de atención médica de emergencia y del transporte inter-clínico de Cuidados Intensivos. Se trata de un territorio donde cada año se despliegan más de 1200 servicios de emergencia transfronterizos (ambulancia y bomberos). Entre los acuerdos que valdría la pena conocer más en detalle, se señalan aquellos para la distribución de personas heridas durante incidentes a gran escala, basándose, en la capacidad de los hospitales y de la demanda del paciente. Se trata, además, de una oportunidad para conocer de cerca cómo funciona el intercambio de informaciones entre hospitales (métodos de trabajo, buenas prácticas, mejora de la atención al paciente, etc.) y, sobre todo, respecto a los datos sobre enfermedades contagiosas. En relación a las iniciativas transfronterizas para enfrentar la pandemia COVID-19, el proyecto PANDEMIC merecería ser analizado más en detalle: el objetivo es establecer acuerdos de intercambio de informaciones a nivel administrativo-operativo y lograr una mejor coordinación entre los países involucrados, haciendo énfasis en

la distribución de pacientes en UCI, test diagnósticos transfronterizos y compra conjunta de Equipos de Protección Individual (EPIs). Son aspectos sumamente importantes para las regiones fronterizas de MERCOSUR muy afectadas por la pandemia en curso y todavía no se ha logrado una coordinación eficaz.

### Profesionales de la salud

**Caso:** Proyecto MOSAN  
**Frontera:** Francia-Bélgica  
**Área Geográfica:** Ardenes-Namur  
**Institución:** COTRANS, rue du Congo 27 6890 LIBIN, Bélgica  
**Contacto:** Henri Lewalle, Coordinador OBS, [henri.lewalle@mc.be](mailto:henri.lewalle@mc.be)

**Web:** <https://www.interreg-fwvl.eu/fr/mosan>

**Razón:** ejemplo de microproyecto que ha tenido un impacto “macro”. El personal sanitario que opera en el área transfronteriza puede brindar asistencia sanitaria al otro lado de la frontera, a través de la inscripción el registro de médicos especialistas belgas en la Orden de Médicos del Departamento francés de las Ardenas. Este proyecto ha mejorado el nivel de cooperación de la ZOAST, que ya permitía el acceso a la atención médica y la prestación de servicios transfronterizos sin obstáculos administrativos o financieros.

**Caso:** CAWT (Cooperation and Working Together)  
**Frontera:** Irlanda-Reino Unido  
**Área Geográfica:** Irlanda-Irlanda del Norte  
**Institución:** CAWT (Cooperation and Working Together)  
**Contacto:** Oficina de Dirección CAWT, HSE West Áras Sláinte Chluainín, Manorhamilton Co. Leitrim, Ireland Tel: +353 (0)71 9820430.

**Web:** [cawtinfo@westerntrust.hscni.net](mailto:cawtinfo@westerntrust.hscni.net)  
<https://cawt.hscni.net>

**Razón:** CAWT es la asociación transfronteriza de asistencia sanitaria que reúne las Agencias de Salud de la República de Irlanda y su homóloga de Irlanda del Norte, bajo la firma del Acuerdo de Ballyconnell en 1992. CAWT representa uno de los mejores ejemplos en Europa en este sector. Son muchos los resultados alcanzados de integración de los respectivos sistemas sanitarios con beneficio directo en la región transfronteriza: intervención en caso de emergencias, traslados de urgencias, servicios básicos y avanzados (como los tratamientos oncológicos y renales), servicios sociales para las discapacitados físicos y mentales y la violencia doméstica. Entre los ejemplos de cooperación que se podrían estudiar más a fondo, está el acuerdo de indemnización transfronteriza para que el personal sociosanitario pueda trabajar bajo ambas jurisdicciones. Además, el personal médico puede

brindar servicios en el país vecino en caso de un incidente mayor con todas las coberturas legales necesarias.

### Accesibilidad e infraestructuras

<b>Caso:</b>	<b>Hospital de la Cerdanya</b>
<b>Frontera:</b>	Francia-España
<b>Área Geográfica:</b>	Pirineos orientales
<b>Institución:</b>	AECT Hospital de la Cerdanya
<b>Contacto:</b>	Cristina Ferrer, Responsable de Comunicación <a href="mailto:cferrer@hcerdanya.eu">cferrer@hcerdanya.eu</a> Hospital de la Cerdanya, Cami d'Ur nº 31, 17520 Puigcerdà, Tel. (+34) 972 65 77 77
<b>Web:</b>	<a href="http://hcerdanya.eu">http://hcerdanya.eu</a>

**Razón:** El Hospital de Cerdanya representa el primer hospital transfronterizo de Europa. Brinda asistencia sanitaria a los 33.000 habitantes del valle de la Cerdanya, una microrregión transfronteriza ubicada en los Pirineos Orientales entre Francia y España. Este caso representa seguramente una etapa fundamental de la futura visita en Europa por parte de los representantes de las autoridades sanitarias de los países de MERCOSUR. Inaugurado en 2014 y localizado en el municipio transfronterizo catalán de Puigcerdà (España), a pocos cientos de metros del límite fronterizo, resulta ser el único caso de infraestructura sanitaria verdaderamente transfronterizo, propiedad del ministerio de salud francés (40%) y de la Comunidad Autónoma de Catalunya (60%). Ofrece una cartera de especialidades médicas muy amplia y está especializado en medicina de montaña. Es una oportunidad única para estudiar la organización y la puesta en marcha de un distrito sanitario transfronterizo, en el cual se integran los servicios médicos públicos y privados. Gracias a una estructura de gobernanza muy específica y jurídicamente enmarcada en la Agrupación Europea de Cooperación Territorial (AECT), se han superado importantes obstáculos legales y administrativos. Una visita al hospital permitiría descubrir cómo las autoridades están enfrentando los retos todavía no resueltos (servicios de urgencias y reconocimiento mutuo de los títulos profesionales).

<b>Iniciativa:</b>	<b>Hospital Móvil para áreas rurales (Proyecto EGAL-URG)</b>
<b>Frontera:</b>	Francia-España
<b>Área Geográfica:</b>	Toda la frontera (áreas rurales)
<b>Institución:</b>	Navarrabiomed, (Navarra, España), Socio del proyecto
<b>Contacto:</b>	Tomas Belzunegui, Médico de Urgencias del Hospital de Navarra. Profesor del Dpto. de Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra. Vicedecano del Grado de Medicina <a href="mailto:tomas.belzunegui@unavarra.es">tomas.belzunegui@unavarra.es</a>
<b>Web:</b>	<a href="https://egalurg.eu">https://egalurg.eu</a>

**Razón:** Se trata de una experiencia interesante para garantizar la atención sanitaria de emergencia en los lugares más remotos. Los centros y servicios hospitalarios de las regiones fronterizas de Occitania, Aquitania (Francia), Navarra y Cataluña (España), han creado una red de cooperación para armonizar las prácticas y protocolos en situación de urgencias, fomentar la colaboración entre profesionales y desarrollar herramientas innovadoras para aumentar la eficiencia en una situación de urgencia o catástrofe. Sería muy interesante ver el despliegue del prototipo de hospital móvil, una unidad móvil polivalente desplegable en 40min y con una capacidad de 18 personas (8 en urgencia absoluta y 10 en urgencia relativa). Más allá del hospital móvil, los socios del proyecto podrían explicar cómo están trabajando para superar los cuellos de botellas jurídicos y legales que aún dificultan las intervenciones de urgencias transfronterizas.

**Iniciativa:** proyecto PROSANTÉ  
**Frontera:** Italia-Francia  
**Área Geográfica:** Briançon-Valle Susa (alta montaña)  
**Institución:** Centre Hospitalier de Briançon (Francia)  
**Contacto:** Michele Ceruti - Coordinador sanitario del proyecto  
[mceruti@ch-briancon.fr](mailto:mceruti@ch-briancon.fr)  
**Web:** <https://alcotraprosante.eu>

**Razón:** frente a los problemas de acceso a los servicios sanitarios en territorios fronterizos periféricos de MERCOSUR, este proyecto, representa una iniciativa interesante a visitar. Crear una red de salud compartida entre los dos valles alpinos de alta montaña entre Italia y Francia es, sin duda, una experiencia innovadora. Esta iniciativa afecta a aspectos cruciales de la movilidad transfronteriza de los pacientes, tales como: garantizar los desplazamientos físicos, el reconocimiento mutuo del acceso a la salud y de sus derechos.

Los itinerarios sanitarios transfronterizos representan una acción que merece ser estudiada más en detalle. Sobre todo, los trámites administrativos y legales que facilitan los intercambios, la formación del personal, la protección jurídica y la privacidad de los pacientes. Otro servicio fundamental es la telemedicina. En este caso, los promotores del proyecto podrían explicar los requisitos metodológicos y técnicos para la puesta en marcha de visitas remotas mensuales para preparar al paciente a la anestesia preoperatoria. Finalmente, la puesta en marcha de una red entre el centro hospitalario de Briançon y los médicos de familia italianos resulta ser muy útil en las áreas fronterizas de MERCOSUR.

## Intercambio de informaciones, vigilancia y comunicación

<b>Caso:</b>	<b>Network EUPrevent</b>
<b>Frontera:</b>	Alemania-Bélgica-Países Bajos
<b>Área Geográfica:</b>	Eurorregión Meuse-Rhine (EMR)
<b>Institución:</b>	Eurorregión Meuse-Rhine
<b>Contacto:</b>	Het Overloon 2, 6411 TE Heerlen, Países Bajos <a href="mailto:communication@euprevent.eu">communication@euprevent.eu</a>
<b>Web:</b>	<a href="https://euprevent.eu">https://euprevent.eu</a>

**Descripción de la acción:** entrar en contacto con los dinamizadores del Network EUPrevent podría ser muy interesante para crear una estructura análoga para los territorios fronterizos de MERCOSUR: red compuesta por administraciones públicas, autoridades sanitarias, centros de salud privados, universidades y decenas de colaboradores para promover la integración de la asistencia sanitaria transfronteriza en el territorio concreto (en este caso la Eurorregión Meuse-Rhine). Que se centre en desarrollar estrategias de cooperación en temas específicos como enfermedades transmisibles, formación conjunta, etc. Esta visita debería también contemplar una reunión para que se enseñe el funcionamiento del Atlas Euroregional de la Salud, un portal virtual e interactivo que proporciona estadísticas, cifras e información fiables sobre la salud y el bienestar de la Eurorregión Meuse-Rhine. Es una herramienta fundamental para tener un conocimiento real del territorio, tanto, por las instituciones, como para los profesionales de salud.

<b>Iniciativa:</b>	<b>Foro Europeo de Atención Sanitaria Transfronteriza</b>
<b>Frontera:</b>	Alemania-Países Bajos
<b>Área Geográfica:</b>	Euregio Rhine-Waal
<b>Institución:</b>	Euregio Rhine-Waal
<b>Contacto:</b>	<a href="mailto:remers@euregio.org">remers@euregio.org</a>
<b>Web:</b>	<a href="https://www.euregio.org">https://www.euregio.org</a>

**Razón:** esta entidad transfronteriza ha tomado la iniciativa de coordinar una red de médicos generales, especialistas, hospitales, aseguradoras de salud holandeses y alemanes para mejorar la calidad de la atención médica transfronteriza y superar los obstáculos existentes. La finalidad principal de la red es generar y compartir recursos físicos (como equipos médicos e infraestructuras a través de fondos comunes). Encontrar los responsables de esta iniciativa podría ser muy útil para comprender cómo crear, gestionar y coordinar un foro análogo en sectores fronterizos de MERCOSUR.

<b>Iniciativa:</b>	<b>Centro Trinacional TRISAN</b>
<b>Frontera:</b>	Francia-Suiza-Alemania
<b>Área Geográfica:</b>	Región del Alto Rin
<b>Institución:</b>	Euro-Institut, Hauptstraße 108, D-77694 Kehl

**Contacto:** [trisan@trisan.org](mailto:trisan@trisan.org)  
**Web:** <https://www.trisan.org>

**Razón:** se trata de una experiencia potencialmente interesante para el MERCOSUR. El centro de investigación transfronterizo francoalemán Euro-Institut coordina un centro trinacional franco-suizo-alemán involucrando a la Autoridad Sanitaria de referencia para interconectar a los actores de la salud, diseñar proyectos futuros y difundir el intercambio de conocimiento. Es una estructura orientada a resolver problemas concretos de la movilidad transfronteriza de los pacientes y por eso se ha desarrollado un protocolo de actuación para simplificar los trámites administrativos transfronterizos en el ámbito del seguro de enfermedad.

## Enfoque de género

### Iniciativa: Health Across

**Frontera:** Austria-Chequia-Eslovaquia  
**Área Geográfica:** Baja Austria- Moravia del Sur y Bohemia del Sur  
**Institución:** Health Across  
**Contacto:** Elke Ledl, responsable de la iniciativa Health Across  
[elke.ledl@healthacross.at](mailto:elke.ledl@healthacross.at)  
**Web:** <https://healthacross.at>

**Razón:** es una experiencia de éxito entre las estructuras sanitarias fronterizas de Melk (Provincia de la Baja Austria) y de Znaim (Moravia del Sur, República Checa). Se debería visitar a la clínica de Melk para entender cómo se han superado las dificultades técnicas, legales y administrativas que ha posibilitado que esta clínica se convierta en un centro transfronterizo de atención de la endometriosis en la Baja Austria. Además, en tema de género es una experiencia bastante única, ya que la mayoría de los cargos directivos y de gestión de la red Health Across son mujeres. En este sentido, sería interesante conocer más sobre las metodologías de trabajo y gobernanza.

<b>Iniciativa:</b>	<b>Proyecto INTEGRA: Red transfronteriza para mujeres migrantes.</b>
<b>Frontera:</b>	Italia-Eslovenia
<b>Área Geográfica:</b>	área del programa INTERREG Italia-Eslovenia
<b>Institución:</b>	Universidad de Trieste (Italia)
<b>Contacto:</b>	Giovanni Delli Zotti, responsable científico del proyecto <a href="mailto:giovanni.dellizotti@dispes.units.it">giovanni.dellizotti@dispes.units.it</a>
<b>Web:</b>	<a href="https://interreg-integra.eu">https://interreg-integra.eu</a>

**Razón:** no hay muchos proyectos que aborden de manera conjunta la cooperación transfronteriza sanitaria, el enfoque de género y la atención a los colectivos vulnerables como en este caso los migrantes. Para las zonas fronterizas de Mercosur estas experiencias podrían ser muy interesantes, ya que, muchas regiones fronterizas reúnen los tres aspectos. Sería interesante conversar con los coordinadores del proyecto INTEGRA sobre cómo los profesionales de la salud italiano y eslovenos han desarrollado una política común y un protocolo de actuación compartido sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes. Adoptar directrices comunes para la comunicación intercultural, así como, técnicas médicas para el tratamiento de mujeres víctimas de mutilaciones genitales son acciones que podrían aplicarse en cualquier contexto transfronterizo sujeto a flujos migratorios o con colectivos vulnerables.

## Protocolos

### Español - Propuesta de protocolo de cooperación para impulsar la cooperación sanitaria en las zonas de frontera del MERCOSUR y remover obstáculos a la movilidad de pacientes

*Documento elaborado por ISM y EUROsociAL<sup>50</sup>*

#### **PROTOCOLO DE COOPERACIÓN PARA IMPULSAR LA COOPERACIÓN SANITARIA EN LAS ZONAS DE FRONTERA DEL MERCOSUR Y REMOVER OBSTÁCULOS A LA MOVILIDAD DE PACIENTES**

La República Argentina, la República Federativa de Brasil, la República del Paraguay y la República Oriental del Uruguay, en adelante los Estados Parte, fundadoras del Mercado Común del Sur, en adelante MERCOSUR, basándose en los tradicionales sentimientos de hermandad y cooperación mutua que caracterizan las relaciones regionales y con el objetivo de superar los obstáculos que todavía impiden la adecuada atención sanitaria y la movilidad de pacientes de las respectivas poblaciones fronterizas, enfatizadas aún más por la enfermedad del SARS-CoV-2 que ocasionó la pandemia de COVID-19, acuerdan el siguiente Protocolo de Cooperación:

#### **VISTO:**

- El Tratado de Asunción del 26 de marzo de 1991 por el que se crea el Mercado Común del Sur (MERCOSUR);
- La Resolución GMC N° 51/92 de Creación de Comisión "Productos para la Salud" dentro del Subgrupo de Trabajo N°3 "Normas Técnicas";
- La Resolución GMC N° 26/92 de creación del Comité de Cooperación Técnica;
- El Protocolo Adicional al Tratado de Asunción sobre la Estructura Institucional del MERCOSUR del 17 de diciembre de 1994 (Protocolo de Ouro Preto);
- La Decisión CMC N° 03/95 de creación de la Reunión de Ministros de Salud (RMS).
- La Resolución GMC N° 151/96 de creación del Subgrupo de Trabajo N° 11 "Salud";
- La Resolución GMC N° 04/98 que establece y aprueba las pautas de trabajo del SGT N°11;
- La Decisión CMC N° 05/02 de creación del Grupo Ad Hoc de Integración Fronteriza (GTIF);

---

<sup>50</sup> Documento elaborado por el consultor ISM - EUROsociAL+, Matteo Berzi, con la colaboración de Marcos Lemoes, Alejandra Fantin y Nahuel Oddone.

- La Decisión CMC N° 41/04 de creación del Foro Consultivo de Municipios, Estados Federados, Provincias y Departamentos del MERCOSUR (FCCR);
- La Decisión CMC N° 45/04 de creación del Fondo para la Convergencia Estructural del MERCOSUR (FOCEM);
- El Acuerdo N° 18/08 de la RMS de Río de Janeiro para la creación del Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud (OMSS);
- La Resolución GMC N° 59/15 de creación del Subgrupo de Trabajo N°18 "Integración Fronteriza";
- La Resolución GMC N° 25/16 de Funciones y atribuciones del Subgrupo de Trabajo N°18 "Integración Fronteriza";
- La Decisión CMC N° 13/19 del Acuerdo sobre Localidades Fronterizas Vinculadas;
- La Declaración de los presidentes del MERCOSUR sobre coordinación regional para la contención y mitigación del coronavirus y su impacto, del 18 de marzo de 2020.

#### **CONSIDERANDO:**

- Que los Estados Parte han alcanzado, a lo largo de las pasadas décadas, numerosos acuerdos bilaterales y trilaterales en materia de cooperación sanitaria en zonas de frontera de carácter sectorial, demostrando su sensibilidad y voluntad en enfrentar los retos comunes, sobre todo en temas de vigilancia y monitoreo de las enfermedades contagiosas, en el traslado de urgencia de pacientes y en la intervención en situaciones de emergencia (Anexo I de este Protocolo).
- Que en los meses que precedieron a la llegada de la pandemia de Covid-19, se alcanzó la Dec. CMC N° 13/19 del Acuerdo sobre Localidades Fronterizas Vinculadas, un paso importante en materia de fronteras y salud en el ámbito del MERCOSUR. Este acuerdo, que incluye un listado de las localidades que son alcanzadas por este estatus, busca un trato diferenciado para los pobladores de frontera que incluye el acceso a los servicios públicos de salud, entre otros.
- Que a través 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 (ISM) -antes de la pandemia Covid-19- al Programa europeo para el fortalecimiento de la cohesión social en América Latina (EUROsociAL+), se han identificado los principales obstáculos a la movilidad de pacientes en el MERCOSUR, comunes a todos los territorios fronterizos analizados (Anexo II de este Protocolo). Los obstáculos a la movilidad de pacientes en las zonas 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.

- Que 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 en la economía de los Estados Parte. Las zonas de frontera tienen características demográficas y socioeconómicas propias, donde la asistencia sanitaria y la movilidad de pacientes representan un sector clave para el bienestar de sus poblaciones.
- Las instituciones locales y regionales fronterizas, así como las autoridades sanitarias y los profesionales de la salud llevan años cooperando de manera formal e informal para responder a las necesidades de la población.
- La libre circulación de personas en la franja de frontera representa un factor vital para las relaciones comerciales, familiares y para garantizar el acceso a la salud. La pandemia provocada por el virus Sars-Cov2 ha exacerbado dificultades preexistentes, mostrando la relativa fragilidad de estos territorios y de su fuerte interdependencia.
- El Memorándum de Entendimiento entre la República Oriental de Uruguay y la República Federativa de Brasil de Cooperación en materia de salud, firmado el 26 de junio de 2020, representa un acuerdo innovador para enfrentar las situaciones de emergencias entre las ciudades de Santana do Livramento (Brasil) y Rivera (Uruguay).

## **ARTÍCULO 1**

### **Objetivo general**

Este protocolo tiene como objetivo general mejorar la atención sanitaria para la población de frontera de los Estados Parte a través de la remoción de los obstáculos que dificultan la movilidad de pacientes y el impulso a la cooperación en zonas de frontera.

## **ARTÍCULO 2**

### **Ámbito Territorial**

1. El ámbito territorial de actuación de este Protocolo afecta a las zonas fronterizas de los Estados Parte, tal como se establece en el Anexo I de la Resolución N° 13/19 "Acuerdo sobre Localidades Fronterizas Vinculadas" (Anexo II de este Protocolo).
2. El ámbito territorial podrá ampliarse a otras ciudades próximas a la zona fronteriza que dispongan de equipamientos sanitarios y servicios de salud que atiendan a pacientes fronterizos con domicilio en las ciudades

reconocidas en el “Acuerdo sobre Localidades Fronterizas Vinculadas” y otras que oportunamente pudiesen estar afectadas por este acuerdo.

3. Dicha extensión deberá ser aprobada por la RMS con voto unánime y debidamente justificado desde el punto de vista geográfico, sociodemográfico y sanitario a petición del Grupo de Expertos en Salud Fronteriza (GESF), creado a través del Artículo 6 comas 2,3, 4 y 6 de este Protocolo.

### ARTÍCULO 3

#### Objetivos específicos

De acuerdo con el objetivo general establecido en el Artículo 1 de este Protocolo, los Estados Parte reforzarán la cooperación sanitaria en zonas de frontera del MERCOSUR para el alcance de los siguientes objetivos específicos, al fin de remover los obstáculos que todavía limitan la movilidad fronteriza de pacientes y el acceso a la salud en las zonas fronterizas.

1. **Ciudadanía y derecho de acceso a la salud:** los Estados Parte se comprometen en trabajar conjuntamente para que se garantice a los residentes de las zonas fronterizas el acceso a la salud y el pleno reconocimientos de los siguientes derechos:
  - a. **Nacimientos al otro lado de la frontera:** se agilizará el proceso de registro de los ciudadanos nacidos al otro lado de la frontera. A tal fin se pondrá en marcha un Registro de Nacimientos de la Zona Fronteriza del MERCOSUR que permitirá monitorear la dinámica demográfica de dicha zona y planificar acciones y estrategias futuras.
  - b. **Derecho a la asistencia social del propio país si reside al otro lado de la frontera:** las administraciones competentes reconocerán a los ciudadanos de las zonas fronterizas del propio país que residen al otro lado de la frontera el pleno derecho de beneficiarse de las prestaciones sociales que le corresponden en su país. En caso de que este derecho ya sea reconocido, se impulsarán específicas acciones de comunicación finalizadas a informar las autoridades responsables a nivel regional y local.
  - c. **Reembolso de los gastos sanitario:** los Estados Parte se comprometen en reconsiderar desde el punto de vista administrativo el intercambio de prestaciones sanitarias entre los centros de salud localizado en la zona fronteriza, para que esos puedan emitir y cobrar las prestaciones que no se pueden suministrar en el propio centro (por la inope-

ratividad temporal de las maquinarias, por falta de instrumento y de tecnologías adecuados u otras causas de fuerza mayor). Para una mayor eficacia, transparencia y control de dichas transacciones, los Estado Partes impulsarán el Registro de Prestaciones Fronterizas Sanitaria (REPREFS) del MERCOSUR, diferenciándolas así de otras prestaciones internacionales. Los procedimientos deberán ser sencillos y los centros de salud no incurrirán en sanciones de carácter administrativo. Las Entidades Binacionales podrán inscribir los servicios prestados en las zonas de frontera en dicho Registro.

**d. Colectivos Vulnerables:** las Partes buscarán garantizar el derecho a la salud de los colectivos vulnerables en las zonas de frontera

2. **Traslado de pacientes:** Los Estados Parte se comprometen en eliminar las limitaciones que todavía impiden el rápido traslado de pacientes a través de sus fronteras, como establecido en el Art. VII y en el Anexo III Art. 4 del Acuerdo sobre Localidades Fronterizas Vinculadas. Se facilitarán los trámites administrativos para que los ciudadanos de la zona fronteriza tengan el mismo tratamiento.

a. Para las intervenciones de urgencia, se eliminarán los obstáculos que siguen impidiendo el cruce de ambulancias y los vehículos particulares de los profesionales sanitarios.

b. Los profesionales sanitarios que operan al otro lado de la frontera contarán con una cobertura de seguro que les permitirá ejercer las actividades médico-sanitaria en la plena seguridad y operatividad.

c. El principio de la salvaguardia de la salud de las personas será prioritario con respecto al cobro de las prestaciones sanitarias suministradas. El pago de dichas prestaciones deberá ser gestionado por autoridades sanitarias competentes y no repercutirá directamente al paciente.

Los Estados Parte se comprometen en facilitar cuando sea posible los trámites administrativos para traslados de alta y media complejidad.

3. **Profesionales de la salud:** los Estados Parte impulsarán una estrecha colaboración interministerial para agilizar el reconocimiento mutuo de las titulaciones universitarias y profesionales en el ámbito de la salud. El

SGT N°18, el SGT N°11, el GAHIF y la Reunión de Ministros de Educación (RME) trabajarán en estrecha colaboración para presentar una propuesta de acuerdo piloto aplicable a la zona fronteriza. La propuesta se presentará en plazo de ciento veinte días (120) de la entrada en vigor de este protocolo a la Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR para su aprobación.

4. **Accesibilidad y equipamientos sanitarios:** Los Estados Parte se comprometen en mejorar la accesibilidad a los equipamientos sanitarios de la zona fronteriza. En un plazo de noventa (90) días de la entrada en vigor de este Protocolo, el GESF presentará un informe técnico a la RMS para:
  - a. La mejora de la red de infraestructuras terrestres viarias (pasos fronterizos).
  - b. El impulso a las comunicaciones fluviales: muelles, bajadas de lanchas y embarcaderos
  - c. El impulso a la telemedicina y a la digitalización que evitarán desplazamientos innecesarios en áreas poco pobladas y optimizar el uso de los recursos.
  - d. La optimización del uso de los equipamientos sanitarios existentes basados en la complementariedad de los servicios de salud prestados a ambos lados de la frontera.
  - e. La eventual realización de nuevos equipamientos sanitarios como hospitales, centros de atención primaria y de urgencias en casos de evidente escasez de equipamientos.
  - f. Un potencial nuevo centro de salud deberá tener una clara vocación fronteriza y deberá ser validado por un estudio de viabilidad financiado por el FOCEM o bien por otras iniciativas bilaterales o trilaterales.
5. **Repatriación de los cadáveres:** el SGT N°11, junto al SGT N°18 convocarán a las Cancillerías de los Estados Parte en el plazo de sesenta (60) días de la entrada en vigor del Protocolo con el objetivo de facilitar la repatriación de restos mortales de residentes de la zona fronteriza que fallecen al otro lado de la frontera. Se impulsará una cooperación más estrecha entre las autoridades locales, los Consulados y las Embajadas para reducir los tiempos y los trámites administrativos para el tránsito terrestre o fluvial de los restos mortales.
6. **Acciones conjuntas para vacunas y medicamentos:** los Estados Parte impulsarán una cooperación intergubernamental para la negociación del

precio más ventajoso de medicamentos comunes y huérfanos con las industrias farmacéuticas.

**7. Intercambio de informaciones, vigilancia y comunicación:** los Estados Parte se comprometen en promover el intercambio de informaciones y la colaboración entre los centros de salud, las autoridades sanitarias y los profesionales para brindar una mejor atención sanitaria a los residentes de la zona fronteriza.

a. Se eliminarán las barreras que todavía impiden a los centros de salud compartir el historial clínico de los pacientes que residen en la zona fronteriza y que cruzan la frontera para recibir tratamientos y prestaciones sanitarias. Los Estados Parte impulsarán soluciones tecnológicas adecuadas basadas en la informatización y en la digitalización.

b. Los centros de salud de la zona fronteriza deberán poner en marcha seminarios de formación internos destinados a los profesionales de salud sobre los acuerdos sanitarios fronterizos vigentes.

c. Los centros de salud de la zona fronteriza deberán poner en marcha, en colaboración con las autoridades locales, campañas de comunicación ciudadana finalizadas a:

i. Informar a los residentes de la zona fronteriza sobre sus derechos en base a los acuerdos vigentes;

ii. Facilitar información clara y sintética sobre los trámites administrativos para recibir las prestaciones sanitarias según los acuerdos vigentes.

d. Los Estados Parte podrán crear Centros Binacionales de Operaciones de Emergencia (COEs) en toda la franja fronteriza del MERCOSUR, según los requerimientos y los criterios establecidos en el Memorándum de Entendimiento entre la República Oriental de Uruguay y la República Federativa de Brasil de Cooperación en materia de salud, firmado el 26 de junio de 2020, que representa un acuerdo innovador para enfrentar las situaciones de emergencias entre las ciudades de Santana do Livramento (Brasil) y Rivera (Uruguay), así como en base a otros mecanismos bilaterales que pudiesen firmarse.

e. Los COEs serán apoyados por los Centros de Vigilancia en Frontera de Enfermedades Contagiosas (CVFEC) creados a través de este Protocolo con el objetivo de estudiar, monitorear y evaluar la difusión de las enfermedades contagiosas

f. El ámbito territorial de los CVFEC coincidirá con lo definido en el artículo 2 de este Protocolo.

g. Los Estados Parte se comprometen en dotar los Centros de los recursos financieros, humanos y tecnológicos necesarios.

h. Los CVFEC serán compuestos por los profesionales sanitarios empleados en los centros de salud de cada zona fronteriza. Sus objetivos serán de:

i. Monitorear la evolución de las enfermedades contagiosas, sobre todo aquellas de carácter pandémico y de transmisión sexual;

ii. Promover Campañas de prevención de las enfermedades contagiosas (CPEC) que afectan a cada zona fronteriza, sensibilizando e involucrando a la población residente;

iii. Redactar un Plan de Contención de las Enfermedades Contagiosas en Fronteras (PCECF) en caso de emergencias sanitaria que será aprobado por los COEs;

iv. Redactar un informe anual sobre la evolución de las enfermedades contagiosas que será validado por los COEs y presentado a la RMS y RMADS;

i. Los Estados Parte se comprometen a poner en marcha, en el plazo de un (1) año de la entrada en vigor de este Protocolo, un Atlas Sanitario de las Zonas Fronterizas del MERCOSUR. El Atlas recopilará las informaciones estadísticas sobre la oferta de equipamientos sanitarios, los flujos de pacientes, datos socioeconómicos y demográficos relevantes de las zonas fronterizas. Los datos serán accesibles públicamente desde la página web institucional del MERCOSUR en formato cartográfico y en base de datos. El Atlas será coordinado y desarrollado por el GESF y será supervisado por el SGT N°11 y el SGT N°18.

#### **ARTÍCULO 4**

##### **Objetivos horizontales**

1. Se definen como objetivos horizontales aquellos que deberían alcanzarse de forma transversal en todas las acciones emprendidas en el marco de este Protocolo:
2. Proximidad geográfica en el acceso a las curas: la zona fronteriza se considera como una unidad sanitaria y epidemiológica única. Los pacientes deberán acudir al servicio de salud disponible más cercano, más allá de su domicilio y localización respecto a la línea fronteriza.
3. Optimización de los recursos y de los servicios sanitarios existentes antes de la creación de nuevos equipamientos sanitarios.
4. La gobernanza multinivel será implementada en todas las iniciativas en materia de cooperación sanitaria fronteriza bajo este Protocolo. Los foros de diálogos (Comité de Integración Fronteriza), así como otras formas de colaboración, deberán incluir a las administraciones territoriales y sanitarias competentes, inclusive los centros de salud y las entidades privadas y no gubernamentales que brindan asistencia sanitaria en zonas fronterizas.

#### **ARTÍCULO 5**

##### **Medios financieros**

Los Estados Parte se comprometen a impulsar más acciones de salud en zonas de frontera a través del Fondo para la Convergencia Estructural del MERCOSUR (FOCEM) y otras fuentes de financiamiento.

#### **ARTÍCULO 6**

##### **Gobernanza**

1. Los Estados Parte se comprometen en trabajar conjuntamente para reforzar las estructuras de gobernanza fronterizas para que sean más eficientes, involucrando a los agentes claves de la zona fronteriza.
2. Los Estados Parte promoverán la constitución, dentro de treinta (30) días desde la entrada en vigor de este Protocolo, del Grupo de Expertos en Salud Fronteriza del MERCOSUR (GESF) que será compuesto por autoridades sanitarias, profesionales de salud e investigadores que tengan un conocimiento específico de las necesidades y de los desafíos de la zona fronteriza del MERCOSUR.
3. Los expertos serán seleccionados conjuntamente entre el SGT N°11, el SGT N°18 y el GAHIF, coordinados por el Instituto Social del MERCOSUR.

4. El GESF tendrá las siguientes funciones:
  - a. Definir el ámbito de aplicación de este Protocolo (Artículo 2) basándose en criterios cuantitativos y cualitativos de carácter sanitario, epidemiológico, socioeconómico, administrativo, geográfico y demográfico. Los ámbitos serán validados por SGT N°11, SGT N°18 y GAHIF y, finalmente, aprobados por la RMS.
  - b. Mapear los equipamientos sanitarios y los flujos de pacientes en las zonas de frontera a través de análisis estadísticas y cartográficas y desarrollar las herramientas adecuadas para su difusión y comunicación.
  - c. Proponer mejoras de tipo infraestructural y de servicios sanitarios dentro de las zonas fronterizas, según el principio de optimización de los recursos existentes (Artículos 3 coma 4 y Artículo 4 coma 2 de este Protocolo).
  - d. Detectar las necesidades de formación y capacitación del personal de salud vinculado a la oferta de servicios localizada en las zonas de frontera afectadas en este Protocolo.
  - e. Reunir a los actores institucionales y las autoridades sanitarias de las zonas fronterizas para abordar problemas compartidos y encontrar soluciones comunes y elaborar una Hoja de Ruta para la resolución de los obstáculos a la movilidad de pacientes en zonas de frontera entre los Estados Parte.
  - f. Elaborar informes técnicos dirigidos a los Ministerios de Salud del MERCOSUR y a los actores relevantes de la zona fronteriza.
  - g. Recopilar, estudiar y hacer difusión de las buenas prácticas en la cooperación sanitaria en zonas de frontera en el ámbito del MERCOSUR prestando particular atención a los instrumentos de gobernanza potencialmente aplicables.
5. Los Estados Parte destinarán los recursos necesarios para la puesta en marcha y el mantenimiento del GESF.

## ARTÍCULO 7

### Cooperación Internacional

1. Los Estados Parte apoyarán, a través de sus Ministerios de Salud y de Desarrollo Social, acciones y proyectos en las zonas fronterizas del MERCOSUR basadas en la cooperación fronteriza local y regional.

2. Los Estados Parte promoverán el intercambio de buenas prácticas entre las autoridades locales y regionales de las zonas fronterizas del MERCOSUR, y el contacto con otras experiencias internacionales

## **ARTÍCULO 8**

### **Monitoreo, seguimiento y difusión**

1. El Grupo de Expertos en Salud Fronteriza vigilará sobre el cumplimiento de los objetivos de este Protocolo a través de una evaluación constante y basada en un sistema de indicadores cualitativos y cuantitativos.
2. El GESF establecerá, en un plazo máximo de sesenta (60) días desde la entrada en vigor del Protocolo:
  - a. Los métodos de análisis y de recopilación de las fuentes;
  - b. Una batería de indicadores claves de tipo socioeconómicos, demográficos y sanitarios, con especial énfasis en la movilidad fronteriza de pacientes.
  - c. La frecuencia de las reuniones internas para el seguimiento del cumplimiento de los objetivos del Protocolo.
3. El GESF presentará a los representantes de los Ministerios de Salud de los Estados Parte (reunidos en la RMS) un informe de seguimiento anual.
4. Los indicadores serán consultables públicamente a través del Atlas Sanitario de las Zonas Fronterizas del MERCOSUR (Artículo 3, 7i de este protocolo).
5. El MERCOSUR, a través de sus órganos competentes, procederá a la difusión de los informes de seguimiento.

## **ARTÍCULO 9**

### **Solución de controversias**

Las controversias que surjan sobre la interpretación, aplicación o incumplimiento del presente Protocolo y sus Anexos, serán resueltas por el sistema de solución de controversias vigente en el MERCOSUR.

## **ARTÍCULO 10**

### **Vigencia y Depósito**

1. El presente Protocolo entrará en vigor treinta (30) días después del depósito del instrumento de ratificación por el segundo estado parte del MERCOSUR y tendrá duración indefinida. Para los Estados Parte que lo ratifiquen con posterioridad, el presente Protocolo entrará en vigor

treinta (30) días después de la fecha en que cada uno de ellos deposite su respectivo instrumento de ratificación.

2. La República de Argentina será depositaria del presente Protocolo y de los respectivos instrumentos de ratificación, debiendo notificar a Los Estados Parte la fecha de los depósitos de esos instrumentos y de la entrada en vigor del Acuerdo, así como enviarles copia debidamente autenticada del mismo.

## ARTÍCULO 11

### Enmiendas

1. Los Estados Parte podrán enmendar el presente Protocolo. La entrada en vigor de las enmiendas estará regida por lo dispuesto en el Artículo 10 coma 1 de este Protocolo.
2. El Anexo I podrá ser modificado por acuerdo mutuo entre los Estados Parte. Las modificaciones entrarán en vigor a los treinta (30) días corridos de su firma.

Hecho en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República de Argentina a los días xx del mes de junio de 2021, en dos ejemplares originales en los idiomas español y portugués, siendo ambos textos igualmente auténticos.

Por la República Argentina

xxxxxxxxx

-----

Por la República Federativa de Brasil

xxxxxxxxx

-----

Por la República del Paraguay

xxxxxxxxx

-----

Por la República Oriental del Uruguay

Xxxxxxxxx

-----

## Anexo I – Convenios y acuerdos fronterizos entre los Estados Parte 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
<b>Argentina - Paraguay</b>	
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 paraguay-argentina (ARPA II)	2002
Plan Operativo de Acciones Conjuntas en Salud en la Región Fronteriza paraguay-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
<b>Brasil - Uruguay</b>	
Acordo Brasil-Uruguaí para enfrentamento da Pandemia do Coronavírus	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 Entendimento 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
<b>Argentina - Brasil</b>	
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
<b>Brasil - Paraguay</b>	
<b>Año</b>	

Acordo Sanitário - Acordo 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 tríplce fronteira- Paraguai-Brasil-Argentina.	2018

## Anexo II - Resumen de los cuellos de botella para la movilidad sanitaria en zonas de frontera del MERCOSUR<sup>51</sup>

Área temática	Tipo de obstáculo en la movilidad de pacientes
Ciudadanía y Derecho al 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 reside al otro lado de la frontera
	3) Reembolso de gastos sanitarios
	4) Medicamentos no disponibles en 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 y no 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
Accesibilidad e Infraestructuras	9) Carencia de equipamientos sanitarios, sobre todo de alta complejidad y calidad
	10) Carencia de infraestructuras viarias y de servicios de transporte públicos regulares
	11) Repatriación de los cadáveres (expolias)

51 Para una explicación más detallada véase el “Documento de identificación de los principales cuellos de botella legales administrativos, financieros y tecnológicos que obstaculizan la movilidad de paciente en zonas de fronteras del MERCOSUR, incluyendo también aquellas que pudiesen haber emergido en el contexto de COVID-19” enmarcado en 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 (ISM) al Programa europeo para el fortalecimiento de la cohesión social en América Latina (EUROSociAL+).

<b>Intercambio de informaciones, vigilancia y comunicación</b>	12) Discontinuidad en la vigilancia y en control de las enfermedades transmisibles
	13) Falta 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 de tecnología en la prestación de servicios
	16) Necesidad de un enfoque conjunto e integrado de la asistencia sanitaria en el territorio transfronterizo, compartiendo compras, financiaciones y contrataciones
	17) Comunicación e información de la población sobre los acuerdos y procedimientos
<b>Soporte a la cooperación local y regional</b>	18) Falta de apoyo a las administraciones locales para emprender y mantener acciones de cooperación transfronteriza en ámbito sanitario
	19) Programas de cooperación transfronteriza con temáticas específicamente dirigidas a la sanidad transfronteriza, promovidas por MERCOSUR u otros organismos internacionales
<b>Enfoque de género</b>	20) Escasa atención al enfoque de género en la cooperación sanitaria

## **Anexo III - Listado de Localidades Fronterizas Vinculadas según el Anexo I de la Dec. CMC N° 13/19 "Acuerdo sobre Localidades Fronterizas Vinculadas".**

### **Brasil-Argentina**

Foz do Iguaçu - Puerto Iguazú  
Capanema - Andresito  
Barracão/Dionísio Cerqueira - Bernardo de Irigoyen  
Porto Mauá - Alba Posse  
Porto Xavier - San Javier  
São Borja - Santo Tomé  
Itaqui - Alvear  
Uruguaiana - Paso de los Libres  
Barra do Quaraí - Monte Caseros  
Santo Antônio do Sudoeste - San Antonio

### **Argentina-Paraguay**

Posadas - Encarnación  
Clorinda - Puerto Falcón - Nanawa  
Formosa - Alberdi  
Puerto Pilar - Bermejo  
Ituzaingó - Ayolas  
Itatí - Itá Corá  
Puerto Rico - Puerto Triunfo  
Misión La Paz - Pozo Hondo  
Puerto Cano/Mansilla - Pilar  
Puerto Iguazú - Presidente Franco

### **Argentina-Uruguay**

Colón - Paysandú  
Concordia - Salto  
Gualeduaychú - Fray Bentos  
Monte Caseros - Bella Unión

### **Brasil-Uruguay**

Chuí/Santa Vitória do Palmar/Balneário do Hermenegildo/Barra do Chuí - Chuy/18 de Julio/  
Barra de Chuy/La Coronilla/Pueblo San Luis  
Jaguarão - Rio Branco  
Aceguá - Aceguá  
Santana do Livramento - Rivera  
Quaraí - Artigas  
Barra do Quaraí - Bella Unión  
Colônia Nova - Villa Isidoro Noblía

### **Brasil-Paraguay**

Aral Moreira - Pedro Juan Caballero/Capitán Bado  
Bela Vista - Bella Vista Norte  
Caracol - San Carlos del Apa  
Coronel Sapucaia - Capitán Bado  
Foz do Iguaçu - Ciudad del Este/Puerto Presidente Franco/Hernandarias  
Guaira/Mundo Novo - Saltos del Guairá  
Japorã - Saltos del Guairá  
Paranhos - Ypejú  
Ponta Porã - Pedro Juan Caballero  
Porto Murtinho - Carmelo Peralta/San Lázaro  
Santa Helena - Puerto Indio  
Sete Quedas - Corpus Christi

## Protocolos

### Português - Proposta de protocolo para promover a cooperação em saúde nas áreas de fronteira do MERCOSUL e remover obstáculos à mobilidade de pacientes

*Documento elaborado por ISM e EUROsociAL+<sup>52</sup>*

#### **PROTOCOLO PARA PROMOVER A COOPERAÇÃO EM SAÚDE NAS ÁREAS FRONTEIRAS DO MERCOSUL E REMOVER OBSTÁCULOS À MOBILIDADE DE PACIENTES**

A República Argentina, a República Federativa do Brasil, a República do Paraguai e a República Oriental do Uruguai, doravante os Estados Partes, fundadores do Mercado Comum do Sul, doravante MERCOSUL, a partir dos tradicionais sentimentos de fraternidade e cooperação mútua que caracterizam as relações regionais e com o objetivo de superar os obstáculos que ainda impedem os cuidados de saúde adequados e a mobilidade dos pacientes das respectivas populações de fronteira, ainda enfatizados pela doença SARS-CoV-2 que causou a pandemia de COVID-19, concordar com o seguinte Protocolo de Cooperação:

#### **VISTO:**

- O Tratado de Assunção, de 26 de março de 1991, que criou o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL);
- Resolução GMC nº 51/92 para a Criação da Comissão “Produtos de Saúde” dentro do Subgrupo de Trabalho nº 3 “Normas Técnicas”;
- Resolução GMC nº 26/92 que cria o Comitê de Cooperação Técnica;
- O Protocolo Adicional ao Tratado de Assunção sobre a Estrutura Institucional do MERCOSUL de 17 de dezembro de 1994 (Protocolo de Ouro Preto);
- Decisão CMC nº 03/95 que cria a Reunião de Ministros da Saúde (RMS).
- Resolução GMC nº 151/96, criando o Subgrupo de Trabalho nº 11 “Saúde”;
- Resolução GMC nº 04/98 que estabelece e aprova as diretrizes de trabalho do SGT nº 11;
- Decisão CMC nº 05/02 que cria o Grupo Ad Hoc de Integração de Fronteiras (GTIF);

---

<sup>52</sup> Documento elaborado pelo consultor ISM – EUROsociAL+, Matteo Berzi, com a colaboração de Marcos Lemoes, Alejandra Fantin y Nahuel Oddone.

- Decisão CMC nº 41/04 que cria o Fórum Consultivo de Municípios, Estados Federados, Províncias e Departamentos do MERCOSUL (FCCR);
- Decisão CMC nº 45/04 que cria o Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL (FOCEM);
- Acordo nº 18/08 da RMS do Rio de Janeiro para a criação do Observatório de Sistemas de Saúde do MERCOSUL (OMSS);
- Resolução GMC No. 59/15 criando o Subgrupo de Trabalho No. 18 “Integração de Fronteira”;
- Resolução GMC No. 25/16 sobre Funções e Atribuições do Subgrupo de Trabalho No. 18 “Integração de Fronteira”;
- Decisão CMC nº 13/19 do Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas;
- A Declaração dos Presidentes do MERCOSUL sobre a Coordenação Regional para a Contenção e Mitigação do Coronavírus e seu Impacto, de 18 de março de 2020.

#### CONSIDERANDO:

- Que os Estados Parte alcançaram, nas últimas décadas, numerosos acordos bilaterais e trilaterais de cooperação sanitária em áreas fronteiriças de caráter setorial, demonstrando sua sensibilidade e disposição para enfrentar desafios comuns, especialmente em matéria de saúde. Vigilância e monitoramento de doenças contagiosas, na transferência emergencial de pacientes e na intervenção em situações emergenciais (Anexo I deste Protocolo).
- Que nos meses que antecederam a chegada da pandemia Covid-19 foi alcançado o Dec. CMC N° 13/19 do Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas, um passo importante em termos de fronteiras e saúde no MERCOSUL. Este acordo, que inclui uma lista das localidades atingidas por este status, visa um tratamento diferenciado para os residentes fronteiriços que inclui o acesso aos serviços públicos de saúde, entre outros.
- Que através da ação “Cooperação transfronteiriça em matéria de saúde com ênfase na facilitação da mobilidade do paciente” proposta pelo Instituto Social do MERCOSUL (ISM) -antes da pandemia Covid-19- ao Programa Europeu para o Fortalecimento da Coesão Social na América Latina (EUROSociAL +), foram identificados os principais obstáculos à mobilidade dos pacientes no MERCOSUL, comuns a todos os territórios fronteiriços analisados (Anexo II deste Protocolo). Os obstáculos à mobilidade de pacientes nas áreas de fronteira do MERCOSUL são a manifestação de disfunções de uma política administrativa, jurídica, tecnoló-

gica, de infraestrutura ou de cooperação que afetam a gestão cotidiana da saúde.

- Que as áreas fronteiriças do MERCOSUL apresentam uma situação geográfica, socioeconômica e demográfica muito heterogênea. Por mais de 6.000km, as áreas rurais se alternam com trocas escassas e zonas economicamente mais dinâmicas que contribuem significativamente para a economia dos Estados Partes. As áreas de fronteira apresentam características demográficas e socioeconômicas próprias, onde a saúde e a mobilidade dos pacientes representam um setor fundamental para o bem-estar de suas populações.
- As instituições locais e regionais de fronteira, bem como as autoridades e profissionais de saúde, têm cooperado formal e informalmente há anos para atender às necessidades da população.
- A livre circulação de pessoas na fronteira representa um fator vital para as relações comerciais e familiares e para garantir o acesso à saúde. A pandemia causada pelo vírus Sars-Cov2 exacerbou as dificuldades pré-existentes, mostrando a relativa fragilidade desses territórios e sua forte interdependência.
- O Memorando de Entendimento entre a República Oriental do Uruguai e a República Federativa do Brasil para Cooperação na área da Saúde, assinado em 26 de junho de 2020, representa um acordo inovador para o enfrentamento de emergências entre as cidades de Santana do Livramento (Brasil) e Rivera (Uruguai).

## **ARTIGO 1**

### **Objetivo geral**

1. Este protocolo tem como objetivo geral melhorar a atenção à saúde da população fronteiriça dos Estados Partes, mediante a remoção dos obstáculos que dificultam a mobilidade dos pacientes e a promoção da cooperação nas zonas fronteiriças.

## **ARTIGO 2**

### **Alcance territorial**

1. O âmbito territorial de ação deste Protocolo afeta as áreas fronteiriças dos Estados Partes, conforme estabelecido no Anexo I da Resolução nº 13/19 "Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas" (Anexo II deste Protocolo).
2. O âmbito territorial pode ser estendido a outras cidades próximas à área de fronteira que tenham unidades de saúde e serviços de saúde que atendam pacientes fronteiriços que residam nas cidades reconhecidas no "Acordo

sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas” e outras que possam ser ocasionalmente afetados por este acordo.

3. A referida prorrogação deve ser aprovada pela RMS por unanimidade de votos e devidamente justificada do ponto de vista geográfico, sociodemográfico e sanitário a pedido do Grupo de Peritos em Saúde de Fronteira (GESF), criado através das vírgulas 2, 3, 4 do artigo 6º e 6 deste Protocolo.

### ARTIGO 3

#### Objetivos específicos

De acordo com o objetivo geral estabelecido no Artigo 1 deste Protocolo, os Estados Parte fortalecerão a cooperação em saúde nas áreas fronteiriças do MERCOSUL para alcançar os seguintes objetivos específicos, a fim de remover os obstáculos que ainda limitam a mobilidade fronteiriça dos pacientes e o acesso à saúde nas áreas de fronteira.

1. **Cidadania e direito de acesso à saúde:** os Estados Parte comprometem-se a trabalhar em conjunto para que os residentes das zonas fronteiriças tenham garantido o acesso à saúde e o pleno reconhecimento dos seguintes direitos:
  - a. **Nascimentos do outro lado da fronteira:** o processo de registro dos cidadãos nascidos do outro lado da fronteira será agilizado. Para tanto, será lançado o Registro de Nascimento da Área de Fronteira do MERCOSUL, que permitirá monitorar a dinâmica demográfica dessa área e planejar futuras ações e estratégias.
  - b. **Direito à assistência social do seu próprio país se residir do outro lado da fronteira:** as administrações competentes reconhecerão aos cidadãos das zonas fronteiriças do seu próprio país que residam do outro lado da fronteira o pleno direito de benefícios sociais correspondentes no país de origem. Caso este direito já seja reconhecido, serão promovidas ações de comunicação específicas para informar as autoridades responsáveis a nível regional e local.
  - c. **Reembolso de despesas de saúde:** os Estados Parte comprometem-se a reconsiderar do ponto de vista administrativo a troca de benefícios de saúde entre centros de saúde localizados na área de fronteira, para que possam emitir e cobrar benefícios que não possam ser fornecidos no próprio centro (devido à inoperabilidade temporária das máquinas, por falta de instrumentos e tecnologias adequadas ou outras

causas de força maior). Para maior eficiência, transparência e controle de tais transações, os Estados Parte promoverão o Registro de Benefícios de Saúde de Fronteira (REBESF) do MERCOSUL, diferenciando-os assim de outros benefícios internacionais. Os procedimentos devem ser simples e os centros de saúde não incorrerão em sanções administrativas. As Entidades Binacionais podem registrar os serviços prestados nas áreas de fronteira no referido Cadastro.

**d. Grupos vulneráveis:** as Partes buscarão garantir o direito à saúde de grupos vulneráveis em áreas de fronteira.

De acordo com o objetivo geral estabelecido no Artigo 1 deste Protocolo, os Estados Partes fortalecerão a cooperação em saúde nas áreas fronteiriças do MERCOSUL para alcançar os seguintes objetivos específicos, a fim de remover os obstáculos que limitam a mobilidade de dois pacientes e o acesso à saúde nas áreas de fronteira.

**2. Transferência de pacientes:** Os Estados Partes comprometem-se a eliminar as limitações que ainda impedem a transferência rápida de pacientes através de suas fronteiras, conforme estabelecido no Art. VII e no Anexo III Art. 4 do Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas. Os procedimentos administrativos serão facilitados para que os cidadãos da zona fronteira tenham o mesmo tratamento.

a. Para intervenções emergenciais, serão eliminados os obstáculos que continuam a impedir a travessia de ambulâncias e veículos particulares de profissionais de saúde.

b. Os profissionais de saúde que operam do outro lado da fronteira terão cobertura de seguro que lhes permitirá exercer as atividades médico-sanitárias com total segurança e funcionamento.

c. O princípio de salvaguardar a saúde das pessoas terá prioridade sobre a cobrança de benefícios de saúde fornecidos. O pagamento desses benefícios deve ser administrado pelas autoridades de saúde competentes e não afetará diretamente o paciente.

Os Estados Partes comprometem-se a facilitar, sempre que possível, os trâmites administrativos das transferências de alta e média complexidade.

3. **Profissionais da saúde:** Os Estados Parte promoverão uma estreita colaboração interministerial para acelerar o reconhecimento mútuo dos títulos universitários e profissionais na área da saúde. SGT N<sup>o</sup>18, SGT N<sup>o</sup>11, GAHIF e a Reunião de Ministros da Educação (RME) trabalharão em estreita colaboração para apresentar uma proposta de acordo piloto aplicável à área de fronteira. A proposta será apresentada dentro de cento e vinte dias (120) a partir da entrada em vigor deste protocolo à Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL para aprovação.
4. **Acessibilidade e instalações sanitárias:** Os Estados Partes comprometem-se a melhorar a acessibilidade às instalações sanitárias na área de fronteira. No prazo de noventa (90) dias após a entrada em vigor deste Protocolo, o GESF apresentará um relatório técnico ao RMS para:
  - a. A melhoria da rede de infraestruturas rodoviárias (passagens de fronteira).
  - b. O impulso para as comunicações fluviais: cais, plataformas para atracar barcos e embarcações.
  - c. A promoção da telemedicina e digitalização que irá evitar viagens desnecessárias em áreas escassamente povoadas e otimizar o uso de recursos.
  - d. Otimizar o uso das unidades de saúde existentes com base na complementaridade dos serviços de saúde prestados em ambos os lados da fronteira.
  - e. A eventual realização de novas unidades de saúde como hospitais, centros de atenção primária e emergências em casos de evidente falta de equipamentos.
  - f. Um potencial novo centro de saúde deve ter uma vocação fronteiriça clara e deve ser validado por um estudo de viabilidade financiado pelo FOCEM ou por outras iniciativas bilaterais ou trilaterais.
5. **Repatriação dos cadáveres:** SGT N<sup>o</sup>11, juntamente com SGT N<sup>o</sup>18, convocará os Ministérios das Relações Exteriores dos Estados Partes no prazo de sessenta (60) dias a partir da entrada em vigor do Protocolo com o objetivo de facilitar a repatriação dos restos mortais de residentes da área de fronteira que morrem do outro lado da fronteira. Será promovida uma cooperação mais estreita entre as autoridades locais, consulados e embaixadas para reduzir o tempo e os procedimentos administrativos para o trânsito terrestre ou fluvial de restos mortais.

6. **Ações conjuntas para vacinas e medicamentos:** os Estados Partes promoverão a cooperação intergovernamental para a negociação do preço mais vantajoso de medicamentos comuns e insumos com as indústrias farmacêuticas.
7. **Intercâmbio de informações, vigilância e comunicação:** os Estados Partes comprometem-se a promover o intercâmbio de informações e a colaboração entre centros de saúde, autoridades e profissionais de saúde para proporcionar melhor atenção à saúde aos residentes da área de fronteira.
  - a. Eliminar as barreiras que ainda impedem os centros de saúde de compartilhar os registros médicos de pacientes que residem na área de fronteira e que cruzam a fronteira para receber tratamento e benefícios de saúde. Os Estados Parte promoverão soluções tecnológicas apropriadas baseadas na informatização e digitalização.
  - b. Os centros de saúde na área de fronteira devem lançar seminários de treinamento interno para profissionais de saúde sobre os acordos de saúde na fronteira em vigor.
  - c. Os centros de saúde da zona de fronteira devem lançar, em colaboração com as autoridades locais, campanhas de comunicação cidadã destinadas a:
    - i. Informar os moradores da área de fronteira sobre seus direitos com base nos acordos vigentes;
    - ii. Fornecer informações claras e sintéticas sobre os procedimentos administrativos para recebimento de benefícios de saúde de acordo com os acordos em vigor.
  - d. Os Estados Parte poderão criar Centros Binacionais de Operações de Emergência (COEs) em toda a fronteira do MERCOSUL, de acordo com os requisitos e critérios estabelecidos no Memorando de Entendimento entre a República Oriental do Uruguai e a República Federativa do Brasil para Cooperação em matéria de saúde, assinado em 26 de junho de 2020, que representa um acordo inovador para enfrentar situações de emergência entre as cidades de Santana do Livramento (Brasil) e Rivera (Uruguai), bem como com base em outros mecanismos bilaterais que venham a ser firmados.

e. Os COEs serão apoiados pelos Centros de Vigilância de Fronteiras de Doenças Contagiosas (CVFDC) criados por meio deste Protocolo com o objetivo de estudar, monitorar e avaliar a propagação de doenças contagiosas.

f. O âmbito territorial do CVFDC coincidirá com o definido no artigo 2º deste Protocolo.

g. Os Estados Partes comprometem-se a dotar os Centros dos recursos financeiros, humanos e tecnológicos necessários.

h. O CVFDC será constituído pelos profissionais de saúde que trabalham nos centros de saúde de cada zona de fronteira. Seus objetivos serão:

i. Monitorar a evolução das doenças contagiosas, principalmente as de natureza pandêmica e sexualmente transmissível;

ii. Promover campanhas de prevenção de doenças contagiosas (CPDC) que afetem cada zona de fronteira, sensibilizando e envolvendo a população residente;

iii. Elaborar um Plano de Contenção de Doenças Contagiosas de Fronteira (PCDCF) em caso de emergências de saúde que será aprovado pelos COEs;

iv. Elaborar um relatório anual sobre a evolução das doenças contagiosas que será validado pelos COEs e apresentado à RMS e RMADS;

i. Os Estados Partes comprometem-se a implementar, no prazo de 1 (um) ano a partir da entrada em vigor deste Protocolo, um Atlas Sanitário das Zonas Fronteiriças do MERCOSUL. O Atlas irá compilar informações estatísticas sobre o fornecimento de instalações de saúde, fluxos de pacientes, dados socioeconômicos e demográficos relevantes para as áreas de fronteira. Os dados serão acessíveis ao público no site institucional do MERCOSUL em formato cartográfico e em banco de dados. O Atlas será coordenado e desenvolvido pelo GESF e terá a supervisão do SGT Nº11 e SGT Nº18.

## **ARTIGO 4**

### **Objetivos horizontais**

Os objetivos horizontais são definidos como aqueles que devem ser alcançados em todas as ações realizadas no âmbito deste Protocolo:

1. Proximidade geográfica no acesso ao tratamento: a área de fronteira é considerada como uma unidade sanitária e epidemiológica única. Os pacientes devem dirigir-se ao serviço de saúde disponível mais próximo, além de sua casa e localização em relação à linha de fronteira.
2. Otimização de recursos e serviços de saúde existentes antes da criação de novas unidades de saúde.
3. A governança multinível será implementada em todas as iniciativas relativas à cooperação em saúde de fronteira no âmbito deste Protocolo. Os fóruns de diálogo (Comitê de Integração de Fronteira), assim como outras formas de colaboração, devem incluir as administrações territoriais e de saúde competentes, incluindo centros de saúde e entidades privadas e não governamentais que prestam atenção à saúde em áreas de fronteira.

## **ARTIGO 5**

### **Meios financeiros**

Os Estados Partes comprometem-se a promover mais ações de saúde nas áreas de fronteira por meio do Fundo para a Convergência Estrutural do MERCOSUL (FOCEM) e outras fontes de financiamento.

## **ARTIGO 6**

### **Governança**

1. Os Estados Partes comprometem-se a trabalhar em conjunto para fortalecer as estruturas de governança das fronteiras, a fim de torná-las mais eficientes, envolvendo os principais agentes da área de fronteira.
2. Os Estados Partes promoverão a constituição, no prazo de trinta (30) dias a partir da entrada em vigor deste Protocolo, do Grupo de Expertos em Saúde de Fronteiras do MERCOSUL (GESF), que será composto por autoridades sanitárias, profissionais de saúde e pesquisadores que tenham um conhecimento específico das necessidades e desafios da zona fronteira do MERCOSUL.
3. Os peritos serão selecionados conjuntamente entre SGT N°11, SGT N°18 e GAHIF, coordenados pelo Instituto Social do MERCOSUL.
4. O GESF terá as seguintes funções:
  - a. Definir o âmbito de aplicação deste Protocolo (artigo 2º) com base em critérios quantitativos e qualitativos de natu-

reza sanitária, epidemiológica, socioeconômica, administrativa, geográfica e demográfica. Os escopos serão validados pelo SGT N<sup>o</sup>11, SGT N<sup>o</sup>18 e GAHIF e, por fim, aprovados pela RMS.

b. Mapear as unidades de saúde e os fluxos de pacientes nas áreas de fronteira por meio de análises estatísticas e cartográficas e desenvolver as ferramentas adequadas para sua divulgação e comunicação.

c. Propor melhorias infra estruturais e de serviços de saúde nas zonas fronteiriças, de acordo com o princípio da otimização dos recursos existentes (artigos 3.<sup>o</sup>, n.<sup>o</sup> 4, e artigo 4.<sup>o</sup>, n.<sup>o</sup> 2, do presente Protocolo).

d. Detectar as necessidades de educação e treinamento do pessoal de saúde vinculadas à oferta de serviços localizados nas áreas de fronteira afetadas por este Protocolo.

e. Reunir atores institucionais e autoridades de saúde em áreas de fronteira para abordar problemas comuns e encontrar soluções comuns, e elaborar um Roteiro para resolver os obstáculos à mobilidade dos pacientes nas áreas de fronteira entre os Estados Parte.

f. Elaborar relatórios técnicos dirigidos aos Ministérios da Saúde do MERCOSUL e aos atores relevantes na área de fronteira.

g. Compilar, estudar e divulgar boas práticas de cooperação em saúde em áreas fronteiriças do MERCOSUL, com atenção especial aos instrumentos de governança potencialmente aplicáveis.

5. Os Estados Parte alocarão os recursos necessários à implementação e manutenção do GESF.

## ARTIGO 7

### Cooperação internacional

1. Os Estados Partes apoiarão, por meio de seus Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social, ações e projetos nas áreas fronteiriças do MERCOSUL com base na cooperação fronteiriça local e regional.
2. Os Estados Partes promoverão o intercâmbio de boas práticas entre as autoridades locais e regionais das áreas fronteiriças do MERCOSUL, e contato com outras experiências internacionais.

## ARTIGO 8

### Monitoramento, acompanhamento e divulgação

1. O Grupo de Expertos em Saúde de Fronteiras irá monitorar o cumprimento dos objetivos deste Protocolo por meio de uma avaliação constante com base em um sistema de indicadores qualitativos e quantitativos.
2. O GESF estabelecerá, no prazo máximo de sessenta (60) dias a partir da entrada em vigor do Protocolo:
  - a. Os métodos de análise e compilação de fontes;
  - b. Uma bateria de indicadores-chave socioeconômicos, demográficos e de saúde, com ênfase especial na mobilidade de pacientes nas fronteiras.
  - c. A frequência das reuniões internas para monitorar o cumprimento dos objetivos do Protocolo.
3. O GESF apresentará aos representantes dos Ministérios da Saúde dos Estados Parte (reunidos na RMS) um relatório anual de acompanhamento.
4. Os indicadores serão consultados publicamente por meio do Atlas Sanitário de Zonas Fronteiriças do MERCOSUL (artigo 3, vírgula 7i deste protocolo).
5. O MERCOSUL, por meio de seus órgãos competentes, procederá à divulgação dos relatórios de monitoramento.

## ARTIGO 9

### Resolução de controvérsias

As controvérsias que surjam sobre a interpretação, aplicação ou descumprimento deste Protocolo e seus Anexos serão resolvidas pelo sistema de solução de controvérsias vigente no MERCOSUL.

## ARTIGO 10

### Vigência e Depósito

1. Este Protocolo entrará em vigor trinta (30) dias após o depósito do instrumento de ratificação do segundo Estado Parte no MERCOSUL e terá duração indefinida. Para os Estados Parte que posteriormente o ratificarem, o presente Protocolo entrará em vigor trinta (30) dias após a data em que cada um deles tenha depositado seu respectivo instrumento de ratificação.
2. A República da Argentina será a depositária deste Protocolo e respectivos instrumentos de ratificação, devendo notificar aos Estados Parte a

data do depósito desses instrumentos e da entrada em vigor do Acordo, bem como enviar-lhes uma cópia devidamente autenticada do mesmo.

## **ARTIGO 11**

### **Emendas**

1. Os Estados Partes podem emendar este Protocolo. A entrada em vigor das emendas reger-se-á pelo disposto no Artigo 10, vírgula 1, deste Protocolo.
2. O Anexo I pode ser modificado por mútuo acordo entre os Estados Partes. As modificações entrarão em vigor trinta (30) dias corridos a partir de sua assinatura.

Feito na Cidade Autônoma de Buenos Aires, República da Argentina, aos xx dias do mês de junho de 2021, em dois exemplares originais, nos idiomas português e espanhol, sendo ambos os textos igualmente autênticos.

Pela República Argentina

xxxxxxxxx

-----

Pela República Federativa do Brasil

xxxxxxxxx

-----

Pela República do Paraguai

xxxxxxxxx

-----

Pela República Oriental do Uruguai

Xxxxxxxxx

-----

## Anexo I - Convênios e acordos de fronteira entre os Estados Partes do MERCOSUL em matéria de saúde

Argentina - Uruguai	Ano
Protocolo de intenção entre o Ministério de Saúde da República Argentina e o Ministério de Saúde Pública da República Oriental do Uruguai	2010
Convênio específico entre o Instituto Nacional de Doação e Transplante de Células, Tecidos e Órgãos (INDT) de Uruguai e o Instituto Nacional Central Único Coordenador de Ablação e Implante (INCUCAI) em matéria de transplantes a cidadãos naturais ou legais uruguaios com residência no Uruguai.	2010
Convênio específico entre o Instituto Nacional de Doação e Transplante de Células, Tecidos e Órgãos do Uruguai e o Instituto Nacional Central Único Coordenador de Ablação e Implante em matéria de coordenação operatória	2005
Acordo de Reciprocidade entre o Ministério de Saúde da República Argentina e o Ministério de Saúde Pública da República Oriental do Uruguai em matéria de doação e transplante de órgãos e tecidos	2005
Protocolo ampliação do convênio de cooperação em matéria de saúde entre o governo de da República Argentina e o governo da República Oriental do Uruguai	1997
Convênio de cooperação em matéria de saúde entre o governo da República Argentina e o governo de da República Oriental do Uruguai	1991
Acordo sobre intercâmbio de plasma congelado e hemoderivados entre o governo da República Argentina e o governo da República Oriental do Uruguai, entre a Universidade Nacional de Córdoba da República Argentina e o Ministério de Saúde Pública da República Oriental do Uruguai	1985
Acordo em matéria de saúde pública entre o governo da República Oriental do Uruguai e o governo da República Argentina	1979
Acordo sanitário entre o governo da República Oriental do Uruguai e o governo da República Argentina	1978
Convênio de cooperação e assistência em matéria de saúde pública entre a República Argentina e a República Oriental do Uruguai	1971
Acordo sanitário pan americano entre Uruguai, Argentina, Brasil e Paraguai	1948
Convenio internacional de luta contra a hidatidosis	1945
Convenção sanitária internacional celebrada entre as Repúblicas Argentina, Estados Unidos do Brasil, Paraguai e Oriental do Uruguai	1914
Convenção sanitária assinada no Rio de Janeiro pelos plenipotenciários da República Argentina, do Brasil e da República Oriental do Uruguai	1887

<b>Argentina - Paraguai</b>	<b>Ano</b>
Programa Operativo Conjunto de Saúde em áreas de fronteira	2013
Protocolo de intenções entre o Ministério de Saúde da República Argentina e o Ministério de Saúde Pública e Bem-estar Social da República de Paraguai	2006
Plano Operativo de Ações Conjuntas em Saúde na Região Fronteiriça Paraguai-Argentina (ARPAII)	2002
Plano Operativo de Ações Conjuntas em Saúde na Região Fronteiriça Paraguai-Argentina (ARPA)	1997
Protocolo adicional	1995
Convênio entre o Governo da República Argentina e o Governo da República do Paraguai em matéria de saúde fronteiriça	1992
Convênio Sanitário entre o Governo da República Argentina e o Governo da República do Paraguai	1978
<b>Brasil - Uruguai</b>	<b>Ano</b>
Acordo Brasil-Uruguai 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.	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 "Consolidação da capacidade Institucional do Ministério de Saúde do Uruguai e Ampliação do Diálogo Regulatório entre as Autoridades Sanitárias de Brasil e 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 "Apoio Técnico para a Expansão e Consolidação da Rede de Bancos de Leite Humano do 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 "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"	2008

Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde	2007
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”	2006
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”	2003
Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica, Científica e Tecnológica para Saúde na Fronteira	2003
Memorando de Entendimento no âmbito da Troca de Experiência em Transplantes de Órgãos e tecidos	1969
Convênio Relativo à Luta Contra as Enfermidades Venereosifilíticas na Fronteira Comum aos dois Países	1928
<b>Brasil - Argentina</b>	
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 - Paraguai	Año
Acordo Sanitário - Acordo 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

## Anexo II - Resumo dos desafios para a mobilidade em saúde nas áreas de fronteira do MERCOSUL

Área temática	Tipo de obstáculo en la movilidad de pacientes
<b>Cidadania e Direito de acesso à saúde</b>	1) Reconhecimento da cidadania aos nascidos do outro lado da fronteira. 2) Perda de direitos à assistência social do próprio país se residir no outro lado da fronteira. 3) Reembolso de gastos em saúde 4) Medicamentos não disponíveis de um lado da fronteira ao ser atendido em um país vizinho
<b>Traslado de pacientes</b>	5) Excesiva burocracia para o traslado de pacientes 6) Traslados de pacientes se limita aos casos de urgências e não incluem as situações de maior complexidade.
<b>Profissionais de saúde</b>	7) Invalidez das prescrições médicas emitidas por um médico ou um hospital de um lado da fronteira e não reconhecidas pelas farmácias ou médicos do outro lado. 8) Parcial operatividade dos médicos que exercem sua atividade do outro lado da fronteira. O reconhecimento de títulos e o exercício legal da medicina do outro lado da fronteira segue sendo uma questão pendente.
<b>Acessibilidade e equipamentos de saúde</b>	9) Carência de equipamentos sanitários, sobretudo de alta complexidade e qualidade 10) Carencia de infraestructuras viarias e de servicios de transporte públicos regulares 11) Repatriação dos cadáveres não conta com um sistema agilizado para os cidadãos fronteiriços

<b>Intercambio de informação, vigilância e comunicação</b>	12) Descontinuidade na vigilância e no controle das enfermidades transmissíveis
	13) Falta de um sistema de monitoramento sanitário transfronteiriço compartilhado entre os países do MERCOSUL
	14) Falta de dados estatísticos desagregados, atualizados e compartilhados entre as autoridades competentes
	15) Falta de integração tecnológica na prestação de serviços
	16) Necessidade de um enfoque conjunto e integrado de assistência sanitária no território transfronteiriço compartilhando os sistemas de compras, de contratações e modalidades de financiamento
	17) Comunicação e informação da população sobre os acordos e procedimentos vigentes
<b>Suporte à cooperação transfronteiriça</b>	18) Falta de apoio às administrações locais para empreender e manter ações de cooperação transfronteiriça em âmbito sanitário
	19) Programas de cooperação com temáticas especificamente dirigidas a sanidade transfronteiriça promovidos pelo MERCOSUL ou outros organismos internacionais
<b>Enfoque de gênero</b>	20) Escassa atenção ao enfoque de gênero na cooperação sanitária

## **Anexo III - Lista de Localidades Fronteiriças Vinculadas de acordo com o Anexo I de Dezembro 13/19 do CMC "Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas".**

### **Brasil-Argentina**

Foz do Iguazu - Puerto Iguazú  
Capanema - Andresito  
Barracão/Dionísio Cerqueira - Bernardo de Irigoyen  
Porto Mauá - Alba Posse  
Porto Xavier - San Javier  
São Borja - Santo Tomé  
Itaqui - Alvear  
Uruguaiana - Paso de los Libres  
Barra do Quaraí - Monte Caseros  
Santo Antônio do Sudoeste - San Antonio

### **Argentina-Paraguai**

Posadas - Encarnación  
Clorinda - Puerto Falcón - Nanawa  
Formosa - Alberdi  
Puerto Pilar - Bermejo  
Ituzaingó - Ayolas  
Itatí - Itá Corá  
Puerto Rico - Puerto Triunfo  
Misión La Paz - Pozo Hondo  
Puerto Cano/Mansilla - Pilar  
Puerto Iguazú - Presidente Franco

**Argentina-Uruguai**

Colón - Paysandú

Concordia - Salto

Gualeguaychú - Fray Bentos

Monte Caseros - Bella Unión

**Brasil-Uruguai**

Chuí/Santa Vitória do Palmar/Balneário do Hermenegildo/Barra do Chuí - Chuy/18 de Julio/ Barra de Chuy/La Coronilla/Pueblo San Luis

Jaguarão - Rio Branco

Aceguá - Aceguá

Santana do Livramento - Rivera

Quaraí - Artigas

Barra do Quaraí - Bella Unión

Colônia Nova - Villa Isidoro Noblía

**Brasil-Paraguai**

Aral Moreira - Pedro Juan Caballero/Capitán Bado

Bela Vista - Bella Vista Norte

Caracol - San Carlos del Apa

Coronel Sapucaia - Capitán Bado

Foz do Iguaçu - Ciudad del Este/Puerto Presidente Franco/Hernandarias

Guaira/Mundo Novo - Saltos del Guairá

Japorã - Saltos del Guairá

Paranhos - Ypejú

Ponta Porã - Pedro Juan Caballero

Porto Murtinho - Carmelo Peralta/San Lázaro

Santa Helena - Puerto Indio

Sete Quedas - Corpus Christi







## Instituto Social del MERCOSUR

[www.ismercosur.org](http://www.ismercosur.org)

[ism@ismercosur.org](mailto:ism@ismercosur.org)



@Ismercosur



@IsmAsuncion

## EUROsociAL+

**Programa de la Unión Europea para la  
Cohesión Social en América Latina**

<https://eurosocial.eu/>

[info@eurosocial.eu](mailto:info@eurosocial.eu)



@EUROsociAL\_



@EUROsociAL



ProgramaEUROsociALII



**MERCOSUR**

ISM

Instituto Social  
del Mercosur



Financiado por  
la Unión Europea