ACTA DEL COMITÉ TECNICO BINACIONAL DE DESARROLLO E INTEGRACION FRONTERIZA

El día miércoles 23 de noviembre de 2005, se reunió en la ciudad de Iquitos, el Comité Técnico Binacional de Desarrollo e Integración Fronteriza de la Comisión de Vecindad e Integración Peruano-Colombiana, bajo la coordinación de representantes de las Cancillerías de ambos países y con la participación de funcionarios de nivel central, regional y local, así como con representantes de la sociedad civil (la nòmina de los participantes se acompaña como anexo de la presente Acta).

Luego de inaugurada la reunión, se procedió a aprobar la siguiente agenda:

- Atención de salud en la Frontera
- Red de Telemedicina en la Frontera
- Manejo Coordinado de Áreas Naturales Protegidas Gûeppi – La Paya
- Control de la Movilización de Especies de Flora y Fauna
- Sistemas Agroforestales
- Compatibilización de la Caracterización de la Zona de Integración Fronteriza

1. Atención de Salud en la Frontera

Se debe mencionar como antecedentes que en Noviembre de 2003, el CTB acordó iniciar las acciones de atención de salud y preparación de respuestas en el ámbito de la frontera a lo largo del Río Putumayo. Asimismo, en julio de 2004, en Leticia, departamento de Amazonas, Colombia, la Ministra de Salud del Perú y el Vice Ministro de Salud de Colombia, acordaron "Implementar las Redes Binacionales de Vigilancia de eventos de interés de Salud Publica y Elaboración Técnica Conjunta para enfrentar las Enfermedades Prevalentes de la zona fronteriza de ambos países, en especial la malaria, las enfermedades prevalentes de la infancia y el control de las enfermedades de interés de Salud Publica", encargando 13 líneas de acción para coordinar y ejecutar los acuerdos suscritos por los Equipos Técnicos Locales y Regionales de ambos países.

Posteriormente, se realizó la Reunión Preparatoria de Coordinación y Evaluación en la ciudad de Leticia el 12 y 13 de noviembre de 2005, con la finalidad de evaluar y preparar la agenda para la Reunión del Comité Técnico Binacional.

En dicha reunión, los representantes de los gobiernos regionales y locales, así como del sector Salud y otras instituciones de ambos países, evaluaron el avance de los acuerdos y compromisos, así como la propuesta presentada por la Delegación Peruana, producto de lo cual se arribó a los siguientes acuerdos:

a. Producto 1: Atención en los Servicios de Salud en la Frontera Peruano – Colombiana (acuerdos 1 y 2). Ver anexo 1.
b. Producto 2: Actividades de Salud para los daños priorizados y la vigilancia en la frontera Peruano-Colombiana (acuerdos 4 al 13). Ver anexo 2.
c. Producto 3; Equipos Binacionales para la Atención Especializada en Salud de la zona de frontera Peruano-Colombiana, en la cuenca del Río Putumayo. Ver anexo 3

Asimismo, la delegación peruana planteó la necesidad de conformar Redes Binacionales de Salud con el fin de dar sostenibilidad a las acciones conjuntas de salud en la frontera como las mencionadas anteriormente.

Al respecto, el Comité acordó:

- Elevar las siguientes propuestas a la Comisión de Vecindad e Integración Peruano-Colombiana, para la gestión ante las instancias competentes:

  a. El financiamiento para los tres productos arriba citados ante instancias de los gobiernos y agencias cooperantes.
  b. Apoyar las iniciativas del Seguro Integral de Salud de Perú, para viabilizar la ampliación de la cobertura de las atenciones en salud ante el Ministerio de Economía y Finanzas del Perú (MEF), que permita la atención a la totalidad de la población fronteriza.
  c. Solicitar a las agencias de cooperación internacional de los dos países priorizar la gestión de financiamiento del Proyecto de "Cooperación Técnica en Salud entre los países que conforman el Trapecio Amazónico entre Colombia, Brasil y Perú".
  d. Llamar la atención sobre la necesidad de fortalecer acciones de seguridad por parte de ambos países en la frontera que faciliten las intervenciones de salud.

Asimismo, para avanzar en la implementación de las acciones acordadas la delegación peruana propuso llevar a cabo, en el corto plazo, las siguientes acciones:

  a. Establecer actividades de sensibilización y capacitación del sistema de vigilancia sanitaria internacional entre Perú y Colombia en puestos fronterizos y de sanidad fluvial; así como el desarrollo en forma conjunta del Diagnóstico Situacional de la Sanidad Internacional en zona de frontera.
  b. Diseñar el Modelo Integrado de Red Binacional en Salud cuyos componentes son: Vigilancia Epidemiológica, Sistemas de Referencia y Contrarreferencia, Sistemas de Información, a efectos de darles sostenibilidad a las acciones acordadas en salud.
  c. Definir los mecanismos de pago en la zona de frontera, implementando las herramientas técnicas adecuadas para hacerlas efectivas.
  d. Conformar la organización interna en los tres niveles:
     ii. Nivel Local: Representantes de Salud en las zonas de Putumayo y Amazonas, los mismos que serán responsables de poner en marcha los acuerdos binacionales, según su nivel de competencia.
     iii. Nivel Regional: Representados por el Director Regional de Salud de Loreto (Perú), el Secretario de Salud del Amazonas y del Putumayo (Colombia) y un Coordinador, por cada ámbito, los mismos que serán responsables de elaborar planes, programas y proyectos, así como la gestión para viabilizarlos según su nivel de competencia.
     iv. Nivel Nacional: Integrado por un Representante de la Oficina General de Cooperación Internacional en Salud y un Representante de Cancillería, de ambos países, el mismo que será responsable de aprobar los planes, programas y proyectos, para su ejecución; así como el seguimiento y la gestión para viabilizarlos.

2. Red de Telemedicina en la Frontera

Al respecto, las instituciones que vienen desarrollando experiencias de telemedicina en sus respectivos países, utilizando tecnologías de Informática y Comunicaciones, como la Dirección Regional de Salud de Loreto (DRSL), la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP), la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP) por parte de Perú y la Universidad Nacional de Colombia de Colombia (UNC), luego del intercambio de información y opiniones sobre las mismas, presentaron los principales elementos para un proyecto binacional referente al tema,

- La zona de frontera comparte problemas relacionados con la deficiente infraestructura y pobre desarrollo de las poblaciones ribereñas, lo que hace pertinente la creación de una red binacional de Telemedicina que de apoyo a la solución de los múltiples problemas de integración en la región fronteriza.

- El principal objetivo de la red será contribuir a la integración de los sistemas de salud de Perú y Colombia en nuestra frontera común. Como logros de la misma se puede mencionar que los países estarán integrados para una mejor atención en salud pública, mejorando el acceso y la calidad de la asistencia sanitaria en poblaciones rurales fronterizas, facilitando la utilización más racional de los recursos disponibles, procurando la equidad con poblaciones marginadas e incluyendo a la población fronteriza en la sociedad de la información

En ese sentido el Comité acuerda:

- Elevar a la Comisión de Vecindad la propuesta de priorizar el establecimiento de una Red de Telemedicina fronteriza, como estrategia para fortalecer a los establecimientos de salud, dadas las dificultades del servicio propias de la zona, y apoyar la concreción de Redes Binacionales de Salud en la frontera.

- Asimismo, priorizar la búsqueda de financiamiento para la ejecución del mismo, para lo cual previamente se deberá elaborar la memoria técnica del proyecto. Para dicha actividad previa, se recomienda el uso de fondos provenientes de los gobiernos regionales, locales, y las propias instituciones proponentes.

- Luego de elaborar el proyecto se presentará a las agencias de cooperación de ambos países para la búsqueda de recursos.

Las instituciones participantes proyectan un costo total del proyecto de aproximadamante US$ 300,000 y recomiendan la ejecución del mismo en su totalidad, a fin de optimizar los recursos, dado que se ha demostrado que es necesario implementar redes completas para asegurar la sostenibilidad de las mismas.

Se anexa a la presente Acta la propuesta del proyecto.

3. Manejo Coordinado de Áreas Naturales Protegidas Gûeppi – La Paya

Estando pendiente la respuesta por parte de INRENA sobre el proyecto de "ARTICULACIÓN COLOMBO PERUANA PARA LA CONSERVACIÒN Y EL USO SOSTENIBLE DEL PARQUE NACIONAL NATURAL LA PAYA Y LA ZONA RESERVADA GÛEPPÍ", dicha institución dejò saber que remitirìa la propuesta actualizada del mismo a

la Unidad Administrativa Especial del Sistema de Parques Nacionales Naturales de Colombia a fines del mes de enero de 2006, a través de la Cancillería.

4. Control de la Movilización de Especies de Flora y Fauna

Los dos países manifestaron la necesidad de conocer a mayor profundidad el tema, dada la creciente evidencia del comercio ilegal de flora y fauna en la frontera. En ese sentido acordaron tratar el tema en la próxima reunión del CTB.

Para tal efecto, INRENA realizará un Taller regional sobre el tema, con el fin de identificar la problemática y las posibles acciones conjuntas de solución. Dicha reunión se realizará en la ciudad de Iquitos con la participación de las instituciones competentes de la región como INADE, IIAP, Gobierno Regional, Gobiernos Locales, Direcciones Regionales competentes, entre otros, en el primer trimestre del 2006.

5. Sistemas Agroforestales

SINCHI, INADE y ADA (Brasil) han venido trabajando conjuntamente con el tema, culminando la primera fase de un proyecto para el trapecio Amazónico y está pendiente la aprobación de la segunda fase, para la cual se ha cursado ya la solicitud de recursos al BID.

Al respecto, a solicitud de SINCHI el Comité acordó solicitar a la Comisión de Vecindad el respaldo político a dicho proyecto, por la importancia para la seguridad alimentaria, desarrollo productivo sostenible y reconversión de áreas degradadas y deforestadas que involucra.

6. Compatibilización de la Caracterización de la Zona de Integración Fronteriza

La representante de SINCHI señalò la conveniencia de:

- Actualizar el documento de la caracterización con información reciente de los dos países, manteniendo el carácter general del mismo. Dicha labor deberìa realizarse en el primer trimestre del 2006 y estarìa a cargo del INADE por la parte peruana y de SINCHI por Colombia
- Como parte de dicha actualización se Integrará al documento la información cartográfica que se generó en la compatibilización del PPCP. En tal sentido SINCHI proveerá dicha cartografía.
- De forma paralela, en el 2006 se avanzará en un Plan de acción de corto y mediano plazo para una de las zonas priorizadas, que recoja las lecciones aprendidas. Las Cancillerías acordarán dicha zona.
- Asimismo, se acordó que dicho Plan deberìa recoger los planteamientos y acciones propuestas en relación a los varios temas tratados en las reuniones de los CTB.

7. Otros temas

a. Proyectos del PPCP:

Respecto a los proyectos del PPCP, SINCHI informó lo siguiente:

PESCA Y ACUICULTURA

El SINCHI entregó el proyecto compatibilizado Colombia - Perú a la Cancillería colombiana, mismo que será enviado por vía diplomática a la cancillería del Perú. Hay definidos cuatro puntos de trabajo para la actividad acuícola, dirigidos a:

- Recuperar unidades acuícolas deterioradas y terminar las que están inconclusas.
- Programa binacional de capacitación y asistencia técnica dirigida a productores de cada país durante dos años.
- Los resultados de las unidades recuperadas, serán entendidas como Unidades Demostrativas.
- Monitorear el avance de las Unidades Demostrativas,para determinar su eficiencia

MANEJO SOSTENIBLE DE LOS BOSQUES DE TARAPACÁ Y RÍO ALGODÓN

- Que recientemente los Cancilleres de ambos países firmaron el convenio de cooperación no reembolsable con la CAF.
- Se debe empezar con la ejecución de los recursos y programar las actividades para gestionar los US $ 200.000 que hacen falta.
- Solicitar otras fuentes de cooperación para la segunda fase.
- En Tarapacá se iniciaron las acciones de trabajo que corresponden a la contrapartida nacional.

En Iquitos, a los 23 dias de noviembre de 2005,

Eduardo Martinetti Macedo
Coordinador CTB Desarrollo e Integración
Fronteriza por Perú

Ricardo Montenegro Coral
Coordinador CTB Desarrollo e Integración
Fronteriza por Colombia

ANEXO N° 1

EVALUACION DE ACUERDOS Y COMPROMISOS DE LA REUNIÓN BINACIONAL PARA LA ATENCIÓN DE SALUD DE LA FRONTERA PERUANO – COLOMBIANA

PRODUCTO 1

ATENCION EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA FRONTERA PERUANO-COLOMBIANA (Acuerdo 1 y 2)

I. INTRODUCCIÓN

Las poblaciones fronterizas de los países de Perú y Colombia debido a una serie de factores que van desde la gran dispersión poblacional para la extensa zona limitrofe (1,515 Km), difícil acceso a los establecimientos de salud de uno y lado de la frontera; se encuentran relativamente desprotegidos en salud, es por ello que, se firmó el año 2004 un acta de compromisos para tratar de regular el intercambio prestacional de salud entre ambos paises.

II. JUSTIFICACIÓN

En el marco de los compromisos binacionales adquiridos por las hermanas republicas del PERÚ y COLOMBIA, como productos de la ***Reunión Binacional Para la Atención en Salud en la Frontera Peruano - Colombiana***, llevada a cabo el 27 de mayo del 2004, con la participación de representantes del Ministerio de Salud del Perú y de la Secretaria de Salud de Colombia e instituciones afines y, la reunión binacional del 22 al 24 de julio del mismo año, en la que se firma el ***Acta de Acuerdos y Compromisos para la Atención en Salud en la Frontera Peruano - Colombiana***, se priorizó brindar atención a los pacientes en situación de emergencia en los servicios de salud de ambos paises según la complejidad del caso, los mismos que serán financiados por el Seguro Integral de Salud (SIS), para el Perú, y por la Secretaría de Salud de los departamentos de Amazonas y El Putumayo para Colombia.

En el Perú existe actualmente un aseguramiento parcial de la población peruana:

EsSalud es la institución que asegura en salud a los empleados del Estado y aquellos ciudadanos que lo hacen de manera potestativa.

El Seguro Integral de Salud, es la institución que asegura a la población menor de 18 años de edad, gestantes, adultos focalizados por ley, y adultos en situación de emergencia, todos ellos de condición socioeconómica pobre o extremadamente pobre.

Se espera que a partir del mes de marzo se asegure por el SIS a mayores de 17 años en zonas pobres y de extrema pobreza (Ley N° 28588 del 21 de Julio del 2004, *Ley que Incorpora al Seguro Integral de Salud a la Población Mayor de 17 años en Situación de Extrema Pobreza y Pobreza y Declara de Prioritario Interés la Infraestructura Arquitectónica y no Arquitectónica de los Centros Educativos a Cargo del Ministerio de Educación*)
En Colombia existen 03 tipos de aseguramiento:

Contributivo: Es el seguro al que acceden todos los trabajadores con un trabajo estable o "contratados" con capacidad de pago.

Subsidiado: Es el seguro al que acceden aquellos que no tienen capacidad de pago, pero el estado les garantiza la atención integral en salud, pagando parte o todo el costo de la prestación. El financiamiento procede de los recursos del estado y del sistema contributivo.
Vinculado: Es el seguro al que acceden los colombianos previa evaluación socioeconómica, garantizando el gobierno colombiano la atención integral en salud de los mismos, mientras se decide a que categoría de pago se acogerá el que accede al sistema.

En el PERÚ, la fuente de financiamiento para el Seguro Integral de Salud proviene casi en su totalidad del Tesoro Público y se transfiere el costo de las prestaciones a los establecimientos de salud de todo el país mediante la modalidad de reembolsos que está en función a una tarifa fija por servicios y hasta conseguir la resolución total del daño; mientras que en Colombia, el financiamiento se realiza en forma descentralizada, bajo los sistemas de capitación y/o reembolsos (Tarifa Mixta).

En consecuencia, es necesario establecer un tarifario único, consensuado y justo para nuestras zonas de frontera, con la adecuada aplicación de mecanismos legales que garantice la atención integral de nuestros pobladores de frontera.

III. OBJETIVOS

General

- Proponer un tarifario único de prestaciones en salud para la zona de frontera Peruano – Colombiana.

Específicos

- Determinar las características y niveles de atención en salud existentes en la zona fronteriza de ambos países.

- Elaborar la propuesta de tarifa única de las prestaciones en salud para la zona de frontera Peruano – Colombiana.

- Proponer el mecanismo financiero de pago de las prestaciones de salud que se lleven a cabo en la zona de frontera Peruano – Colombiana.

IV. RESULTADOS

Se realizó las presentaciones de ambos países para identificar el nivel de cumplimiento de acuerdos en el área de salud suscritos en julio del 2004 conformándose dos grupos de trabajo, uno de revisión de acuerdos y compromisos y el segundo para proponer las tarifas de atención en salud a utilizar en la zona fronteriza Peruano - Colombiana. Los resultados fueron los siguientes:

CARACTERÍSTICAS Y NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD DE LA ZONA DE FRONTERA PERUANO - COLOMBIANA.

En el Perú el sistema de niveles de atención está conformado de la siguiente manera:

Niveles de Atención	***Niveles de Complejidad***	***Establecimientos de Salud***	***Categoría***
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	1° Nivel de Complejidad	Puesto de Salud	I – 1
	2° Nivel de Complejidad	Puesto de Salud con Médico	I – 2
	3° Nivel de Complejidad	Centro de Salud sin internamiento	I – 3
	4° Nivel de Complejidad	Centro de Salud con internamiento	I – 4
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	5° Nivel de Complejidad	Hospital I	II – 1
	6° Nivel de Complejidad	Hospital II	II – 2
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	7° Nivel de Complejidad	Hospital III	III – 1
	8° Nivel de Complejidad	Instituto Especializado	III – 2

En Colombia el sistema de niveles de atención está conformado de la siguiente manera:

I Nivel:
Puestos y centros de salud que realizan atención primaria con un grupo completo de profesionales de salud sin especialidades.

II Nivel:
Se ofertan la prestación de servicios con especialistas.
III y IV Nivel:
Se oferta UCI (Unidad de cuidados Intensivos) y se tratan enfermedades de alto costo.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Los servicios a prestar en cada zona serían de la siguiente manera:

a. El departamento de Amazonas (Colombia) prestaría los servicios de Urgencia Vital (Emergencias) y Urgencias, a través de la Red Pública de Prestación de Servicios adscrita al Departamento.

b. El departamento del Putumayo (Colombia) prestaría los servicios de Urgencia Vital (Emergencias), Urgencias y Consultas Externas, a través de la Red Pública de Prestación de Servicios adscrita al Departamento.

c. El departamento de Loreto (Perú) prestaría los servicios de Urgencia Vital (Emergencias), Urgencias y Consultas Externas a través de los establecimientos de salud de la Micro Red Putumayo y a través de los Centros de Salud de Caballococha y Santa Rosa de la Micro Red Ramón Castilla y, del Hospital Regional de Loreto, según el cuadro siguiente:

Cuenca Hidrográfica	***Establecimientos de Salud del Perú***	***Establecimientos de Salud de Colombia***	***Tipo de Servicio a Prestar***	
			Perú	***Colombia***
Río Putumayo	P.S. I - 1 Tres Fronteras P.S. I - 2 Soplín Vargas P.S. I - 1 Angusilla P.S. I - 1 Santa Mercedes P.S. I - 1 Bellavista P.S. I - 1 Nueva Esperanza P.S. I - 1 Flor de Agosto P.S. I - 1 Eré C.S. I - 4 El Estrecho P.S. I - 1 Totoya P.S. I - 1 Florida P.S. I - 2 Remanso P.S. I - 1 Betania P.S. I - 1 Huapapa P.S. I - 1 El Álamo	Departamento Putumayo: Hospital María Angelines Departamento Amazonas P.S. Puerto Alegría C.S. Arica C.S. Tarapacá	- Emergencias (Urgencias Vitales) - Urgencias - Consultas Externas	- Emergencias (Urgencias Vitales) - Urgencias - Consultas Externas
Río Amazonas	Hospital III -1 Regional de Loreto C.S. I - 4 Caballococha C.S. I - 3 Santa Rosa	Departamento Amazonas: Hospital San Rafael de Leticia Hospital Local de Puerto Nariño	- Emergencias (Urgencias Vitales) - Urgencias - Consultas Externas	- Emergencias (Urgencias Vitales) - Urgencias

TARIFARIO DE PRESTACIONES EN SALUD

Se analizaron los tarifarios de atención de cada país, donde se reconoció que el Perú trabaja con tarifas fijas pagadas por el Seguro Integral de Salud, lo cual involucra el pago de la atención integral del paciente, hasta la solución del daño y, en Colombia, la tarifa es por procedimiento, es decir, se cobran los servicios por separado.
Con base en las diferencias existentes entre los dos Sistema de Salud, el grupo de trabajo propuso lo siguiente:

Elaborar un convenio de pago ***Por Capitación*** de las atenciones en la zona de frontera Peruano - Colombiana, con las siguientes consideraciones:

1. Se propone como tarifas de atención las siguientes:

a. Teniendo en cuenta la diferencia existente entre las tarifas de atención de los dos países se estableció un costo promedio mensual por paciente de $190.000 pesos colombianos equivalente a S/ 292.31 nuevos soles (Cambio a la tasa bancaria nacional, al 15 de Noviembre 2005) el cual es el costo a pagar en los departamentos de Amazonas, Putumayo y Loreto.
Para Colombia se tomó como base el valor de la Unidad de pago por capitación que se utiliza para la contratación de los recursos del Régimen Subsidiado en la vigencia 2005, teniendo en cuenta que las condiciones de las personas que se atenderán en la zona fronteriza son de desprotección y marginalidad y tienen condiciones similares a la población cubierta por este régimen en el sistema general de seguridad social en salud de Colombia.
Para el Perú, el Seguro Integral de Salud no cuenta con una tarifa similar o referente, pero se puede trabajar con dos tarifas y obtener un promedio; así tenemos la tarifa de consulta externa, que es la atención en el primer o segundo nivel de cualquier patología por la cual se pagan S/. 12 nuevos soles, por un día de atención y la tarifa del internamiento en establecimiento de salud, ya sea de primer o segundo nivel de atención por la cual se pagan S/. 70 nuevos soles, esa tarifa es por cualquier patología que pueda presentar el paciente y por un máximo de 10 días. Tomando en cuenta el tope de 10 días de internamiento por la cual el S.I.S. paga S/. 70 nuevos soles, entonces tendríamos S/. 7 nuevos soles por día.
Teniendo de precedente estos supuestos de S/. 12 nuevos soles por día de atención de consulta externa y de S/. 7 nuevos soles por día de hospitalización, tendríamos que el promedio por día de atención sería:

$$\frac{12 + 7}{2} = 9{,}5 \text{ nuevos soles por día.}$$

Entonces por mes sería 9,5 x 30 = 285 nuevos soles por la atención de un paciente mensual. Lo que equivale a 185 250 pesos colombianos.

FORMA DE PAGO

Una vez firmado el convenio cada gobierno enviará al gobierno contrario la suma de $ 38 000 000 pesos colombianos o S/. 58 461.54 nuevos soles (tasa de cambio 650 pesos colombianos por un nuevo sol) por semestre. Esta acción se realizará al comenzar la vigencia del convenio tal como lo estipula el sistema de capitación. Al finalizar el convenio cada gobierno presentará la facturación de cada atención de la siguiente manera:
Perú:

- Informe médico, resumen de historia clínica de cada paciente o epicrisis de ser necesario (máximo 02 hojas).
- Consumo valorado de los insumos, medicamentos y procedimientos usados o empleados en la atención de los pacientes peruanos atendidos en Colombia.
- Hoja de referencia firmada por el médico peruano que refirió a los pacientes peruanos a Leticia, en el caso de las emergencias vistas por médico peruano. La hoja de referencia es el modelo que se muestra en la Resolución Ministerial 751 – 2004/MINSA, referido al Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Ministerio de Salud del Perú.

Colombia:

- Copia del documento de identidad del paciente.
- Resumen de la Historia Clinica o epicrisis.
- Copia del registro de facturación de la institución que atiende el servicio.
- Hoja de referencia firmada por el medico colombiano que refirió al paciente al centro de salud peruano.
- Copia del registro individual de procedimientos (RIPS).

b. Por el lado de Colombia se propone que los recursos utilizados sean de subsidio a la oferta o en caso de no ser posible se designen recursos de la nación o un rubro especial para soportar esta propuesta. Por parte de Perú, este mecanismo será financiado con recursos del Seguro Integral de Salud.

2. Teniendo en cuenta que el sistema de pago es la capitación, un sistema nuevo para el Perú, se plantea que el tiempo de duración del convenio sea de seis meses, lo que posteriormente involucrará una evaluación del convenio para su modificación y/o ajuste técnico de ser necesario.

3. El número de personas a atender dentro del convenio:

a. Se estableció sobre la base de los datos de la población atendida hasta el momento por cada departamento que el promedio de atención sea de 200 personas por cada país, por un período de seis meses.

4. Transporte de pacientes: El costo del transporte de pacientes será asumido por cada Parte, bajo el sistema de reembolso, previa facturación y

expediente refrendado por la autoridad de salud que recibió el servicio (Secretaría departamental de Salud y Jefatura de la Microrred de Salud).

5. Se propone, que una vez prestado el servicio, es decir solucionada la emergencia o urgencia, de requerirse una atención de III y IV nivel el paciente será referido a su país de origen.

6. Se sugiere que el marco legal que rija la elaboración del presente convenio internacional debe ser establecido en las reuniones donde asistan representantes de los niveles nacionales de cada país según normatividad vigente en salud de cada país. En el caso de Colombia según ley 715 (art. 42 parágrafos 3,7 y 14) es competencia del nivel nacional expedir regulación del sector salud y SGSSS, reglamentar, distribuir y vigilar la destinación de los recursos del sector salud y definir las políticas de Prestación de servicios.
   Basados en este principio y que la constitución colombiana en su articulo 48 establece que se debe garantizar el derecho a todos los habitantes del país a la seguridad social y teniendo en cuenta que la normatividad actual en cada país no define claramente la atención de población extranjera en condiciones de marginalidad y desprotegida en zona de frontera, se cree pertinente que el marco legal sea discutido en reuniones posteriores a esta evaluación, y que el contenido de esta propuesta sean las condiciones técnicas que integraran el convenio.

7. Presentar la siguiente propuesta en la próxima reunión de comités técnicos binacionales en la ciudad Iquitos (23 de Noviembre) y posteriormente en el mes de diciembre a la reunión de la Comisión de Vecindad e Integración Colombo – Peruana en la ciudad de Lima.

Leticia, 15 de Noviembre de 2005.

ANEXO N° 2

EVALUACION DE ACUERDOS Y COMPROMISOS DE LA REUNIÓN BINACIONAL PARA LA ATENCIÓN DE SALUD DE LA FRONTERA PERUANO – COLOMBIANA

PRODUCTO 2

ACTIVIDADES DE SALUD PARA LOS DAÑOS PRIORIZADOS Y LA VIGILANCIA EN LA FRONTERA PERUANO - COLOMBIANA (Acuerdos 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13)

1. Alta prevalencia de ETV (Malaria) en la zona limítrofe Perú - Colombia

OBJETIVO
Disminuir el riesgo de enfermar y morir por malaria en la jurisdicción del río Putumayo y tributarios (AFLUENTES)
ESTRATEGIA
Diagnóstico y tratamiento oportuno de casos
RESULTADO ESPERADO
Reducir y controlar la incidencia de casos de malaria en la zona fronteriza Peruano - Colombiana

ACTIVIDADES	TAREAS	RESPONSABLES	PRESUPUESTO	FECHAS
ATENCIÓN DE CASOS	Apoyo a los pacientes peruanos en el diagnóstico, tratamiento y controles en los puntos de la red de microscopia en Putumayo - Col (Puerto Perea, Puerto Alegría, San Rafael, Puerto Arica y Puerto Ezequiel)	Coordinador de ETV y promotores de salud que hacen parte de la RED DE MICROSCOPIA en Putumayo – COLOMBIA	S/ 15,000 (Col)	Permanente
	El Centro de Salud del ESTRECHO se compromete a apoyar con el diagnóstico, tratamiento y controles a los pacientes colombianos	Médico Jefe de Centro de Salud de Estrecho. Coordinador Regional de ETV- DIRESA Loreto	Programa Malaria	Permanente

	Elaboración y socialización de la Directiva en la que se indique que el tratamiento y los controles se realizarán donde el paciente ha sido diagnosticado	DIRESA – Loreto, Secretaria de Salud Amazonas y Secretaria de Salud Putumayo	Horas Técnicas	Diciembre de 2005
AMPLIACIÓN DE COBERTURA	Colombia implementará un puesto de Microscopía para diagnóstico de malaria en las comunidades de Puerto Belén y Arara.	Coordinador de ETV y Coordinador de Laboratorio de la Secretaria de Salud Amazonas	S/ 15,000	Año 2006
	Perú implementará un puesto de microscopia en los puestos de salud de Angusilla, Remanso y Bellavista	Coordinador de Fondo Global DIRESA Loreto	S/ 18,000	Abril 2006
Mantenimiento y supervisión de la Red de Microscopia	Elaborar un plan conjunto de mantenimiento de microscopios y supervisión técnica directa a los puestos de salud	Laboratorio de Salud Pública (DIRESA – Loreto, Secretaria de Salud Amazonas, Secretaria de Salud Putumayo)	Horas Técnicas	Abril 2006
VIGILANCIA ENTOMOLOGICA: Inventario de especies, asociaciones con sitios de cría y actividad de picadura, pruebas de susceptibilidad, pruebas de residualidad, impacto de las actividades de control, ubicación de larvitrampas para determinar la dispersión de *Aedes albopictus* y la urbanización de vectores selváticos	Elaborar un plan de trabajo para vigilancia entomológica e implementación de un mapa entomológico en la zona	Responsable de Entomología (DIRESA – Loreto) Coordinador de Entomología de la Secretaria de Salud de Amazonas	Horas Técnicas	Diciembre 2005

	Fortalecer la vigilancia entomológica en la localidad del Estrecho con la contratación de un Biólogo	DIGESA – Loreto y Servicios de Salud	S/ 10,800	Año 2006
VIGILANCIA DE LA EFECTIVIDAD O SEGUIMIENTO DE ANTIMALARICOS: Seguimiento de los casos tratados	Revisión e intercambio de estudios en la zonas tanto para el Perú como para Colombia	Director de Epidemiología (DIRESA Loreto) y Coordinador de ETV (Secretaria Salud Amazonas)	Horas Técnicas	I semestre de 2006
VIGILANCIA DE LAS COMPLICACIONES Y LA MORTALIDAD: Investigación de mortalidad	Notificación de casos de malaria grave complicada y de mortalidad	Director de Epidemiología (DIRESA Loreto) y Coordinador de ETV (Secretaria Salud Amazonas)	Horas Técnicas	Inmediata
Capacitación integral al personal de salud	Taller de Dx. Tratamiento, prevención y control vectorial integrado	Director de Epidemiología y Coordinador de Malaria (DIRESA Loreto) y Coordinador de ETV (Secretaria Salud Amazonas)	S/20,000 (Col.) S/. 1,100 (Per.)	II semestre de 2006
Rociamiento según indicaciones	En el Perú se realizará 01 jornada de rociamiento de viviendas	Coordinador del Programa de Malaria (DIRESA Loreto)	S/.15,0000	Sujeto a los indicadores de vectores e incidencia de casos
	En Colombia se realizara 01 jornada de rociamiento en viviendas a mediados de agosto	Coordinador ETV (Secretaria Salud Amazonas)	S/20,000	
Control de criaderos	Se realizará actividades de vigilancia y	Coordinador del Programa	S/1,000	Según

	tratamiento de criaderos en ambos países	Malaria y Director de Salud Ambiental (DIRESA Loreto) y Coordinador de ETV de la Secretaria de Salud Amazonas	(Colombia)	programación de actividades de rociamiento
Educación a la población con énfasis en las medidas de protección y prevención	Capacitación y conformación de redes comunitarias para malaria (líderes, presidentes de JAC, gobernadores indígenas, etc.)	Coordinador Fondo Global DIRESA – Loreto	S/.12,000	II trimestre de 2006
	Capacitación a promotores de las localidades de la jurisdicción de Puerto Leguízamo	Secretaria de Salud Putumayo	S/. 15,000	II trimestre de 2006

2. Alta prevalencia de TBC y Lepra en la zona limítrofe Perú - Colombia

OBJETIVO
Identificación de casos de TBC y prevalencia oculta de casos de Lepra en la zona limítrofe de Perú y Colombia.

ESTRATEGIA
Diagnóstico y tratamiento oportuno de casos

RESULTADO ESPERADO
Reducir y controlar la incidencia de casos de TBC y Lepra en la zona fronteriza Peruano - Colombiana

ACTIVIDADES	TAREAS	RESPONSABLES	PRESUPUESTO	FECHAS
• Atención de casos	• Fortalecimiento de la Búsqueda activa de casos de TBC - LEPRA: en localidades de cada país según perfil epidemiológico.	• Operativos TBC-Lepra de los establecimientos de salud de la zona de frontera	• S/19,000 (Col.)	• Noviembre 2005
	• Apoyo a los pacientes peruanos en el diagnóstico y tratamiento en TBC y Lepra por el Hospital San Rafael de Leticia.	• Hospital San Rafael de Leticia.		• Año 2006
	• Coordinar con el CS Caballo Cocha y San Pablo para facilitar el trabajo de seguimiento y Control por parte de Colombia.	• Operativo C.S. Caballococha y San Pablo y Coordinador TBC-Lepra de Colombia		• Año 2006

Capacitación	• " Taller de Actualización en Lepra y TBC), a realizarse del 24 al 25 de Noviembre del 2005. • Coordinación con la DIRESA LORETO para definir participante al evento " Taller de Actualización en Lepra y TBC), a realizarse del 24 al 25 de Noviembre del 2005. • Coordinación con la Secretaria de Salud del Amazonas para la capacitación de laboratoristas de Santa Rosa, Caballo Cocha, e Islandia sobre Lepra.	• Coordinador TBC-Lepra de Colombia. • Coordinador de TBC DIRESA-Loreto (Perú) • Coordinador TBC-Lepra de Colombia y Coordinador TBC DIRESA Loreto (Perú).	• S/. 6,000 (Col) • S/ 840 (Perú)	• 24 – 25 Nov. 2005 • 16 Nov. 2005 • Enero 2006

3. -Bajas coberturas de vacunación en el PAI
-Enfermedades prevalentes en la infancia (EDA, IRA)

OBJETIVO:
Mantener coberturas óptimas de vacunación en la población menor de 5 años y disminuir la incidencia de enfermedades prevalentes en la infancia.

ESTRATEGIA:
Brindar atención integral de salud a menores de 5 años

ACTIVIDADES	TAREAS	RESPONSABLES	PRESUPUESTO	FECHAS
Vacunación regular en: • La cabecera municipal; Puerto Nariño 01 correría de vacunación en coordinación con Caballo, beneficiando a las localidades de Tierra Amarrilla (Loretoyacu) y San Antonio de Cacao por el Amazonas. Colombia, aporta 1 vacunados, 1 bote motor y motorista. Por Perú, 01 vacunador, 01 registrador y 60 galones de combustible y Biológicos. • En el sector de Putumayo se coordinara para la salida paralela de las Brigadas Elites del Putumayo con las correrías de Amazonas y Leguizamo 1 coordinación con el Distrito del Putumayo, beneficiando a las localidades de la cuenca fronteriza del Rió Putumayo. • Respetar Esquemas de inmunizaciones de cada país de acuerdo al cerne que presenta el niño.	Coordinación local entre los responsables del Programa PAI-AIEPI del Estrecho, Caballo Cocha, con sus pares en Leguizamo, Puerto Nariño y Leticia	Secretaria del Amazonas:.Puerto Nariño: Coordinadora PAI. Perú.: Responsable ESNI:	• S/. 2,700 (Col) S/.900 (Perú) • S/.68,000(Col) Brigada Élite (Perú) • Ninguno	• Puerto Nariño –Caballo Cocha : Marzo del 2006 • Por coordinar • Año 2006

• Jornadas De Vacunación Panamericana.	• Participación binacional en las jornadas: • Reunión previa de organización. • Lanzamiento Conjunto de la Jornada.	• Coornidadora ESNI DIRESA Loreto-CS Islandia • Coornidadora ESNI DIRESA Loreto-Coordinadora PAI SSDA.	• S/.7,500(Col) S/.7,000(Perú) • S/.3,000(Col) S/.7,000(Perú)	• Marzo • Abril
• Capacitación al personal encargado de cadena de frió.: • Taller de Capacitación de Cadena de Frió y Biodeguridad organizado por Colombia dirigido al personal operativo del PAI. A la que asistirá operativas Pai de Sta Rosa y El Estrecho.	• Coordinación local entre los responsables del Programa PAI- Perú y Colombia.	• Coordinación local entre los responsables del Programa PAI-AIEPI del Estrecho, Caballo Cocha, con sus pares	• S/.24,600(Col) S/.1,560(Perú)	
• Fortalecimiento de la cadena frío de las localidades peruanas de Remanso y Santa Mercedes. • Implementación con cadena de fruio de las localidades de Soplin Vargas, Nueva Esperanza y El Alamo (Perú).	• Reparación de las cadenas de frío de Remanso y Santa Mercedes. • Abastecimiento de equipos de frío.	• Coordinador Fondo Global DIRESA Loreto. • Coordinador Fondo Global DIRESA Loreto.	• S/.3,000(Perú) • S/.45,000(Perú)	• Marzo • Abril - Junio
• Disponibilidad de Biológicos cuando se requiera por parte de ambos paises.	• Abastecimiento oportuno de biológicos e insumos del PAI.	• Coornidadora ESNI DIRESA Loreto-Coordinadora	S/.3,000(Col) S/.4,000(Perú)	• Trimestral
• Taller Paralelo de Capacitación en AIEPI	• Perú: Coordinar	• Coordinadora	• AIEPI Clínico:	Diciembre 2005:

Comunitario y Clínico con sede en el Estrecho – Perú.	facilitadores para la capacitación y recursos logísticos. Colombia: Garantizar viáticos y desplazamiento de los profesionales y auxiliares de Enfermería que asistirán al evento.	Regional AIEPI DIRESA Loreto (Perù). PAB- SSDA (Colombia)	S/.3,200(Col) S/.12,750(Perú) • AIEPI Comunitario: S/.2,800(Col) S/.9,810(Perú)	12 AL 16 DE Diciembre

4. Deficiente Vigilancia Epidemiológica en la Frontera Peruano - Colombiana

OBJETIVO

Establecer los mecanismos de intercambio de información así como la elaboración de instrumentos de análisis de Situación de Salud.

ESTRATEGIA

Capacitación en ASIS, Epi-Info, Epidemiología (MOPECE).

RESULTADO ESPERADO

Recursos humanos con conocimientos en epidemiología elaboran el ASIS fronterizo, los boletines epidemiológicos.
Recursos humanos intercambian información de daños periódicamente.

ACTIVIDADES	TAREAS	RESPONSABLES	PRESUPUESTO	FECHAS
Socialización de la información de las localidades fronterizas de Perú y Colombia.	- Envío de reportes de informes mensuales (Malaria, TBC, Lepra, AIEPI, Hepatitis B, PAI) en la primera semana de cada mes a las respectivas sedes de salud. - Consolidado de la información en las sedes de salud de los diferentes programas. - Elaboración y socialización trimestral de los boletines epidemiológicos.	- Establecimientos de salud de Perú y Colombia de la zona de frontera. - Coordinadores de programas de cada país. - Coordinadores y operativos de epidemiología de cada país.	- Ninguno - Ninguno - S/. 500.00	- Primera semana de cada mes (2006) - Segunda semana de cada mes (2006). - Abril, Agosto, Noviembre del 2006 y Enero del 2007.
Realizar el análisis de salud de fronteras.	- Elaboración del documento del ASIS de frontera.	- Coordinadores y operativos de epidemiología de cada país.		- Anual

Implementación de la sala situacional a nivel de los establecimientos de salud de la zona de frontera.	- Mantener actualizado los reportes epidemiológicos en cada establecimiento de salud de la zona de frontera.	- Operativos de epidemiología de los establecimientos de salud de la zona de frontera	Ninguno	- Mensual
Fortalecimiento de las competencias técnicas en epidemiología, del personal de salud de los establecimientos de frontera.	- Capacitación al personal de los siguientes temas: • Vigilancia Epidemiológica • ASIS de frontera • Epi-info	- Coordinador de epidemiología de Perú. - Coordinador de epidemiología de Colombia.		- Noviembre 2004.

5. Inexistencia de líneas de investigación operativas en los componentes de salud priorizados en zona de frontera

OBJETIVO

Realizar estudios basales de daños prevalentes en la zona fronteriza colombo-peruana

ESTRATEGIA

Desarrollo de estudios de investigación

RESULTADO ESPERADO

Validación de las intervenciones conjuntas en la frontera colombo – peruana.

ACTIVIDADES	TAREAS	RESPONSABLES	PRESUPUESTO	FECHAS

• Desarrollar estudios de investigación operativa en:
  • Malaria: Estudios de residualidad de rociamiento (Colombia). Validación de tiras rápidas a través de Promotores vs. Técnicos. (Perù).
  • Hepatitis B: Estudio de seroprevalencia (Para el putumayo).
  • Estudios de interculturalidad.(Perú-Colombia)
	• Conformación de equipos responsables para la ejecución de estudios propuestos por ambos países.
	• Reuniones de Trabajo para la conformación de los equipos de investigación.
	• Conseguir fuente de financiación externa.
		• DIRESA Loreto y Secretaria de Salud del Amazonas.	• Financiamiento externo	• Enero 2006

• Evaluación de actividades desarrolladas en forma trimestral..	Coordinación entre la DIRESA para Abril, Agosto y Noviembre del 2006 Loreto y Secretaria de Salud para el desarrollo de las evaluaciones.	Actividades programadas ejecutadas satisfactoriamente.	S/.15,000(Col) S/.15,000(Perú)	Abril, Agosto y Noviembre del 2006

6. Presencia de casos de ITS - VIH/SIDA en el eje Caballococha – Leticia – Santa Rosa.

OBJETIVO
Realizar estudios de prevalencia y riesgos de la enfermedad; y generar espacios para la promoción y el manejo de casos.

ESTRATEGIA,
Desarrollo de estudios de investigación y promover el manejo y control.
RESULTADO ESPERADO
Conocimiento de la Magnitud del Problema y factores de Riesgo.
Población sensibilizada en ITS – VIH/SIDA.
Equipo de salud de Frontera con competencias para el manejo de TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad)

ACTIVIDADES	TAREAS	RESPONSABLES	PRESUPUESTO	FECHAS
• Desarrollar estudios de investigación sobre Prevalencia de ETS y VIH/SIDA.	• Conformación de un equipo responsable de ambos países para la ejecución del estudio.	DIRESA Loreto y Secretaria de Salud del Amazonas.	• Financiamiento externo.	• Marzo 2006.
• Promover comportamientos que disminuyan el riesgo del ITS – VIH/SIDA.	• Inventario de medios de comunicación apropiados. • Elaboración de materiales educativos. • Campaña comunicacional.		• Presupuesto de cada país.	• Segundo semestre del 2006.
• Implementar el manejo y control de casos de ETS – VIH/SIDA.	• Capacitar al equipo de salud del nivel local para dar tratamiento antirretro viral a los pacientes con VIH en frontera. • Implementar el (TARGA) en zona de frontera.		• Ampliar el ámbito de cobertura del fondo global.	• Segundo semestre del 2006

ANEXO N° 3

EVALUACION DE ACUERDOS Y COMPROMISOS DE LA REUNIÓN BINACIONAL PARA LA ATENCIÓN DE SALUD DE LA FRONTERA PERUANO – COLOMBIANA

PRODUCTO 3

EQUIPOS BINACIONALES PARA LA ATENCION ESPECIALIZADA EN SALUD DE LA ZONA DE FRONTERA COLOMBO PERUANA EN LA CUENCA DEL RIO PUTUMAYO.

1. ***Sustento***: Las poblaciones del río Putumayo (78 del lado peruano: 10,000 hab. y 50 localidades del lado colombiano: 8,000 habitantes) acceden a 14 establecimientos de salud en Perú y a 7 establecimientos en el lado colombiano, en una extensión de 1,515 Km. de longitud. Estas poblaciones que se hallan en situación de pobreza y extrema pobreza y con una fuerte densidad poblacional Indígena tienen costos inaccesibles de desplazamiento para la búsqueda de atención sanitaria especializada. Las correrías y las atenciones por ELITES, prestan atención primaria; estas resuelven el 85% aproximadamente de todas las patologías demandadas, las que deben institucionalizarse a fin de asegurar su permanencia y periodicidad. De hecho la atención de patologías crónicas y aquellas de resolución quirúrgica o que tienen que ver pero con órganos de los sentidos no tiene cobertura; la atención de las mismas implicaría un elevado costo logístico y de recursos humanos.
Actualmente la Marina de Guerra de ambos países estiman dar periodicidad de 2 atenciones médicas conjuntas cada año en toda la cuenca del Putumayo. Creemos que es la única posibilidad vigente para la prestación del servicio especializado.

2. ***Normatividad:***
   - Norma Técnica para la atención integral de salud en población excluidas y dispersas (Resolución Ministerial N° 437, del 6 de Junio de 2005).
   - Seguro Integral de Salud (Ley del MINSA N° 27657).
   - Plan general de atención a poblaciones indígenas. (Documento en revisión)
   - Ley 725, Atención a poblaciones excluidas por los Equipos AISPED.
   - Constitución Política de 1991 (art. 7,8 y 13) contempla la responsabilidad del estado de reconocer y proteger la diversidad étnica y cultural garantizando el derecho a todos los habitantes del país (incluidos los pueblos indígenas) a la seguridad social (art. 48) como un servicio público obligatorio y por ende se prestará bajo la responsabilidad del estado los servicios de promoción, protección, atención y recuperación de la salud (art.49) incluyendo saneamiento ambiental.
   - Ley 100 de 1993 mediante la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud accesible a toda la población el cual garantiza el derecho a la seguridad social a todos los habitantes del país y que la población más pobre y vulnerable del país en las áreas urbana y rural incluyendo comunidades indígenas serán subsidiadas por el sistema (art. 3, 4, 6 y 157).

- Además la ley 100 de 1993 también contempla que deben existir Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Administradora de Régimen Subsidiado (ARS) que garanticen los servicios de salud. las cuales de conformidad con el decreto 1485 de 1994 (art.2) y el decreto 2357 de 1995, tienen la responsabilidad de administrar el riesgo de salud individual de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedades o de enfermedades sin atención a través de su red de servicios de salud (IPS).
- Ley 715 de 2001 establece la responsabilidad de las entidades territoriales de gestionar la prestación de servicios de salud de manera eficiente y con calidad a toda su población (art. 43).
- Con relación a la atención de la población indígena para el año 1991 se reglamenta parcialmente la ley 10 de 1990 en lo relacionado con el derecho de las comunidades indígenas a que se les presten servicios de salud de manera gratuita y la participación de estos en las decisiones relacionada con la prestación de sus servicios teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural a través del decreto 1811, donde además se menciona la necesidad de cumplir con los acuerdos internacionales como el convenio 169 de 1989 sobre pueblos indígenas (aprobado mediante la ley 21 de 1991).
- La ley 691 del 18 de septiembre de 2001 reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los pueblos indígenas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en condiciones dignas respetando su diversidad cultural y sus estilos de vida, protegiendo sus derechos en salud y garantizando su integridad cultural.

3. Objetivo:

Brindar atención médica especializada a las poblaciones colombianas y peruanas ubicadas en las riveras del río Putumayo con el apoyo de las Armadas Nacionales como medio de transporte y seguridad.

4. ***Patologías de interés:*** Hernias inguinales y umbilicales, cataratas, pterigion, presbicia, miopía, astigmatismo, dermatitis alérgicas en niños, SOB, diabetes, hipertensión arterial, Hepatitis crónicas, fracturas, gastritis crónicas, ginecorragias, artritis reumatoide.

5. ***Periodicidad:***

Fecha: Abril y Octubre (Cada 6 meses)
Mes de Abril: Bajo Putumayo
Mes de Octubre: Alto Putumayo
Permanencia efectiva en zona de trabajo (30 días por salida)

6. ***Actividades:***

Consulta Especializada
Tratamiento especializado
Cirugía General
Electrocardiografía

Exámenes de laboratorio clínico y especializado
Optometría
Facturación y Registro SIS

7. ***Estrategias:***

i) Los equipos itinerantes (correrías y ELITES) y los establecimientos de salud en su actividad regular identifican las personas con patologías que requieren atención especializada, las registran y comunican ("avisan") qué patologías se atenderán en las brigadas de especialistas.

ii) Se establecerán 8 puntos de CONCENTRACIÓN Y ATENCIÓN: 4 en la parte baja y 4 en la parte alta del Putumayo, de manera indistinta en cualquiera de las 2 riveras (peruana o colombiana), que por acuerdo serán:

Bajo Putumayo: El Estrecho - Perú
Arica - Colombia
Remanso - Perú
Huapapa - Perú

Alto Putumayo: Puerto Leguizamo - Colombia
Soplín Vargas - Perú
Nueva Esperanza - Perú
San Rafael - Colombia

iii) Atención especializada por Concentración de población.

iv) Implementación de estrategias de comunicación dirigidas a los niveles locales de atención y hacia la comunidad

v) La brigada deberá contener como mínimo médico ginecólogo, médico pediatra, médico internista y cirujano general.

vi) Debe determinarse lo más conveniente respecto a los actos quirúrgicos, se propone que sólo existan 2 puntos de concentración: Leguizamo y El Estrecho, ya que poseen infraestructura para intervenciones quirúrgicas así como para internamiento. En El Estrecho falta acondicionar la sala, faltando una sialítica. Esta actividad puede desarrollarse en la última semana de la campaña, con desplazamiento directo del equipo de cirujanos (ahora puede ser más de uno) y anestesiólogo.

vii) Los equipos locales de Amazonas, Putumayo y Loreto concertaran el número de profesionales especializados que aportarán en cada desplazamiento

8. ***Requerimientos:***

i) RRHH:
Médico Internista (1)
Médico gineco-obstetra(1)
Médico Oftalmólogo(1)
Optómetra(1)
Cardiólogo(1)
Cirujano General(1)
Anestesiólogo (1)
Pediatra(1)
Dermatologo(1)
Ortopedista(1)

Laboratorista clínico(2)
Enfermeras(3)
Técnico de Enfermería / Auxiliar(2)
Facturador (2)
Personal SIS(2)

ii) RRLL: Medio de desplazamiento (Buques de las Armadas y auxiliares)
Alimentos
Alojamiento
Viáticos
Cadena de Frío para vacunas

iii) RRFF Marina de Guerra
Ministerio de Salud
Ministerio de la Protección Social
EsSalud / Aseguradora de Riesgo Subsidiado (ARS)
Seguro Integral de Salud
Municipalidad de Putumayo
Secretaría de Salud Departamental (Amazonas, Putumayo)
Gobierno Regional de Loreto
Gobernación de Amazonas
Gobernación del Putumayo

9. ***Responsables***

i) Asistencia en Salud: DISA Loreto y EsSalud / Secretarías de Salud departamentales (Amazonas y Putumayo) y ARS.

ii) Logística: Armada de cada país. Los viáticos corren a cuenta de cada institución.

iii) Aspectos legales frente a la atención de ciudadanos: Cancillería de cada país.

PROYECTO DEMOSTRATIVO DE TELEMEDICINA PERÙ – COLOMBIA EN EL RIO PUTUMAYO

Se propone desarrollar un Proyecto Demostrativo* que incluye una red de telecomunicaciones en el Putumayo[1] apropiada, autosostenible y replicable con capacidad de soportar la transmisión de información e imágenes médicas para lo cual se pondrá en práctica lo evidenciado anteriormente a través de la investigación

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la integración de los sistemas de salud de Perú y Colombia mediante el uso de TIC.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Mejorar las condiciones de trabajo del Personal Asistencial de Salud mediante la actuación sobre:

- El desarrollo de una red de Telemedicina en el Río Putumayo apropiada, autosostenible y replicable con capacidad de soportar la transmisión de información e imágenes médicas.
- La provisión de Servicios Médicos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación

PRODUCTOS

- Implantación de una red de comunicaciones Inalámbrica de tecnología WiFi o Wimax, apropiada a las condiciones de la región y de bajo costo de operación uniendo a los establecimientos de salud de Perú y Colombia en el Río Putumayo.

El proyecto contempla la implantación de una red de Telecomunicaciones en la rivera del río Putumayo desde la localidad de Güepi, Perú hasta la localidad de Tarapacá, Colombia. Formado una red con una extensión aproximada de 900 kilómetros.

Esta red contará con dos centros de referencia y contrarreferencia en las localidades de Puerto Leguizamo y el Estrecho.

Esta red soportará un servicio de telefonía privada entre todos los puestos y centros de salud con posibilidad de interconectarse a la red telefónica convencional de Perú y Colombia. Transmisión de datos (correo electrónico, paginas web) y transmisión de imágenes para diagnóstico.

- Implementar herramientas de soporte lógico.

La implementación de los servicios que presta la red se hará de manera gradual empezando con el apoyo a la vigilancia epidemiológica, al sistema de referencia contrarreferencia, gestión de medicamentos, programa de capacitación del personal sanitario, educación de las comunidades, la educación continuada de los profesionales de la salud. Simultáneamente se iniciarán los servicios de consulta de especialistas en medicina tropical, dermatología, cardiología, radiología y de las que se puedan identificar dentro de las necesidades de las comunidades.

---

[1] De Gueppi (Perú) hasta Tarapacá (Colombia). Todo el límite fronterizo (Cauce del río Putumayo – 912 Km. lineales)

Se debe tener en cuenta que para alcanzar un alto nivel en la atención de servicios médicos en la Red se debe mejorar la infraestructura de los diferentes establecimientos de salud.

PRESUPUESTO

El costo estimado del proyecto es de aproximadamente 300.000 dólares americanos.

IMPACTO ESPERADO DE LA RED

Luego de la ejecución del proyecto se pretende influir mejorando la incorporación real de tecnologías de la información y comunicaciones. El sector salud mejorará el acceso y la calidad de la asistencia sanitaria en poblaciones rurales fronterizas peruano colombiano, facilitando una utilización más racional de los recursos disponibles.

En este sentido el intercambio de conocimiento entre los miembros de la red, así como las actividades de formación propuestas, potenciará la aplicación concreta de esta tecnología para la solución de problemáticas comunes en los países relacionados. Así mismo es importante destacar la posibilidad de realizar transferencia tecnológica a otras instituciones relacionadas con el sector salud.

El impacto potencial que la red puede tener desde una perspectiva socio - económica, puede visualizarse en dos etapas:

La primera relacionada con la difusión y normalización de conceptos y estándares en la comunidad médica de cada país. Es importante que los grupos o instituciones que comiencen a abordar el tema de la Telemedicina e Informática en Salud compartan y entiendan cuál es el estado del arte en el tema, con normas y recomendaciones que eviten decisiones equivocadas. De esta manera los costos serán menores y en la medida que estos sean exitosos se puede pensar en beneficios propios de la tecnología aplicada.

La segunda etapa se relaciona con el uso y las ventajas del uso de tecnología en el sector sanitario.

A través de la red de Telemedicina y su adecuado funcionamiento en la región se obtendrán los siguientes beneficios:

- Actualización y divulgación entre los países involucrados de los estándares y normas sanitarias.

- Se facilitará la extensión y el desarrollo de nuevos proyectos en el área de Telemedicina en otras zonas de difícil acceso a los servicios de salud.

- La interacción entre los distintos grupos en la red podría potenciar alianzas estratégicas y desarrollos colaborativos entre los países.

- La organización sanitaria enfrentará cambios al incorporar este tipo de tecnologías. La resolución diagnóstica mejorará en lugares remotos al contar con sistemas que incorporen la telemedicina como una herramienta útil, los procesos relacionados con la atención sanitaria se harán más eficientes al contar con información del paciente confiable y disponible.

- El uso racional de la telemedicina y el acceso e intercambio oportuno de datos clínicos de los pacientes entre médicos, prestadores de salud y administradores del sector posibilitarán un trabajo más eficiente y nuevas posibilidades de entregar medicina oportuna y de mejor calidad. Por otro lado la integración de sistemas y la estandarización del vocabulario médico facilitará el trabajo colaborativo entre profesionales.

- Será posible lograr un acceso más equitativo a los servicios sanitarios, áreas remotas podrían quedar conectadas a un sistema capaz de asistir y resolver problemas sanitarios, sean consultas entre un técnico de enfermería o promotor de salud y un centro de atención o entre médicos generales y especialistas.

- Mejora en la calidad de atención sanitaria. La incorporación de tecnología irá en beneficio de pacientes, que tendrán mejor acceso a la salud, del médico con información confiable, segura y oportuna y de la institución prestadora del servicio.

- Será posible contar con información epidemiológica de forma oportuna y compartirla para toma de decisiones adecuadas y conjuntas en la zona de influencia del proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Red implementada y funcionando
2. Personal de salud capacitada en Telemedicina y aspectos de salud en general en los distintos niveles de atención
3. Casos básicos y de especialidades atendidos
4. Casos de emergencias atendidos
5. Uso racional de recursos en las referencias de casos
6. Muertes evitadas
7. Base de datos consultada
8. Sistema de evaluación y seguimiento del proyectos

PROPONENTES
Dirección Regional de Loreto (Perú)
Universidad Nacional de Colombia
Pontificia Universidad Católica del Perú