

ARTIGO ORIGINAL

Obstáculos à mobilidade de pacientes nas áreas fronteiras do MERCOSUL: uma tipologia

Obstáculos a la movilidad de los pacientes en las zonas fronterizas del MERCOSUR: una tipología

Marcos Aurélio Matos Lemoes¹ 

Matteo Berzi² 

Nahuel Oddone³ 

Resumo: Este artigo identifica os gargalos ou restrições que afetam a mobilidade de pacientes nas áreas de fronteira dos Estados Partes fundadores do MERCOSUL: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Para tanto, foram considerados os insumos elaborados no âmbito da ação “Cooperação transfronteiriça em matéria de saúde com ênfase na facilitação da mobilidade dos pacientes”, proposta pelo Instituto Social do MERCOSUL (ISM) ao Programa de Fortalecimento da Coesão Social na América Latina, conhecido como EUROsociAL+. Como resultado dessa colaboração interinstitucional, propõem-se uma tipologia de obstáculos à mobilidade de pacientes no MERCOSUL.

Palavras-chave: saúde em fronteiras.

Resumen: Este artículo identifica los cuellos de botella o restricciones que afectan a la movilidad de pacientes en las zonas de frontera de los Estados Parte fundadores del MERCOSUR: Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. Para ello, se considerarán los insumos elaborados en el marco de la acción “Cooperación Transfronteriza en materia de salud con énfasis en la facilitación de la movilidad de los pacientes” propuesta por el Instituto Social del MERCOSUR (ISM) al Programa para el fortalecimiento de la cohesión social en América Latina, conocido como EUROsociAL+. Como resultado de esta colaboración interinstitucional, se propone una tipología de obstáculos a la movilidad de pacientes en el MERCOSUR.

Palabras clave: salud en fronteras.

1 Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Brasil.

2 Association of European Border Regions, España.

3 Instituto Social do MERCOSUL (ISM), Paraguay.

Email: enf.lemoes@gmail.com

Recibido: 24/3/2021. Aceptado: 23/06/2021.

doi: 10.28917/ism.2021-v5-1-49



I. Introdução

A cooperação em áreas fronteiriças visa evitar a duplicação de objetivos, funções e serviços entre instituições que se situam nos dois lados da fronteira, bem como a concorrência entre elas, através de uma combinação harmoniosa, equilibrada e racional de políticas públicas que promovam uma governança específica para o território. Este sistema de governança precisa incluir vários componentes setoriais, destacando no atual contexto pandêmico a cooperação em saúde.

Nos meses anteriores ao surgimento da pandemia de COVID-19, no final de 2019, foi assinado o Acordo de Localidades Fronteiriças Vinculadas (ALFV), um passo importante em termos de fronteiras e saúde no MERCOSUL. Este acordo, que inclui uma lista das localidades incluídas neste status¹, visa um tratamento diferenciado para os residentes fronteiriços que inclui o acesso aos serviços públicos de saúde, entre outros². Especificamente, em seu

art. VII estabelece que “as instituições públicas responsáveis pela prevenção e combate às doenças humanas (...) devem colaborar com suas contrapartes nos governos locais adjacentes, coordenadas pelas autoridades de saúde provinciais / estaduais e contrapartes envolvidas através das autoridades sanitárias nacionais, para realizar trabalho conjunto em saúde pública, vigilância epidemiológica e planos de contingência para orientar a resposta a eventos de saúde pública e outras questões de interesse comum, incluindo aquelas de potencial importância internacional. Este trabalho será realizado de acordo com as normas e procedimentos harmonizados entre os Estados Partes ou, na sua ausência, de acordo com as respectivas legislações nacionais”. Além disso, no art. III sobre “Direitos Concedidos” dispõe que “os Estados Partes poderão outorgar outros direitos que convencionem, bilateral ou trilateralmente, inclusive atendimento médico em sistemas públicos de

1 Você pode consultar a lista de municípios fronteiriços vinculados em: <https://www.mercosur.int/documento/acuerdo-localidades-fronterizas-vinculadas/>

2 De particular relevância em termos de mobilidade é também a possibilidade de acesso a um Documento de Trânsito de Vizinhança Fronteira (DTV) admitido pelos Estados Partes, com o qual são garantidos ao cidadão fronteiriço os seguintes direitos: i) Exercício de trabalho, comércio ou profissão de acordo com as legislações destinadas aos nacionais dos Estados Partes em que se exerce a atividade, inclusive no que diz respeito aos requisitos de formação ou exercício profissional ao abrigo de um contrato de trabalho nas condições previstas

nos acordos internacionais em vigor entre eles, com igualdade de direitos de trabalho e pensão, cumprindo as mesmas obrigações trabalhistas, previdenciárias e tributárias emanadas dos Estados Partes; ii) Frequência em estabelecimentos de ensino públicos, em condições de gratuidade e reciprocidade; iii) Acesso ao regime de comércio fronteiriço de bens ou produtos de subsistência e; iv) Disponibilização, com a maior brevidade possível e realizados os ajustes de infraestrutura necessários, de via exclusiva ou prioritária para titulares de DTV nos postos de controle de fronteira dos Municípios Fronteiriços Vinculados abrangidos pelo presente Acordo.

saúde fronteiriços em condições de reciprocidade e complementaridade”. Este último artigo busca amenizar as assimetrias e disparidades na atenção à saúde em ambos os lados da fronteira. Ainda é muito cedo para avaliar o impacto do ALFV na mobilidade dos pacientes. Zonas fronteiriças do MERCOSUL, especialmente porque uma das principais medidas para evitar o contágio da COVID-19 foi a decisão individual de fechamento das fronteiras pelos Estados membros do MERCOSUL.

2. As áreas de fronteira do MERCOSUL

As áreas de fronteira do MERCOSUL apresentam uma situação geográfica, socioeconômica e demográfica muito heterogênea. Por mais de 6.000km, alternam-se zonas rurais com poucas trocas e zonas economicamente mais dinâmicas que contribuem significativamente para a economia dos Estados-Membros. Em parte da área de fronteira, é possível identificar “territórios transfronteiriços” binacionais ou trinacionais com suas próprias características demográficas e socioeconômicas. Em termos gerais, as fronteiras internas do MERCOSUL são caracterizadas por uma série de elementos que as distinguem de outras regiões geográficas:

- Cidades gêmeas de pequeno e médio porte, em alguns casos relativamente isoladas dos principais centros socioeconômicos dos

respectivos países³;

- Áreas urbanas binacionais ou trinacionais;
- Predominância das margens dos rios;
- Conexões transfronteiriças através de (poucas) pontes internacionais;
- Corredores de transporte de longa distância (como o corredor bioceânico)
- Assimetrias institucionais regionais e locais, devido aos diferentes graus de descentralização administrativa dos Estados Membros;
- Presença de comunidades indígenas;
- Assimetrias territoriais refletidas em uma oferta desigual de saúde, educação, trabalho e comércio entre um lado da fronteira e o outro, gerando fluxos de troca e complementaridade territorial.

Nos últimos anos, desenvolveram-se relações sólidas entre as comunidades fronteiriças que se manifestaram através do aumento das trocas econômicas, laços

3 Segundo Machado, as cidades gêmeas, pares de centros urbanos frente a frente em uma fronteira internacional, representam a territorialização mais evoluida das áreas de fronteira, pois constituem um espaço dinâmico “feito pelas diferenças decorrentes da fronteira internacional, e devido a fluxos e interações transfronteiriças” (Machado, 2016: 21) que possuem uma lógica social própria, geralmente vinculadas a redes ou fóruns de articulação regional ou internacional que, em geral, ampliam sua capacidade institucional e de relacionamento com outros atores (Oddone, 2016).

sociais e familiares, cooperação (formal e informal) entre os diferentes níveis de autoridade, entre outros fatores. Desta forma, definiu-se uma identidade e um modo de viver transfronteiriço e de enfrentar os desafios e obstáculos quotidianos que limitam a integração cidadã naquele território. Nesse sentido, a saúde e a mobilidade dos pacientes representam um setor fundamental para o bem-estar das populações fronteiriças. A cooperação institucional desenvolvida no âmbito do MERCOSUL abriu um caminho para uma maior integração das faixas de fronteira dos países membros, mas ainda persistem alguns desafios.

Os obstáculos à mobilidade transfronteiriça de pacientes nas áreas fronteiriças do MERCOSUL são a manifestação de disfunções de uma política administrativa, jurídica, tecnológica, de infraestrutura ou de cooperação que afetam a gestão cotidiana da saúde. Foram identificados nove tipos de obstáculos, comuns a todos os territórios fronteiriços analisados, obviamente cada um deles pode ter um peso ou relevância diferente dependendo de cada caso específico. Além disso, cada obstáculo pode refletir-se em mais do que uma tipologia, o que aumenta a complexidade das soluções em termos de inovação social e os desafios da cooperação transfronteiriça em saúde. Aqui destacaremos estes obstáculos:

Política: Dificuldade em integrar as agendas políticas nacionais e locais para desenvolver uma política de saúde transfronteiriça eficaz e de longo prazo em vários níveis.

Legal: Necessidade de acordos binacionais, trinacionais ou

regionais promovidos por Estados centrais ou organizações regionais e internacionais (MERCOSUL, Organização Pan-Americana da Saúde, Organização do Tratado da Bacia Amazônica, outros).

Administrativos: Entraves burocráticos, muitas vezes causados pela falta (ou desconhecimento) de normas e protocolos técnicos para a implementação das convenções e acordos firmados entre as partes. Da mesma forma, uma interpretação diferente desta última também pode ser observada por parte das autoridades estaduais ou regionais, sem coordenação com suas contrapartes do outro lado da fronteira.

Governança: Falta de estruturas de decisão operacional (parte das autarquias locais e regionais) que garantam a implementação e monitorização dos acordos e fluxos transfronteiriços de doentes.

Disponibilidade e acessibilidade a dados atualizados: Falta e dificuldade de acesso a dados demográficos e de saúde atualizados, mobilidade dos pacientes e a situação geral de saúde transfronteiriça.

Acessibilidade física: Dificuldade de ligação terrestre ou fluvial devido à falta de infraestrutura ou serviços de transporte público.

Oferta de serviços de saúde: Falta de infraestrutura, equipamentos e profissionais de saúde especializados.

Comunicação, informação e digitalização: Desconhecimento do funcionamento do sistema de saúde do país vizinho e dos

acordos transfronteiriços em vigor, tanto por parte das autoridades como pelos cidadãos. Essa situação também dificulta a troca de dados e o estabelecimento de metodologias de trabalho automatizadas que permitem um atendimento mais ágil.

Cooperação: Carência de programas específicos e estáveis de promoção contínua da cooperação transfronteiriça em saúde, dotando-a dos recursos técnicos e financeiros necessários.

3. Principais gargalos para a mobilidade de pacientes nas áreas de fronteira do MERCOSUL

Os esforços da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, antes da criação do MERCOSUL e, sobretudo, desde sua criação em 1991, têm sido um elemento chave para promover uma harmonização progressiva de suas arquiteturas regulatórias e normativas para a integração de setores-chave como a saúde, transporte ou educação, entre outros. Os mecanismos de diálogo

utilizados pelas autoridades nacionais e locais baseiam-se nos acordos firmados nas últimas décadas, promovidos tanto pelo próprio processo de integração como a partir dos acordos bilaterais celebrados pelos países (Tabela 1).

Desde o início do século XXI, a cooperação em áreas de fronteira teve uma relativa aceleração em diferentes escalas territoriais. No entanto, apesar do capital institucional transfronteiriço gerado, persistem numerosos obstáculos que dificultam a mobilidade dos pacientes de um lado para o outro da fronteira. Em seguida, os vinte gargalos assistenciais em saúde detectados neste estudo serão expostos. Para cada um deles, é apresentado um caso, representante ou exemplo, embora o mais comum seja que uma zona transfronteiriça apresente mais do que um obstáculo e as dificuldades de acesso sejam combinadas (Tabela 2).

Os gargalos detectados após as categorias propostas recentemente são apresentados a seguir.

Tabela 1. Acordos de fronteira e acordos entre os Estados Partes do MERCOSUL

ARGENTINA-URUGUAI	ANO
Protocolo de intenções entre o Ministério da Saúde da República Argentina e o Ministério da Saúde Pública da República Oriental do Uruguai	2010
Acordo específico entre o Instituto Nacional de Doação e Transplante de Células, Tecidos e Órgãos (INDT) do Uruguai e o Instituto Nacional Único de Coordenação de Ablação e Implantação (INCUCAI) para transplantes para cidadãos uruguaios naturais ou legais residentes no Uruguai.	2010
Acordo específico entre o Instituto Nacional de Doação e Transplante de Células, Tecidos e Órgãos do Uruguai e o Instituto Nacional de Coordenação Única de Ablação e Implante em matéria de coordenação operativa.	2005

Acordo de Reciprocidade entre o Ministério da Saúde da República Argentina e o Ministério da Saúde Pública da República Oriental do Uruguai em matéria de doação e transplante de órgãos e tecidos.	2005
Protocolo de extensão do acordo de cooperação em saúde entre o governo da República Argentina e o governo da República Oriental do Uruguai.	1997
Acordo de cooperação em saúde entre o governo da República Argentina e o governo da República Oriental do Uruguai.	1991
Acordo de troca de plasma e hemoderivados congelados 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 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
Acordo 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
Convenção Internacional para o Controle da Hidatidose.	1945
Convenção sanitária internacional celebrada entre as Repúblicas da Argentina, Estados Unidos do Brasil, Paraguai e República Oriental do Uruguai.	1914
Convenção Sanitária assinada no Rio de Janeiro pelos plenipotenciários da República Argentina, Brasil e República Oriental do Uruguai.	1887
ARGENTINA-PARAGUAI	ANO
Programa de Saúde Operacional Conjunto em áreas de fronteiras.	2013
Protocolo de intenções entre o Ministério da Saúde da República Argentina e o Ministério da Saúde Pública e Previdência Social da República do Paraguai.	2006
Plano Operacional de Ações Conjuntas de Saúde na Fronteira Paraguai-Argentina (ARPA II)	2002
Plano Operacional de Ações Conjuntas de Saúde na Fronteira Paraguai-Argentina (ARPA)	1997
Protocolo adicional	1995

Acordo entre o Governo da República Argentina e o Governo da República do Paraguai sobre Saúde Fronteiriça.	1992
Acordo Sanitário entre o Governo da República Argentina e o Governo da República do Paraguai	1978
BRASIL-URUGUAI	ANO
Acordo Brasil-Uruguaí para enfrentamento da Pandemia do Coronavírus	2020
Memorando de Entendimiento entre la República Oriental del Uruguay y la República Federativa de Brasil de Cooperación en materia de Salud en el marco de la Comisión Binacional Asesora de la Salud Uruguay - Brasil para la Creación del Centro Binacional de Operaciones de Emergencia.	2020
Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Implementação do Projeto “Consolidação da capacidade Institucional do Ministério de Saúde do Uruguai e Ampliação do Diálogo Regulatório entre as Autoridades Sanitárias de Brasil e Uruguai”	2011
Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Implementação do Projeto “Apoio Técnico para a Expansão e Consolidação da Rede de Bancos de Leite Humano do Uruguai”	2010
Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Implementação do Projeto “Fortalecimento das Políticas de Enfrentamento à Epidemia de DST/AIDS no Uruguai”	2009
Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Implementação do Projeto “Apoio ao Fortalecimento do Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados do Uruguai”	2009
Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde	2008
Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Implementação do Projeto “Fortalecimento Institucional da Secretaria de Saúde Pública do Governo Uruguaio na Área de Vigilância Sanitária”	2007
Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Implementação do Projeto “Apoio Técnico para Implementação de Bancos de Leite Humano no Uruguai”	2006
Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Científica e Técnica para Implementação do Projeto “Fortalecimento Institucional das Assessorias Internacionais dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Uruguai”	2006
Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Técnica, Científica e Tecnológica para Saúde na Fronteira	2003
Memorando de 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
BRASIL-ARGENTINA	ANO
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	ANO
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 Montevidéu)	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

Fonte: Elaboração própria dos autores com base em sites oficiais dos Estados membros.

3.1. Cidadania e Direito de Acesso à Saúde

3.1.1. Reconhecimento de cidadania para os nascidos do outro lado da fronteira

De acordo com a legislação nacional de alguns Estados, como o Brasil, se uma gestante vai para o outro lado da fronteira para ser atendida nas últimas fases do parto, seja por falta de serviços na cidade gêmea ou por outras necessidades, os nascidos a poucos quilômetros da fronteira não vão obter a certidão de nascimento no Brasil⁴. Portanto, a naturalidade não é garantida desde o nascimento. Esta situação tem um impacto negativo nas estatísticas demográficas (na taxa de natalidade e no crescimento da população). É necessário

explorar uma solução jurídica de respeito e a introdução de normas técnicas para evitar viagens desnecessárias da mãe em busca de um serviço de qualidade em seu próprio país, colocando em risco sua saúde e a do feto. Por exemplo, as mães da Barra do Quaraí (Brasil) que viajam para Uruguaiana (Brasil) (70km mais ao norte) para ter seus partos em território nacional poderiam ir para Bella Unión (Uruguai) a apenas 7km de distância ou, se houvesse uma ponte, para o Monte Caseros (Argentina) que possui um sistema público de saúde mais complexo⁵.

4 Exemplo destacado pelas autoridades locais de Barra do Quaraí. Ver Pêgo, B. (2020: 187-188).

5 Sobre este ponto, ver: Oddone, N. e Pauluk, M. (2020). Ao cruzar a fronteira sem integração: Monte Caseros, Bella União e Barra do Quaraí, sem diálogo regional (pp. 49-67). In Ludwig, F. J. e Stremel Barros, L. (Eds.). (RE) *Definições das fronteiras*:

3.1.2. Perda do direito à assistência social do próprio país se residir do outro lado da fronteira

É um problema que tem surgido principalmente nas áreas de fronteira com o Brasil no que se refere ao pagamento do Benefício de Pagamento Continuado (BPC). É um complemento de inclusão social que o Estado brasileiro destina a pessoas maiores de 60 anos com recursos limitados. Em muitos casos, representa uma ajuda econômica fundamental para as famílias, principalmente para a compra de medicamentos. Por residir do outro lado da fronteira, principalmente no caso das cidades gêmeas, perde-se o direito a esse benefício, pois a exigência é a residência no Brasil. Por este motivo, existem beneficiários que não comunicam a efetiva transferência do domicílio para o outro lado da fronteira. Trata-se de uma situação de ilegalidade (falsa declaração de residência), embora seja óbvio que o cotidiano dessas pessoas gira em torno da fronteira e continuam a exercer atividades sociais, econômicas, políticas (e eleitorais) em território brasileiro. De acordo com a documentação consultada, é um gargalo administrativo, cuja aplicação corresponde ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) desconcentrado em cada estado da federação.

3.1.3. Reembolso de despesas com saúde

As autoridades sanitárias de uma região fronteiriça nem sempre reconhecem o acesso ao sistema nacional de saúde dos países fronteiriços vizinhos. Embora existam acordos nesse sentido,

um grave problema é o seu registro na previdência social e o consequente reembolso das despesas com saúde. Nem todos os países do MERCOSUL garantem o acesso universal à saúde. Argentina, Uruguai e Brasil sim, enquanto o Paraguai ainda caminha nessa direção.

A questão central é a rejeição por um sistema nacional de saúde dos custos de saúde gerados por um paciente do outro lado da fronteira. Muitas vezes, os fluxos de saúde nas fronteiras são gerados por não se encontrar um serviço adequado no próprio município. Esta situação prejudica o direito a cuidados de saúde transfronteiriços para atendimentos básicos e acesso a níveis mais avançados e complexos. Embora em alguns casos seja a falta de um quadro jurídico adequado que reconheça o reembolso, em muitos casos o acordo bilateral existe, mas as administrações competentes não o aplicam por falta de normas técnicas de atuação, desconhecimento do acordo ou por não dispor dos recursos necessários à sua implementação. É um caso administrativo / burocrático. Os exemplos são muitos, mas tende a se gerar uma situação complicada ao longo da fronteira entre a Argentina e o Paraguai.

De acordo com o acordo bilateral entre o Governo da Província de Misiones, Argentina, e o Governo do Departamento de Itapúa, Paraguai, os cidadãos do Departamento de Itapúa podem se dirigir a hospitais específicos em Posadas após uma série de autorizações das autoridades paraguaias, do profissional de saúde, do diretor do Hospital Regional de Encarnación, do Ministério de Saúde do Interior e, finalmente, da confirmação

desenvolvimento, segurança e integração.
IDESF.

de disponibilidade pelos hospitais de Posadas, e somente através do serviço de unidade móvel missionária. No entanto, são muitos os pacientes que se apresentam nas estruturas de saúde em Posadas sem seguir este procedimento (os chamados auto-derivados) aos quais as despesas de saúde devem ser cobradas de acordo com a regulamentação em vigor. Em muitos casos, são tratados da mesma forma que os derivados pela urgência de tratamento e cuidado e por uma questão ética.

3.1.4. Medicamentos não disponíveis de um lado da fronteira quando em tratamento no país vizinho

Este problema surgiu claramente devido ao fechamento da fronteira Argentina-Paraguai em resposta à propagação da pandemia COVID-19. Graças ao convênio de saúde entre o governo de Misiones e o de Itapúa, os moradores do departamento paraguaio, especialmente da cidade de Encarnación e arredores, receberam atendimento médico nos hospitais de Posadas, onde foram fornecidos medicamentos

oncológicos não disponíveis no Paraguai e o Estado nacional reembolsou os benefícios. Com o fechamento da ponte internacional, a mobilidade dos pacientes foi interrompida, bem como os ciclos de cuidados. Muitos tiveram que ser atendidos por uma fundação em Encarnación, que não tem os medicamentos fornecidos nos hospitais argentinos, já que o ministério paraguaio não os inclui em seu sistema de saúde. Os pacientes tiveram que comprar esses medicamentos a preços de mercado e os operadores de saúde os forneceram. Este caso recebeu atenção significativa da imprensa local. Em seguida, o cônsul paraguaio em Posadas fez um apelo aos familiares de pacientes com câncer em Encarnación para que entregassem os medicamentos ao consulado para cuidar do envio para o outro lado da fronteira.

As estruturas de saúde de Encarnación preocuparam-se então em fornecer o cuidado aos pacientes após o procedimento consular. Neste caso, o problema é duplo: por um lado, o encerramento da fronteira gera situações de saúde não previstas no país fronteiriço e não existe protocolo a este respeito que

Tabela 2. Resumo dos gargalos identificados para a mobilidade transfronteiriça em saúde no MERCOSUL agrupados por áreas temáticas

Área temática	Tipo de obstáculo na mobilidade de pacientes (gargalo assistencial)
Cidadania e Direito de acesso a saúde	<ol style="list-style-type: none">1) Reconhecimento da cidadania a nascidos no outro lado da fronteira.2) Perda do direito à assistência social do próprio país se residir do outro lado da fronteira.3) Reembolso de despesas de saúde.4) Medicamentos não disponíveis em um lado da fronteira quando inicia tratamento no país vizinho.

Transferencia de pacientes	5) Excesso de burocracia para transferência de pacientes. 6) As transferências de pacientes são limitadas a casos de urgência e emergência e não incluem situações mais complexas.
Profissionais de saúde	7) Invalidez de receitas médicas emitidas por médico ou hospital de um lado da fronteira e não reconhecidas por farmácias ou médicos do outro lado. 8) Parcial operatividade dos médicos que exercem a sua atividade do outro lado da fronteira. O reconhecimento de títulos e da prática legal da medicina do outro lado da fronteira permanece uma questão em aberto.
Acessibilidade e infraestrutura	9) Falta de equipamentos sanitários, principalmente de alta complexidade e de qualidade. 10) Falta de infraestrutura rodoviária e serviços regulares de transporte público. 11) O repatriamento de cadáveres não tem um sistema simplificado para os cidadãos fronteiriços.
Troca de informações, vigilância e comunicação	12) Descontinuidade na vigilância e controle de doenças transmissíveis. 13) Falta de um sistema de monitoramento de saúde 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 uma abordagem conjunta e integrada da saúde no território transfronteiriço, compartilhando sistemas de compras de insumos, modalidades de contratação e financiamento 17) Comunicação e informação à população sobre os acordos e procedimentos em vigor
Apoio para cooperação transfronteiriça	18) Falta de apoio às administrações locais para desenvolver e manter ações de cooperação transfronteiriça na área da saúde. 19) Programas de cooperação com temas especificamente voltados para a saúde transfronteiriça promovidos pelo MERCOSUL ou outros organismos internacionais.
Abordagem de gênero	20) Pouca atenção à abordagem de gênero na cooperação em saúde

Fonte: Elaboração própria dos autores com base em sites oficiais dos Estados membros.

proponha alternativa aos doentes; e, por outro lado, falta um registro compartilhado dos medicamentos fornecidos aos pacientes e sua introdução no sistema nacional de saúde de cada um dos países.

3.2. Transferência de pacientes

3.2.1. Excesso de burocracia para transferência de pacientes

Essa é uma situação muito comum no campo de estudos de saúde e fronteiras, principalmente entre as cidades gêmeas de Carmelo Peralta (Alto Paraguai, Paraguai) e Porto Murtinho (Mato Grosso do Sul, Brasil). As autoridades locais admitem que a burocracia e as questões legais retardam a transferência de pacientes. Em caso de emergência, as transferências são feitas mais por relações pessoais e pela boa vontade das autoridades de saúde do que por meios legais. Os tempos burocráticos e legais das transferências médicas são, muitas vezes, incompatíveis com as situações de emergência. É então um problema de agilidade administrativa.

Algumas autoridades locais também apontam que a livre circulação de veículos de emergência nas cidades fronteiriças interligadas do Brasil não está totalmente operacional. Apesar da existência de acordos bilaterais (Acordo de Montevidéu de 2013) e MERCOSUL (Acordo de Localidades Fronteiriças Vinculadas de 2019), parece que a implementação técnica do acordo está paralisada na capital brasileira. É então um problema administrativo e, hipoteticamente, de natureza política. De acordo com essas convenções, veículos utilizados para situações de emergência (acidentes, desastres naturais, etc.), como

ambulâncias e caminhões de bombeiros podem fornecer serviços de assistência em áreas urbanas, suburbanas e rurais de cidades fronteiriças interligadas. Estes serão coordenados pelos pontos focais e deverão obedecer aos regulamentos técnicos de ambas as Partes.

3.2.2. As transferências de pacientes são limitadas a casos de emergência e não incluem situações mais complexas

O gargalo anterior aponta como por meio das relações transfronteiriças informais é possível operar em situações de emergência, apesar das dificuldades jurídicas e administrativas de caráter regional, estadual ou federal. Uma questão ainda mais difícil é a transferência de pacientes para situações mais complexas, como no caso de operações cirúrgicas e tratamentos específicos (oncologia, doenças respiratórias contagiosas e transmissíveis, etc.). Para eles, costumam recorrer a acordos bilaterais e protocolos técnicos compartilhados pelos dois países, como o convênio estipulado entre o governo provincial de Misiones (Argentina) e o governo departamental de Itapúa (Paraguai). Mesmo assim, o fechamento da ponte internacional entre Posadas (Argentina) e Encarnación (Paraguai) como medida de contenção da pandemia COVID-19 mostrou a fragilidade desses acordos. Transferências médicas altamente complexas carecem de uma estrutura legislativa e operacional comum, baseada em governança multinível, que saiba como integrar as necessidades das fronteiras com as políticas nacionais.

3.3. Profissionais de saúde

3.3.1. Invalidade de receitas médicas emitidas por médico ou hospital de um lado da fronteira e não reconhecidas por farmácias ou médicos do outro lado

A falta de colaboração entre as autoridades de saúde das fronteiras leva a dificuldades no acesso a alguns medicamentos. É um gargalo que afeta particularmente as cidades gêmeas. Especificamente, um medicamento prescrito por médico do país vizinho nem sempre tem validade na fronteira, de modo que as farmácias não reconhecem a validade do documento emitido, principalmente se se tratar de medicamentos específicos e caros que não são subsidiados pelo sistema nacional de saúde. Junto com esse problema, é importante mencionar que o próprio custo dos medicamentos no país limita o acesso e a manutenção do cuidado. Nos territórios transfronteiriços podem apresentar dupla dificuldade: medicamentos caros no país que prescreveu e o não reconhecidos pelas farmácias nas cidades gêmeas onde o custo poderia ser mais acessível. A situação é ainda mais complicada no caso do Paraguai, onde a universalidade da saúde não é implementada para todos os seus cidadãos, embora tenha havido muitos avanços nos últimos anos.

3.3.2. Funcionamento parcial dos médicos que exercem a sua atividade do outro lado da fronteira. O reconhecimento de títulos e da prática legal da medicina do outro lado da fronteira permanece uma questão em aberto

Os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, outros) que concluíram

os seus estudos no país de origem não podem exercer as suas funções no país vizinho por falta de validação das suas habilitações. Entre Uruguiana (Brasil) e Paso de los Libres (Argentina) e entre Bella Unión (Uruguai) e Barra do Quaraí (Brasil) há profissionais que atuam em hospitais do país vizinho e não estão autorizados a emitir receitas médicas, por não estarem registrados nos Conselhos profissionais nacionais. No caso do Brasil, por exemplo, essa situação gera grande ineficiência, uma vez que os médicos brasileiros devem reemitir o atestado emitido por sua contraparte na Argentina ou no Uruguai. Embora exista um acordo com a Argentina que tenta resolver este problema, a validação mútua dos títulos está pendente. Da mesma forma, ao estudar em uma universidade em outro país, seus estudos não são reconhecidos para os nacionais que retornam ao país de origem sem um processo de validação. É o caso dos futuros médicos argentinos e uruguaios que estudam na Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) em Uruguiana ou a quantidade de brasileiros que estudam medicina nas universidades do Paraguai e da Argentina. Este assunto continua a ser um processo longo e oneroso, gerido pelas autoridades centrais dos países, que dificulta a mobilidade laboral dos profissionais de saúde nas zonas fronteiriças e afeta negativamente a mobilidade dos doentes e a organização da rede de serviços de saúde.

3.4. Acessibilidade e infraestruturas

3.4.1. Falta de equipamentos sanitários, principalmente de alta complexidade

Observa-se a carência de estruturas

de saúde em diferentes pontos de fronteira, principalmente em estruturas de alta complexidade, como centros de câncer, radiologia ou hemodiálise, por exemplo. Entre as áreas, a falta de centros de atenção neonatal entre Nueva Palmira-Carmelo-Colônia de Sacramento-Juan Lacaze (Uruguai)-Rosario (Argentina), bem como em Pedro Juan Caballero (Paraguai) e Ponta Porã (Brasil), ou unidades móveis em áreas mais remotas ou rurais. Para evitar obstáculos jurídicos e administrativos, muitos pacientes procuram as estruturas de saúde mais próximas no próprio país, embora muito distantes. Portanto, é necessária uma abordagem de rede de saúde (transfronteiriça ou binacionais) que corresponda à realidade geográfica, demográfica e socioeconômica das faixas de fronteira. Num território fronteiriço dominado por rios, não foram registadas unidades móveis fluviais, quer sejam propriedade de um país, quer sejam de carácter bi- ou trinacional. Dependendo das características do rio, essas estruturas aumentariam a capacidade de abrangência nas áreas de fronteira mais rurais e despovoadas. Da mesma forma, o uso da telemedicina na fronteira parece pouco difundido e utilizada. No entanto, o acesso digital à saúde é um dos principais desafios da era pós-COVID que deve ser levado em consideração nas futuras políticas de saúde transfronteiriças do MERCOSUL.

3.4.2. Falta de infraestrutura viária e serviços regulares de transporte público

Apesar da presença de importantes travessias de fronteira (pontes, balsas ou travessias urbanas) e das tentativas de

melhorar continuamente a acessibilidade, especialmente entre a Argentina e o Paraguai (inauguração do Passe Internacional Ituzaingó-Ayolas em 2019 e a futura ponte entre Puerto Iguazú e Presidente Franco), a conectividade entre muitas cidades fronteiriças interligadas permanece precária. No entanto, a mobilidade do paciente não depende apenas da presença de infraestrutura física, mas também dos serviços de transporte qualificados para esta atividade. Se os acordos específicos para a transferência de pacientes forem excluídos, faltam travessias regulares de rios e ônibus transfronteiriços, tanto no número de rotas quanto nos horários disponíveis a população. Além disso, a oferta de transporte transfronteiriço integrado, público ou privado, está condicionada pelas diferentes regulamentações do setor em cada país. Por esses motivos, acontece que os fluxos passam por relações sociais e familiares que podem oferecer um traslado emergencial a cidade vizinha ou uma viagem de carro à estrutura de saúde necessária, gratuitamente ou a um preço acessível. Da mesma forma, o deslocamento tem impacto sobre os cuidados de saúde, pois em muitos casos as pessoas de baixa renda apresentam maiores dificuldades para realizar esta mobilidade.

3.4.3. O repatriamento de cadáveres não possui um sistema simplificado para os cidadãos fronteiriços

Problemas burocráticos dificultam o repatriamento do falecido para o outro lado da fronteira de forma rápida, fácil e respeitando a vontade do falecido e / ou parentes. Os casos em que ocorre esta

situação são muito diversos: um acidente, um óbito após tratamento hospitalar, seja de urgência ou de alta complexidade, idosos internados em asilos do outro lado da fronteira ou simplesmente residentes no país vizinho que não se comunicaram a mudança de residência para o próprio Estado (conforme descrito no ponto 2). Por questões burocráticas, a repatriação de óbitos em faixas transfronteiriças é considerada repatriação internacional e enfrentam um processo muito lento e oneroso por estarem a poucos quilômetros da fronteira, exigindo protocolos de órgãos consulares ou embaixadas. Além disso, o caixão deve chegar ao país já lacrado. Por estes motivos, em caso de morte iminente de um vizinho da fronteira, e graças às boas relações informais entre as autarquias locais, a pessoa é transferida para as estruturas competente do outro lado da fronteira. Uma situação no limite do jurídico que precisa de uma resposta por meio de um acordo bilateral para todos os países do MERCOSUL.

3.5. Troca de informações, vigilância e comunicação

3.5.1. Descontinuidade na vigilância e controle de doenças transmissíveis

Nas últimas décadas, os países do MERCOSUL chegaram a acordos importantes sobre vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis. Acordos bilaterais foram feitos, principalmente com as autoridades brasileiras. Esses acordos geralmente preveem a implementação de ações muito específicas, como campanhas conjuntas de vacinação, coordenação e troca de informações, controles conjuntos de

saúde, entre outros. Exemplos são a cooperação para o controle da influenza entre Chuy (Rocha, Uruguai) e Chuí (Rio Grande do Sul, Brasil), da dengue, febre amarela e HIV-AIDS entre Paraguai e Argentina ou para a criação de um Centro Binacional de Operações de Emergência (COE) para enfrentar a atual pandemia gerada pela COVID-19 entre Santana do Livramento (Rio Grande do Sul, Brasil) e Rivera (Rivera, Uruguai).

No entanto, muitas iniciativas carecem de recursos adequados e de uma visão integrada entre territórios e sobre as diferentes doenças transmissíveis. Na tríplice fronteira Bella União (Uruguai)-Barra do Quaraí (Brasil)-Monte Caseros (Argentina), as autoridades locais pedem há anos uma ação conjunta contra a leishmaniose e ainda falta um acordo de cooperação nesse sentido. O acordo entre Brasil e Uruguai sobre o controle conjunto da COVID-19 na faixa transfronteiriça parece ir nessa direção. No entanto, a maior dificuldade é transferir os resultados dos projetos-piloto para as políticas regionais para realmente abordar a vigilância e o controle da saúde de forma sinérgica. É um ponto crucial para as fronteiras internas do MERCOSUL expostas a múltiplas doenças transmissíveis que podem se combinar entre si. Recentemente, no norte da Província de Salta (Argentina)⁶ foram detectados casos de Coronadengue e Coronasalmonella, ou seja, pacientes afetados tanto por COVID-19 quanto por Dengue ou Salmonela. Iniciativas

⁶ Disponível em: <https://www.elnueve.com/casos-en-salta-que-es-el-coronadengue>

coordenadas são, portanto, necessárias para ter ferramentas de diagnóstico e tratamento adequado em tempo hábil.

3.5.2. Falta de um sistema de monitoramento de saúde transfronteiriço compartilhado entre os países do MERCOSUL

O monitoramento dos fluxos transfronteiriços de saúde é um elemento fundamental para entender as necessidades das comunidades e planejar ações conjuntas entre as autoridades competentes. Embora tenham sido realizados projetos-piloto de integração e intercâmbio de dados de saúde em determinadas áreas locais ou regionais, ainda existe uma rede permanente de monitoramento da mobilidade em saúde. Nesse sentido, estudos de *big data* seriam muito úteis para detectar a concentração e a evolução dos fluxos transfronteiriços. Para isso, é imprescindível estruturar uma colaboração estável entre instituições públicas e privadas, por meio da qual se estabeleçam definições, metodologias e indicadores compartilhados, apoiados pelo Observatório de Sistemas de Saúde do MERCOSUL (OMSS) e / ou pela Organização Pan-Americana da Saúde. (OPAS).

3.5.3. Falta de dados estatísticos desagregados, atualizados e compartilhados entre as autoridades competentes

A falta de dados socioeconômicos, demográficos e estatísticos de saúde atualizados continua a ser um desafio. Permanecem diferenças metodológicas na coleta de dados entre os institutos de estatística de cada país e no nível

provincial / departamental / estadual. Portanto, é difícil reunir evidências para identificar as necessidades das comunidades fronteiriças para um planejamento adequado.

3.5.4. Falta de integração de tecnologia na prestação de serviços

A cooperação em saúde no campo tecnológico entre os países do MERCOSUL inclui algumas experiências. A pandemia em curso marcou um antes e um depois na aplicação das tecnologias de informação e comunicação (TIC), especialmente na área da saúde. O uso das tecnologias entre as estruturas de saúde dos municípios fronteiriços vinculados não parece ser muito difundido. Compartilhar e trocar a história clínica dos pacientes atendidos entre as estruturas de saúde da área transfronteiriça, ativar a telemedicina para prestar um serviço de qualidade e proximidade com os pacientes (acessibilidade virtual) e harmonizar os métodos de atendimento são alguns dos desafios que devem ser prioritários garantir atendimento de saúde de qualidade nas fronteiras internas do MERCOSUL.

3.5.5. Necessidade de uma abordagem conjunta e integrada dos cuidados de saúde no território transfronteiriço, partilhando os sistemas de aquisição, contratação e financiamento

Muitos dos gargalos identificados acima, como a falta de equipamentos de saúde, estruturas, de profissionais de saúde ou o funcionamento parcial de serviços médicos no país vizinho, têm origem comum. É, portanto, oportuno

avançar para uma abordagem mais «holística» da cooperação transfronteiriça em questões de saúde, promovendo investimentos virtuosos e eficientes. Aspectos específicos poderiam ser, por exemplo, um sistema único para a compra de suprimentos médicos e a contratação de profissionais de saúde para as cidades fronteiriças relacionadas.

3.5.6. Comunicação e informação da população sobre os acordos e procedimentos

É muito comum os pacientes irem para o outro lado da fronteira em busca de atendimento de saúde sem conhecer os convênios e acordos de cooperação em vigor. Isso se deve, em parte, à falta de um plano de comunicação eficaz e capilar por parte das instituições e estruturas de saúde sobre os procedimentos a serem seguidos. O fenômeno dos auto-derivados paraguaios nos hospitais de Posadas (ver ponto 2) gera às vezes algumas dificuldades (recusa de atendimento gratuito, reclamações, tensões entre profissionais de saúde e pacientes, etc.) que em algumas circunstâncias exigiram a intervenção dos órgãos diplomatas para resolver a situação.

3.6. Apoio para cooperação transfronteiriça

3.6.1. Falta de apoio às administrações locais para a realização e manutenção de ações de cooperação transfronteiriça na área da saúde

Ao longo das fronteiras do MERCOSUL existem estruturas de cooperação transfronteiriça altamente inovadoras oriundas do nível local, como os Consórcios de Integração

Fronteiriça (CIF), os Grupos de Trabalho binacionais, o Fórum Interparlamentar Municipal Permanente entre as cidades de Posadas (Argentina) e Encarnación (Paraguai), entre outros. As administrações locais envolvidas em experiências de cooperação em saúde compartilham a mesma preocupação de não dispor de recursos financeiros e humanos suficientes para manter as ações desenvolvidas em matéria de saúde. Para que uma estrutura de cooperação funcione de forma eficaz e eficiente, é necessário contar com recursos humanos (técnicos e administrativos), tecnológicos e financeiros adequados.

3.6.2. Programas de cooperação com temas especificamente voltados para a saúde transfronteiriça promovidos pelo MERCOSUL ou outros organismos internacionais

As instituições locais se empenham, com sua proatividade e criatividade para enfrentar os desafios diários da saúde em áreas transfronteiriças. Elas foram capazes de desenvolver capital institucional transfronteiriço⁷, relevante, o seu *know-how* territorial que se materializa em acordos, colaborações, projetos e relações informais. Neste contexto, os estudos do Instituto Social do MERCOSUL (ISM) representam um contributo fundamental para a concepção de novos projetos e políticas

7 Como foi demonstrado em outros contextos transfronteiriços, o capital institucional transfronteiriço é um requisito fundamental para gerar processos de desenvolvimento econômico local transfronteiriço (Berzi, 2017; Berzi e Castañer 2018)

de cooperação transfronteiriça em saúde.

Entre os estudos mais relevantes estão:

a) Políticas Sociais no MERCOSUL - Estruturas dois órgãos públicos que oferecem dos serviços sociais: caracterização da oferta de serviços sociais nos países do MERCOSUL, a forma de organização e governança, bem como sua implantação no território, descrevendo detalhadamente a programas dos setores de educação, saúde, trabalho, seguridade e assistência social de cada Estado Parte.

b) Cidadania Social no MERCOSUL. Acesso a serviços sociais em regiões de fronteira: apresenta uma sistematização dos dispositivos legais e administrativos, regionais e nacionais, que têm um impacto direto na dinâmica da fronteira. O estudo descreve experiências de cooperação binacional e trinacional, como Comitês de Integração e programas específicos. Da mesma forma, é realizada uma análise da situação social encontrada em 13 cidades fronteiriças.

c) Integração Social de Fronteira no MERCOSUL: revisão bibliográfica, grupos de pesquisa e observatórios que estão vinculados à análise da integração social da fronteira.

Além desses estudos, resta definir no âmbito do MERCOSUL um mecanismo de cooperação financeira que apoie ações diretas em territórios fronteiriços com enfoque regional e situacional de saúde.

3.7. Abordagem de gênero

3.7.1. Pouca atenção à abordagem de gênero na cooperação em saúde

Embora cada administração desenvolva algum tipo de iniciativa voltada para a melhoria do acesso das mulheres aos cuidados de saúde, em geral, muitos projetos e iniciativas de cooperação transfronteiriça carecem de uma perspectiva de gênero. A saúde talvez seja o setor onde essa abordagem deva ser adotada em todos os aspectos. A proposta de cooperação transfronteiriça em saúde com base na abordagem de gênero contempla várias dimensões: desde a representação das mulheres em organizações transfronteiriças (principalmente lideradas e constituídas por homens) à promoção de políticas e ações transfronteiriças voltadas para questões muito específicas como como direito à assistência ao parto e gravidez indesejada, proteção e acolhimento de vítimas de violência doméstica, abuso, prostituição e tráfico de pessoas. Além disso, é importante promover e garantir o acesso à saúde às mulheres pertencentes a minorias étnico-linguísticas e aos grupos mais vulneráveis socialmente.

4. COVID-19 e gargalos assistenciais nas fronteiras

Durante a pandemia causada pelo vírus Sars-Cov2, as populações fronteiriças dos países em estudo sofreram o fechamento das fronteiras nacionais. No início, apenas o tráfego excepcional de mercadorias era permitido entre os países, mas, graças à evolução das relações diplomáticas e da situação sanitária, as restrições foram diminuindo

em algumas fronteiras.

A livre circulação de pessoas na zona transfronteiriça representa um fator vital para as relações empresariais, familiares e para garantir o acesso à saúde. No entanto, não tem havido uma resposta de colaboração unívoca e mútua entre os Estados do MERCOSUL. Em alguns casos, assistimos à estipulação de acordos bilaterais muito inovadores na área da saúde devido ao tipo de instrumentos e abordagens utilizados. Em outros casos, por outro lado, medidas muito drásticas que limitam a mobilidade transfronteiriça geraram protestos de comunidades locais (instituições, empresas, associações) que já não podiam ter acesso a cuidados médicos através da fronteira. Além disso, os problemas pré-existentes têm se agravado, evidenciando a fragilidade desses territórios e a forte interdependência entre os territórios de transfronteiriços. Nesse sentido, podemos afirmar que a pandemia em curso teve um triplo efeito nos territórios de fronteira:

1) Efeito demonstrativo da fragilidade estrutural dos territórios fronteiriços em consequência do encerramento das fronteiras e dos fluxos transfronteiriços, muitos territórios têm acentuado o seu isolamento geográfico e socioeconômico dentro do próprio país, sofrendo com a escassez de recursos, equipamentos e de profissionais de saúde.

2) Efeito rebote que afeta três dimensões:

a) recentralização do processo de decisão sobre a gestão das fronteiras e do seu interior;

b) percepção das fronteiras como

perímetro de segurança e da zona adjacente como espaço de risco que fragiliza a visão de integração sociocultural promovida nas últimas décadas;

c) desvalorização da área de fronteira em termos econômicos, socioculturais, políticos, ambientais e de saúde pública.

3) Efeito acelerador da cooperação transfronteiriça: tem havido casos de aumento da atividade de cooperação transfronteiriça, tanto formal como informal, especialmente nos contextos em que as relações eram mais transfronteiriças, eram mais estáveis e desenvolvidas, como é o caso fronteira uruguaio-brasileira.

Abaixo estão alguns exemplos significativos de como a pandemia afetou positiva ou negativamente a mobilidade dos pacientes nas regiões fronteiriças do MERCOSUL.

4.1. Impactos positivos

4.1.1. Memorando de entendimento entre Uruguai e Brasil sobre cooperação em saúde

- Criação do Centro Binacional de Operações de Emergência (COE)⁸.
- Área de cooperação: Santana do Livramento-Rivera até um raio

8 O COE tem permitido ampliar a capacidade de ação e resposta dos municípios fronteiriços dos dois países, desenvolvendo conjuntamente a vigilância e a criação de protocolos de exames para casos suspeitos, entre outras atividades. As medidas acordadas no COE incluem o fornecimento conjunto de kits de PCR em caso de escassez em qualquer uma das localidades, bem como o processamento de amostras de contrapartida, se necessário, em laboratórios públicos e privados.

de 20 quilômetros da fronteira, entendida como uma “unidade epidemiológica indivisível”⁹.

- Vacinação de residentes fronteiriços com dupla nacionalidade no Uruguai, já que este país conseguiu avançar mais que o Brasil nas faixas etárias de vacinação, medida de bloqueio epidemiológico.

4.1.2. Comitês de coordenação Barra do Quaraí-Bella Unión e Quaraí-Artigas para criação de uma unidade epidemiológica única.

- Reuniões conjuntas para coordenar medidas de saúde e realizar testes PRC
- Rastreamento de caso

4.1.3. Número de contribuinte do Barracão - Bom Jesus do Sul - Dionísio Cerqueira (Brasil)- Bernardo de Irigoyen (Argentina):

- Coordenação de vigilância e controle epidemiológico.
- A participação do município argentino tem sido apenas de caráter consultivo sobre dados epidemiológicos.

4.1.4. Promoção do projeto de uma nova ponte internacional entre Puerto Iguazú (Argentina) e o Presidente Franco

⁹ Por exemplo, as atividades de vigilância epidemiológica e de teste swab planejadas pelo Governo do Uruguai estão sendo realizadas pelas autoridades locais da cidade brasileira como forma de identificar com maior agilidade os casos de infectados por COVID-19 e, assim, gerar uma maior segurança epidemiológica para ambos países.

(Paraguai).

4.1.5. Aplicação de tecnologias de reconhecimento facial (SMARF) na passagem fronteiriça Ponte da amizade entre Ciudad del Este (Paraguai) e Foz do Iguaçu (Brasil), com o objetivo de aumentar os controles e agilizar os fluxos transfronteiriços.

4.1.6. Inauguração de um novo hospital pediátrico em Eldorado (Argentina), melhorando a disponibilidade de unidades de saúde neste ponto de fronteira.

4.1.7. Reabertura da fronteira entre Brasil e Paraguai em outubro de 2020 por meio de protocolo de coordenação de controles sanitários¹⁰.

4.1.8. Aumento das infraestruturas sanitárias no departamento fronteiriço de Ñeembucú (Paraguai), apoiado pela Entidade Binacional Yacyretá, entre as quais o novo serviço de hemodiálise em Pilar (Município Unificado Fronteiriço Puerto Pilar¹¹ (Paraguai)- Puerto Bermejo (Argentina).

4.2. Impactos negativos

4.2.1. Divergência entre Brasil e Argentina para controle aduaneiro de caminhoneiros que cruzam a fronteira (Dionísio Cerqueira (Brasil) - Bernardo de Irigoyen (Argentina)

¹⁰Disponível em: <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/>
¹¹ Disponível em: <https://www.eby.gov.py/index.php>

4.2.2. *Faltam de maneira geral sistemas de informação conjuntas, abertos ao público para consultar a evolução epidemiológica, com as principais estatísticas e as medidas adotadas por cada país, região de saúde e municípios.*

4.2.3. *Falta de cooperação na tríplice fronteira de Iguazu (Argentina, Paraguai e Brasil) para distribuição de pacientes internados, leitos de UTIs e fornecimento de medicamentos. Por exemplo neste momento situação em Ciudad del Este (Paraguai) continua bastante crítica¹².*

4.2.3. *Iniciativa municipal de Foz do Iguazu (Brasil) para exigir swab negativo (PCR) de cidadãos paraguaios que desejam entrar na cidade brasileira¹³.*

4.2.4. *Protestos pelo fechamento da tríplice fronteira Puerto Iguazú-Foz Iguazú-Ciudad del Este (Argentina-Brasil-Paraguai).*

4.2.5. *Impossibilidade dos pacientes oncológicos de Encarnación (Paraguai) de continuar o tratamento em hospitais em Posadas (Argentina) e consequentes dificuldades em seguir o tratamento no Paraguai (falta de instalações e medicamentos não subsidiados pelo sistema de saúde paraguaio).*

4.2.6. *Impossibilidade de transferência de pacientes gravemente enfermos devido ao COVID-19 em Posadas (Argentina) e consequente deslocamento em hospitais*

paraguaios mais distantes, expondo-os a alto risco e às vezes ao óbito¹⁴.

4.2.7. *Pouca cooperação binacional com a Argentina, devido à opção por severas restrições.*

5. Conclusões

A mobilidade transfronteiriça de pacientes representa um tema de primordial importância para os Estados Partes do MERCOSUL. Apesar dos numerosos acordos bilaterais e multilaterais entre Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay gerados ao longo de várias décadas, permanecem ainda vários obstáculos de ordem legal, administrativo, tecnológico e de infraestrutura que impedem que as comunidades fronteiriças usufruam de pleno acesso a assistência de saúde.

Para tentar ultrapassar estes obstáculos, os órgãos de poder local e regional desenvolvem frequentemente ações inovadoras de cooperação fronteiriça com os seus homólogos, do outro lado da fronteira. Os gargalos identificados são comuns à geografia fronteiriça do MERCOSUL, portanto, desenvolver respostas regionais são necessárias.

Nesse sentido, o Acordo de Localidades Fronteiriças Vinculadas, ao ser aprovado em 2019, pouco antes do surgimento da pandemia COVID-19, ainda não foi possível avaliar a

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

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

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

funcionalidade do que é proposto em seus artigos para acelerar a mobilidade de pacientes em áreas de fronteira.

A pandemia COVID-19 teve um efeito demonstrativo, destacando a fragilidade e as assimetrias estruturais dos territórios fronteiriços, tanto global quanto regionalmente. A limitação da mobilidade e da travessia de fronteira, como primeira medida para prevenir a propagação do vírus, tem sido uma medida comum para os Estados Partes do MERCOSUL, que por isso limitou as interações nas áreas de fronteira. Embora ainda não seja possível determinar se o efeito da *refronterização* será permanente ou apenas circunstancial até que toda a população tenha acesso à vacina. É verdade que a vida social das fronteiras foi fortemente afetada e as comunidades locais manifestaram suas preocupações sobre possíveis dificuldades no atendimento na área da saúde.

O restabelecimento das relações fronteiriças e a normalidade das travessias não podem evitar a necessidade de responder aos gargalos assistenciais identificados em termos de mobilidade de pacientes no MERCOSUL. Nesse sentido, repensar a integração regional a partir do combate à COVID-19 e projetar o cenário pós-pandêmico é uma oportunidade fundamental para reduzir as assimetrias e fortalecer a titularidade de direitos no âmbito do bloco MERCOSUL.

Referências

- Berzi, M. (2017). The cross-border reterritorialization concept revisited: the territorialist approach applied to the case of Cerdanya on the French-Spanish border. *European Planning Studies*, 25(9), 1575-1596.
- Berzi, M., & 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*, 64(3), 529-550.
- Caye, L., & Rückert, 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. *Journal of Borderlands Studies* (in press).
- Coletti, R., Oddone, N. (2016). Paradiplomacia, fronteras y procesos de integración: Una comparación Unión Europea – MERCOSUR”. En González, S.; Cornago, N. y Ovando, C. (eds.), *Relaciones Transfronterizas y Paradiplomacia en América Latina. Aspectos teóricos y estudios de casos*. Universidad Arturo Prat y RIL editores, 179-198.
- Fantin, A. (2020). *Consultoría técnica sobre movilidad de pacientes y cooperación Transfronteriza Argentina-Paraguay y Argentina-Uruguay*. Instituto Social del MERCOSUR and EUROsociAL+
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2020). *Pandemia e fronteiras brasileiras. Nota técnica 16*. IPEA.

- Matos Lemões, M. (2020). *Consultoria técnica sobre mobilidade de pacientes e cooperação transfronteiriça: Brasil*. Instituto Social del MERCOSUR and EUROsociAL+.
- Oddone, N. (2020). Sin cruzar las fronteras no hay integración posible: países + integrados, personas + protegidas. *RECÍPROCAMENTE. Revista del Programa EUROsociAL+*. EUROsociAL+, 36-37.
- Oddone, N., & Pauluk, M. (2020). Sem cruzar a fronteira não ha integração: Monte Caseros, Bella União e Barra do Quaraí no diálogo regional. En Ludwig, F. J. y Stremel Barros, L. (org.). *(Re)definições das fronteiras: desenvolvimento, segurança e integração*. IDESF.
- Pêgo, B., Moura, R., Nunes, M., Krüger, C., Moreira, P. & Ferreira, G. O. (2020). *Fronteiras do Brasil: uma avaliação do arco sul*. IPEA yMDR.
- Tobar, S. *Sistematización de acciones y planes de fronteras*. Programa Subregional para América del Sur de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.

Obstacles to patient mobility in the border areas of MERCOSUR: a typology

Abstract: This article identifies the bottlenecks or restrictions that affect the mobility of patients in the border areas of the founding States of MERCOSUR: Argentina, Brazil, Paraguay and Uruguay. The inputs prepared in the framework of the action “Cross-border Cooperation in health with emphasis on facilitating patient mobility” proposed by the MERCOSUR Social Institute (ISM) to the Program for the strengthening the social cohesion in Latin America, known as EUROsociAL + are key elements. As a result of this inter-institutional collaboration, a typology of obstacles to patient mobility in MERCOSUR is proposed.

Keywords: border areas.

Resumo biográfico

Marcos Aurélio Matos Lemões

Consultor Internacional para a ação “Cooperação Transfronteiriça em matéria de saúde com ênfase na facilitação da mobilidade de pacientes” proposta pelo Instituto Social do MERCOSUL (ISM) ao Programa de Fortalecimento da Coesão Social na América Latina, denominado EUROsociAL +. Bolsista do Programa Nacional de Pós Doutorado-CAPES-PNPD no Programa de Pós Graduação em Enfermagem- Universidade Federal de Pelotas-UFPel.

Matteo Berzi

Consultor Internacional para a ação “Cooperação Transfronteiriça em matéria de saúde com ênfase na facilitação da mobilidade do paciente” proposta pelo Instituto Social do MERCOSUL (ISM) ao Programa de Fortalecimento da Coesão Social na América Latina, denominado EUROsociAL+.

Nabuel Oddone

Chefe de Promoção e Intercâmbio de Políticas Sociais do Instituto Social do MERCOSUL (ISM). As opiniões aqui expressas são estritamente pessoais e podem não refletir as da sua instituição de pertencimento.

Como citar

Lemões, M. A. M., Berzi, M., & Oddone, N. (2021). Obstáculos à mobilidade de pacientes nas áreas fronteiras do MERCOSUL: uma tipologia. *Revista MERCOSUR de políticas sociais*, 5(1), 49-73. <https://doi.org/10.28917/ism.2020-v5-1-49>