

# Cooperación técnica en salud entre Colombia y sus países fronterizos

Yamileth Ortiz Gómez,<sup>1</sup> Elizabeth Trujillo<sup>2</sup> y José Milton Guzmán<sup>3</sup>

**Forma de citar** Ortiz Gómez Y, Trujillo E, Guzmán JM. Cooperación técnica en salud entre Colombia y sus países fronterizos. Rev Panam Salud Publica. 2011;30(2):153-9.

## RESUMEN

**Objetivo.** Caracterizar la cooperación técnica de Colombia con cuatro de sus países fronterizos y determinar las necesidades de formación de sus grupos técnicos binacionales (GTB).

**Métodos.** Investigación cualitativa basada en la revisión documental y en información suministrada por actores clave de este campo. Para explorar las necesidades de capacitación se aplicó una encuesta con los GTB de Colombia y Ecuador, la cual fue profundizada a través de grupos de discusión; se aplicaron técnicas de categorización deductiva e inductiva, y de triangulación por convergencia.

**Resultados.** Se obtuvieron 18 acuerdos/convenios y documentación de 12 proyectos de cooperación sanitaria en zona de frontera. La mayoría de los proyectos encontrados correspondían a cooperación multilateral. Los dos temas de cooperación priorizados fueron el Reglamento Sanitario Internacional y los Objetivos de Desarrollo del Milenio 6 y 7. Los GTB consideraron necesario un proceso de capacitación en gestión, diplomacia en salud y desarrollo de capacidades para la cooperación en ámbitos fronterizos.

**Conclusiones.** Las fronteras se exhibieron como escenarios complejos de intervención, donde el derecho internacional y la política exterior han delimitado las acciones de cooperación. Al definir la capacitación de los GTB, se sugiere considerar el marco normativo nacional e internacional y el contexto de las áreas fronterizas.

**Palabras clave** Cooperación internacional; cooperación técnica; áreas fronterizas; salud mundial; objetivos de desarrollo del milenio; vigilancia sanitaria; Colombia.

La autonomía de cada Estado demanda el desarrollo de estrategias que permitan asegurarle sus intereses y delimitar sus relaciones con los demás países. En este sentido, hasta 1990 la salud fue un asunto de baja prioridad para las cancillerías. Desde entonces, sin embargo, los gobiernos han demostrado un interés creciente en este asunto, parti-

cularmente en una política exterior que incorpore la salud internacional y en una “cooperación en salud” dirigida a concertar acciones alrededor de metas comunes (1-3).

En los últimos años, las relaciones internacionales vienen desempeñando un papel primordial para alcanzar las metas sanitarias mundiales, en tanto que el desarrollo de marcos normativos en las fronteras refleja la importancia de la salud para el comercio, la movilidad de la población, las finanzas y otros temas internacionales (1). En el caso de la salud, las relaciones transfronterizas se manifiestan en cuatro dimensiones: la diplomacia sanitaria mundial, la política

exterior del Estado, la cooperación internacional y la negociación en salud (1). De hecho, la diplomacia cumplió un papel crítico en la creación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), el Código Sanitario Panamericano, la Agenda de Salud de las Américas 2007-2016 y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (2, 4, 5).

La cooperación en salud se da tanto en forma bilateral —entre instituciones gubernamentales de dos estados— como multilateral —entre uno o varios países y uno o varios organismos internacionales. Hay además una tercera dimensión, una cooperación horizontal entre más de dos países y que suele denominarse coopera-

<sup>1</sup> Instituto Cisalva; Universidad del Valle. Cali, Colombia. La correspondencia se debe dirigir a Yamileth Ortiz Gómez. Correo electrónico: yortizg@gmail.com

<sup>2</sup> Empresa Social del Estado Pasto Salud (ESE), Pasto, Colombia.

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud, Bogotá, Colombia.

ción técnica entre países o entre países en desarrollo (CTPD) o Cooperación Sur-Sur, donde los actores son dos o más naciones en desarrollo entre las cuales pueden surgir acciones de tipo bilateral o multilateral (6). La CTPD se estableció con el propósito de facilitar el intercambio de experiencias y capacidades en el área de la salud —de forma horizontal, solidaria e integral— y para complementar la ayuda oficial al desarrollo (AOD), compensando en cierto modo la reducción de recursos provenientes de los donantes tradicionales (6). En los ámbitos regional y subregional la CTPD ha dado origen a diferentes experiencias: en la Comunidad Andina de Naciones al “Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue” (ORAS-CONHU), en la Unión de Naciones Sudamericanas (UNASUR) al “Consejo Sudamericano de Salud”, en el Mercosur a “Salud en el Mercosur” y en Mesoamérica al “Sistema Mesoamericano de Salud Pública” (7–10).

En el caso de Colombia, la política exterior que define la cooperación ha variado con cada gestión presidencial, reflejando las prioridades de los gobiernos más que una política de Estado (11). Recientemente, esta política ha dejado de centrarse en los países del norte para di-

rigirse a los países latinoamericanos, buscando una mayor diversificación diplomática, política y económica (12–15). En 2009, uno de los propósitos de este enfoque era consolidar las relaciones bilaterales y los procesos de integración fronteriza, lo que se ve reflejado en el plan de desarrollo del país y en su estrategia de cooperación 2007–2010 (16–18).

En el ámbito fronterizo, las políticas colombianas deben ajustarse a la Constitución de 1991, y a la Ley No. 10 de 1983 y su decreto reglamentario 3448 de 1983 (19, 20). El proceso descentralizador del país permite a los departamentos y municipios ubicados en zonas fronterizas ejecutar programas de cooperación e integración con sus similares de los otros países, destinados a fomentar el desarrollo de la comunidad, la prestación de servicios públicos y el cuidado del medio ambiente (21). Por su parte, el gobierno nacional tiene a cargo los comités territoriales fronterizos y las comisiones de vecindad e integración fronteriza, espacios donde el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) asesora frente a la política de integración y desarrollo fronterizo institucionales (22).

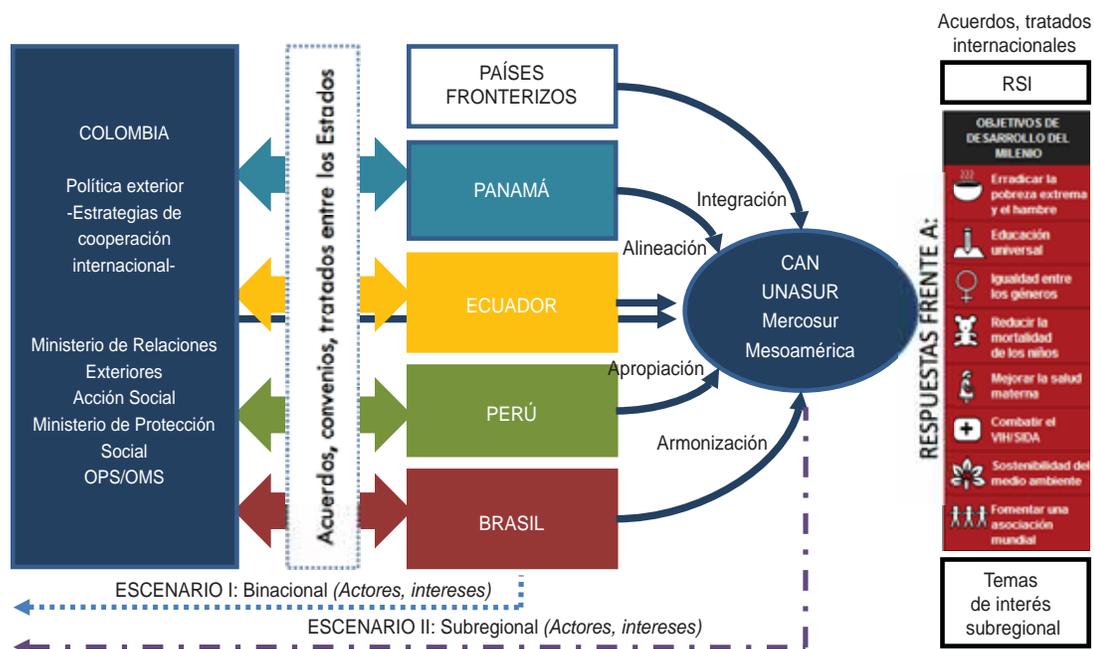
Así, se puede decir que la política exterior de Colombia, en zonas de frontera,

ha dado origen a un escenario complejo de interacciones cuya dinámica no ha sido suficientemente establecida (figura 1). El presente estudio tuvo dos objetivos complementarios: caracterizar la cooperación técnica de Colombia con cuatro de sus países fronterizos y determinar las necesidades de formación de sus grupos técnicos binacionales (GTB).

## MÉTODOS

Se utilizó un diseño cualitativo basado en la revisión de documentos oficiales y en información suministrada por actores claves (23). Para explorar las necesidades de capacitación se aplicó una encuesta con los GTB de Colombia y Ecuador que fue profundizada a través de un grupo de discusión; se aplicaron técnicas de categorización deductiva e inductiva, y de triangulación por convergencia. La información para caracterizar la cooperación técnica en salud de Colombia se obtuvo de los ministerios de salud y de las representaciones de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) de Brasil, Colombia, Ecuador, Panamá y Perú, y de un funcionario del ORAS-CONHU. Para explorar las necesidades de capacitación se

**FIGURA 1.** Integración de la política exterior y el derecho internacional en la cooperación fronteriza en salud, Brasil, Colombia, Ecuador, Panamá y Perú, 2009



**Fuente:** elaboración de los autores.

**Nota:** Abreviaturas. OPS/OMS: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud; CAN: Comunidad Andina; UNASUR: Unión de Naciones Sudamericanas; Mercosur: Mercado Común del Sur; RSI: Reglamento Sanitario Internacional.

recabaron datos de los integrantes de los GTB de la frontera colombo-ecuatoriana, considerando que este ha sido el espacio fronterizo con mayor desarrollo en procesos de cooperación.

La recolección de datos de los ministerios de salud y las representaciones se realizó a través de la revisión de documentos y de entrevistas semiestructuradas. Las actividades de revisión se basaron en un protocolo de búsqueda que cubrió los últimos nueve años de cooperación en frontera; los documentos fueron recogidos en los portales de las páginas oficiales de los ministerios y de los organismos de integración subregional.

Adicionalmente, se solicitó remitir los archivos existentes en medio magnético en los ministerios y las oficinas OPS/OMS de país que pudieran relacionarse con el tema. Se revisaron todos los proyectos, programas y convenios firmados entre Colombia y al menos uno de los países fronterizos, sin importar la financiación. Las variables de análisis incluidas fueron “modalidad de cooperación”, “donantes y receptores”, “temas de cooperación”, “tiempos de intervención” y “población beneficiaria”. En total se obtuvieron 36 documentos, 18 correspondientes a soportes para la cooperación y 18 a proyectos, programas o convenios sobre temas específicos a desarrollar. Todo el material recogido fue revisado y clasificado de acuerdo con un manual de códigos, definido según las categorías deductivas e inductivas que surgieron con la revisión de los documentos. Dado que no todos los proyectos de cooperación se encontraban centralizados en la oficina de cooperación a nivel nacional, la información obtenida puede haber omitido otras experiencias realizadas a nivel binacional.

Las entrevistas semiestructuradas se aplicaron a ocho funcionarios de los ministerios de salud de los países y a un funcionario del ORAS-CONHU, identificados como actores clave de la cooperación por las oficinas de la OPS/OMS de cada país a solicitud directa de la representación en Colombia. A todos se les entrevistó por el entorno de colaboración *Illuminate*, con preguntas acerca del marco normativo de su país que definía la relación con Colombia (en salud) en la frontera, temas de cooperación, proyectos existentes, lecciones aprendidas, condiciones facilitadoras, limitantes y, finalmente, su percepción sobre qué aspectos de estos procesos deberían ser fortalecidos.

La información sobre necesidades de capacitación se obtuvo mediante una encuesta estructurada, complementada con una entrevista grupal, que fue diligenciada por 30 integrantes de los GTB convocados para una reunión oficial en frontera. Entre los encuestados hubo enfermeras, médicos, profesionales del área social y técnicos en salud, con predominio de la representación de Colombia. Se indagaron aspectos relacionados con competencias para el trabajo en frontera, competencia para relacionarse con otros y competencia para gestionar la cooperación internacional en salud. Cada una de estas categorías fue calificada por los entrevistados como: necesaria, aportante o irrelevante para la cooperación. Finalizada la encuesta, se realizó una entrevista grupal donde se profundizó sobre el trabajo en fronteras y sobre las condiciones que facilitan o limitan los procesos. El análisis de la información incluyó procedimientos de categorización deductiva e inductiva, y triangulación por convergencia (23, 24).

## RESULTADOS

### La cooperación en salud entre Colombia y cuatro de sus fronteras

La revisión de las páginas oficiales de los ministerios de salud no arrojó información de interés para el estudio; en algunos casos solo se encontraba el nombre del proyecto. En las páginas oficiales de las cancillerías se pudieron extraer algunos acuerdos, convenios y memorandos firmados en el marco de la CTPD entre Colombia-Panamá y Colombia-Brasil.

Se recuperó un total de 18 documentos vinculados a la CTPD con Colombia, incluyendo actas, acuerdos, convenios, tratados y memorandos que respondían a la firma de compromisos interestatales para garantizar el cumplimiento de lineamientos internacionales y, en particular, de acciones en zonas fronterizas sobre temas relacionados con el RSI y los ODM. Ocho de estas resoluciones eran acuerdos con Brasil, cuatro con Ecuador y cuatro con Perú. Nueve de los 18 proyectos de cooperación binacional fueron formulados en 2007, con vigencias de 5 a 60 meses, y 12 consideraban como población de intervención la Zona de Integración Fronteriza —seis de Panamá, cinco de Ecuador y uno de Perú. Los proyectos binacionales entre Colombia y Brasil no aludían a zonas fronterizas.

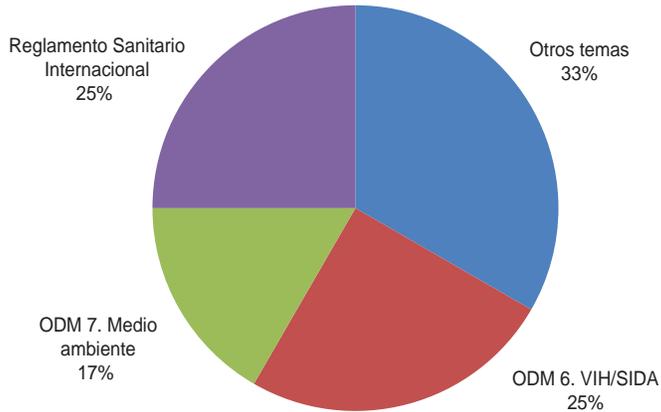
Los funcionarios de Brasil solicitaron diferenciar entre cooperación e integración, considerando que los acuerdos bilaterales realizados en el marco de la cooperación no siempre conducen a proyectos específicos, como es el caso del RSI. Los entrevistados coincidieron en que las fronteras son espacios complejos de intervención, mediados por diversos intereses y actores que influyen en el éxito o el fracaso de las iniciativas de cooperación. Algunos entrevistados reconocieron también las tensiones existentes entre los gobiernos, aludiendo precisamente al potencial de la salud para lograr la integración.

Solo cinco de los 12 proyectos fronterizos identificados correspondían a una iniciativa binacional —los cinco formulados entre Colombia y Ecuador. En el caso de Perú se trató de una iniciativa desde los municipios de la frontera, mientras los proyectos con Panamá, aunque respondían a temas prioritarios, solo eran intervenidos desde este país y no de forma binacional. La cooperación multilateral contribuyó al desarrollo de nueve de los proyectos revisados, entre los cuales la Comunidad Europea, el Fondo Global y la Organización Internacional para las Migraciones fueron los organismos más visibles. La Comunidad Andina participó en un proyecto ejecutado y uno para financiación. Tres de todos los proyectos tenían financiación de los gobiernos y/o las representaciones de los países fronterizos.

Los entrevistados hicieron referencia a la falta de mecanismos para garantizar la financiación, así como al hecho de que si bien los Estados asignan recursos a este tipo de proyectos, lo hacen de manera insuficiente. Según los entrevistados, la subregión andina ha logrado consolidar dos fuentes de financiación: la Corporación Andina de Fomento (CAF) y el Instituto de Integración de América Latina y el Caribe (INTAL), ambas con el objeto de conformar un fondo que garantice la ejecución de proyectos de cooperación —en el caso de la CAF exclusivamente en la Comunidad Andina.

El cumplimiento del RSI y el logro del ODM6 —combatir el VIH/Sida— fueron los temas priorizados en la CTPD, entre otros tales como reducción de residuos sólidos, uso de tecnologías de información y comunicación y capacitación de recursos humanos, en especial promotores de salud (figura 2). Los GTB entrevistados hicieron referencia a la existencia de con-

**FIGURA 2. Temas de intervención prioritarios para los grupos técnicos binacionales entrevistados, según los compromisos asumidos internacionalmente, Brasil, Colombia, Ecuador, Panamá y Perú, 2009**



**Fuente:** elaboración de los autores.

**Nota:** Abreviaturas. ODM: Objetivo de Desarrollo del Milenio.

venios para intercambiar información en salud pública y experiencias de buenas prácticas en vigilancia epidemiológica.

Los contenidos de las entrevistas demostraron que las relaciones entre Colombia y Ecuador son armoniosas, en gran parte gracias a actitudes generadas desde las administraciones locales (alcaldes) y del sector salud de ambos países. En opinión de los GTB, esta situación ha facilitado la coordinación de aspectos como la atención de pacientes, el acompañamiento en el desarrollo de acciones específicas de salud pública, la solicitud de permisos para brindar atención integral en salud y el desplazamiento de personal en los corredores fronterizos.

### Capacitación de los grupos técnicos binacionales

Los participantes en las entrevistas se refirieron también a ciertos componentes o circunstancias que podrían facilitar o limitar las actividades de cooperación binacional. Según los GTB, su actividad se ha centrado en temas de salud pública de interés binacional, incluida la capacitación en epidemiología, vigilancia de áreas de salud pública prioritarias (p. ej. virus A H1N1, VIH/Sida y mortalidad perinatal y materna); cobertura de vacunación; saneamiento ambiental (p. ej. fuentes y calidad del agua); control de tuberculosis, y enfermedades transmitidas por alimentos. No obstante, los técnicos entrevistados reconocieron como limitantes de la cooperación la inestabilidad

del personal en la zona y la falta de continuidad en la capacitación, aunque a este respecto hubo divergencias, por ejemplo por un lado se dijo que “no es evidente el fortalecimiento del recurso humano de la frontera como interés del gobierno local, debido a que el sector salud no se ha priorizado dentro de las mesas locales y departamentales de frontera”, mientras que otro entrevistado señaló que “el nivel central y local han buscado fortalecer el recurso con personal idóneo y buscando opciones de capacitación”.

Si bien la información obtenida sugiere que la gestión se encuentra claramente definida por cada país, las diferencias de sus modelos de salud han limitado la cooperación y la prestación de los servicios en la frontera. En tal sentido, 25 de 30 encuestados consideraron necesario desarrollar el conocimiento sobre la normatividad existente, los procesos de armonización, los mecanismos para garantizar la participación y la garantía de derechos con un enfoque diferencial (cuadro 1).

En cooperación, 10 de los 30 encuestados consideraron que aporta en sus competencias la capacitación en el manejo transparente de los recursos, pero que realmente no era necesaria, mientras 5 consideraron irrelevante tener conocimientos sobre la gestión de estos recursos (cuadro 2). En relación con la diplomacia en salud, los entrevistados resaltaron que tenían que mejorar su desempeño en el conocimiento de los mecanismos de integración y el manejo de

situaciones diplomáticas críticas como condiciones necesarias para el trabajo en la frontera (cuadro 3).

Finalmente los encuestados mencionaron que el trabajo en escenarios fronterizos requería tener en cuenta las características siguientes: la extensión del territorio; la población migrante que no se encuentra censada, dificultando aún más las intervenciones; la consideración de estos territorios como un escenario propicio para el contrabando y la ilegalidad, y la poca familiaridad a nivel nacional con los problemas particulares de las fronteras. En este primer intento de diagnóstico se detectó la necesidad de establecer un proceso de formación continua y sostenible dirigido a los integrantes de los GTB y de considerar los requerimientos y condiciones de los escenarios fronterizos para viabilizar las propuestas de intervención.

### DISCUSIÓN

El estudio corroboró la existencia de mecanismos de concertación entre los gobiernos que generan marcos normativos, actas, convenios y memorandos, donde se explicitan intereses y acciones que podrían ser desarrolladas de manera conjunta. En el caso particular de Colombia y sus países fronterizos, los proyectos identificados muestran concordancia con los objetivos y la proyección internacional del país (11). La cooperación entre Colombia y estos países, en armonía con el propósito de la CTPD de promover proyectos que cumplan los lineamientos internacionales y respondan a la realidad local, ha privilegiado la aplicación del RSI y el cumplimiento de los ODM 6 y 7 —priorizando el acceso a agua potable (25, 26). Investigaciones previas en los corredores fronterizos de Puerto Asís (Colombia) y Lago Agrio (Ecuador) refieren también la influencia de los acuerdos supranacionales —como los ODM— sobre la gestión en salud (27).

Se detectaron deficiencias en la aplicación del marco normativo que dificultan la asignación de recursos por parte de las autoridades nacionales, situación que no se condice con la opinión de los entrevistados que confirieron poco valor al fortalecimiento de las capacidades de gestión.

Desde 1997 se ha reconocido la necesidad de contextualizar la cooperación y los temas seleccionados para el trabajo en zonas de frontera consideradas como

**CUADRO 1. Valorización de competencias en gestión de la salud, según grupos técnicos binacionales de la frontera Colombia-Ecuador, 2009**

Competencia (n = 30)	Calificación	
	Necesaria	Aporta
Conocimiento de:		
Armonización de la cooperación en salud	25	5
Estrategias de negociación para la cooperación en salud	20	10
Mecanismos de concertación para la cooperación en salud	20	10
Mecanismos para garantizar la participación social en salud	25	5
Mecanismos para garantizar los derechos con enfoque diferencial en salud	25	5
Normatividad de países fronterizos	30	0

Fuente: elaborado por los autores.

**CUADRO 2. Valorización de competencias en cooperación internacional, según grupos técnicos binacionales de la frontera Colombia-Ecuador, 2009**

Competencia (n = 30)	Calificación		
	Necesaria	Aporta	Irrelevante
Capacidad para:			
Ejercicio del monitoreo y evaluación de la cooperación	25	5	0
Gestión de recursos de cooperación	20	5	5
Manejo transparente de recursos	20	10	0
Trabajo con enfoque diferencial	25	5	0

Fuente: elaborado por los autores.

**CUADRO 3. Valorización de competencias en diplomacia en salud, según grupos técnicos binacionales de la frontera Colombia-Ecuador, 2009**

Competencia (n = 30)	Calificación	
	Necesaria	Aporta
Uso del conocimiento sobre:		
Manejo en salud de situaciones diplomáticas críticas	15	15
Organismos internacionales	15	15
Política exterior y relaciones exteriores	25	5
Realidad fronteriza en salud	25	5
Relaciones internacionales	30	0
Capacidad de acertar en las relaciones binacionales locales en el sector salud	30	0

Fuente: elaborado por los autores.

“puntos ciegos en la cooperación” donde los recursos son limitados (28). En este estudio, las fronteras se exhibieron como espacios complejos, donde la capacidad de influencia de los gobiernos nacionales es limitada y por tanto sus mandatos no siempre pueden cumplirse a cabalidad; las fronteras se dimensionan también como ámbitos de acción local y lideradas por las autoridades municipales (27).

Dentro de los proyectos revisados, se halló que los organismos internacionales fueron las principales fuentes de financiación. Tal realidad, sumada a que existen recursos escasos para la cooperación en zonas de frontera, sugiere la urgencia de definir mecanismos internos y subregionales que faciliten el desarrollo de los proyectos formulados (28). Aun cuando

la CAF y el INTAL han aportado fondos, no deberían ser considerados como únicas fuentes de financiamiento sino más bien como experiencias que ayuden a desarrollar otros mecanismos de cooperación fronteriza.

Entre las razones que limitan la cooperación en el corredor Colombia-Ecuador figuran la situación del orden público, las dificultades geográficas de acceso y la falta de coordinación entre los organismos de cooperación internacional (27). Aunque estos aspectos no se reflejaron en la valoración de las competencias de gestión, sí lo hicieron cuando los entrevistados se refirieron a las complejidades de la frontera, pues se trata de factores estructurales que pueden condicionar la integración de acciones.

El tema de la vigilancia en los espacios fronterizos fue el que recibió mayor atención en la cooperación, en particular para responder al RSI. Por ejemplo, un estudio en las fronteras de Colombia con Brasil, Ecuador y Perú —dirigido a reconocer la capacidad instalada— mostró que en la mayor parte de las variables estudiadas existía legislación sobre el tema, se tenía una estructura organizativa y financiamiento para las acciones de vigilancia y, para cerca de la mitad de los aspectos evaluados, había normas y procedimientos estandarizados (29). Este interés especial demuestra la importancia del trabajo fronterizo en temas que tienen un soporte desde el ámbito internacional y la necesidad de procesos de capacitación continua y de estandarización considerando las realidades nacionales.

De los hallazgos del estudio se desprende que los procesos de formación de GTB deberían considerarlos como participantes directos en la formulación y la implementación de los proyectos de cooperación, incluyendo componentes como la planificación con enfoque diferencial, el monitoreo y la evaluación de la cooperación internacional en salud en fronteras, la alineación de la cooperación entre países, los acuerdos de cooperación fronterizos, la gestión de proyectos sanitarios, los recursos humanos en salud y la gestión de la salud pública internacional en las fronteras.

Vale señalar que, dadas las características del estudio, no será posible extrapolar sus resultados a otros escenarios. Como ya se dijo, la información que se esperaba recolectar través de las fuentes secundarias fue escasa debido a que la sistematización de cooperación a nivel microterritorial se encuentra en una etapa temprana en estos países (4). De la misma forma, los comentarios expuestos por los integrantes de los GTB de Colombia y Ecuador responden a sus percepciones sobre el proceso a nivel local que, como se ha visto, obedece a su vez a las condiciones particulares de cada lugar.

A continuación se enumeran las conclusiones y recomendaciones extraídas del trabajo.

## Conclusiones

- La cooperación está delimitada por el derecho internacional, independientemente de su modalidad y de su ámbito; en este caso se hace referencia a la cooperación que realiza Colombia

- en el marco de la AOD y la que establece como CTPD.
- Es importante diferenciar los procesos de integración y los proyectos de cooperación que son realizados entre Colombia y sus países fronterizos, con objeto de aprovechar las lecciones aprendidas que puedan servir en futuros procesos de negociación internacional.
  - Dado que la documentación y la sistematización de los proyectos de cooperación realizados entre los estados son escasas, es preciso que los ministerios de salud o las oficinas encargadas de la cooperación internacional formulen e implementen procesos de sistematización, y establezcan procedimientos para mantener información actualizada sobre la cooperación que se realiza al nivel de país.
  - La valoración realizada por los GTB sobre sus competencias sugiere que hace falta establecer un programa de capacitación continua con referentes teóricos, conceptuales y metodológicos

que les permitan capacitarse en el servicio.

- Si bien la CAF y el INTAL han aportado fondos, no deberían ser considerados como únicas fuentes de financiamiento sino más bien como experiencias que ayuden a desarrollar otros mecanismos de cooperación fronteriza.

### Recomendaciones

- Se propone considerar la “integración de acciones” como una forma de cooperación entre Estados, en calidad de estrategia de trabajo conjunto.
- Se cree necesario implementar al interior de los ministerios de salud estrategias que faciliten la documentación de los procesos de cooperación técnica que realiza el país, de tal forma que sea posible optimizar recursos y lograr una verdadera armonización y alineación de estos esfuerzos.
- Se requiere avanzar en la evaluación de la CTPD en zonas fronterizas como una forma de identificar buenas prác-

licas que puedan ser reproducidas en otros escenarios.

- En cuanto a la capacitación se recomienda considerar un enfoque basado en problemas, exigiendo niveles de conocimiento, análisis y de toma de decisiones en el marco de la salud internacional (30–32).

**Agradecimientos.** Los autores agradecen a los funcionarios de la Representación de la OPS/OMS en Colombia por los contactos realizados para llevar a cabo el presente trabajo, a los ministerios de salud de Brasil, Colombia, Ecuador, Panamá y Perú por su apoyo en la búsqueda de información y por haber participado en las entrevistas. Expresan también su gratitud al ORAS-CONHU por aceptar la invitación a participar en el estudio, así como al Instituto Departamental de Salud de Nariño y a los integrantes de los GTB de Colombia y Ecuador que asistieron a la reunión realizada en frontera.

### REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud. 48 Consejo Directivo, 60ª sesión del Comité Regional [sep 21, reporte CD48/15]. Washington, DC: OPS; 2008.
2. Salomón M. La teoría de las relaciones internacionales en los albores del siglo XXI: diálogo, disidencia, a aproximaciones. Revista electrónica de estudios internacionales; 2002. Disponible en: [http://www.cedep.ifch.ufrgs.br/Textos\\_Elet/pdf/Salomon.pdf](http://www.cedep.ifch.ufrgs.br/Textos_Elet/pdf/Salomon.pdf) Acceso el 12 de julio de 2007.
3. Castro J, Medina J, Cosentino C, Castillo O. La cooperación internacional en salud I: Tunupa o la arquitectura de los caminos de la solidaridad y el desarrollo. Acta Med Peruana. 2008; 25(3):181–6.
4. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud para las Américas 2008–2017. Washington, DC: OPS; 2007.
5. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de desarrollo del milenio. Disponible en: [http://www.undp.org/spanish/mdg/undps\\_role.shtml](http://www.undp.org/spanish/mdg/undps_role.shtml) Acceso el 12 de julio de 2011.
6. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, 2007. Volumen I, Regional. Capítulo 5: Salud y cooperación internacional. Washington, DC: OPS; 2007. Pp. 406–26.
7. Organismo Andino de Salud. Convenio Hipólito Unanue. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/> Acceso el 12 de julio de 2011.
8. Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR). Comunidad Andina. Secretaría general. Quié-
9. Mercado Común del Sur (Mercosur). Acerca del Mercosur. Disponible en: [http://www.mercosur.int/t\\_generic.jsp?contentid=655&site=1&channel=secretaria&seccion=2#social](http://www.mercosur.int/t_generic.jsp?contentid=655&site=1&channel=secretaria&seccion=2#social) Acceso el 12 de julio de 2011.
10. Sistema mesoamericano de salud Pública (SMSP). Proyecto integración y desarrollo de Mesoamérica; 2009. Disponible en: [http://portal2.sre.gob.mx/mesoamerica/index.php?option=com\\_content&task=view&id=57&Itemid=45](http://portal2.sre.gob.mx/mesoamerica/index.php?option=com_content&task=view&id=57&Itemid=45) Acceso el 22 de julio de 2011.
11. Ministerio de Relaciones Exteriores, Colombia. Política exterior de Colombia 2002–2006. Introducción. La política exterior en el mundo cambiante. Colombia: Imprenta Nacional de Colombia; 2007. Pp. 11–47.
12. Tokatlian J. La mirada de la política exterior de Colombia ante un nuevo milenio: ¿ceguera, miopía o estrabismo? Colombia Internacional. 2000;48:35–43. Disponible en: <http://colombia.international.uniandes.edu.co/view.php/361/index.php?id=361> Acceso el 12 de julio de 2011.
13. López A. Memoria. Ministerio de Relaciones Exteriores: 1968–1969. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 1970. Pp. 31–3.
14. Galán J. Diagnóstico de la política exterior colombiana. Una visión del senado de la república. Colombia Internacional. 2007;(65):164–78. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=81206509> Acceso el 12 de julio de 2011.
15. Ardila M, Cardona D, Ramírez S. Colombia y su política exterior en el siglo XXI. Bogotá: Fondo Editorial CEREC; 2005.
16. Ministerio de Relaciones Exteriores, Colombia. Objetivos de la política exterior. Disponible en: [http://www.cancilleria.gov.co/wps/portal/intranet!/ut/p/c0/04\\_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3gLUzfLUH9DYwN\\_A0NzAyM3Iyd30wALi28nM\\_2CbEdFAIPrMA8!/?WCM\\_PORTLET=PC\\_7\\_UVRV2SD308FK40I0OSIGEP0004\\_WCM&WCM\\_GLOBAL\\_CONTEXT=/wps/wcm/connect/WCM\\_INTRANET\\_MRE/intranet/vision/vigilancia+2009+2010](http://www.cancilleria.gov.co/wps/portal/intranet!/ut/p/c0/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3gLUzfLUH9DYwN_A0NzAyM3Iyd30wALi28nM_2CbEdFAIPrMA8!/?WCM_PORTLET=PC_7_UVRV2SD308FK40I0OSIGEP0004_WCM&WCM_GLOBAL_CONTEXT=/wps/wcm/connect/WCM_INTRANET_MRE/intranet/vision/vigilancia+2009+2010) Acceso el 11 de julio de 2009.
17. Departamento Nacional de Planeación (DNP), Colombia. Plan Nacional de desarrollo. Estado comunitario: desarrollo para todos; 2006–2010. Bogotá: DNP; 2007.
18. Dirección de Cooperación Internacional de la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, Colombia. Estrategia de cooperación internacional 2007–2010.
19. República de Colombia. Decreto reglamentario 3448 de 1983. Por el cual se establece el estatuto especial para las zonas fronterizas, se otorgan estímulos e incentivos para su desarrollo y se dictan otras disposiciones. Bogotá: 1984.
20. República de Colombia. Constitución Política de Colombia. Bogotá; 2008.
21. República de Colombia. Ley 191 de 1995. Por medio del cual se dictan disposiciones sobre Zonas de Frontera. Bogotá; 1995.
22. Ministerio de Relaciones Exteriores, Colombia. Comisiones de vecindad. Instancias multi-

- laterales en las que confluyen temas asociados a la integración fronteriza. Disponible en: <http://www.cancilleria.gov.co/wps/portal/espanol#inicio> Acceso el 22 de septiembre de 2009.
23. Bonilla-Castro N, Rodríguez P. Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales. 3.a revisión. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 1997. Pp. 285-9.
  24. Organización Panamericana de la Salud. Sala Interactiva de Salud Internacional de Colombia. Disponible en: [http://72.249.12.201/wordpress-mu/colombia/?page\\_id=106](http://72.249.12.201/wordpress-mu/colombia/?page_id=106) Acceso el 12 de julio de 2011.
  25. Organización Panamericana de la Salud. Salud en Sudamérica 2008. Capítulo 8: Agendas múltiples de salud en los procesos de integración. Washington DC: OPS; 2009. Pp. 74-9.
  26. Organismo Andino de Salud. Convenio Hipólito Unanue. Guía para el análisis de situación de salud de las poblaciones en ámbitos de frontera de los países andinos. Lima: ORAS CONHU; 2009.
  27. Saboya M, Posada I, Velandía P, Arauz V, Camacho A. Salud fraternizando la frontera Colombo-Ecuatoriana; 2008. Programa de Líderes en salud Internacional. Disponible en: <http://devserver.paho.org/virtualcampus/moodle/course/view.php?id=100&page=2364> Acceso el 20 de julio de 2011.
  28. Mendoza G. Salud fronteriza: tema y objeto de estudio. RESPYN. 2004;(3):1. Disponible en: [http://www.respyn.uanl.mx/v/3/editorial/editorial\\_salud\\_fronteriza.htm](http://www.respyn.uanl.mx/v/3/editorial/editorial_salud_fronteriza.htm) Acceso el 12 de julio de 2011.
  29. Rodríguez H, Quiros H, Valderrama J. Armonización de la vigilancia sanitaria interfronteriza: una propuesta vinculante en salud internacional. Programa de Líderes en salud Internacional. Disponible en: <http://devserver.paho.org/virtualcampus/moodle/course/view.php?id=100&page=2364> Acceso el 20 de julio de 2011.
  30. Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), Colombia. A propósito de la educación a distancia: parámetros fundamentales para la construcción de un modelo pedagógico. Bogotá: UNAD; 2000.
  31. Bravo N. Pedagogía problemática. Acerca de los nuevos paradigmas en educación. Bogotá: Convenio Andrés Bello; 1997. Pp. 113-39.
  32. Zemelman H. Conocimiento y sujetos sociales. México: Colegio de México; 1987. Pp. 23-32.

Manuscrito recibido el 28 de febrero de 2011. Aceptado para publicación, tras revisión, el 11 de julio de 2011.

## ABSTRACT

### Technical cooperation for health between Colombia and bordering countries

**Objective.** Characterize the technical cooperation of Colombia with four bordering countries and determine the training needs of the binational technical groups (BTGs).

**Methods.** Qualitative investigation based on document review and information provided by key actors in this field. To explore training needs, a survey of Colombia-Ecuador BTGs was conducted. Further information was obtained through discussion groups. Deductive and inductive categorization techniques were applied, as well as convergence using the triangulation method.

**Results.** Eighteen agreements/conventions and the documentation from 12 border-area health cooperation projects were obtained. The majority of the projects involved multilateral cooperation. The two priority cooperation topics were the International Health Regulations and Millennium Development Goals 6 and 7. The BTGs considered training in management, health diplomacy, and capacity-building necessary for cooperation in border areas.

**Conclusions.** The border areas exhibited complex intervention scenarios, where international law and foreign policy have defined cooperative actions. In determining the training for BTGs, the national and international regulatory framework and context of the border areas should be taken into account.

## Key words

International cooperation; technical cooperation; border areas; world health; millennium development goals; health surveillance; Colombia.