

## **EL MARCO REGULATORIO PARA RESPUESTAS DE SALUD EN EL CONTEXTO DEL MOVIMIENTO DE PERSONAS A NIVEL DE FRONTERA COLOMBIA**

*Álvaro Muñoz y Jacqueline Acosta*

*Ministerio de Protección Social, México*

**Álvaro Muñoz**

En las fronteras convergen sistemas de salud diferentes con necesidades comunes. Lógicas sociales particulares expresadas en sistemas de salud y modelos de atención diferentes (el Sistema de la Protección Social, el Sistema General de Seguridad Social en Salud).

La región de frontera es tradicionalmente una región relativamente apartada, hacia donde no se destinan habitualmente demasiados recursos. En la Región Oriental de Colombia, en la frontera con Venezuela, los antiguamente llamados “territorios nacionales” eran unos llanos muy extensos en donde prácticamente sólo se llevaban a cabo acciones del tipo de brigadas de salud, no articuladas a un sistema de salud como tal.

En la frontera que sirve de límite a Colombia con Venezuela, del lado colombiano está la ciudad de Cúcuta y del lado venezolano el municipio de San Antonio. Sus comunidades, independientemente del país de origen, muchas veces tienen dinámicas propias y casi se puede decir que ni siquiera consultan los intereses centralistas. Esto hace que esas comunidades sean interdependientes.

Del lado colombiano, con excepción de Cúcuta, la ciudad capital con 400 a 500 mil habitantes, Arauca o Puerto Carreño, otras capitales de departamento más pequeñas, en el resto de la frontera con Venezuela habitan fundamentalmente comunidades indígenas. Esta situación de por sí plantea retos individuales.

Dado que en todo el país hay aproximadamente 23 etnias con lengua propia, ha sido difícil pasar a nivel del Plan Nacional de Salud y el Modelo en Atención en Salud mucho más allá de la Ley 191, por medio de la cual se dictan disposiciones sobre Zonas de Frontera. Los retos se presentan desde el inicio al tratar de reglamentar esta ley mediante decretos y resoluciones; asimismo, a nivel operativo ha presentado muchísimas dificultades porque no ha sido fácil identificar los propósitos de la comunidad y cuáles son sus necesidades reales, cuáles las de los dirigentes y qué intereses se persiguen en un momento dado.

En consecuencia, cuando se habla de una frontera se presenta su complejidad intrínseca y la convergencia de diferentes lógicas sociales.

Por otra parte, se debe señalar que en el ámbito de una frontera el concepto de territorialidad pierde su importancia relativa. Si bien existe el paradigma de una frontera territorial en la figura de un río que señala que para un lado está un país y para el otro lado está el otro, en el caso colombiano se suma el hecho que los territorios de frontera abarcan 54% del territorio nacional, pero solamente vive allí el 13% de la población. De alguna forma esto da una idea de la importancia que tiene esa realidad en el momento de fijar políticas de salud, como quiera que primero se piensa en la mayoría de la población y sólo después alguien se pregunta qué hacer en relación con las fronteras.

Sin embargo, en las diferentes constituciones nacionales, empezando por la de Colombia y las de sus países correlacionados, hay diversos apartados que mencionan constantemente la necesidad de la integración regional, la consideración hacia los migrantes y la importancia del tráfico de personas en las fronteras. En ese sentido, es importante tener en cuenta las cifras del caso colombiano para subrayar el criterio centralista presente en las decisiones que mencionamos anteriormente.

En relación con el concepto de territorialidad ya mencionado, se observa que cada vez más el turismo o el tráfico de personas se realiza por vía aérea. Por esa razón, ni siquiera se relaciona la situación de vecindad con los efectos de la transmisión de enfermedades o de los cambios de perfiles epidemiológicos de los países, que es el problema que se está tratando en este momento. Como acotación, los delitos como la pornografía infantil terminan afectando la salud de los países inclusive por vía virtual, sin tránsito físico de personas, incluso. En consecuencia, deberíamos romper el paradigma de la territorialidad asociado con las fronteras porque, si este se cumpliera, ya estaría resuelto el problema por conducto de las constituciones nacionales.

Lo que se ve, por fuerza de la misma necesidad y por fuerza de la realidad contundente que es una persona herida, o una persona con apendicitis en un municipio de frontera, es que si cruzando el río hay un cirujano y a este lado no lo hay, es que precisamente por esta lógica interdependencia entre los municipios, sencillamente atienden a la persona enferma y muchas veces ni siquiera le preguntan quién o cómo se va a pagar por la atención. Es una cuestión de humanidad.

Sin embargo, una cosa es el favor que se presta en una coyuntura y otra cosa es una política articulada de forma coherente. En nuestro caso, contamos con el Plan Andino de Salud en Fronteras (PASAFRO), cuya finalidad es introducir formalidad en este tipo de relaciones por medio de la articulación de decisiones, las cuales a su vez se traduzcan en hechos concretos.

El PASAFRO tiene los siguientes objetivos específicos:

- Priorizar los problemas de salud de cada frontera y definir las acciones conjuntas para atenderlos. No hay forma eficiente en la que Colombia pueda resolver los problemas si no tiene en cuenta a Brasil ni a Perú, porque se trata de una realidad completamente diferente de la realidad de Bogotá. Es importante tener

en cuenta la particularidad y la visión del mundo desde estos sitios de frontera, para poder definir acciones conjuntas entre los países para atenderlos.

- Conformar redes binacionales de servicios de salud en las fronteras, con especial énfasis en las Zonas de Integración Fronteriza definidas entre los países participantes.

Cuando se habla de conformación de redes de servicios de salud en la frontera, no se trata de que cada país ponga en su municipio un cirujano y un tomógrafo. Cuando se piensa en el concepto de redes, que de por sí son estructuras interdependientes, se debe tomar una decisión política y decidir quién pone el tomógrafo, quién pone el cirujano, cómo se articula la red de referencia y contrarreferencia, y cómo se resuelven los procesos de atención en cada caso.

- Elaborar, ejecutar y evaluar proyectos fronterizos de atención en salud con carácter binacional. Se hace énfasis en que ya no se trata sólo de poner en marcha mecanismos de reacción, de intervenciones curativas.

Siendo esta la lógica general de este tipo de intervenciones, quiero llamar la atención sobre el apoyo para la formulación de escenarios prospectivos e interculturales de salud, precisamente por la importancia de los escenarios locales así como la pluralidad cultural de las etnias de nuestras fronteras, valiendo citar como ejemplo los indígenas cuna en nuestra frontera con Panamá y los Wayuu u otras etnias guajiras en el norte de nuestra frontera con Venezuela. Hay sitios en donde la lógica del nivel central definitivamente no opera y no es conveniente llevar la discusión al plano de la forma en la que se interrelacionan los sistemas de salud de cada país o sobre cuál es el mejor.

Uno de los objetivos del PASAFRO es describir los principales problemas de salud. Lo importante aquí es la metodología sistemática en la cual Jacqueline Acosta es experta. Solo quiero llamar la atención sobre la importancia de que la metodología tiene en cuenta los subgrupos de población, los factores demográficos, socioeconómicos y de afiliación a la seguridad social como elementos que necesariamente se interrelacionan en la resolución de los problemas de salud.

Como ejemplo de intervención, en el caso de la frontera común con Venezuela ya se está utilizando la metodología de análisis de la situación de salud (ASIS) y se actúa con otros países por medio del Organismo Andino de Salud (ORAS).

Esta metodología permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud y de enfermedad, y al mismo tiempo analizar los determinantes propios del sector o de otros sectores, dado que el sector de la salud es un sector interdependiente. Asimismo, el ASIS hace posible analizar y dar prioridad a las necesidades de salud, considerando la participación de otros sectores. En este caso, resulta de particular importancia por la interdependencia económica de las regiones de frontera para poder subsistir.

En el caso de la frontera de Colombia y Venezuela, ésta tiene tres zonas bien diferenciadas. En la Zona Norte, prácticamente no hay frontera física, como quiera que

las poblaciones migran de un sitio a otro en una zona desértica donde los guajiros transitan libremente. La Zona Andina, que es la zona media, es la de mayor desarrollo y donde está la ciudad de Cúcuta ya mencionada. Es la zona que más se podría parecer a la concepción occidental que se tiene de relación entre poblaciones, tanto del lado colombiano como del lado venezolano. La Zona Sur, que es una gran extensión de frontera, se caracteriza por extensas llanuras, de baja densidad poblacional, pero con una capacidad de integración cultural muy alta. De hecho, en una de las capitales de departamento se realiza un festival de música llanera con la concurrencia de Colombia y Venezuela. Este ejemplo sirve para llamar la atención de que una sola frontera tampoco quiere decir una sola lógica. A veces, se encuentran también diferentes lógicas en la misma frontera.

Esta misma metodología se está tratando de aplicar en otras comunidades, como en el caso del Perú, mediante la firma de un tratado de cooperación técnica, asistencial y de promoción de la salud en el marco de la Comunidad Andina de Naciones (CAN). Con Brasil, Ecuador, Panamá y Venezuela ya existen tratados de cooperación técnica.

A continuación, Jacqueline Acosta va a comentar lo que ha hecho Colombia para responder a esos acuerdos y tratados en relación con el Plan de Salud.

### ***Jacqueline Acosta***

Continuando con las reflexiones de Álvaro Muñoz, en Colombia tenemos una historia de trabajo multilateral, tanto entre los países de frontera, como en el ámbito de la cooperación técnica internacional a la que se le presta un apoyo importante. Esta alianza ha sido fundamental porque permitió abrir escenarios interesantes para la gestión de las distintas políticas de salud y los trabajos operativos que se realizan.

Si bien no cuento con muchos antecedentes del Ministerio porque relativamente tengo un trabajo muy nuevo en el proceso, reconozco que en los últimos dos años el trabajo que se ha venido haciendo se ha caracterizado por un propósito muy proactivo.

Tanto al doctor Diego Palacios, Ministro de la Protección Social, como a la doctora Blanca Elvira Cajigas, Viceministra de Salud, les importa sobre manera tener resultados en salud que sean cuantificables desde el punto de vista social y desde el punto de vista de la respuesta de salud en sí. Esto nos ha enfrentado con un reto muy clave, porque si bien tenemos una serie de tratados con una serie de compromisos, ellos se tienen que traducir en hechos concretos.

En el caso de Venezuela, por ejemplo, comenzamos a desarrollar el tema del análisis de situación de salud que, aunque se podría decir que es una metodología fácil y solo se trata de consultar, tiene una lógica diferente cuando se intenta analizar la situación de salud de las comunidades indígenas. Esta realidad nos ha llevado a hacer trabajos conjuntos de concertación que están avanzando.

El tema de una metodología consensuada con los pueblos indígenas es algo muy valioso porque abre el horizonte hacia acciones concretas que se van a aceptar en la realidad de las comunidades mismas. Asimismo, se ha articulado esa metodología adicionalmente con otro tema muy importante, que es la definición de un modelo de salud indígena dentro del sistema general de seguridad social. Esto significa que la práctica de la medicina tradicional va a tener un reconocimiento y una adaptación.

Un punto importante es entender que la respuesta a los servicios de salud puede ser en términos de desarrollo de la infraestructura o el fortalecimiento del talento humano, o la disposición de recursos, pero que el uso no va a ser adecuado en la medida en que no se reconozca la lógica y la cosmovisión de los distintos pueblos étnicos.

En otros espacios, en las otras fronteras, como en el caso ecuatoriano y el caso peruano, particularmente, existen otros condicionantes diferentes. Se suman consideraciones importantes que tienen que ver básicamente con el tema de la seguridad de las personas por las zonas de conflicto que se concentran allí. Estos condicionantes tiene que considerados y retomados en el proceso regulatorio para poder darle una salida real a la situación.

Entonces, en ese orden histórico de ideas que veníamos planteando, los nuevos retos identificados y las nuevas propuestas nos han llevado a reconocer que en los tratados de cooperación no va a haber una inmensidad de intervenciones por actividades. Es decir que no es que no sean importantes la fumigación y las vacunas, pero nos vamos a concentrar en áreas estratégicas y, dentro de esas áreas estratégicas, tratar de obtener resultados más concretos.

Todo este tema de los tratados de cooperación, con excepción de Venezuela, ha estado inscrito en el marco de cooperación de la región andina, en la agenda de la cooperación con los países andinos. Por ejemplo, ha sido muy interesante ver que tenemos una reducción importante de las enfermedades transmitidas por vectores, como consecuencia de la intervención que realizamos en las comunidades para incorporar estrategias preventivas en la lógica de la comunidad.

Todos los acuerdos internacionales relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio representan el otro punto clave y trascendental de cooperación. Nos adentramos básicamente en los temas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, algunos temas fundamentales de la Agenda Andina de Salud, que tienen que ver con el tema de los medicamentos, la telemedicina y el establecimiento de planes de salud que permitan la cooperación o la atención de las personas en cada lado de la frontera.

Todavía no hemos logrado llegar a un punto de equilibrio. Si bien los sistemas de salud de los distintos países tienen puntos importantes de convergencia, en su gran mayoría el tema del financiamiento, por ejemplo, es bastante diferente. Allí se presentan dificultades importantes que se deben resolver.

Internamente, el país se dio el reto más importante en el desarrollo histórico de la salud pública colombiana con el nuevo Sistema General de Seguridad Social. Ahora, el Sistema General de Seguridad Social, el Sistema de la Protección Social y el Sistema Laboral tienen un fin común y el fin común es la salud pública. La agenda inconclusa que teníamos la hemos podido resolver, por lo menos desde el punto de vista regulatorio mediante el Plan Nacional de Salud Pública que el Presidente sancionó el 10 de agosto de 2007.

Este proceso es interesante porque si bien el país ha tenido planes estratégicos sectoriales en salud, nunca había tenido un Plan Nacional de Salud Pública. Además, este Plan Nacional de Salud Pública no solamente se centra en reconocer los problemas del sector salud, sino que entiende o reconoce que la salud es el universo en el cual estamos inmersos todos los colombianos. En ese orden de ideas, todos los instrumentos del sector salud son útiles para ganar en salud y en bienestar.

El Plan Nacional de Salud Pública está orientado a reconocer que la salud es un indicador de bienestar y calidad de vida; medido de esa manera, la salud toma una dimensión absolutamente trascendental.

El otro punto importante es que el propósito del Plan Nacional de Salud Pública supera el propósito que tenía la salud pública anteriormente. Antes de ese plan, tratábamos de resolver los grandes problemas de salud, los grandes desafíos de la salud, en términos mórbidos, en términos preventivos, de letalidad u otros. Hoy, el propósito del Plan Nacional de Salud Pública se fundamenta en cuatro grandes retos.

El primero es mejorar el estado de salud de la población colombiana; el segundo es evitar la progresión y los desenlaces adversos a la enfermedad; el tercero es enfrentar los retos del envejecimiento y de la transición demográfica que vivimos, y el cuarto es disminuir las inequidades en salud de la población colombiana.

Este punto es clave y trascendental porque impone realizar el ejercicio de desagregar las distintas metas en salud pública según estas variables; ello va a permitir llevar a cabo acciones con énfasis en ciertos grupos poblacionales, como por ejemplo, pobreza o etnia.

Otro punto interesante de este Plan Nacional de Salud Pública es el enfoque. Se tuvieron en cuenta tres grandes enfoques-marco.

1. Enfoque poblacional. Según Rosen, las grandes intervenciones a pequeña escala durante un gran lapso de tiempo generan grandes transformaciones. Esta idea permitió abrir una línea política fundamental, porque si bien se decía que el país llevaba a cabo intervenciones de promoción de la salud, no se trataba de una política de salud. Este enfoque constituye el eje central de la línea política de la salud y calidad de vida dentro del plan de salud del país.

2. Enfoque de determinantes. Tiene en cuenta la relevancia de hacer una planeación a futuro más enfocada a los determinantes que a ciertos factores particulares.
3. Enfoque de gestión social del riesgo. En el marco de un sistema de protección social debemos pensar no solamente en la población que está asegurada en el sistema laboral o del Estado, sino también en ese 20% de la población colombiana que nos hace falta asegurar y que debe recibir toda la protección que necesite en la medida que su vulnerabilidad y las amenazas para su salud están puestas más en riesgo.

Otro punto importante son los principios que recoge el sistema, como la universalidad y la equidad.

Hay además dos puntos que son clave y relevantes para resolver los problemas serios del sistema.

El primer punto es el tema de la calidad de servicios. Colombia se enfrascó en el sistema para atender el tema de financiamiento porque la universalización generó un reto y haber logrado que 80% de la población se afiliara demuestra que el esfuerzo tenía sentido. Sin embargo, se había descuidado el tema de calidad de servicios y con el nuevo plan los empezamos a resolver.

El otro punto importante es el respeto por la diversidad cultural y étnica en la práctica de la salud y en el reconocimiento del bienestar.

Con relación a estos aspectos se generaron líneas de política que subrayo porque es la primera vez que se toma como política la promoción de la salud y la calidad de vida. La posibilidad de la abogacía, la posibilidad de la comunidad generando ejercicios para la formulación de políticas que controlen sus riesgos —no los riesgos que identifica el funcionario, sino los riesgos que identifica la comunidad—, tienen viabilidad y se pueden cumplir. El reto es posicionar esa política.

También es necesario fijar las prioridades en salud. Lo interesante es que las diez prioridades que se fijaron tienen la misma lógica de participación y la misma lógica de adaptación a los procesos de salud y enfermedad en el ámbito territorial, porque el marco de la política permite que a nivel de cada uno de los departamentos y municipios se elaboren los marcos lógicos para identificar las prioridades de salud en contexto con la vulnerabilidad y la cultura poblacional. Este es un proceso totalmente novedoso para el sistema de salud colombiano.

En los capítulos siguientes del Plan Nacional de Salud Pública, se enfatiza el tema de la responsabilidad y el financiamiento: se logró ordenar en el sistema que todos los aspectos de financiamiento, aseguramiento y otros sean instrumentos y no fines en sí mismos.

El tema de la salud en el país es intersectorial, porque vincula la intervención de otros sectores. El uso de los marcos lógicos en la identificación de las prioridades y las propuestas estratégicas para cada uno de ellas ha sido muy rico porque no solamente permite que el ejercicio de las respuestas a nivel operativo esté encabezado por el sector salud, sino que se reparta entre los distintos sectores y la comunidad. El fin real que esperamos es que, después de los cuatro años para los que está fijado este plan, podamos ver efectos interesantes en los resultados en el mediano plazo.

También es importante señalar que este fue un plan construido con todos, en el que participaron dinámicamente la sociedad civil, la academia, las direcciones territoriales, los secretarios de salud, todos los organismos adscritos al Ministerio de la Protección Social. La comunidad en general tuvo espacios de participación y tuvimos seis reuniones de trabajo en donde cada uno de los elementos que integran el plan fue elaborado en consenso.

Ello es un ejercicio interesante de cómo regular un sistema de salud en la lógica de participación de la equidad, en la lógica del reconocimiento de las distintas particularidades poblacionales y en la lógica de un proceso que considero que es muy participativo y muy democrático.

Gracias.