

Dr. Robert L. Bach: El Dr. Bach está actualmente en el cuerpo docente del Center for Homeland Defense and Security, Naval Postgraduate School, Monterey, California. En el ámbito independiente, trabaja como consultor sobre seguridad del territorio nacional, sobre todo en lo que se refiere a los temas de seguridad de la frontera y del transporte, y la preparación basada en la comunidad. La investigación de Bach incluye proyectos sobre la migración, la pobreza y la vulnerabilidad social en Vietnam y otros países subdesarrollados, y sirve como planificador estratégico y consejero sobre políticas de desarrollo educacional en los Estados Unidos.

Anteriormente, el Dr. Bach fue Director de la División de Inclusión Mundial de la Fundación Rockefeller, donde se concentró en la pobreza y la exclusión social en asuntos transnacionales y mundiales. El Dr. Bach fungió también como Vice-Director de la División de Comunidades de Trabajo de la Fundación. De 1994 a 2000, el Dr. Bach trabajó en el Servicio de Inmigración y Naturalización del Departamento de Justicia de los Estados Unidos, en calidad de Comisionado Asociado Ejecutivo para Política, Planeación y Programas. Trabajó extensamente sobre asuntos fronterizos e internacionales, especialmente con México y Canadá. La beca del Dr. Bach se concentra en empleo, inmigración, seguridad nacional y humana y políticas públicas tanto dentro de los Estados Unidos como en todo el mundo. Fue profesor de la Universidad estatal de Nueva York en Binghamton, y obtuvo su doctorado de la Universidad Duke. Se graduó summa cum laude de la Universidad de Pensilvania.

Lic. Richard Kiy: Desde 2001, el Lic. Kiy actúa como Presidente y Director General de la International Community Foundation (ICF), organización filantrópica comprometida con la promoción de la filantropía y el voluntariado transfronterizos, con énfasis en la frontera México-Estados Unidos y Baja California. Antes de entrar a la ICF, el Lic. Kiy fue Vicepresidente para Desarrollo de Negocios en PriceSmart, Inc., uno de los principales menudistas en mercados emergentes que opera en todo Centroamérica, el Caribe y las Filipinas. También fue Vicepresidente con la Corporación Science Applications Internacional (SAIC por sus siglas en Inglés) donde trabajó en México y Venezuela con un enfoque en desarrollo empresarial y soluciones tecnológicas ambientales.

La experiencia en el sector público del Lic. Kiy incluye haber sido Principal Subsecretario Asistente para Seguridad y Salud Ambientales en el Departamento de Energía de los Estados Unidos, además de haber tenido otros puestos de alto nivel en el gobierno de los Estados Unidos, incluso Agregado para asuntos ambientales en la embajada de EUA en México y Asistente especial para asuntos fronterizos México-EUA en la EPA (Agencia de Protección al Medio Ambiente) de los Estados Unidos.

Graduado de la Universidad de Stanford y de la escuela de gobierno John F. Kennedy de la Universidad de Harvard, el Lic. Kiy es también co-autor del libro Environmental Management Along North America's Borders y es co-editor de The Ties that Bind Us: Mexican Migrants in San Diego County.

Contenido

Sobre los co-autores	1
Reconocimientos	3
Prefacio	4
PARTE 1: Introducción	5
PARTE II: Déficit de Atención a La Salud Transfronteriza	8
PARTE III: Barreras Institucionales a La Salud Transfronteriza	15
PARTE IV: Un Programa Estratégico para la Salud	26
PARTE V: Destino Compartido, una Llamada para la Acción	33
Apéndices	35
Bibliografía	35

La International Community Foundation (ICF) quiere expresar su agradecimiento a las personas e instituciones que dieron de su tiempo, experiencia y apoyo financiero para que fuera posible el presente informe: Un Destino Compartido. En particular, agradecemos al California Endowment por haber patrocinado este informe.

También agradecemos a las personas que han colaborado con nosotros y nos han ofrecido asesoría e información lo cual ha hecho posible este informe, entre ellas la Dra. Rosemarie Johnson, de la Comisión de Salud en la Frontera EUA-México, Ricardo Jiménez, MPH, y la Dra. Irma Gigli, M.D., Directora del Centro de Inmunología y Enfermedades Autoinmunes del Centro de Ciencias y Salud de la Universidad de Texas Houston y miembro del Consejo de la Mesa Directiva de la ICF.

Agradecemos también profundamente el apoyo de Amy Ezquerro y Galatea Audio-Visual de Tijuana, B.C. en el área de diseño gráfico y disposición del informe, así como la valiosa ayuda de los siguientes miembros del personal de ICF, Hong Shen, Dion Ward, Dimitri Saad, Chelsea Mohahan y Julieta Mendez que dieron apoyo logístico, editorial, de investigación y apoyo técnico de la web para la producción de este documento y a Cristina del Castillo por el trabajo de traducción para la producción de este documento.

Prefacio

Los riesgos de salud pública que se han gestado en la región fronteriza, San Diego-Baja California exigen una atención inmediata. Con más frecuencia, los programas de salud pública que funcionan de un lado de la frontera se vuelven incapaces de prevenir o responder a las tasas crecientes de enfermedades infecciosas (como tuberculosis y VIH), dolencias crónicas (como obesidad), y, aún más urgente: los riesgos de bioterrorismo, contaminación alimenticia, y otras fuentes de enfermedad y amenazas transnacionales, debido a que la frontera se convierte en una región cada vez más integrada por las alianzas económicas transfronterizas, intercambio comercial, viajes, y migración que se han desarrollado entre entidades de ambos lados.

Varios estudios continúan documentando los problemas que se enfrentan en la región binacional, pero la concientización es solamente parte del dilema. Más bien, el desafío se manifiesta en un estancamiento de liderazgo por parte de las instituciones y políticos que no permite que el conocimiento se transforme en acción efectiva. Programas existentes de salud son pequeños y fragmentados; no existe una estrategia integrada y coherente que atraiga recursos suficientes para hacer un cambio; y el sector público por ambos lados no está en una posición para dirigir el proceso.

Este informe destaca las carencias que existen en el área de salud de la región fronteriza de San Diego-Baja California, sobre todo en cuestiones de acceso a la atención médica y riesgos a la salud; también identifica barreras institucionales que actualmente impiden la expansión de acceso. El informe subraya que la necesidad de expandir servicios transfronterizos de salud es más urgente ahora que nunca; además esta necesidad se extiende más allá de servir al residente común de la región fronteriza, ya que también abarca un número creciente de Americanos con ingresos fijos que al jubilarse se mudan a vivir en Baja California de forma permanente por razones económicas.

Este informe es un intento a ofrecer soluciones prácticas para sobrepasar barreras existentes, presentando una agenda estratégica para mejorar la calidad de salud binacional. Más allá de la necesidad de aumentar la investigación y documentación en el área de la salud transfronteriza y promover reformas regulatorias en ambos lados de la frontera; la agenda del presente estudio se enfoca en presentar las siguientes recomendaciones: mejorar el uso de tecnología, especialmente en el área de telemedicina; expandir servicios transfronterizos de emergencia de salud; formalizar equipos transfronterizos de protección contra traficantes de seres humanos; re-diseñar programas para enfermedades específicas en el área de la frontera; y poner un énfasis en métodos estratégicos preventivos, en vez de reactivos, para incrementar el nivel de apoyo financiero a los servicios de salud transfronterizos. Este informe también proclama un llamado a la acción,

partiendo de una Cumbre Regional Sobre la Salud que incluya líderes del sector privado y de organizaciones no gubernamentales. El objetivo de la cumbre es iniciar una campaña comunitaria para identificar estrategias de coordinación que aumenten el nivel de inversión y participación en temas que presenten un riesgo transfronterizo a la salud. El fin de dichas estrategias es dar respuesta a una pregunta crucial: ¿Qué logros se pueden realizar por medio de una colaboración transfronteriza, que de la otra forma no podríamos lograr si nos mantenemos trabajando en aislamiento?

Con este llamado a la acción, la International Community Foundation (ICF) invita a líderes regionales a participar en discusiones iniciales con el fin de dar forma a la Cumbre de Salud. Este informe está diseñado para empezar este proceso, ya que provee una discusión sobre el origen de los problemas que una campaña binacional de la salud tiene que sobrepasar, y ofrece ideas para provocar el diálogo. Específicamente, se necesita que las estrategias binacionales diseñen programas que encajen con la manera en que personas, comunidades, y el sector económico funcionan a través y a lo largo de la región fronteriza. Dichos esfuerzos requieren de un liderazgo que abarque y se adapte a la dinámica de ambos lados de la frontera, logrando sobrepasar la desalineación institucional entre la manera en que los programas de salud son organizados y financiados actualmente, y las maneras en que individuos, familias, trabajadores, y empresas viven y trabajan.

Este informe es parte de una serie de estudios que ICF ha realizado, por medio de los cuales se han subrayado las implicaciones profundas que la integración transfronteriza trae consigo en la región binacional de San Diego-Baja California. En su primer informe, Blurred Borders (Fronteras Desvanecidas), ICF documentó una variedad de asuntos políticos y sociales que exigen nuevas perspectivas y estrategias que involucran al sector privado y no-gubernamental, esfuerzos filantrópicos así también como de los gobiernos. La seguridad en el área de salud se destacó como uno de los temas con más urgencia, ya que se reconocía tanto los riesgos urgentes que amenazan la región, así también como el potencial que existe en esta comunidad binacional para hacerle frente a dichas amenazas.

La región San Diego-Baja California tiene tanto la reputación, así como la experiencia de aplicar estrategias innovadoras para mejorar la seguridad y la salud de la economía y la comunidad en ambos lados de la frontera. Una campaña exitosa también ofrecería esperanza para otras regiones de la frontera que enfrentan problemas parecidos y que no cuentan con los recursos. Así como lo han indicado las estrategias federales contra la influenza pandémica, los riesgos de salud no se pueden detener en la frontera. Estrategias requieren trabajar de manera transfronteriza. En nuestra región binacional, el bienestar de la comunidad, la prosperidad económica y la salud personal exigen que trabajemos más allá de los límites fronterizos.



PARTE I

INTRODUCCIÓN

Destino Compartido. Formando una Agenda Binacional para temas prioritarios en el área de salud en la región fronteriza: San Diego-Baja California

La estrategia nacional para la influenza pandémica, publicada en mayo de este año, confirma una concepción de la salud y las fronteras que hace mucho se había apreciado, pero que con mucha frecuencia se pasa por alto, en la región binacional San Diego-Baja California. El control de las fronteras únicamente frena la extensión de los problemas de salud, no los previene.¹ Para que las estrategias y las acciones sean efectivas se requiere la participación de gobiernos, comunidades y programas que trabajen juntos a través de las fronteras.

Desde luego que la región binacional San Diego-Baja California no necesita ninguna alarma respecto a las posibilidades de la influenza pandémica para percatarse del desafío de los riesgos de salud. Las realidades de la región son suficientes. Sin embargo, se enfrenta a un estancamiento políti-

co y estratégico en el desarrollo de los esfuerzos para prevenir y responder a riesgos de salud que cada vez son mayores. Desde los índices acelerados de la transmisión de enfermedades infecciosas hasta los miedos de bioterrorismo, la continua falta de acciones conjuntas transfronterizas amenaza con hacer estragos en el bienestar de la economía y la comunidad binacional San Diego-Baja California.

El dar la alarma y hacer un llamado para que los líderes participen en una estrategia binacional puede parecer difícil en el actual contexto político y económico. Quizá los que advirtieron a Nueva Orleans acerca de los huracanes de categoría 5 durante dos décadas entiendan la frustración. Hoy, el impacto en la economía de desatender los riesgos a la salud es ya profundo: crecientes costos de atención a la salud para las empresas pequeñas y grandes, menor productividad de los trabajadores, y pesadas cargas fiscales sobre agotadas arcas públicas. Bajo el brillo de una región por lo demás muy próspera, los riesgos de enfermedad se están extendiendo más allá de los grupos de riesgo tradicionales, cruzando las barreras artificiales de las divisiones sociales y la separación residencial. Mañana,

¹The National Strategy for Pandemic Influenza Implementation Plan. Homeland Security Council, May 2006, página 6.

la aceleración de los riesgos tendrá un impacto mucho mayor. Las economías de la región fronteriza son sencillamente demasiado inter-dependientes, están demasiado entrelazadas como para tener un asunto como una enfermedad infecciosa escondida debajo del tapete porque se considera demasiado difícil o demasiado grande para tomar una acción efectiva. Lo que se necesita es la coordinación de acción binacional.

Ante una necesidad tan clara e incluso urgente, ¿por qué hay tan pocos esfuerzos concertados entre los líderes de la región? La respuesta no es que los problemas sigan escondidos. Hay numerosos estudios que documentan una gama inquietantemente amplia de riesgos y dificultades. El Programa Frontera Sana 2010 de la Comisión de Salud de la Frontera, por ejemplo, describe unos 20 problemas de salud que representan amenazas prevenibles para la salud y el bienestar en la frontera.² La falta de capacidad institucional de la frontera en cuanto a programas de atención a la salud también está bien documentada. La Coalición de Condados de la Frontera concluyó últimamente que si se consideraba la región fronteriza entera como un estado 51, tendría el menor nivel de salud y bienestar en los Estados Unidos.³

El ingrediente que falta en esta visión colectiva de los riesgos a la salud binacional es la constante falta de liderazgo político e institucional para pasar del conocimiento a la acción. Es fácil culpar a los amplios problemas políticos y fiscales de las ciudades y condados de ambos lados de la frontera. Impedimentos institucionales en ambos lados de la frontera también son causa de que no se den pasos concretos para resolver las necesidades prioritarias, especialmente cuando se deben comprometer recursos al otro lado de la línea internacional. Así pues, persiste el estancamiento.

No obstante, tal vez la barrera más evidente que detiene la acción es una que se refuerza a sí misma. Los programas y servicios de salud sufren de una fragmentación de esfuerzos en pequeñas actividades discrecionales que se centran exclusivamente en una enfermedad, tratamiento o subgrupo. La fragmentación reproduce la capacidad limitada, aun cuando un programa tenga éxito dentro de sus objetivos. Frente a lo que parece ser una amplia gama de problemas incorregibles y necesidades insuperables, los que dan apoyo financiero al parecer se vuelcan sobre los favoritos – la enfermedad objetivo que es visible políticamente en el momento, una institución en particular que hace buenos trabajos, un grupo que se ha movilizó con efectividad,

o un enfoque médico que se ajusta a los intereses del grupo o agencia que da el apoyo. Aunque cada esfuerzo es en sí digno de alabanza, el resultado es un estancamiento en el que hay demasiadas opciones de inversión, se pierden oportunidades de obtener la ventaja de un esfuerzo conjunto y la falta de una visión de liderazgo público y privado que podrían llevar mayores recursos para la salud a la región binacional.

La fragmentación de programas e instituciones también hace mucho más difícil movilizar y sostener un liderazgo en cuanto a políticas para enfrentar los riesgos a la salud y atención a la salud en la región. Programas e instituciones para la salud en la frontera pequeños, relativamente débiles hacen mucho más difícil “pasar a escala”, y generar suficiente apoyo y recursos financieros para alcanzar un nivel de operación que pueda empezar a mejorar las condiciones de salud a nivel comunitario más que para un pequeño número de individuos.

La fragmentación de programas e instituciones también hace mucho más difícil movilizar y sostener un liderazgo en cuanto a políticas para enfrentar los riesgos a la salud y atención a la salud en la región.

Retrasarse en el esfuerzo por superar este estancamiento político y económico relativo a un programa de atención a la salud completo para la región binacional ya no es algo razonable. Tampoco es aceptable depender de los programas tal y como existen ahora. La respuesta no es necesariamente encontrar dinero nuevo para extender los programas que ya existen, ni tampoco esperar una acción federal sobre la atención a la salud que llegue desde Washington, D.C. o la ciudad de México. En toda la región, los encargados de la atención a la salud y los líderes comunitarios entienden y reconocen que se necesita una acción concertada y colectiva en apoyo de un programa de política audaz, de amplia base que requiere innovación y un fuerte liderazgo político en ambos lados de la frontera. Reconocen que el sector público puede ser el menos capaz de asumir el liderazgo, aunque tendrá un papel crucial para apoyar el programa. Es posible que el sector privado y el filantrópico tengan que asumir el liderazgo porque tienen la capacidad de trabajar a través de la frontera, formando y apoyando programas e iniciativas que en verdad se extiendan a

²U.S.-Mexico Border Health Commission

³Coalición de Condados de la Frontera México-EUA, 2006

través de las fronteras para trabajar con comunidades e instituciones que también trabajan a través de las fronteras.

La región binacional necesita urgentemente una Cumbre de Salud. La Cumbre debe dar voz a la urgencia del llamado por liderazgo sobre asuntos de salud para moverse más allá de la documentación de los problemas y de luchas anuales casi heroicas por mantener a los benefactores dispuestos a apoyar programas específicos. El llamado por tener un liderazgo en una región conocida por su espíritu empresarial y su innovación debe concentrarse en el sector privado, incluso los empresarios, la filantropía y las organizaciones basadas en la comunidad (como clubes Rotarios, Shriners y Leones) Necesitan unirse al sector de salud pública y aportar sus habilidades y capacidades para dar forma a un enfoque completo e integrado. Las empresas privadas y las filantropías tienen oportunidades sistémicas y obligaciones dentro de esta área, no sólo para ir paralelos al gobierno sino para modelar nuevos mecanismos de resultados sistémicos que los gobiernos están mal equipados para siquiera intentarlo. Es necesario que las organizaciones basadas en la comunidad ayuden a diseñar enfoques comprensivos a la atención a la salud que trasciendan sus propias iniciativas que siguen siendo específicas de una enfermedad o un subgrupo.

El liderazgo del sector público debe ayudar a esta campaña innovadora a extender la escala de innovaciones de salud, buscando alcanzar un nivel de impacto auto-sostenido en la región entera. El liderazgo público, sin embargo, tendrá que superar sus propias limitaciones. Las estrategias para prevenir y mitigar los riesgos a la salud en una región transfronteriza deben superar un problema sistémico – una fundamental falta de correspondencia institucional entre la forma en que la gente vive su vida (en comunidades que cruzan las fronteras) y la jurisdicción, autoridad y apoyo financiero para

En toda la región, la atención a la salud está en tal desorganización, y las condiciones de salud son tan desastrosas para muchos, que incluso una buena disposición de gastar más dinero en salud sería contraproducente a menos que la comunidad fronteriza se comprometa a hacer un examen a conciencia de prioridades y estrategias.

la mayoría de los programas de salud que descansa en entidades gubernamentales separadas. En una región binacional en la que ningún lugar –una ciudad, condado o país– abarca la rutina normal de la gente que vive en comunidades locales, la principal dificultad para construir un sistema eficaz de salud pública y generar apoyo político es producir enfoques organizacionales innovadores. Dependiendo demasiado de los gobiernos federales en Washington, D.C. y la Ciudad de México sólo refuerza el estancamiento en el liderazgo, vetando en realidad las innovaciones que podrían extenderse a través de las fronteras para llegar a las comunidades que comparten un destino común.

El momento es oportuno, el riesgo es urgente. En toda la región, la atención a la salud está en tal desorganización, y las condiciones de salud son tan desastrosas para muchos, que incluso una buena disposición de gastar más dinero en salud sería contraproducente a menos que la comunidad fronteriza se comprometa a hacer un examen a conciencia de prioridades y estrategias. Una cumbre exitosa haría un llamado a los líderes de la salud, las finanzas y la política de la región para identificar las prioridades de salud de la región, no sólo una lista de necesidades. Buscaría y encontraría soluciones innovadoras a los problemas que se derivan de la falta de correspondencia institucional de las autoridades transfronterizas. Y, señalaría la hoja de ruta para subir en la escala la gama de pequeños proyectos energéticos para convertirlos en una campaña coordinada que empuje a la comunidad binacional a reducir dramáticamente sus riesgos a la salud en ambos lados de la frontera. Desde luego que la colaboración de ambos lados de la frontera será fundamental para alcanzar el éxito de esta tarea.

Este Informe es un llamado para actuar y una invitación. Sienta las bases para empezar un diálogo en toda la región sobre una estrategia de salud comprensiva. También, invita a los líderes de toda la región a dar un paso al frente, identificar a sus socios, y empezar a actuar.



Revisión médica en la comunidad, ofrecida durante la Semana de Salud en la Frontera. Foto: Liliana Osario, Coordinadora Regional del Condado de San Diego, California-Mexico Iniciativa de Salud.



DÉFICIT DE ATENCIÓN A LA SALUD TRANSFRONTERIZA

Se podría perdonar la sorpresa de un extraño al enterarse de lo extensos y conocidos que son los problemas de salud a lo largo de la frontera entre México y Estados Unidos.

Durante años, los profesionales de la salud y los diseñadores de políticas han sabido, por ejemplo, que la frontera México-EUA tiene algunas de las condiciones más severas en los Estados Unidos, y la infraestructura de salud más débil para responder a ellos. Para alguien que esté familiarizado con la región, sin embargo, es difícil encontrar una excusa para no haber respondido a tan urgentes amenazas.

En marzo de 2006, la International Community Foundation (ICF) reunió a un grupo de profesionales de la salud de la región San Diego-Baja California para que participaran en un Foro para debatir sobre las prioridades de salud en la región y empezaran a identificar maneras en las que trabajando juntos a través de la frontera se podría ayudar. (Véase el Apéndice B que contiene la lista de participantes al Foro). Los participantes al Foro, que representaban a varias de las más exitosas iniciativas de salud en la región, discutieron las necesidades más apremiantes

de la frontera y empezaron a señalar estrategias que han funcionado bien a pequeña escala o que se necesitarían para mejorar significativamente las condiciones de salud. Fue evidente luego de los debates que se entendía a las claras cuál era el panorama de salud de la región fronteriza. Con igual claridad, sin embargo, se veía la incertidumbre y titubeos respecto a cómo emprender un proceso regional que aumentara de manera significativa la inversión en salud pública y programas de salud en el área y que reuniera a las comunidades de ambos lados de la frontera para construir una estrategia que sirva para identificar las prioridades y para movilizar el apoyo político y popular necesario.

La frontera México-EUA tiene algunas de las condiciones más severas en los Estados Unidos, y la infraestructura de salud más débil para responder a ellos.

Riesgos de enfermedad

Las experiencias de estos expertos en salud se hicieron eco de los problemas de salud que han sido documentados en la región de San Diego-Baja California y a través de la frontera México-EUA en su totalidad. Las realidades inmediatas de muchos de los programas en los que trabajan estos participantes implican un aumento sostenido en la incidencia de enfermedades infecciosas. El aumento ocurre en ambos lados de la frontera y se enciende con el movimiento continuo de ida y vuelta de visitantes, familias y trabajadores. Los participantes del Foro citaron frecuentemente la prevalencia de la tuberculosis (TB) como ejemplo claro de los riesgos tranfronterizos a los que se enfrentan cotidianamente. La incidencia de la TB en la frontera entre todos los condados es el doble que en cualquier otra parte de los Estados Unidos.⁴

El riesgo de enfermedad que generó preocupación e interés especial entre los participantes de la región de San Diego-Baja California, sin embargo fue el índice de infección de VIH. Tijuana es una zona urbana bastante grande con una población de aproximadamente 1.5 millones de habitantes y diariamente hay olas de inmigrantes que llegan de todas partes de México, además gente recientemente deportada por los EUA que han vuelto a México. Es bien documentado que emigrantes mexicanos, la mayoría hombres jóvenes, se meten en portamiento más arriesgado que los que no han emigrado. Estar fuera del hogar por mucho tiempo, exposición a varios compañeros sexuales, usando trabajadores de sexo, y compartir agujas ocurre mucho más con emigrantes.⁵ Aunque el índice de infección de VIH en la frontera es apenas un poco más alto que el índice nacional (16.1 por 100,000 habitantes comparado con 15.2 por 100,000 habitantes), el índice está aumentando a un ritmo mucho más acelerado que los que se había calculado.⁶ Hombres y mujeres de entre 15 y 49 años infectados con VIH pueden ser tantos como uno en 125 habitantes, con lo que el índice de infección por VIH de Tijuana⁷ sería cercano a tres veces más alto que el promedio nacional de México.⁸

La incidencia de VIH/SIDA en el condado de San Diego también es elevada. Al principio de la década, San Diego tenía el sexto lugar de incidencia de SIDA entre los condados de California. Aunque el índice de incidencia estaba muy por debajo del objetivo fijado por el CDC (Centro de

Control de Enfermedades, por sus siglas en inglés) para el año 2000 (39/ 100,000), sus vínculos con la mayor incidencia de SIDA en Baja California y su impacto desproporcionado en subgrupos específicos lo convirtió en uno de los problemas de salud prominentes en la fronteras. En un estudio de 2002, por ejemplo, los investigadores examinaron muestras de sangres tomadas de 374 participantes del sexo masculino, hispanos, homosexuales y bisexuales (de 18 a 29 años de edad), 125 que vivían en San Diego y 249 en Tijuana. El estudio descubrió que el 35% de los hombres de San Diego y 19% de los que vivían en Tijuana estaban infectados con VIH y nunca antes se habían sometido a una prueba.⁹ La infección por VIH tiene también un amplio impacto en las mujeres: Las mujeres embarazadas pueden transmitir el virus a sus hijos recién nacidos. Un estudio realizado en 2004 por la UCSD encontró que las mujeres embarazadas que recibían atención en el Hospital General de Tijuana, cuyos pacientes son pobres en su mayoría, tenían un índice de infección por VIH diez veces mayor (1.2%, o cerca de 48 madres al año) al de las mujeres atendidas por un grupo médico de la UCSD.¹⁰

La sensibilidad social y posible estigma que con demasiada frecuencia se asocian a las personas infectadas con el VIH convirtió también a este tema en algo importante para los profesionistas de atención a la salud basados en la comunidad. Los programas de educación sobre el SIDA dirigidos a los latinos, así como otros esfuerzos de prevención, han puesto sobre la mesa factores culturales que afectan la difusión de la enfermedad. Por ejemplo, hablar de la propia sexualidad es tabú entre la



La Clínica Ambulante del Servicios de Salud para el Norte del Condado de San Diego que ayuda trabajadores migrantes mexicanos y sus familias. Foto: Lilita Osario, Coordinadora Regional del Condado de San Diego, California-Mexico Iniciativa de Salud.

⁴El índice de incidencia de TB entre los residentes de todos los condados es 10.4 por ciento por 100,000 personas, comparado con 5.1 por 100,000 habitantes para los Estados Unidos.

⁵"HIV Prevention with Mexican Migrants," Organista, et al, *Acquired Immune Deficiency syndrome* (37-11/1/2004)

⁶Realizado por investigadores de la Universidad de California en San Diego (UCSD), Facultad de Medicina.

⁷Ibid.

⁸Ibid.

⁹University wide AIDS Research Program (Programa de investigación de SIDA en toda la Universidad) (abril 2002).

¹⁰Cheryl Clark, "High HIV Infection Rate Found at Tijuana Hospital" (Alto índice de infección por VIH en el hospital de Tijuana), *San Diego Union Tribune*, febrero 11, 2004. Pacientes que sabían que eran VIH positivos no se incluyeron en el estudio.

El futuro binacional de la región depende, en gran medida, de mantener una fuerza laboral sana y productiva.

comunidad latina. Muchos de los materiales didácticos no están traducidos al mixteco u otras lenguas indígenas de México, lo que significa que sólo un grupo parcial en riesgo recibe los materiales.¹¹ Es claro que hay barreras culturales y lingüísticas que exacerban nuevas infecciones por VIH y casos de SIDA, lo que concentra todavía más la presencia de esta enfermedad fatal entre las partes olvidadas de las comunidades fronterizas.

Más allá de los riesgos de tuberculosis, VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas complicadas por el movimiento de ida y vuelta a través de la frontera, están aumentando también las amenazas a la salud relacionadas con enfermedades no infecciosas. Hoy, toda la región fronteriza de San Diego-California sufre índices alarmantes de obesidad, diabetes y enfermedades mentales que dañan de manera desproporcionada a la juventud latina. El riesgo tiene consecuencias nefastas para la economía regional.

El futuro binacional de la región depende, en gran medida, de mantener una fuerza laboral sana y productiva. Ya sea que los costos de la enfermedad sean sufragados directamente por los patrones o compartidos en general entre el público mediante un aumento de los impuestos, la salud de los niños y los jóvenes, y de los nuevos emigrantes al área, tendrá un impacto en el éxito del crecimiento económico presente y futuro. Sin embargo, hay signos ominosos que alertan sobre la creciente incidencia de obesidad y diabetes infantil entre los jóvenes latinos. En el estado en general, el 24% de los adolescentes de entre 12 y 17 años tienen sobrepeso o están en riesgo de tenerlo. Los adolescentes afro americanos y latinos tienen índices más elevados que los blancos y los asiáticos.

La obesidad, como factor principal en el desarrollo de la diabetes, puede ser mortal.¹² En las comunidades de la frontera mexicana, la diabetes es la 3a causa de muerte; del lado estadounidense de la frontera, la prevalencia de la diabetes es todavía mayor.¹³ En la medida en que más emigrantes mexicanos de primera y segunda generación adaptan sus estilos de vida y su dieta al "American way of life," la diabetes aumenta significativamente. Entre más tiempo vive un inmigrante en la comunidad estadounidense, más se encuentra con comida barata de baja calidad y con malos hábitos alimenticios.¹⁴ Según un estudio reciente del Centro para Control de Enfermedades (CDC), con el tiempo, estos inmigrantes tienen más probabilidades de volverse obesos y desarrollar diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardíacas. El estudio del CDC encontró que el 22% de los emigrantes mexicanos que habían estado en los Estados Unidos cinco años o más eran obesos, comparado con 16.1% que habían estado en los EUA menos de cinco años. Entre más se quedan en el país los emigrantes, la diabetes aumenta de 6.9% a 7.5% y las enfermedades cardíacas aumentan de 3.5% a 7.5%.¹⁵ Los altos índices de diabetes e hipertensión en los latinos se asocian también con un 50% más en los índices de demencia o enfermedad de Alzheimer no diagnosticada.¹⁶

Déficit de acceso

Los participantes en el Foro, sin embargo, no pusieron a ninguna enfermedad específica en el primer lugar de la lista de prioridades de necesidades de intervención para la salud. Reflejando percepciones semejantes documentadas por investigadores en toda la frontera, estos profesionales locales reportaron que, reportaron que, independientemente de la enfermedad, es la falta de acceso a la atención médica lo que afecta de manera crítica a toda la comunidad fronteriza, incluyendo residentes, emigrantes, ricos y pobres. Los condados a lo largo de la frontera México-EUA, donde los residentes son sumamente vulnerables al VIH/SIDA, la tuberculosis, la hepatitis y las enfermedades no infecciosas tienen bajísimos niveles de seguro médico y cuentan con muy pocos profesionales de la atención a la salud que el resto de los Estados Unidos.

En el condado de San Diego, aunque es difícil contar con información confiable sobre los índices de acceso, varios cálculos muestran que el 27 por ciento de los residentes no tienen seguro, el ter-

¹¹Sacramento Bee (O'Rourke) 12/1/2001)

¹²California Endowment, "Saving California's Youth from diabetes and Obesity" Fact Sheet.

¹³Healthy Border 2010: An Agenda for Improving Health on the U.S.-Mexico Border, Octubre 2003, pág. 26 (Una frontera sana en 2010: Programa para mejorar la salud en la frontera EUA-México)

¹⁴UC Davis Information System, 2005

¹⁵"Hispanics Immigrant Health Problems Cited", (Problemas de salud de los inmigrantes hispanos) Associated Press, Marzo 2, 2006

¹⁶Journal of American Geriatric Society (Haan Oct 2002)

cer mayor porcentaje entre todos los condados de California. A su vez, el estado de California tiene el mayor índice de falta de seguros en todo el país.¹⁷ En todo el condado de San Diego, la cobertura de la salud varía no solamente según los ingresos, sino también según el grupo étnico y la condición de ciudadano o emigrante. En el condado de San Diego, sólo el 73% de los niños hispanos tenían seguro médico, comparado con el 94% de los niños afro americanos y el 93.4% de los niños blancos.¹⁸

Falta de acceso a la atención a la salud también afecta de manera desproporcionada a grandes subgrupos de la fuerza laboral de la región. En particular, un sorprendente 96% de trabajadores emigrantes entrevistados en Vista, California, reportaron que no tenían seguro médico. Sólo el 2% dijeron que utilizaban seguro médico proporcionado por el patrón. Casi la mitad de los entrevistados no habían visto a un doctor en dos años o más.¹⁹ Todos los entrevistados dijeron que eran de México y el 49% eran indocumentados.²⁰

Evidentemente, en virtud de que el panorama demográfico cambia tan rápidamente en la región, sus necesidades de atención a la salud evolucionan también a gran velocidad. Además de las oportunidades de riqueza y de las oportunidades que existen en la región, ambos lados de la frontera comparten también la pobreza y la mala atención a la salud. No es de sorprender, por lo tanto, que la prevalencia de enfermedades infecciosas se encuentre mayoritariamente entre los pobres y menos capaces de recibir atención médica. En las colonias populares

de Tijuana, que crecen a gran velocidad, muchos carecen todavía de los servicios públicos básicos, lo que los hace vulnerables a enfermedades transmitidas por el agua y a otras enfermedades prevenibles. El condado de San Diego se enfrenta a dificultades semejantes en muchas de sus comunidades de emigrantes. Emigrantes que viven en campamentos de trabajadores que están amenazados por enfermedades infecciosas y son sumamente vulnerables a ellas.²¹

Los participantes al Foro de marzo destacaron también las lesiones ocupacionales como una fuente de problemas de salud a menudo ignorada en la región. De acuerdo con Don Villarejo, investigador de la Universidad de California-Davis, "Está bien documentado que los trabajadores del campo sufren un alto índice de lesiones y enfermedades fatales y no fatales, relacionadas con el trabajo, pero el 70 por ciento de los trabajadores que se contratan para trabajar en cultivos no percederos en California carecen de cualquier forma de seguro médico."²² No es de sorprender que la combinación entre bajos salarios, falta de seguro, poco acceso a servicios de salud y un arduo trabajo físico aumente la ocurrencia de lesiones repetidas. Los trabajadores emigrantes en esta región, que va desde los campos en San Quintín en Baja California a Escondido en el condado del norte de San Diego, se enfrenten a una amplia gama de riesgos en el lugar de trabajo y de lesiones ocupacionales que van desde las lesiones físicas, la exposición a plaguicidas y el estrés causado por el calor.

El costo de estos índices de falta de seguro y falta de acceso a la atención a la salud puede ser difícil de documentar con precisión, especialmente mediante los impactos indirectos en la productividad y otros costos para los patrones. Sin lugar a dudas, se paga una alta cuota humana. Los costos financieros, no obstante, resultan de la combinación de la falta de acceso a la atención a la salud, la falta de seguro y bajos ingresos per capita. En un estudio, los esguinces y lesiones de los trabajadores le costaron a la industria de la agricultura \$1.266 mil millones en 2005 como resultado de menor productividad y horas de trabajo perdidas.²³ Esta mezcla de circunstancias conduce también a los niveles de atención no compensada sobre las que también se quejan los hospitales en las zonas fronterizas. Según un cálculo, los hospitales en los condados de la frontera de las EUA gastan \$800 millones de dólares al año en atención no compensada.²⁴



Trabajadores migrantes en Carmel Valley, San Diego con Alejandra Ricardez, Miembro de la Mesa Directiva del club de oriundos oaxaqueño, COCIO. Foto: ICF

¹⁷Sociedad médica del condado de San Diego, 2006.

¹⁸San Diego County Child and Family Health and Well-Being Report Card 2002 (Tarjeta de reporte de salud y bienestar infantil y familiar del condado de San Diego 2002), p.27

¹⁹La información que figura en este párrafo se obtuvo de la presentación del Dr. Bade en Power Point el 14 de noviembre de 2003 en el Centro para Estudios EUA-México, UCSD.

²⁰Según los hallazgos de Bonnie Bade, estudio del California Endowment.

²¹California Endowment, *Suffering in Silence* (Sufriendo en silencio), págs. 25-26.

²²"Policy Recommendations Made for Improved Health of Hired Farm Workers" (Recomendaciones de políticas para mejorar la salud de los trabajadores en el campo) Ag Health News, invierno 2006, 2006-1,

El déficit en el acceso a la atención a la salud, sin embargo, no se limita a estas condiciones familiares y trabajadores emigrantes. El acceso y la disponibilidad a la atención a la salud de ambos lados de la frontera es una preocupación creciente para la emergente población en California de “baby boomers” que se están acercando a la jubilación. Con insuficientes ahorros personales para mantener un estilo de vida deseable en el estado, muchos buscan pasar sus años dorados al sur de la frontera, en Baja California. Por lo menos, parte del atractivo es la proximidad a San Diego y la disponibilidad de una atención a la salud, basada en los EUA atravesando la frontera. La reubicación de estas personas le está dando un nuevo giro al tema de ofrecer acceso a la salud del otro lado de la frontera. Las dificultades para cruzar la frontera con demoras de tráfico y los costos más elevados de la atención al norte de la frontera también están generando una creciente demanda de servicios de atención a la salud en México.

Para los jubilados que se quedan en San Diego y condados vecinos, Baja California es el lugar indicado para encontrar atención dental y medicamentos con receta médica a precios más accesibles. Todavía no está bien documentado el punto al que dependen los residentes de San Diego de atención médica en Tijuana. No obstante, se calcula que miles de personas cruzan la frontera a Los Algodones cada año para recibir atención primaria o servicios homeopáticos, ir al dentista o al optometrista, o a comprar medicamentos con receta médica de las más de 20 farmacias que hay en esta pequeña ciudad fronteriza ubicada cruzando la frontera de Imperial County.²⁵ Las actuales regula-

Las dificultades para cruzar la frontera con demoras de tráfico y los costos más elevados de la atención al norte de la frontera también están generando una creciente demanda de servicios de atención a la salud en México.

ciones de la FDS le permiten a los ciudadanos estadounidenses comprar y reimportar una provisión de tres meses de medicamentos con una receta válida mexicana o estadounidense. Los precios en las tiendas de descuento de Tijuana pueden ser de hasta 40% menos que el precio por el mismo medicamento en San Diego.

Aunque el mercado de medicamentos por receta en Baja California es más rentable que en San Diego, la calidad de la atención a la salud y específicamente de los medicamentos es menos segura y en algunos casos servicios y medicamentos comprados por americanos son fraudulentos. La industria está mucho menos regulada en el lado mexicano de la frontera que en el de los Estados Unidos. Por ley, los medicamentos que se venden con receta en las farmacias mexicanas requieren de una receta de un médico mexicano. Sin embargo, las farmacias de Tijuana aceptan recetas de los Estados Unidos y se han reportado incidentes en los que no se requiere esa receta. Aunque muchos residentes en ambos lados de la frontera San Diego / Tijuana pueden beneficiarse de medicamentos a precios más accesibles sin una consulta médica acreditada, la práctica puede conducir a graves consecuencias médicas. La política actual deja en manos de los consumidores que ejerzan su cálculo y sigan el consejo de su médico o farmacéutico.

Para los muchos ciudadanos mexicanos que viven en San Diego sin seguro médico adecuado, el cruzar la frontera para regresar a su país sigue siendo opción viable para tener acceso a la atención a la salud. Asimismo, un número creciente de residentes de San Diego que se han convertido en “commuters,” es decir que residen en Baja California pero trabajan en San Diego, las opciones de seguro médico incluyen actualmente planes que ofrecen atención médica alternativa, culturalmente competente en México y en San Diego. Las opciones basadas en México son a menudo mucho más accesibles que arreglos semejantes en los EUA. Aunque planes transfronterizos que se están desarrollando lentamente como Servicios Médicos Nacionales, S.A., Access Baja HMO (producto de BlueShield of California), Salud con HealthNet, y Blue Cross/BlueShield de México ofrecen actualmente nuevas formas de organizar el acceso a la atención a la salud en una comunidad que cruza la frontera.

No todas las fronteras en esta región binacional son internacionales. Un número creciente de trabajadores de San Diego viven actualmente en comunidades dormitorio no sólo en Baja Cali-

²³ Anna, Carla, “New picking season brings ergonomics to the fields” (La nueva temporada de cosecha lleva la ergonomía al campo) San Diego Union, 2 abril 2006.

²⁴ Coalición de condados fronterizos EUA-México, 2006.

²⁵ California Connected (KPBS 22 mayo, 2003)

fornia, sino también en los condados Imperial y Riverside. Un buen número de residentes del condado norte de San Diego también viajan regularmente hacia el norte a los condados de Orange y Los Ángeles. Estas pautas de residencia-trabajo están definiendo nuevos límites de comunidad y economía que también influyen en las necesidades y programas de salud. Para que los temas y programas de salud respondan a todas las necesidades de la región binacional, tienen que dirigirse a este contexto regional más amplio que requiere que los proveedores, los patrones, los consumidores y los gobiernos vean más allá de los límites jurisdiccionales tradicionales, independientemente de si la jurisdicción es una ciudad, un condado, un estado o un gobierno nacional.

Riesgos de salud pandémicos

En medio de la atención nacional a la influenza pandémica, el Foro de marzo obviamente reconoció la nueva pero crucial necesidad de mejorar la infraestructura de salud pública en la región. La región transfronteriza de San Diego-Baja California, sin embargo, le añade rasgos especiales a la estrategia nacional. Dentro de sus límites, la región tiene el puerto de entrada con más actividad en el mundo, dos aeropuertos internacionales, puestos marítimos comerciales y militares y un sistema de transporte ferroviario que cruza la frontera. En ambos lados de la frontera, esta infraestructura es crucial para la seguridad de la región y su bienestar económico. La gripa pandémica, que podría causar que casi el 40% de la fuerza laboral de la región se quede en su casa y también matar a cientos de miles, representa tal vez el riesgo más posible catastrófico transfronterizo.

Los planes de implementación para la Estrategia Nacional sobre la Influenza Pandémica, que se han hecho públicos recientemente exigen responder a la amenaza de pandemia de gripa mediante una mayor cooperación transnacional.

San Diego-Baja California es particularmente vulnerable a que se difunda la gripa aviar dado el alto grado de urbanización de la región y el alto número de personas que viven en barriadas urbanas. Según el organismo de planeación de Tijuana, IMPLAN, cerca del 30-40% de las áreas residenciales en esa ciudad siguen estando habitadas por paracaidistas sin electricidad, agua potable ni drenaje.²⁶ Estas terribles condiciones de vida no se limitan solamente a Tijuana. El alto costo de la vivienda en el condado de San Diego obliga a muchas familias emigrantes a vivir dos o tres familias en una sola casa, a menudo con 10 a 12 personas en el mismo departamento. Quizá tanto como 10,000 trabajadores emigrantes viven en campamentos de trabajadores emigrantes en San Diego, sin contar con electricidad, alcantarillado o agua corriente adecuado.²⁷

Estas condiciones de vida subnormales son posibles incubadores de la gripe aviar porque humanos y gallinas viven en cercana proximidad. Las comunidades mexicanas en ambos lados de la frontera son particularmente vulnerables porque muchas familias crían pollos para consumo doméstico. Otros hogares tienen también gallos enjaulados para las peleas de gallos (o Palenques). Aunque se consideran actividad ilegal, los Palenques son muy comunes. En los Estados Unidos, el brote de la exótica enfermedad de Newcastle en 2002 entre las aves de California, Arizona, Nevada y Texas se



Residencias informales, Cañon Los Laureles, Tijuana. Foto: ICF

²⁶ La ciudad de Tijuana y el estado de Baja California están trabajando proactivamente para evitar la creación de colonas populares y lograron detener 14 invasiones de tierras en 2001-2002. También están trabajando para reubicar hasta a 1,000 personas que actualmente están en comunidades en zonas de alto riesgo, vulnerables a inundaciones y desprendimiento de tierras. Fuente: Sandra Dibble, "Evictions on Tijuana hill turn messy- Outcry follows; critics question city's motives" (Los desalojos en Tijuana se vuelven descuidados – Sigue la protesta; los críticos cuestionan los motivos de la municipalidad), San Diego Union Tribune, 21 de agosto, 2002, B1

²⁷ Investigación de la Profesora Bonnie Bade, California State San Marcos

²⁸ The Game Fowl News, 2/18/2006.

²⁹ Ibid.

debió, según el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, en gran medida a las peleas de gallos ilegales. La enfermedad le costó a los contribuyentes cerca de \$200 millones para poder contenerla. Le costó a la industria avícola muchos millones más en pérdida de mercados de exportación.²⁸ Y las peleas pueden ser letales para los humanos. En Asia, por lo menos cuatro niños murieron el año pasado por haber estado expuestos a la gripa aviar de la actividad de pelea de gallos, según reportes en la prensa.²⁹

Los planes de implementación para la Estrategia Nacional sobre la Influenza Pandémica, que se han hecho públicos recientemente exigen responder a la amenaza de pandemia de gripa mediante una mayor cooperación transnacional. En la región de San Diego-Baja California, la cooperación es una necesidad, no es sólo algo deseable. No obstante, las estrategias de seguridad de la patria relacionadas con los riesgos de pandemia de gripa y otros se basan en medios que, según lo ha reconocido el propio gobierno no van a tener más que efectos parciales. Las restricciones a los viajes, cuarentenas e incluso cierres de los puertos de entrada son medidas de contención conocidas, pero especialmente en la zona de San Diego-Baja California, su efectividad será mínima. Tal y como lo mostraron los hechos inmediatamente posteriores a los ataques del 11 de septiembre de 2001, las presiones para abrir la frontera al comercio y al turismo tan pronto como fuera posible después de la tragedia fueron abrumadoras.

Los planes federales también necesitan que haya un filtro más extenso y cuidadoso para las enfermedades infecciosas y los productos contaminados en las fronteras. Aunque no hay duda de que es una medida útil de salud, los pasos que se dan en la frontera no son más que una preparación parcial. Se necesitan esfuerzos conjuntos San Diego-Baja California para evitar la enfermedad en toda la región y para tomar acciones de mitigación inmediata y efectiva. Aunque ha habido algunos debates y planes para compartir el acervo nacional de vacunas en los EUA a través de la frontera en caso de un brote de enfermedades contagiosas, las medidas no son bien conocidas y, a falta de educación, el público en general se opone a ellas.³⁰

La preparación para la influenza pandémica y otras enfermedades infecciosas letales, sin embargo, le ofrece a la región nacional la oportunidad de expandir ampliamente su infraestructura y pensamiento estratégico sobre cómo encontrar soluciones de salud transfronteriza a las condiciones de

comunicación cotidiana. Durante mucho tiempo, los defensores y funcionarios de salud de México y Estados Unidos se han encontrado en un dilema. Estaba claro que necesitaban resolver los problemas de salud de sus residentes y difundir información sobre las fuentes de posibles riesgos a la salud que amenazan a la población todos los días, como la TB, el VIH/SIDA, así como las epidemias menos frecuentes. Sin embargo, sin una base de colaboración plena que comprometa a ambos lados de la frontera, esa información muchas veces se basa en señalar al otro lado de la frontera como la fuente de los problemas. En el pasado, por ejemplo, los funcionarios de salud mexicanos alertaron a sus ciudadanos acerca del posible impacto del bioterrorismo y la propagación del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS, por sus siglas en inglés) y del virus del Nilo Occidental que emanan del lado estadounidense de la frontera.³¹ Asimismo, un brote de hepatitis A en los Estados Unidos llevó a los funcionarios de salud de los EUA a señalar que su fuente eran las cebollas verdes cosechadas en Baja California.³² La Comisión de Salud en la frontera México-EUA (USMBHC, por sus siglas en inglés) ha tenido éxito en lograr una de sus metas que es pertinente para nuestro tema, la cooperación binacional, confianza y apertura al ocuparse de cualquier problema de salud transfronterizo, potencial o presente. Sin embargo, un enfoque binacional a la preparación ante la influenza pandémica podrían mejorar la motivación y urgencia de romper el estancamiento en la región que evita tomar acciones más amplias sobre cualquier asunto de salud.



³⁰Institute of Medicine (Instituto de Medicina)

³¹Véase, por ejemplo, Frontera Norte Sur (publicación en línea), 18 de junio de 2003

³²Véase, por ejemplo, Diane Lindquist y Sandra Dibble, "Clues, but no smoking guns" (Algunas pistas, pero nada evidente) San Diego Union Tribune, 15 de diciembre 2003.



PARTE III

BARRERAS INSTITUCIONALES A LA SALUD TRANSFRONTERIZA

Si en algo estuvieron de acuerdo los profesionales de atención de la salud que convocó la ICF en marzo, fue lo difícil que es trabajar eficazmente en ambos lados de la frontera.

Todos ellos trabajan directamente con las comunidades locales de la frontera y repetidamente señalaron que las actividades comunitarias de rutina implican extensas conexiones a través de la frontera y movimientos de ida y vuelta. También destacaron cómo estas realidades transfronterizas tienen profundas implicaciones en los determinantes de la salud, la transmisión de enfermedades y el acceso a los servicios de salud pública. La gente que está expuesta a malas condiciones de salud o a enfermedades en México, por ejemplo, fácilmente las transmite a California cuando cruza la frontera. También, los riesgos son recíprocos: el movimiento recurrente de ida y vuelta por la frontera refuerza las condiciones en toda la comunidad que vive en la frontera. Por ejemplo, las precarias condiciones de salud y el comportamiento riesgoso que aprenden los miembros de la comunidad que viven en los Estados Unidos afectan cónyuges y niños que

están creciendo en México. Muchos de estos niños algún día van a emigrar a los Estados Unidos.

El desafío para los profesionales de la salud, en virtud de estos hechos, es saber cómo organizar y sostener programas y servicios de atención a la salud que correspondan adecuadamente a la forma en que sus clientes viven en esta realidad transfronteriza. Cómo dar forma a sus servicios para verdaderamente alcanzar las varias facetas de la vida de los miembros de sus comunidades. Parte del problema, según reportaron, estriba en las dificultades que se encontraron al trabajar con organismos y colegas mexicanos que trabajan bajo un sistema político y de salud diferente.

Los obstáculos son institucionales, no interpersonales ni culturales. Haciéndose eco de las observaciones de los participantes en un estudio del Centro Nacional de Investigación sobre Latinos (NLRC, por sus siglas en inglés), sobre la salud en la frontera y realizado en 2004,³³ los participantes en el Foro de ICF reportaron que sus sociedades en las que están involucrados organismos y colegas mexicanos se han visto limitadas por fondos restringi-

³³National Latino Research Center, Best Practices in Border Health and Bi-national Collaboration. (Mejores prácticas en la salud de la frontera y colaboración binacional). Informe sobre investigación de la salud en la frontera, octubre de 2004.

dos, principalmente de ese lado de la frontera. Esto genera una desigualdad importante en las alianzas binacionales. Los colegas mexicanos a menudo se sienten que no se les toma en cuenta y que se aprovechan de ellos, lo que contribuye a una falta de colaboración.

Estos problemas, sin embargo, no fueron más que una parte de una imagen desastrosa. Los investigadores de NLRC (National Latino Research Center), por ejemplo, identificaron cuatro categorías de impedimentos a los programas de salud en la frontera. Estos programas se caracterizaron por tener sólo esfuerzos aislados y descoordinados, una débil infraestructura organizacional, ausencia de modelos o mejores prácticas para atraer más fondos y problemas de sustentabilidad. La sustentabilidad fue, quizá la fuente principal de problemas. Los donantes con frecuencia querían apoyar programas nuevos con resultados a corto plazo, dejando que los nuevos proyectos piloto y los programas establecidos que ofrecen servicios de rutina a que lucharan por conseguir apoyo anual.

Aunque estas barreras son difíciles de superar, los problemas van mucho más allá de la necesi-

dad de ofrecer más fondos para los programas que existen. En general, los programas son escasos y donde sí existen, los esfuerzos se fragmentan entre una lista relativamente larga de prioridades. Por ejemplo, en toda la frontera entre México y Estados Unidos, más del 80 por ciento de los condados fronterizos tienen áreas de escasez de profesiones de salud (HPSA, por sus siglas en inglés). El índice de médicos de atención primaria por miembros de la población, son 25 por ciento menores en los condados de la frontera que entre los condados promedio en los Estados Unidos.³⁴

Estos problemas de salud en la frontera reflejan dimensiones fundamentales de la estructura política y económica de las comunidades fronterizas. Son difíciles de superar. Sin embargo, para lograr satisfacer con éxito las necesidades considerables de salud de la frontera, debe atenderse cada una de ellas a cabalidad.

Primero, los programas y servicios comprometidos con la salud comunitaria deben reestructurarse para que correspondan con la manera en que los individuos y las familias de la región organizan su vida. Sin embargo, en general los programas



³⁴ Necesidades de fuerza laboral de salud: Oportunidades para colaboración entre México y Estados Unidos. Minutas de la Conferencia y Documentos de Base, Centro para Políticas Sociales y de Salud, Escuela de Asuntos Públicos Lyndon B. Johnson, Universidad de Texas en Austin y Centro Regional para Estudios Sobre la Fuerza Laboral de salud, Centro para Economía y Políticas para la Salud, Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en San Antonio, noviembre de 2003, <http://www.utexas.edu/lbj/faculty/warner/prp0203/papers.pdf>

y políticas de salud no han logrado superar este desafío organizacional. En particular, no han respondido plenamente a la importancia y singularidad de lo que significa “comunidad” en la región fronteriza. La comunidad es, por supuesto, la piedra angular de la salud pública. Según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EUA (DHHS, por sus siglas en inglés), los profesionales de la salud han llegado a un consenso acerca de la estrecha vinculación que existe entre el bienestar de una persona y la salud de la comunidad y el entorno en que vive, trabaja y juega.³⁵ La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene un enfoque semejante, concentrando sus iniciativas en “las causas detrás de las causas” de la enfermedad – los determinantes sociales de la salud que, según el DHHS, se ven profundamente afectados por las “creencias colectivas, actitudes y conductas de todos los que viven en la comunidad”.

En una región binacional, estas creencias y actitudes colectivas se encuentran precisamente en ambos lados de la frontera y en la actividad cotidiana del cruce fronterizo. La “comunidad” que forma los cimientos de una atención a la salud exitosa abarca ambas fronteras para unir a la familia y a los miembros de la comunidad en distintas ubicaciones. Por lo tanto, una comunidad fronteriza sana es aquella en la que la salud de cualquier miembro, en cualquier lado de la frontera, está determinada por la salud de las comunidades en ambos lados de la frontera. Mejorar la salud y reducir las desigualdades de salud en toda esta región es el desafío y la responsabilidad de todos los que trabajan dentro de la región binacional.

En una región fronteriza, la lección estratégica es sencilla: un enfoque efectivo a la atención a la salud en cualquier momento o lugar en particular depende completamente de lo que ha pasado antes en ese lugar en particular y en el otro lado de la frontera.

Reconocer las realidades de las comunidades en la frontera es, quizá, el reto inicial de mayor importancia para la salud en la frontera; décadas en ambos lados de la línea internacional. El “cuidado de salud continuo”, que es el objetivo estratégico de los programas de salud, implica nuevas dimensiones cuando se cruza con los dispersos patrones geográficos de las comunidades fronterizas. Este continuo involucra a las conexiones principales de las distintas etapas del ciclo de vida de un individuo, incluso la secuencia de exposiciones a varias enfermedades, conductas preventivas y riesgos vividos en la vida y el rango de actividades de esa persona. Un reciente estudio de la Organización Mundial de la Salud demuestra la importancia central de estas interconexiones:

“La coordinación a lo largo del cuidado continuo entre programas de maternidad inocua y supervivencia infantil es esencial para alcanzar avances sustantivos en supervivencia neonatal. Muchos otros tipos de programas verticales afectan también los resultados neonatales, incluso la planeación familiar, inmunización, enfermedades sexualmente transmitidas y VIH/SIDA. Los programas de salud infantil están funcionando para fortalecer la atención clínica, integrar los servicios de extensión y acelerar enfoques de cambio de conducta.”³⁶

Desde el punto de vista de estrategia, un enfoque nuevo a la atención a la salud en la región debe diseñar servicios, finanzas y organizaciones de salud que correspondan a la manera en que las familias, comunidades y profesionales funcionan en este continuo cuidado médico. Sin embargo, este enfoque requeriría prestar atención a la secuencia de los movimientos geográficos y los entornos que los individuos encuentran en distintas ubicaciones. Es decir, el “continuo cuidado médico” en una comunidad fronteriza incluye una dispersión geográfica de muchas de las fases interconectadas del tratamiento de un individuo o causas que originan una mala salud que se pueden manifestar en cualquier etapa de la vida. Como resultado, el enfoque requiere que el programa tenga vínculos entre los lugares de origen, la comunidad en que se crió, los riesgos en el lugar de trabajo y la comunidad en la que los residentes viven cuando estén en el extranjero.

En una región fronteriza, la lección estratégica es sencilla: un enfoque efectivo a la atención a la salud en cualquier momento o lugar en particular depende completamente de lo que ha pasado antes

³⁵ Departamento de Salud y Servicios Humanos de EUA

³⁶ Organización Mundial de la Salud, *Scaling up health services: from pilot innovations to policies and programs* (Ampliación de servicios de salud: de innovaciones piloto a políticas y programas), 2006, pág. 4

en ese lugar en particular y en el otro lado de la frontera. Los programas de salud que están diseñados para prevenir o tratar una enfermedad y que se dirigen solamente a un lugar están destinados al fracaso. La organización de los programas necesita hacer que correspondan las interconexiones que existen en la vida de los miembros de la comunidad con una capacidad de intervenir en todos los puntos en esa maraña de influencias. Los programas diseñados para funcionar solamente en un lado de la frontera, o limitados a eso, no son capaces de avanzar en contra de los riesgos de enfermedad, comportamientos insalubres y condiciones ambientales que están más allá de ese alcance. Los trabajadores de salud que coordinan estos programas tienen que estar cómodos de funcionar en ambos lados de la frontera o por lo menos deben tomar el tiempo par visitar y entender donde existe esta población objetiva.

Ampliar la escala

Otro desafío que enfrentan los sectores de atención a la salud privados, no gubernamentales y públicos en la frontera es cómo ampliar la escala de operaciones e impactos. Incluso los programas de pequeña escala pequeños y con éxito que tienen un objetivo limitado se han derrotado a sí mismos cuando reproducen esfuerzos competitivos y no organizados para atacar aspectos inconexos de problemas de la frontera. La atención a la salud en la frontera no es la única que necesita superar este problema. Ampliar la escala de los programas, como se llama al desafío en todo el mundo, es una tarea persistente de los sistemas de atención a la salud en todas partes.

Ampliar la escala va mucho más allá de lo que típicamente se conoce como creación de capacidad a lo largo de la frontera. Los esfuerzos de creación de capacidad exitosos necesitan también alcanzar una escala más amplia de operación que requiere una transformación de los programas y una redefinición de los objetivos, las tácticas y los tratamientos. Un informe reciente de la OMS (Organización Mundial de la Salud) muestra como para ampliar el alcance y la escala de los programas de salud y ser más efectivo para más personas, se requiere de mucho más que financiamiento adicional y de personal o capacidad. Implica “transformaciones organizacionales prácticas” y nuevas elecciones estratégicas alrededor de innovaciones al servicio de salud.”³⁷

Sin embargo, la ampliación de la escala es un proceso de creación de instituciones que no ne-

cesariamente se ajusta bien a la forma como los que ofrecen su apoyo, ya sean del sector público o filantrópico, quieren hacer sus aportaciones a los programas de salud de la frontera. El proceso toma tiempo, lo que no coincide con los intereses de los organismos o agencias donantes, ni con los diseñadores de políticas que insisten en ver resultados inmediatos. La estrategia de creación de instituciones puede también no coincidir con un enfoque de financiamiento “orientado a proyectos”, en el que se espera que las inversiones concretas tarden dos o tres años en dar una serie estrecha de resultados.

La falta de una estrategia exhaustiva para ampliar la escala es casi una garantía del fracaso en cuanto a lograr algún avance en contra de crecientes riesgos de enfermedad. Reproduce la fragmentación y debilidad de la infraestructura actual y refuerza la percepción de que los fondos adicionales van a tener poco impacto en los resultados de salud. Un análisis de los resultados de haber ampliado la escala en el mundo muestra que un componente crucial de una nueva estrategia requiere de la formación de un nuevo equipo de personas para ayudar a organizar un programa más exhaustivo y representar un papel estratégico y continuamente catalizador. Estos equipos ayudan a los gobiernos y organizaciones filantrópicas a encontrar la manera de introducir cambios en los programas que ya están dando muestras de avances, pero a menor escala. El equipo ofrece un enfoque colectivo a la defensa, investigación y asistencia técnica para que consigan el apoyo del sector público, mejor que teniendo gerentes y directores de campaña que luchan nada más por sus propios programas.

Actualmente en la región de San Diego-Baja California no existe este tipo de equipo de personas especializadas o líderes que se enfoque en el valor y desempeño de la atención a la salud binacional. Los participantes en el Foro de la ICF coincidieron en que los organismos gubernamentales no brindan una estructura de liderazgo global para sus programas, aunque la USMBHC (United States - México Border Health Commission) está desarrollando ese papel. Dado el grado de problemas de sector público en ambos lados, los miembros de Foro señalaron también que una sola organización de este tipo sería insuficiente. El grupo reconoció que el principal elemento faltante en el liderazgo de la región binacional en relación con la salud era el sector privado. Las empresas privadas, funcionando como socios estratégicos, con las organizaciones filantrópicas y las comunitarias, y la USMBHC, tienen mucho mejores oportunidades que los gobiernos de identificar enfoques innovadores y coordinados para resolver

³⁷ Ibid

los problemas de salud. El sector privado reconoce las beneficios potenciales en desarrollar proyectos transfronterizos como estudios clínicos para fármacos. Comunidades mexicanas también beneficiarían de más inversión extranjera para mejorar la infraestructura de salud, expandir la capacidad de profesionales de salud y aumentar acceso de la población a nuevas terapias.³⁸ Las organizaciones filantrópicas tienen la flexibilidad de representar un papel clave en su nicho como proveedores de apoyo a los equipos de especialistas y pruebas piloto, al tiempo que los empresarios privados tienen la experiencia para organizar actividades a una escala que pueda realmente responder a la magnitud de riesgos y oportunidades. La USMBHC (United States - México Border Health Commission) podría ser el organismo bajo el que trabajaran todos juntos.

Falta de correspondencia institucional

Una tercera barrera que vencer para lograr una buena salud transfronteriza es de orden sistemático y, como tal, mucho más difícil de vencer que los dos desafíos que se describieron antes. Dicha barrera consiste en relizar un diseño que satisfaga el continuo disperso geográfico y la necesidad de ampliar la escala. La tercera barrera implica una "falta de correspondencia institucional" que socava la capacidad de trabajar en ambos lados de la frontera. En pocas palabras, los programas de ayuda social para atención a la salud son nacionales, la responsabilidad de cada gobierno de atender al "bienestar general" de sus propios ciudadanos. Sin embargo, en una comunidad fronteriza, donde la gente y su familia vive en ambos lados de la frontera, y su salud está claramente relacionada con entornos y actividades de cada lado, esta responsabilidad nacional está mal alineada con lo que la gente necesita y la manera como organiza su propia vida. Las autoridades institucionales que definen quién es candidato al servicio y deciden respecto a la disponibilidad de recursos están arraigadas en las jurisdicciones gubernamentales que no tienen la capacidad ni siquiera la obligación de responder y dar servicio a los miembros de las comunidades fronterizas. Es imperativo tratar a la región fronteriza como un todo para dar servicio a estas comunidades.

Esta falta de correspondencia institucional entre las jurisdicciones y las comunidades es, sencillamente, una forma de privar al derecho al voto y de retirar el poder al ciudadano. ¿Qué gobierno representa a una comunidad que tiene a parte de sus miembros dentro de un estado y a otra parte en otro? ¿A qué institución se vuelve una comuni-

dad en su totalidad para solicitar ayuda si la propia institución no cruza la frontera ni tiene jurisdicción para trabajar en ambos lados? En esta región binacional, los dos gobiernos tienen enfoques radicalmente opuestos a la salud pública. Según la Constitución Mexicana, la salud pública es una responsabilidad federal y las decisiones sobre políticas primarias las toman funcionarios en la Ciudad de México, en algunos casos al nivel del estado, pero rara vez en el municipio. En los Estados Unidos, la salud pública es responsabilidad estatal y con frecuencia de toma de decisiones descansa en los funcionarios del condado. El resultado es una fragmentación de autoridad y responsabilidad, estructuras organizacionales sumamente complejas y autoridades públicas que no responden. Las comunidades, funcionarios y empresarios locales se frustran ante capacidades y perspectivas distantes e inconexas. Aunque esto es un hecho, vale la pena observar que la USMBHC se creó en parte para reunir a los dos países por lo menos en agencias gubernamentales: local, estatal y federal.

Los participantes tanto del estudio de la NLRC (National Latino Research Center) en 2004 como en el Foro de la ICF en 2006 hablaron acerca de los efectos de esta falta de correspondencia. En el plano comunitario, no faltaron las negociaciones informales e interpersonales entre funcionarios mexicanos y estadounidenses. De hecho los mejores "negociadores" eran los más exitosos recaudadores de fondos. Sin embargo, por muy heroicos que hayan sido estos esfuerzos creativos, socavan una capacidad para proveer un servicio adecuado y organizar una estrategia de atención a la salud que podría tener un impacto sostenido en la región. Lo que debería ser una estructura formal de responsabilidad, incluso un derecho desde la perspectiva de un individuo, sigue siendo un asunto persistentemente impugnado de negociaciones separadas.



Exámenes físicos para niños en la Feria de Salud en el Centro de Salud de San Ysidro. Foto: Elizabeth Santillanez

³⁸ Borderless Innovations, (Innovaciones sin fronteras), San Diego Dialogue, 2006.

Las faltas de correspondencia institucional no son, sin embargo, una dificultad tan monumental como puede parecer al principio. Discrepancias semejantes entre la autoridad jurisdiccional y la manera como las comunidades se organizan son algo bastante común en los Estados Unidos, donde el desparrame urbano ha empujado las realidades de la vida económica y social más allá de los límites y responsabilidades tradicionales de la ciudad. Economías y comunidades metropolitanas han reemplazado a los funcionarios de la ciudad y el condado como única autoridad, en la medida en que la gente se transporta de una comunidad a otra, para trabajar, ir de compras, visitar o vivir. Las instituciones de autoridad, incluso las asociaciones comunitarias tradicionales o vecinales ya no tienen facultades sobre todas las partes de las actividades importantes de los ciudadanos, residentes y miembros. Los alcaldes ahora pueden influir sólo parcialmente en la economía local, por ejemplo, si muchos de los que trabajan en la ciudad viven en los suburbios, pagan impuestos según la jurisdicción de un condado y votan en elecciones totalmente separadas. Ninguna entidad del gobierno, ninguna organización, representa los intereses, propiedades y deseos de la gente que organiza su vida en esta escala regional, en contraposición con una escala de ciudad.

Por supuesto que cuando las comunidades y las economías “se desparraman” cruzando los límites geográficos que representan a gobiernos nacionales, la gravedad de la falta de correspondencia institucional se vuelve en sí misma un rasgo definitivo de la organización comunitaria. Los miembros de la misma comunidad están separados entre sí, pierden el derecho a votar o participar en actividades que de otro modo servirían a todo el grupo, y no pueden obtener servicios de una sola entidad. Ningún gobierno, institución de atención a la salud u organización es responsable ante estos miembros de la comunidad transfronteriza. Una de las razones por las que las políticas y la política de inmigración se vuelve un tema central para las discusiones de atención a la salud es que el movimiento de los miembros de la comunidad confronta esta falta de correspondencia fundamental – ¿cuál es el gobierno que atiende a la persona que se mueve entre un lugar y otro en nuestra región binacional?

Por supuesto que estas faltas de correspondencia no existen solamente en la frontera México-EUA. En Europa, donde los asuntos de salud objeto de esfuerzos de integración en toda la Comunidad Europea, esta falta de correspondencia entre la autoridad institucional y las necesidades sociales se

discute como problema que involucra el “principio de territorialidad.” A pesar de revisiones sucesivas del Tratado de la Comunidad Europea con la esperanza de resolver los problemas de salud de la integración, la atención a la salud sigue siendo principalmente asunto de competencia y responsabilidad nacionales. Financiar esquemas limitados a seguridad social, tributación u otros sistemas basados nacionalmente se asegura de que esas jurisdicciones mantengan la autoridad sobre derecho a recibir el servicio, cobertura y calidad.

La Comunidad Europea, sin embargo, se esfuerza también por encontrar maneras de transformar su sistema de atención a la salud más allá de este principio de territorialidad a fin de atender mejor a los trabajadores, familias y profesionales que se cruzan sus muchas fronteras. Por ejemplo, los gobiernos han llegado a acuerdos para garantizar cobertura de salud a los trabajadores emigrantes y sus familias. Aunque han surgido en ambos lados de la frontera algunos problemas relacionados con el derecho de los emigrantes a estos servicios, el mayor problema sigue siendo cómo educar a las personas cuyos gastos de salud no están cubiertos en ningún lado de las líneas internacionales para que busquen el acceso a dichos servicios.³⁹

La Comunidad Europea ha trabajado también para mejorar el acceso para que los profesionales de la salud contraten y realicen servicios fuera de las fronteras. En una escala mucho menor, California y México han luchado tentativamente con pasos similares para facilitar la atención a la salud en una comunidad transfronteriza. En los últimos años, por ejemplo, la legislatura californiana ha debatido una legislación que le permitiría a un número reducido de médicos y dentistas mexicanos que practican en California durante un número limitado de años.⁴⁰ Estos programas ofrecerían profesionales de atención a la salud, que tanto se necesitan, para que ayuden a atender a los trabajadores pobres, especialmente en las zonas rurales. Ayudarían también a reducir los costos médicos estatales, al atender de manera más eficiente y menos costosa que en los actuales programas y prácticas que a menudo producen atención no compensada por servicios en centros de emergencia.⁴¹

No es de sorprender que la fuente de controversia más contundente sobre estos programas limitados sean las jurisdicciones públicas y privadas que representan a la gente en distintas partes de la comunidad. Los funcionarios del estado de California, por ejemplo, se preocupan por las normas de capacitación y por la justa distribución de la aten-

³⁹European Observatory on Health Systems and Policies, Cross-Border Health Care in Europe (Observatorio europeo de los sistemas y políticas de salud, atención transfronteriza a la salud), pág. 6

⁴⁰Tal esfuerzo, AB 1045, le permitiría a 30 médicos y dentistas con licencia profesional de México que practican en California durante 2 o 3 años.

⁴¹CMA Balks as California Eyes Mexico To Recruit Docs To Serve Latinos, Managed Care, November 2001.

ción. La Asociación Médica Privada de California se ha opuesto a las reglas de participación en el programa y a la práctica médica, pues ambas son distintas a las que rigen a los médicos californianos. También, puede ser difícil conservar a estos profesionales en las áreas verdaderamente necesitadas. La posibilidad de una ubicación permanente en los Estados Unidos es una tentación para muchos y éstos con frecuencia quieren mudarse a practicar su profesión en zonas de mayor afluencia. En el lado mexicano, autoridades de salud tienen escasez de recursos para proveer servicio de salud básica a la tremenda cantidad de personas, y reclaman que visitantes americanos a México tienen la expectativa de que van a recibir un cuidado médico igual a lo que están acostumbrados en los EUA.

No obstante, aunque sea difícil organizar estos programas innovadores, representan enfoques prometedores para la realidad que la salud enfrenta en una comunidad y economía transfronteriza. También representan un contraste radical con las actuales políticas gubernamentales, con las reglas y estrategias de muchas fundaciones, e incluso con las prácticas de la mayoría de los programas de desarrollo comunitario en la frontera. Los enfoques actuales limitan su labor a una fracción de las dimensiones comunitarias que determinan condiciones, riesgos y oportunidades para la salud presente y futura. En última instancia, esta limitación cuestiona si no es que la actual programación estratégica está condenada al fracaso. Los diseños de programas incompletos comprometen la atención, recortan los servicios y disminuyen la capacidad de los miembros de la comunidad para movilizarse y ayudarse entre sí. Existe la semilla de una buena solución en estos programas, pero necesitan mucho más trabajo y compromiso para convertirse en una realidad para los más necesitados.

Enfoques de Políticas Públicas para la Salud

Para encontrar un nuevo pensamiento estratégico de atención binacional a la salud se requiere una revisión completa de las políticas públicas y de cómo responden a los desafíos y necesidades de las comunidades. Muchas de las políticas actuales son contraproducentes, pues ayudan sólo a segmentos de la comunidad pretendiendo fortalecer a la comunidad entera. Otras son muy severas en su intento por bloquear transacciones y movimientos comunitarios, transfronterizos o de separar a los que tienen derecho a recibir atención de los que no.

A continuación se presentan cuatro modelos ampliamente definidos de estrategias de salud pública que representan los enfoques de las políticas actuales.



Revisiones dentales en la Clínica Dental La Maestra, San Diego. Foto: Elizabeth Santillañez

A. Los gobiernos van solos: bloquear y poner filtros

Históricamente, los gobiernos de manera rutinaria y unilateral intervinieron para detener el movimiento de las personas a través de sus fronteras en un esfuerzo por reducir los riesgos de salud. En épocas pasadas cuando la migración no conducía a la creación de comunidades transfronterizas tan integradas como ahora, los gobiernos podían intervenir más fácilmente, prevenir los movimientos de ida y vuelta y reducir los riesgos de enfermedad mediante controles de inmigración. Las prácticas casi legendarias de Ellis Island durante el apogeo de las migraciones transatlánticas ofrecen claros ejemplos de ello.

La lógica de la salud pública de estos esfuerzos unilaterales sigue siendo fuerte. La epidemia del SRAS (SARS, por sus siglas en inglés) retrotrajo a los funcionarios a estas antiguas técnicas. En los aeropuertos y otros puertos de entrada se preguntaba a los viajeros si habían sufrido de tos seca, fiebre o náuseas o si habían estado en contacto con alguien que tuviera algún síntoma. En algunos aeropuertos, los viajeros fueron sometidos a una versión moderna de la revisión “médica de seis segundos” – un termómetro en el oído o, sin que se enterara el viajero, una exploración invisible mediante un dispositivo escondido de termo-detección. Los planes actuales con respecto a la influenza pandémica van por el mismo camino. La expansión de estaciones de cuarentena, cierres restrictivos de la frontera y mejoramiento de la capacidad para filtrar a los viajeros son todos parte de planes recientemente publicados.

Otra motivación detrás de este enfoque implica a los crecientes costos de la atención médica en la frontera. Los debates y protestas políticas sobre los costos de los servicios de atención a la salud para inmigrantes y su impacto en la infraestructura de la salud son tema de todos los días. Muchos funcio-

narios hospitalarios, así como un buen número de legisladores dicen que el costo de ofrecer atención no compensada a la gente que proviene de México añade una carga adicional a instalaciones cuyo personal hospitalario de por sí ya se ve desbordado por un creciente número de pacientes. Mike Antonovich, Supervisor de Los Ángeles, proclamó en una ocasión, "El condado de Los Ángeles no puede ser el HMO del mundo."⁴²

Una propuesta de solución es bloquear físicamente a los miembros de las comunidades para que no crucen la frontera. Otra estrategia parecida intenta negar la atención a ciertos grupos. En California y otras partes de la frontera México-EUA, los gobiernos han propuesto definir cuáles miembros de comunidades y familias pueden tener acceso a las instalaciones de atención a la salud y cuáles no. Aun cuando las compañías en los EUA se benefician mucho de trabajadores inmigrantes mexicanos con sueldos bajos, parece que no haya un sentido de responsabilidad para proveerle a estos trabajadores con cobertura básica de salud, y el gobierno americano tampoco pone presión a empresas para ofrecer tales servicios. Aunque estos enfoques y otros del mismo tipo sean necesarios y valiosos, la meta principal es suprimir las actividades que están tan arraigadas en la sociedad y economía global, en lugar de centrarse en los propios riegos para la salud. Las políticas actúan en contra de la comunidad y no a su favor. En un sentido, el enfoque destaca sobre todo las dimensiones físicas y sociales de cuarentena y filtros. Sin embargo, aún en situaciones de emergencia, los esfuerzos por limitar el problema han probado ser menos que adecuados y a menudo contraproducentes.

B. Coordinación entre gobiernos.

Durante décadas se han reconocido los límites de que los gobiernos trabajen solos para combatir los riesgos transnacionales de enfermedad. México y los Estados Unidos empezaron a cooperar desde 1927, cuando respondieron juntos a condiciones de emergencia sanitaria provocadas por inundaciones en la frontera. La cooperación formal México-EUA empezó a finales de los años 1940 cuando las autoridades de salud se percataron de que los esfuerzos separados y aislados de cada lado de la frontera para controlar la sífilis y la gonorrea no tuvieron éxito porque implicaban infecciones compartidas entre miembros de la comunidad que vivían en la frontera y cruzaban en ambas direcciones. En 1942, el Servicio de Salud Pública de EUA le solicitó al antecesor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que le ayudara a coordinar una

campaña de salud en la frontera. De las reuniones nació una organización de profesionales de la salud de ambos lados de la frontera que se ha reunido anualmente desde 1943.

Aunque la comunicación y el desarrollo profesional representan una empresa valiosa, la coordinación de programas entre gobiernos desafortunadamente se ha visto limitada a llamados anuales para que haya mayor cooperación y muy poco progreso concreto. Por ejemplo, cuando se reunieron los funcionarios de salud de México y los Estados Unidos en su reunión anual de 2002, al parecer a ninguno le dio mayor vergüenza declarar, luego de sesenta años de coordinación, que el evento de este año era "un primer paso dramático" hacia acrecentar la cooperación binacional para mejorar la salud en la frontera. El Comisionado para la Salud de Texas en ese momento dijo, "Debemos entablar relaciones fuertes, mejorar las comunicaciones y trabajar juntos para mejorar en serio la salud de los ciudadanos en ambos lados de la frontera". El cónsul general del Consulado mexicano en Austin repitió el conocido estribillo de "Como todos sabemos, la enfermedad no conoce fronteras. Es fundamental para vencer a la enfermedad (tuberculosis) que haya una labor de cooperación que abarque a todos los sectores de la sociedad".

Los programas de gobierno a gobierno han generado mucho más esperanza y expectativas que auténtica asistencia en el terreno. Tal y como lo ha documentado recientemente la Coalición de Condados fronterizos EUA-México, las comunidades fronterizas están aún menos preparadas actualmente para manejar los crecientes riesgos de enfermedad transfronteriza que antes. Cada vez más personas cruzan la frontera, las comunidades cada vez se integran y conectan más y, sin embargo, las perspectivas para que se dé una respuesta pública integrada siguen estancadas.

Parte de la razón es que estos programas de salud intergubernamentales entre México y los Estados Unidos no pudieron superar la falta de correspondencia institucional que está presente en la frontera. De hecho sus esfuerzos anuales en verdad más bien se refuerzan. Los programas gubernamentales propuestos siguen siendo esfuerzos separados y desiguales, pues cada uno tiene metas paralelas en lados separados de la frontera, con la esperanza de que búsquedas independientes alcancen resultados paralelos. No logran, sin embargo, identificar y trabajar con las dimensiones de comunidades que cruzan la frontera y sostienen conexiones que comparten riesgos de enfermedades, estimulan com-

⁴²"La Emergency Rooms Full of Illegal Immigrants," (Salas de emergencia en Los Angeles llena de inmigrantes)

portamientos malsanos y dividen oportunidades de atención a la salud entre los miembros de la familia y los hogares. Nuevamente, la USMBHC ha logrado reunir a los profesionales de salud pública para la investigación, educación y tratamiento de varias enfermedades comunes, como la tuberculosis.

C. Participación de la sociedad civil

Aunque los gobiernos son por lo general los actores más poderosos del sector salud, sus recursos y autoridad para influir en las actividades de la comunidad se debilitan en los asuntos transfronterizos. En casi todos los programas intergubernamentales, su ventaja comparativa depende de reformas internas. Por ejemplo, en el combate a la tuberculosis, la Secretaría de Salud de México tiene su mayor apalancamiento en combatir la enfermedad dentro de sus propias comunidades rurales y mediante una reforma sustantiva de sus propios sistemas de atención a la salud.

La capacidad de la sociedad civil para aumentar e influir en las condiciones de atención a la salud más allá de las acciones del gobierno es, sin duda, tema de amplio debate global. En el contexto de las relaciones México-EUA, sin embargo, es relativamente nueva la atención que se presta a la contribución de las organizaciones de la sociedad civil para mejorar la salud. En cierta medida, esto no es de sorprender. Las organizaciones de la sociedad civil en México están en su mayoría en sus primeras etapas de desarrollo. Aunque en México hay prácticas muy eficaces relacionadas con la salud, dichas prácticas no han generado una extensa red de organizaciones de prestadores de servicios y comunitarias con capacidad sustantiva de apoyo y defensa de recursos y atención para la salud dentro del gobierno federal mexicano, altamente centralizado. Una excepción evidente es la Cruz Roja Mexicana. Esta organización ha sido un líder tomando el papel de ser el proveedor principal de servicio de ambulancia por todo México, y recientemente se involucró en la provisión de carencia médica y educación para inmigrantes rumbo a los EUA, con el intento de evitar el número de muertes que resultan de cruzar la frontera. Aparte de este caso, la falta de participación de la sociedad civil en México sigue siendo una fuente crucial de debilidad institucional a lo largo de la frontera.

En 2002, varias fundaciones formaron la Alianza Fronteriza de Filantropía México-EEUU (AFF), Alianza filantrópica de la frontera, para promover la capacidad de la sociedad civil en la frontera México-EUA. En los últimos cuatro años, AFF ha hecho mucho como catalizador de una extensa filantropía basada en la comunidad y con énfasis en los temas cruciales de la frontera, incluso problemas de salud fronteriza. En su mayoría, sin

embargo, se centra en destacar, más que en superar los límites de la mayoría de las iniciativas fronterizas. Este énfasis se limita a las actividades que ocurren en cada lado de la frontera, en lugar esforzarse conscientemente por organizarse de manera transfronteriza. Cuando mucho, esta y otras iniciativas de la sociedad civil tratan de coordinar acciones paralelas entre pequeñas asociaciones y grupos separados por la frontera. Las relaciones transfronterizas siguen siendo campañas para temas específicos o actividades para compartir información. Desafortunadamente el resultado es típicamente la creación de débiles coaliciones de intereses más que una iniciativa transfronteriza integrada. El futuro de los grupos de la frontera sigue siendo muy incierto en la medida en que se enfrentan a dificultades tremendas nada más para mantener el contacto cotidiano a través de la frontera. También, deben enfrentar constantemente las dificultades de trabajar con aliados del otro lado de la frontera que tienen distintos niveles de apoyo financiero y capacidades organizacionales.

Las pocas organizaciones no lucrativas de la frontera que se han centrado en los temas de salud transfronteriza se han concentrado principalmente en campañas de información, especialmente respecto a asunto culturales o de comportamiento. Incluyen programas en los medios sobre medidas preventivas relacionadas con el VIH/SIDA, embarazos no deseados, enfermedades transmitidas por vía sexual y violencia intrafamiliar. Sólo en unos cuantos casos, como el de Project Concern International y la Bilateral Safety Corridor Coalition, han podido establecer actividades paralelas de cada lado de la frontera. Planned Parenthood, para usar otro ejemplo, ha establecido una red binacional para dar servicio tanto en San Diego como en Tijuana, y varias organizaciones que se concentran en el abuso de sustancias tienen también campañas de información y clínicas en ambos lados de la frontera. Véase el Apéndice C para contar con una lista de organizaciones no lucrativas que dan servicio a emigrantes y a la zona fronteriza en el campo de atención a la salud.

Los programas transfronterizos verdaderamente se quedan bloqueados por una combinación de problemas. Primero, las actividades transfronterizas dependen en gran medida de un número reducido de "constructores de puentes". Estos líderes y los intereses que representan, se mantienen al margen de las organizaciones primarias y de sus estrategias principales. Segundo, el apoyo financiero concretamente dirigido a las actividades transfronterizas es raro. Los dirigentes de estas organizaciones en ciernes a menudo creen que tienen mejores oportunidades de financiamiento con sus propios gobiernos nacionales y, en gran medida, han diagnosticado con precisión su entorno financiero. Tercero,

los grupos en la frontera con frecuencia definen sus intereses e identidades organizacionales, si no es que sus campos temáticos, estrictamente en términos nacionales. No es raro, por ejemplo, que dirigentes organizacionales en México, basados en la comunidad, defiendan un enfoque mexicano a la frontera y propugnen por tiempo y recursos para movilizarse “solos antes de unir sus fuerzas en una sola entidad transfronteriza.

Finalmente, muchos dirigentes de organizaciones comunitarias en ambos lados de la frontera creen que es demasiado difícil y tal vez “prematuro”, como lo explicó un director de programa en Tijuana, atacar problemas transfronterizos que enreden o impugnen las políticas gubernamentales ya sea de México o de los Estados Unidos sobre asuntos fronterizos. La política de inmigración tiende a ser el problema más frecuentemente mencionado, pero los costos para los sistemas de atención a la salud en los Estados Unidos y la inflexibilidad de los recursos de atención a la salud en México se encuentran también en primer lugar de la lista.

Cuando los gobiernos se asocian con estas organizaciones de la sociedad civil, pueden crecer sus actividades. Los funcionarios de México y EUA, por ejemplo, han incluido el papel de las organizaciones comunitarias en su campaña binacional contra la tuberculosis. Mediante la USMBHC también están trabajando juntos para establecer comunicaciones vía internet entre varios programas de educación y tratamiento en el trabajo, además de implantar vínculos confidenciales entre los profesionales de la salud que comparten información de investigaciones y tratamiento para mejorar la eficiencia de su trabajo. Desafortunadamente, la historia da pocas pruebas de que estas actividades o relaciones hayan echado raíces profundas en las comunidades fronterizas porque sus innovaciones son costosas y se necesita tiempo para crearlas. Se ha detenido especialmente la capacidad de las organizaciones comunitarias en México, pero por lo menos existe una fuerte comunicación entre los líderes mexicanos y los estadounidenses y este campo es tierra fértil para la inversión de recursos del sector privado y no lucrativo, ya que los beneficios se multiplican para ambos países.

En los últimos años, el gobierno mexicano se ha acercado a las organizaciones de la sociedad civil para forjar alianzas público-privadas respecto a temas de salud relacionados con la comunidad mexicana en los Estados Unidos.

En los últimos años, el gobierno mexicano se ha acercado a las organizaciones de la sociedad civil para forjar alianzas público-privadas respecto a temas de salud relacionados con la comunidad mexicana en los Estados Unidos. Este movimiento representa una valiosa innovación en el intento por superar la falta de correspondencia institucional que es tan común en la frontera. En un verdadero sentido, el gobierno mexicano ha decidido que su jurisdicción se extiende más allá de sus fronteras para llegar a los miembros de las comunidades transnacionales que residen en los Estados Unidos. Ejemplo de esta colaboración es la Iniciativa California-México para Salud de los Migrantes con una participación activa de los más altos niveles del gobierno mexicano y del estado de California, así como de la Universidad de California.

Aunque estos programas han recibido amplio reconocimiento público, siguen siendo endebles y a pequeña escala. Sin el apoyo del gobierno de EUA, por ejemplo, la autoridad del gobierno mexicano en la comunidad transnacional sigue siendo muy débil. La falta de una historia de cooperación entre el gobierno y la sociedad civil en México ha ayudado también a reforzar el escepticismo entre los miembros de la comunidad mexicana en los Estados Unidos ante cualquier iniciativa dirigida por el gobierno. Otros se preocupan también de que la atención del gobierno mexicano en la parte de las comunidades transnacionales que residen en los Estados Unidos ha servido para debilitar su determinación por responder a las necesidades de las comunidades de origen dentro de México.

D. Proyectos Transfronterizos

El intento por encontrar una estrategia de atención a la salud se distingue de las políticas antes descritas en cuanto a que su enfoque principal estriba en la forma en que la gente organiza su vida comunitaria en las fronteras, más que en los límites y necesidades de las instituciones que trabajan en ambos lados de la frontera. La meta de este proyecto es crear y sostener un “círculo virtuoso” que haga corresponder la circulación y conexiones de los movimientos de ida y vuelta a través de la frontera con la forma en que ocurren los riesgos relacionados con la salud. Pueden ocurrir actividades del proyecto. Estas estrategias transnacionales buscarían mejorar las condiciones internas en México y en las comunidades estadounidenses conexas. Aunque puede haber intervenciones específicas del proyecto en distintos lugares de México o los Estados Unidos, deben tener estar relacionadas con esfuerzos complementarios en toda la región binacional. Hay pocos ejemplos de proyectos de este tipo que nos permitan hacer una lista de atributos o prácticas positivas y negativas o que sirvan de base

para desarrollar una estrategia binacional y regional exhaustiva. Se necesitarían también arreglos financieros innovadores para ofrecer iniciativas en toda la comunidad que mantengan la participación y el compromiso.

Sin embargo, el Foro de la ICF para profesionales de atención a la salud apoyó varios principios fundamentales a partir de los cuales empezar un diseño estratégico. Primero, la mayor resistencia a trabajar de manera que se alcance a toda la comunidad es distribución desigual de las finanzas. Sin un proceso de desarrollo del proyecto que le permita a la gente o a los representantes de ambos lados de la frontera participar, quien controle el dinero del proyecto se convierte en el líder dominante. Esta designación de facto del líder puede generar oposición o, en la mayoría de los casos, un simple rechazo a participar en la iniciativa desde el principio. Un fondo, común, en lugar de presupuestos separados, podría responder a esta preocupación y ayudar a resolverla.

Segundo, deben superarse las dificultades para conseguir gente de cada lado de la frontera que cruce y trabaje conjuntamente día a día. Al igual que en otras organizaciones comunitarias en desarrollo, son importantes las conexiones interpersonales directas. También es importante la expectativa de que los resultados de un proyecto se considerarán exitosos únicamente cuando haya mejorías en la comunidad entera – en este caso, en ambos lados de la frontera. El desarrollar un proyecto conjunto, que tenga incluso la posibilidad de medir claramente el desempeño reflejado en ganancias mutuas, puede dar la disciplina que refuerce trabajar conjuntamente en lugar de por separado. Esta es otra meta de la USMBHC que, sin embargo, por razones obvias, avanza lentamente.

Tercero, compartir información, apoyar posturas comunes y hacer campañas de solidaridad no bastan para generar y sostener las conexiones comunitarias en el entorno. En un sentido, los proyectos deben tener un diseño transnacional y atender problemas que sean verdaderamente dignos de atención. La infraestructura para la atención a la salud es un buen ejemplo. Un cierto proyecto podría centrarse en la desigualdad entre los dos lados de la frontera por cuanto a experiencia y facilidades de atención a la salud al diseñar y desarrollar maneras de compartir las ventajas de diagnóstico y tratamiento mediante nuevas tecnologías a larga distancia. Mejorías en la atención a la salud en Tijuana podrían verse compensadas por reducciones en los costos de atención de urgencia en San Diego, pero estos beneficios van más allá de la frontera, ya que la frontera es la puerta de entrada de ambos países. Por ello, al resolver los problemas de salud cuando todavía se les puede detener en la frontera

puede prevenir el costo en vidas y en otros recursos que la propagación de una pandemia puede causar en el interior de los dos países.

Cuarto, es posible que varias de las instituciones que existen actualmente tengan mayor potencial y capacidad para trabajar a través de la frontera que los que se puede lograr creando programas nuevos que empiecen desde cero. Por ejemplo, los miembros de sindicatos, iglesias, y clubes de servicio (por ej. Rotario, Shriners y Leones) históricamente han trabajado en pequeños proyectos a través de la frontera México-EUA. El acuerdo sindical en San Diego que permite a los trabajadores seleccionar la cobertura de seguro de salud el gobierno mexicano como parte de su paquete de prestaciones es un buen ejemplo de cómo, cuando se trabaja teniendo en mente los propios intereses y prácticas de los miembros de la comunidad, las instituciones que ya existen pueden tener adquirir otras formas para convertirse en un programa regional, binacional.

Estos principios pueden ayudar a formar las bases del diseño de los proyectos. Tomados uno a uno, sin embargo, por necesidad deben incorporarse a procesos de planeación y campañas de movilización que sean más exhaustivos. Podrían ser esenciales para formar un equipo de liderazgo que, como se vio antes, es fundamental para ampliar la escala de la tarea de atención a la salud. Estos principios y un equipo organizado de liderazgo podrían ser el primer paso para generar una visión estratégica enteramente arraigada en la innovación que implica buscar una escala que quizá pocos en la región reconocen que se necesita, y para superar las barreras para la creación de instituciones de atención a la salud, que están arraigadas en las actuales preferencias jurisdiccionales que son modificables. El liderazgo debe venir de la frontera, donde están las experiencias sobre salud y atención a la salud, y luego llegar a los líderes de ambos países, puesto que cualquier amenaza a la frontera es un anticipo de las amenazas a todo el país o países.



PARTE IV

UN PROGRAMA ESTRATÉGICO DE SALUD

La pregunta estratégica central para la región binacional San Diego-California es muy simple: “¿Qué se puede hacer juntos que no se pueda lograr por separado?”.

Obviamente, no se deben subestimar las dificultades de trabajar juntos en forma transnacional. Años de trabajo con dedicación han dado como resultado un número reducido de historias de éxito. Sin embargo, la salud comunitaria es un reto ante el cual ha llegado la hora de responder. Sus orígenes, problemas y futuro están ligados fundamentalmente a los procesos de globalización y regionalización que hace poco han adquirido forma. Es la forma como la gente enfrenta los riesgos a la salud porque cruza las fronteras cada vez con mayor frecuencia y porque cada vez más sus miembros están expuestos a estos cambios.

No obstante, la escala geográfica del problema no es el principal escollo, aunque siempre que las comunidades se extienden en territorios van a surgir muchos problemas. Más bien, el problema central en cuanto a políticas implica cuestiones fundamentales de democracia y representación - ¿a qué



jurisdicción gubernamental y a qué instituciones de salud puede tener acceso una persona que vive en una comunidad? Las respuestas requieren, sin duda innovaciones en cuanto a programas y servicios, pero requieren también una disposición y capacidad por parte de los líderes políticos para trabajar a través de líneas no tradicionales de autoridades de programas para llegar más allá de las fronteras y comprometer a los ciudadanos en maneras distintas. Un enfoque trans-jurisdiccional de la salud comunitaria conviene a fin de cuentas porque da como resultado una mejor salud para una comunidad entera, genera mayor productividad económica y menores cargas fiscales.

Aunque algunos afirman que se pueden, los dirigentes políticos regionales no pueden tener éxito si trabajan solos. Necesitan aumentar el nivel de participación comunitaria en calidad de socios eficaces en el proceso de diseño de políticas. Ya sea que estén en San Diego o Baja California, es necesario que los líderes de todos los sectores se comprometan con los problemas de salud en la comunidad para educar y movilizar a los residentes de la región. El compromiso cívico es esencial para lograr soluciones a la salud. Desafortunadamente, los programas educativos con frecuencia son demasiado pequeños y poco eficaces en ambos lados de la frontera. Los dirigentes políticos en el nivel de

las élites y de las bases deben generar campañas de salud que alerten y eduquen a toda la región para que busque soluciones adecuadas.

El financiamiento de programas regionales de salud tampoco se puede lograr por separado. Es poco probable que las iniciativas locales basten para apoyar la escala de las actividades que se requieren. Las comunidades, los gobiernos y las instituciones tanto de San Diego como de Baja California se pueden volver defensores de nuevos mecanismos de financiamiento, de inversiones y de programas innovadores que a su vez generarán más recursos, extenderán el acceso y mejorarán la salud de todas las comunidades, de modo que baje el costo para el individuo. Hacer fondos y programas comunes puede ser mucho más eficaz que duplicar o dividir costos.

Los líderes políticos en los dos lados de la frontera también tienen que trabajar juntos para atraer la atención y los recursos de los altos niveles de gobierno. Actualmente, el liderazgo regional se sigue viendo obstruido por persistentes enfoques de financiamiento tradicionales que buscan que los gobiernos federales reembolsen los costos de la salud. Lanzarle los costos de la atención de la salud en la región binacional a los pies de gobiernos federales excesivamente presionados es algo que no funciona. Los programas semejantes de reembolso por los costos de la justicia penal, por ejemplo, se han visto plagados de problemas. Al final, cuando los dólares federales ya no están disponibles, la ausencia de un compromiso binacional se traduce en que poco se ha hecho para cambiar las condiciones de salud y los comportamientos que siguen generando esos costos.

Ha llegado, pues, el momento de innovar y emprender reformas profundas que no se van a alcanzar trabajando por separado. Hasta los mejores programas de salud hoy en día están estructuralmente limitados y a menudo organizados para fracasar. Cuando se dejan secciones enteras del continuo de la atención sin solución, hasta las intervenciones con buenos programas en áreas selectas se verán abrumadas por la repetida exposición a los riesgos y una recurrente mala salud. La mayoría de los programas innovadores no son capaces tampoco de "pasar a la escala", cuando dependen de campañas anuales de obtención de fondos o presupuestos de programas poco sistemáticos diseñados alrededor de "pruebas piloto" en lugar de una intervención sistémica.

La región binacional necesita un nuevo comienzo, una nueva visión estratégica que sea tan amplia y audaz como los problemas que busca resolver. La región necesita una llamada a actuar que despierte el enorme espíritu innovador de la región y mo-

vilice las grandes ventajas y talentos de los residentes en ambos lados de la frontera. Una forma de empezar es tener una Cumbre que junta todos los líderes de toda la región. La agenda de la Cumbre comenzaría la deliberación que termine haciendo una lista de objetivos y soluciones alrededor de los cuales se podría movilizar lo mejor de la comunidad binacional.

La siguiente sección ofrece cuatro categorías de temas ejemplares que se podrían atender en la Cumbre y la campaña de atención a la salud que ojalá se derivara de ella. Estos ejemplos se han incluido aquí solamente para estimular el debate. La intención es centrar el debate en las reformas a gran escala y en iniciativas que lleguen a niveles de una visión estratégica que abarque las necesidades no satisfechas de la región entera, que están muy extendidas.

1. Para empezar

Las últimas declaraciones de los alcaldes de San Diego y Tijuana en las que expresan interés por revitalizar una relación de cooperación sobre los problemas podrían servir para que arranque una etapa de mayor atención al carácter binacional de los problemas de salud. Más allá de lo que los alcaldes elijan atender, ¿cuáles son algunos de los problemas inmediatos que se deben atender? A continuación se ofrecen algunas sugerencias.

• Apoyar la ley de seguridad de la salud en la frontera y la implementación revisada

La legislación de los EUA que pretende mejorar la infraestructura, el acceso y la provisión de servicios de atención de la salud a los residentes de la frontera en los EUA, debe recibir absoluto apoyo. Históricamente la Ley ha provisto de recursos sustantivos a las comunidades fronterizas en formas que permitieron decisiones flexibles respecto a prioridades y uso. También ha financiado a la Comisión de Salud en la Frontera.

Sin embargo, la puesta en vigor de la Ley podría alterarse de manera importante. Aunque el compromiso local es esencial para una acción exitosa, las comunidades locales deben concentrarse en crear estrategias exhaustivas, que en especial incluyan iniciativas y diseños transfronterizos. La Comisión podría tener un papel más agresivo e ir más allá de la mera identificación de listas de enfermedades prioritarias y trabajar con las comunidades para superar las barreras que enfrentan los programas. La Comisión tiene un papel prominente como catalizador de los diseñadores de política de educación en todos los niveles de la comunidad y el gobierno.

• Reanimar el Consejo Binacional de Salud San Diego-California

Activo en una época para convocar a los profesionales de la salud de la zona fronteriza, el Consejo Binacional de Salud San Diego-Tijuana está actualmente en letargo. Más que nunca es importante la necesidad de contar con una red como esta. Las organizaciones no lucrativas para atender la salud en San Diego y en Tijuana están trabajando de forma casi independiente y aislada y con poca coordinación para aumentar las oportunidades de sinergia y economías de escala. Un Consejo revitalizado podría garantizar la representación de todos los segmentos de la región en el nivel local, ofreciendo un mecanismo para diálogo y coordinación a través de la frontera y entre varios grupos y organizaciones sociales y profesionales. Ha recibido fondos de la USMBHC para desarrollar una red de administración y comunicación, pero se necesitan recursos más sostenidos.

• Apoyar una investigación extensa sobre la salud en ambos lados de la frontera

Un hallazgo fundamental de los participantes en el Foro y que reafirmó el estudio de NLRC fue la importancia de las investigaciones actuales sobre salud en ambos lados de la frontera. Sin contar con datos duros e indicadores sobre la salud local, es difícil defender el argumento de que se necesita apoyo adicional. Aquí, la región San Diego-Baja California tiene la fortuna de contar con instituciones académicas de altísimo nivel (la Facultad de medicina de la UCSD, la Escuela de salud pública de SDSU, la Escuela de enfermería de USD, la Facultad de medicina de UABC) que en muchos casos ya están trabajando sobre una amplia gama de temas de salud en la frontera, pero se necesita mayor financiamiento, además de mayor colaboración con organizaciones no lucrativas de la zona fronteriza que tengan lazos firmes con las comunidades que más atención necesitan. Sin duda, existe una oportunidad única de investigaciones expandidas que podrían beneficiar de manera positiva a personas y comunidades alejadas de nuestra región.

• Apalancamiento de la tecnología

Existen proyectos entre San Diego y Tijuana basados en la telemedicina que son sumamente prometedores para apalancar el enorme capital humano y potencial tecnológico que hay en San Diego para mejorar la situación de atención a la salud en Baja California. Estos pequeños proyectos deben revisarse para ver qué se necesitaría para ascenderlos a un nivel que tuviera un impacto significativo en la condición de atención a la salud de Baja California en general. Si se puede realizar la promesa, es necesario esforzarse para agrandar los proyectos. Otra

manera en que la tecnología puede contribuir a una colaboración binacional es el uso de equipaje de conferencias por video para reuniones transfronterizas. Muchos participantes en el Foro en marzo dijeron que, como resulta de las demoras largas en la frontera, es difícil atraer participación igual en México si la reunión sea en San Diego, y es igual para participación desde los EUA participar en reuniones en Tijuana. El uso de equipaje de conferencia por video en varias ubicaciones por ambos lados de la frontera, aumentaría la participación y garantizaría una contribución verdadera mente binacional.

• Extender los servicios de urgencia

Con el aumento del número de personas que viven, trabajan y se jubilan al sur de la frontera, la región necesita extender y modernizar sus servicios de urgencias. Hay oportunidades para contar con opciones extendidas de servicios de consulta externa, servicio que actualmente sólo brinda el Comité Binacional de Atención Médica de Urgencia, organización no lucrativa, dirigida por voluntarios, con buena trayectoria, pero que actualmente enfrenta dificultades para responder a demandas futuras. Parte del desafío de modernización y expansión es encontrar maneras de mejorar la eficiencia de llegar al otro lado de la frontera internacional. Las autoridades federales de inspección en México y en los Estados Unidos tienen, obviamente razones legítimas para regular el movimiento de vehículos ambulantes de urgencia.

Con la tecnología moderna y nuevos procedimientos de seguridad – como SENTRI – debe ser posible contar con un plan para superar los trámites fronterizos. Las autoridades fronterizas locales y federales, con la ayuda de los Consulados, deben echar a andar planes que faciliten el cruce bidireccional de personas y equipos relacionados con la salud.

• Formalizar equipos de protección anti-tráfico

La región nacional de Baja California – California padece las consecuencias en la salud del tráfico, los contratos laborales informales, y el maltrato. Algunos de estos problemas se deben al contrabando formal, organizado. Otros se derivan de la disolución de los hogares que ocurre en mercados laborales en los que los miembros de una familia están separados por periodos largos y a menudo dependen completamente del salario generado por otro miembro. Actualmente está funcionando bien, a pequeña escala, una promotora iniciativa regional binacional con la policía y otras autoridades en ambos lados de la frontera. Mayores esfuerzos para crear y extender la capacidad podrían sentar un modelo de cooperación mediante grupos de trabajo entre la comunidad y la policía que funcione

directamente en actividades transfronterizas.

- **Rediseñar programas para una enfermedad específica**

Muchas enfermedades, desde la tuberculosis hasta el VIH/SIDA, aumentan por la circulación de las personas entre ciudades mexicanas y estadounidenses. Aun cuando se ofrezca tratamiento de un lado de la frontera, no hay certeza de tener una atención continua, pues el individuo sigue moviéndose en la región. Los intentos actuales por monitorear y compartir la información sobre los pacientes de tuberculosis ofrecen ejemplos importantes de los que se puede hacer. La Comisión de Salud en la Frontera México-EUA (USMBHC) ha creado una tarjeta de salud con la cooperación de más de 40 entidades que trabajan en atención a la tuberculosis, que le permite a los pacientes seguir con su tratamiento aunque crucen la frontera de ida y vuelta. En Tijuana, la Comisión apoya también un Programa para cumplir directamente con la terapia, que se cerciora de que los pacientes tomen el medicamento todos los días. La continuidad y una terapia con medicamentos menos costosos significan un ahorro de \$150,000 cada vez que se trata al paciente sin el costosísimo régimen resistente a múltiples medicamentos.

Con la tuberculosis, al igual que con muchas otras enfermedades comunes de la frontera, hay una lucha continua por vencer una reducción de fondos y requisitos administrativos por demás complicados. A la región binacional entera le convendría mucho que estos programas tuvieran éxito. Se podrían hacer esfuerzos por aumentar su visibilidad y extenderlos para que se asumieran en todos los niveles de gobierno y en instituciones por toda la región. Esto le salvaría vidas y le ahorraría recursos a ambos países.

- **Atender a la salud de los trabajadores contratados**

La atención que recientemente se presta a las aportaciones de los sistemas de mano de obra emigrante tanto para la economía estadounidense como la mexicana sigue adoleciendo de una falla fatal. La salud de estos trabajadores y sus familias es fundamental para que esta aportación sea exitosa. No obstante, en las propuestas de legislación se pasan por alto las dimensiones de salud del flujo de emigrantes. Es mucho lo que está en juego para la región San Diego-Baja California en lo que se refiere a las condiciones laborales y de salud de sus trabajadores en ambos lados de la frontera. Por

ello, es de interés local garantizar que un programa de trabajadores invitados o su equivalente incluya disposiciones que atiendan a los trabajadores emigrantes y protejan a la comunidad regional de los riesgos para la salud.

¿Qué pueden hacer las organizaciones en el plano estatal y del condado? El liderazgo del sector privado, los incentivos públicos y el apoyo comunitario deberían alentar a las compañías que emplean a trabajadores emigrantes a brindarles una cobertura de salud, incluso promover que los trabajadores se inscriban en uno de los varios planes de salud con los que se cuenta actualmente (por ej. BlueShield, HealthNet). Estos planes son, en general, treinta por ciento más baratos que los planes de salud tradicionales y, en caso de que los trabajadores obtengan un estatuto legal, hay más probabilidades de que participen porque se podrán mover libremente entre el lugar de trabajo y el sitio donde serán atendidos.

- **Pasar de la crisis a la prevención**

Con demasiada frecuencia la compasión y atención del público a los problemas de salud de la frontera se inclina hacia la última crisis que llega a la primera plana – el alarmante aumento en Tijuana del VIH/SIDA o las víctimas de la inundación en la ciudad – pero es poca la atención que se le da a la prevención y preparación. Como lo señala Melissa Berman, CEO de Rockefeller Philanthropy Advisors (Asesores en filantropía Rockefeller), “las condiciones no son la nota en las noticias. La nota son las crisis”⁴³. La experiencia de la mayoría de las no lucrativas orientadas a la salud en la frontera que participaron en el reciente foro de la ICF señalaron que es más fácil conseguir fondos para responder a una crisis que para la atención a la salud y prevención de desastres, aunque el ahorro en costo y los beneficios para la sociedad podrían ser sustantivos si se enfocara más en prevención y preparación.

Para pasar de la crisis a la prevención se requiere de liderazgo. Es crucial reconocer que muchas de las crisis de salud que están surgiendo en la frontera se pueden manejar más eficazmente y, en algunos casos, prevenir con una comunicación pública más participativa y comprometida. La cobertura de los medios es crucial y, sin embargo, las más de las veces, es raro que haya una cobertura en las noticias de San Diego de asuntos críticos de la frontera, relacionados con la salud, en particular los que directamente afectan a Tijuana, hasta que no haya una crisis. Aquí, las no lucrativas deben esforzarse más para comunicar las necesidades de

⁴³ Epstein, Keith, “Crisis Mentality: Why sudden emergencies attract more funds than do chronic conditions, and how nonprofits can change that,” (Mentalidad de crisis: ¿por qué las crisis repentinas atraen más fondos que las condiciones crónicas y cómo las no lucrativas pueden cambiar esto?) Stanford Social Innovation Review, Primavera 2006, p53.

salud de la frontera a los medios en ambos lados. Después de todo, si los medios, especialmente la televisión, no reportan sobre el tema, muy pocos residentes de la frontera sabrán de su importancia.

2. Financiamiento de la salud

Con la posible excepción de los temas jurídicos relacionados con el cruce de la frontera, el problema principal de la región es cómo financiar las iniciativas de salud. Como se describió antes, la persistente desigualdad de recursos es casi una condena para cualquier esfuerzo. La clave para resolver este desafío financiero es encontrar maneras de generar recursos que provengan de las actividades de la economía regional. También se necesita que las comunidades fronterizas tengan la autoridad para controlar y determinar el uso de estos recursos.

• Tarifa para cruzar

Por supuesto que hace años que existe la idea de cobrar una tarifa por cruzar la frontera y ésta ha recibido apoyos encontrados. Ha fracasado por muchas razones, incluso la falta de acuerdo sobre cómo se distribuirían las ganancias obtenidas, cuál sería el monto de la tarifa y qué uso se le daría al dinero recaudado. Quizá el momento adecuado, sin embargo, para hacer un plan que utilice el pago de una tarifa por cruzar la frontera para generar fondos para programas binacionales de salud. El dinero recaudado se pondría bajo la autoridad de una comisión independiente enfocada en la salud regional, y un equipo de líderes de ambos lados, para invertirse en prioridades de salud en toda la región. En el sector privado se pueden encontrar otras posibles oportunidades de generar recursos para programas de salud. Una mejor salud es una inversión directa en la economía que generará beneficios para las empresas locales grandes y pequeñas.

• Catalizar soluciones del sector privado

El sector privado está bien posicionado para extender de manera dramática el nivel de cobertura de la salud en ambos lados y disponible para residentes tanto de México como de EUA. Ya hay 150,000 empleados basados en California que tienen una cobertura transfronteriza mediante uno de los tres planes que existen: BlueShield del plan California Access Baja, HealthNet y SIMNSA. Con el creciente número de residentes estadounidenses que se están jubilando en Baja California, o sencillamente mudándose a vivir allá, se abren nuevas oportunidades para una expansión del diagnóstico por telemedicina que permite que los pacientes

reciban atención básica en México además de mejores opciones de atención a la salud del sector privado para este creciente segmento del mercado. En la medida en que más personas de cada lado de la frontera se muden al otro lado, aumentarán las oportunidades de mejorar e igualar la calidad de las opciones de atención a la salud en toda la región. El Hospital Ángeles de Tijuana se ha posicionado para atender a esta creciente demanda y otros proveedores de servicios seguramente seguirán sus pasos.

• Prueba piloto del derecho a servicios de Medicare al otro lado de la frontera

Hace casi una década, se propuso la idea de crear un proyecto piloto que permitiera a residentes de EUA que actualmente viven en Baja California y tienen derecho a Medicare, para que pudieran recibir atención médica en México que luego les reembolsará el propio programa Medicare.⁴⁴ Ahora que el financiamiento para Medicare pasa por una crisis incluso peor que las anteriores, es buen momento para poner a prueba el valor de que Medicare sea portátil para la gran cantidad de ciudadanos de la tercera edad que ahora viven en Baja California, en parte debido a que no pueden costearse una jubilación cómoda en su propio país. El piloto es una oportunidad natural para una exoneración de proyecto para investigación y demostración para



⁴⁴Warner, David, "Health and Medical Care in San Diego and Tijuana: Prospects for Collaboration: Briefing Paper prepared for the San Diego Dialogue"(Salud y atención médica en San Diego y Tijuana: Perspectivas de colaboración: documento de información preparado para el Diálogo de San Diego), Diciembre 1999., page. 14.

la Administración de finanzas para la atención a la salud (HCFA, por sus siglas en inglés), pero también podría recibir apoyo mediante una legislación directa. El potencial valor costo de un programa como este tendría enormes implicaciones financieras en las fronteras entre Estados Unidos y México y entre Estados Unidos y Canadá.

3. Programa de seguridad orientado a la salud

La reciente decisión del Department of Homeland Security (Departamento de seguridad del interior) federal de retirar a San Diego de la lista de áreas metropolitanas que pueden recibir fondos de su Iniciativa de seguridad de áreas urbanas (UASI, por sus siglas en inglés) demostró la debilidad de las capacidades de la región para conseguir un enfoque exhaustivo a su propio bienestar y seguridad. La decisión del DHS incluía no solamente una evaluación del riesgo que enfrenta la región, sino sus necesidades y los planes para satisfacerlas. La preparación para la salud pública le ofrece a San Diego un objetivo estratégico vital e innovador para la preparación para la seguridad de la patria. Los posibles riesgos son, sin duda, muy altos. Dada la falta de infraestructura de salud en ambos lados de la frontera, hay por cierto una enorme necesidad. El desafío para San Diego es el de diseñar una estrategia que prepare de forma efectiva a la región binacional para enfrentar estos riesgos de seguridad, basados en la salud. Desde capacidades de oleadas médicas hasta alternativas ante cierres de la frontera, San Diego podría estar a la cabeza en el diseño de un enfoque que satisficiera sus propias necesidades y ofreciera lecciones a otras comunidades fronterizas. Existe actualmente un grupo de trabajo cooperativo que involucra a trabajadores de salud pública federales, estatales y del condado para diseñar una estrategia para capacitación y seguridad fronteriza. Este plan no solamente serviría en épocas de crisis, sino que sería un espaldarazo a la tristemente escasa infraestructura de salud pública que se necesita para atender problemas de salud cotidianos. Esto sería un sistema eficiente y valioso para las necesidades de hoy y de mañana.

- **Diseñar una iniciativa de vigilancia transfronteriza de la salud**

Al emplear los fondos relacionados con la salud para seguridad de la patria, la región nacional podría lanzar un nuevo sistema de vigilancia de enfermedades que fuera más allá de las iniciativas de programas locales y cooperación voluntaria con México y otros gobiernos extranjeros. Como lo demuestran los casos del SRAS y la influenza aviar, la detección temprana y la respuesta coordinada pueden salvar vidas. Una vigilancia a cabalidad podrá servir de guía para la asignación oportuna y justa de recursos nacionales y globales y fortalecer



la rendición de cuentas del gobierno en cuanto a una respuesta efectiva.

Con estas metas, los sistemas de vigilancia deberían, por lo menos ser parcialmente independientes de los gobiernos que los financian. La renuencia a notificar y analizar plenamente los síntomas y las evidencias cuesta vidas. Un sistema binacional de vigilancia, creado alrededor de una participación comunitaria en la notificación podría ofrecer una conciencia sostenida de problemas de salud persistentes y urgentes en la región, independientemente de la jurisdicción. Hay que mejorar la cooperación entre agencias en México, y también comunicación binacional, para estar seguro que los protocolos desarrollados son aprobados para estar seguro que funcionarían en caso de una emergencia regional.

- **Promover programas de uso dual**

La seguridad de la patria relacionada con la salud requiere no sólo de proyectos especiales sino de un enfoque sostenible para construir una infraestructura completa así como capacidades para lograr un estado de preparación deseable. Buena parte de esa infraestructura y muchas de las capacidades tienen usos múltiples. Aunque deben poder aparecer en momentos de amenaza, la preparación significa también que la comunidad aumenta la calidad y la cantidad de sus ventajas para uso cotidiano. La región binacional debería aprovechar la oportunidad y los imperativos de seguridad para toda la zona de San Diego-Baja California a fin de establecer el marco y las reglas que hagan efectivos los programas de atención a la salud. Por ejemplo, la región necesita instalaciones para someter a prueba sustancias sospechosas, diagnosticar enfermedades de manera adecuada y responder con prevención y mitigación. Estas instalaciones y la red de científicos, médicos y personal para responder a las urgencias deben organizarse en un plan que no requiera negociaciones complicadas o exigencias de competir por fondos futuros. Esta puede también

ser una oportunidad para proponer que se acredite y se dé credencial a trabajadores de la salud en ambos lados de la frontera regidos por reglas semejantes, lo que mejoraría mucho los programas diseñados para permitir que los profesionales contraten sus servicios en comunidades necesitadas en ambos lados de la frontera. Actualmente se está empezando a planear una cooperativa de este tipo, pero se necesita mucho apoyo y recursos.

4. Iniciativa transfronteriza de capacidades del sector privado y la sociedad civil

Las necesidades de la región fronteriza San Diego-Baja California son muchas y aún las no lucrativas más activas orientadas a la salud están mal preparadas para sostener sus actividades actuales sin apoyo adicional. Dados los recortes de presupuestos, las fuentes tradicionales de financiamiento se están reduciendo, de modo que muchas no lucrativas de la zona se enfrentan a una creciente demanda de servicios con una disminución correspondiente de fondos disponibles. Aunque se podrían apoyar muchos programas específicos, una iniciativa exhaustiva podría empezar con el siguiente tipo de actividades:

- **Crear un fondo transfronterizo para la salud**

Los donantes de San Diego se podrían reunir para establecer un fondo para la salud transfronteriza enfocado en la región para actuar como catalizador de los recursos filantrópicos para enfrentar problemas emergentes. Estos donantes de fondos deben ser mucho más proactivos en lo que respecta a problemas de salud en la frontera. El Fondo podría ayudar a enfrentar los problemas más difíciles, que a menudo implican cambios de políticas y la superación de barreras sistémicas que antes se mencionaron y que los gobiernos estarían menos dispuestos o capacitados para llevar a cabo. Un Fondo transfronterizo para la salud podría también apoyar a los líderes, al equipo de especialistas que podría ayudar a que la región avance en el proceso estratégico de ampliación.

- **Innovación**

La región San Diego- Baja California se conoce desde hace mucho por su capacidad de innovación. Ha llegado el momento de que esa capacidad se enfoque en la atención a la salud. Desde ideas tecnológicas hasta movilizaciones basadas en la comunidad, la región tiene una capacidad aún no explotada para crear nuevas formas más efectivas para superar problemas al parecer incorregibles. También, la región sirve con frecuencia como mercado de prueba para nuevos productos, como reflejo de las expectativas de forasteros sobre la singular apertura de la población del área ante las mejoras. El

desarrollo económico y centros de innovación que existen actualmente en toda la región deben volcar su atención a los temas de atención a la salud.

- **Liderazgo del sector privado**

Desde el hecho de que es dueño del 85 por ciento de la infraestructura crucial para la seguridad de la patria hasta el reconocimiento de líderes de organizaciones comunitarias, el sector privado es clave para influir cambio en toda la región. Organizaciones como la San Diego Regional Chamber of Commerce y el Centro Coordinador Empresarial de Tijuana (CCE) tienen el potencial de coordinar las empresas de San Diego y Baja California. Las empresas en lo individual tienen también un claro incentivo para invertir en la zona y mejorar su propio desempeño. Sin embargo, sigue sin haber un compromiso de liderazgo específico. Las empresas privadas tienen que identificar o diseñar canales apropiados y aceptables de participación en áreas en las que, aunque su papel puede ser crucial, no ha quedado clara la forma como puede tener éxito.



PARTE V

UN DESTINO COMÚN, UN LLAMADO A LA ACCIÓN

La región San Diego-Baja California enfrenta algunos desafíos importantes de atención a la salud en los próximos años que, de no atenderse, podrían tener consecuencias irreparables para la economía regional en ambos lados de la frontera internacional.

Está claro que los gobiernos pueden y deben hacer más para coordinar mejor las iniciativas a nivel local, regional, estatal y federal. Los gobiernos, sin embargo, no están en posición de resolver por sí solos las crecientes dificultades transfronterizas de atención a la salud.

Al reconocer la importancia crítica de los problemas binacionales de salud en la región, así como los impedimentos institucionales que existen actualmente para tener programas efectivos, la ICF hace un llamado a los líderes del área para actuar de manera urgente. Para que nuestra región binacional pueda resolver los futuros desafíos de atención a la salud, se necesita mayor cooperación del sector privado, el gobierno, los académicos, el sector no lucrativo y los donantes (individuos y fundaciones) que estén dispuestos a marcar la diferencia. Los expertos en asuntos fronterizos más conocedores

saben sin lugar a dudas que el liderazgo respecto a la salud en la frontera debe situarse en la frontera misma para el bienestar no sólo de quienes viven en la frontera sino de los ciudadanos de los Estados Unidos y de México. Desafortunadamente, el intercambio de problemas críticos de salud puede socavar gravemente cualquier éxito en la solución de problemas económicos y otros que atañen a la sociedad en su conjunto.

Allí donde se necesitan reformas a las políticas existe la apremiante necesidad de que los interesados en nuestra región fronteriza trabajen juntos más estrechamente en el campo de la defensa y protección en público para presionar a fin de alcanzar los cambios tan necesarios que mejoren la calidad de la atención y reduzcan el riesgo a la salud pública de nuestros residentes. Donde ya existen posibles políticas de solución, la filantropía tiene un papel importantísimo que desempeñar dando fondos para investigaciones que ofrezcan los datos que se necesitan para validar las necesidades críticas y fundamentar las reformas de políticas que se han propuesto.

Debe haber un esfuerzo concertado para identificar los beneficios comerciales, de modo que haya una participación más proactiva del sector privado cuando se responda a las necesidades críticas de

salud en ambos lados, sobre todo en el campo de apalancar la tecnología (por ej. la telemedicina) o las soluciones financieras para mejorar el acceso binacional a la atención. Finalmente, dada la escasez de recursos que actualmente apoyan las iniciativas de salud en la frontera, existe la necesidad apremiante de mayor comunicación y colaboración entre todo el sector.

La región fronteriza de San Diego-Baja California enfrenta una serie de desafíos de salud que podrían atenderse efectivamente mediante cambios en las políticas públicas o acciones administrativas en el nivel federal de gobierno tanto en los Estados Unidos como en México. No obstante, para lograr el cambio, es de suma importancia que los profesionales de salud en la zona fronteriza se comprometan más en la defensa pública ayudando a los oficiales electos y otros tomadores de decisiones clave para que se hagan los cambios en las políticas que pueden reducir los riesgos de salud en la frontera.

Aunque las necesidades de atención a la salud de San Diego-Baja California están bien documentadas y se han identificados ya en este informe algunas acciones a corto plazo como prioridades, existe la apremiante necesidad de que los tomadores de decisiones más importantes se reúnan para formular estrategias de cooperación y compromiso expandidos. Para ello, la ICF recomienda que se reúnan pronto los principales tomadores de decisiones públicos, privados y de no lucrativas en una Cumbre sobre salud transfronteriza para examinar los temas críticos y desarrollar un plan factible cuyo objetivo sea aumentar significativamente el nivel de atención y compromiso con los problemas de salud transfronteriza en la región para actuar de inmediato sobre ellos.

Como una de las pocas organizaciones de caridad pública local en la región fronteriza con una misión filantrópica transfronteriza, la ICF se ha comprometido a tener un papel de liderazgo proactivo para elevar los asuntos de salud en la frontera en la lista de prioridades ante los principales tomadores de decisiones de la región. Los líderes de todos los sectores deben ver de primera mano los riesgos a la salud, necesidades prioritarias y esfuerzos que pueden marcar una diferencia. Con demasiada frecuencia, los líderes de la región tienen poca experiencia directa con las comunidades de la frontera. Para ello, la ICF se compromete a organizar una serie de visitas para líderes en las que se destaquen las necesidades de salud de la zona fronteriza y las oportunidades que existen en ambos lados de la frontera.

Hay mucho trabajo por hacer, pero al trabajar juntos con todos los interesados del sector público, privado y de las no lucrativas, así como con los donantes de fondos y lectores como usted, es posible lograr cambios sistémicos que, con el tiempo, mejoren la calidad de la salud entre todos los residentes de nuestra región fronteriza, sea cual sea su clase socioeconómica, nacionalidad o status migratorio.

La ICF le invita a unirse a estos esfuerzos – los temas de salud en la frontera son muy importantes en verdad. El status quo es sencillamente inaceptable. Esperar a que haya un mayor deterioro de la salud pública o que aparezca una pandemia de gripe que provoque una acción es apostar el futuro de la región y la vida y el bienestar de ricos y pobres por igual. Los que viven en una comunidad con todas las comodidades o los que tienen una vivienda informal con infraestructura básica limitada y sin agua corriente, todos los residentes de la región de San Diego-Baja California comparten el mismo aire, los mismos centros comerciales, espacios públicos y recreativos, sistemas de transporte público, lugares de trabajo y hasta los mismos restaurantes. El estado de la salud en la frontera de la región es tan bueno como el de su eslabón más débil. Incluso hoy en día las consecuencias económicas de los crecientes costos de la salud y la decreciente productividad, combinadas con posible cierres de la frontera por cuarentenas son demasiado grandes para ignorarlas.

Independientemente de qué lado de la frontera ocupemos, cuando se trata de asuntos de salud pública, compartimos el mismo destino. Tenemos que hacer todo lo que podamos para garantizar que nuestro destino esté en nuestras manos y sea bueno para uno y para todos.



Niños en el Hospital General de Tijuana. Foto: Amy Carstensen, ICF.

Apéndice

1. Bibliografía
2. Lista de participantes al Foro.
3. ONGs de salud en la región fronteriza San Diego-Tijuana
4. Recursos adicionales

Apéndice A: Bibliografía

Aguayo, Jennifer, E. Richard Brown, Michael A. Rodriguez, and Lia Margolis. 2003. "Important Health Care Issues for California Latinos: Health Insurance and Health Status." Health Policy Fact Sheet, available (last accessed 1/15/04) at <http://www.healthpolicy.ucla.edu/pubs/publication.asp?pubID=60#download>

Anna, Carla, "New picking season brings ergonomics to the field," San Diego Union, April 3, 2006.

Besser, Richard E., Bilge Pakiz, Joann M. Schulte, Sonia Alvarado, Elizabeth R. Zell, Thomas A. Kenyon, and Ida M. Onorato. 2001. "Risk Factors for Positive Mantoux Tuberculin Skin Tests in Children in San Diego, California: Evidence for Boosting and Possible Foodborne Transmission," Pediatrics 108 (2). Retrieved (last accessed 2/25/2004) from <http://medicine.ucsd.edu/peds/Pediatric%20Links/Links/General%20Pediatrics%20Outpatient/Risk%20Factors%20for%20Positive%20PPD%20in%20SD%20Pediatrics%20August%202001.htm>

Brown, E. Richard, Ninez Ponce, Thomas Rice, and Shana Alex Lavarreda. 2003. The State of Health Insurance in California: long-term and intermittent lack of health insurance coverage. UCLA Center for Health Policy Research. Available at <http://www.healthpolicy.ucla.edu/pubs/publication.asp?pubID=78>, last accessed 1/14/04.

Bugarin, Alicia. 2002. "Prevalence of Domestic Violence in California," a report prepared for California assemblymember Rebecca Cohn. California Research Bureau, California State Library. Available at <http://www.library.ca.gov/crb/02/16/02-016.pdf>

California Department of Health Services. 2003. "County Health Status Profile 2003." Available from the CDHS website (last accessed 1/13/04) <http://www.dhs.ca.gov/hisp/chs/OHIR/Publication/publicationindex.htm>

California Endowment, "Saving California's Youth from Diabetes and Obesity" Fact Sheet.

California Institute for Rural Studies (sponsored by The California Endowment). 2000. "Suffering in Silence: a report on the health of California's agricultural workers."

Chawla, Neetu, Michael Rodriguez, Susan H. Babey, and E. Richard Brown. 2003. "Diabetes among Latinos in California: Disparities in Access and Management." UCLA Center for Health Policy Research Fact Sheet. Available (last accessed

1/13/03) from <http://www.healthpolicy.ucla.edu/pubs/publication.asp?pubID=73>

Children Now. 2001. California County Data Book 2001. Available in pdf format at <http://www.childrennow.org/publications.cfm> (last accessed 3/8/04).

Children Now. 2003. California County Data Book 2003. San Diego County. Available in pdf format at <http://www.childrennow.org/publications.cfm> (last accessed 3/8/04).

Clark, "High HIV infection rate found at Tijuana hospital," San Diego Union-Tribune February 11, 2004.

CMA Balks as Calif. Eyes Mexico To Recruit Docs To Serve Latinos, Managed Care, November 2001.

Comisión Estatal de Servicios Públicos de Tijuana (CESPT). 2003. Potable Water and Wastewater Master Plan for Tijuana and Playas de Rosarito. Prepared by Camp Dresser & McKee, Inc., funded by USEPA. Available (last accessed 3/3/04) at <http://www.epa.gov/region09/water/tijuana/index.html#masterplan>

Community Health Improvement Partners. 1998. "Charting the Course II: A San Diego County Health Needs Assessment."

County of San Diego Health and Human Services Agency. 2001. "San Diego County Child and Family Health and Well-Being." Report Card 2001.

Dibble, Sandra, "Evictions on Tijuana hill turn messy-Outcry follows; critics question city's motives," San Diego Union Tribune, August 21, 2002, B1

Epstein, Keith, "Crisis Mentality: Why sudden emergencies attract more funds than do chronic conditions, and how nonprofits can change that," Stanford Social Innovation Review, Spring 2006,

European Observatory on Health Systems and Policies, Cross-Border Health Care in Europe

Grantmakers In Health Resource Center. 2001. "Collaborating for Change: Exploring Health Partnerships that Work." Distributed at GIH Annual Meeting 2001.

Health Workforce Needs: Opportunities for U.S.-Mexico Collaboration. Conference Proceedings and Background Papers, Center for Health and

Social Policy, Lyndon B. Johnson School of Public Affairs, The University of Texas at Austin, and the Regional Center for Health Workforce Studies, Center for Health Economics and Policy, The University of Texas Health Science Center at San Antonio, November 2003, <http://www.utexas.edu/lbj/faculty/warner/prp0203/papers.pdf>

Institute for Public Strategies. 2002. "Eliminating Promotions for Underage Drinking in Mexico." Issue Briefing, February 2002. Available (last accessed 3/8/04) at <http://www.publicstrategies.org/publications.htm>

Littaura, Renato, Vanessa Miguelino, Travis Sanchez, and Arsen Aslanyan. 2003. "HIV Testing Behaviors among Latino/a Migrant Farm Workers in Three California Counties." California Department of Health Services, available (last accessed on 1/14/03) at www.dhs.cahwnet.gov/aids/Reports/APHA100303/PDF/PP%20Slides%20for%20APHA%20Conference.pdf.

Lindquist, Diane and Dibble, Sandra, "Clues, but no smoking guns," San Diego Union Tribune, December 15, 2003

Lomelí, Blanca. 2001. "La Salud en Baja California: Necesidades y Oportunidades desde Una Perspectiva Comunitaria." Mimeo.

Mines, Rick, Nancy Mullenax, and Lisette Saca. 2001. The Binational Farm Worker Health Survey. California Institute for Rural Studies.

National Latino Research Center, Best Practices in Border Health and Bi-National Collaboration. Border Health Research Report, October 2004.

The National Strategy for Pandemic Influenza Implementation Plan. Homeland Security Council, May 2006

"Policy Recommendations Made for Improved Health of Hired Farm Workers" Ag Health News, Winter 2006, 2006-1,

San Diego County Child and Family Health and Well-Being Report Card 2002

Secretaría de Salud. 2005. Salud México 2004. Available at <http://www.ssa.gov.mx>.

Secretaría de Salud. 2005. Anuario Estadístico. Available at <http://www.ssa.gov.mx>.

U.S.-Mexico Border Health Commission,

"Health on the U.S.-Mexico Border: Past, Present, and Future. Draft Report to the U.S.-Mexico Border Health Commission.

U.S.-Mexico Border Health Commission, Healthy Border 2010: An Agenda for Improving Health on the U.S.-Mexico Border, October 2003

Warner, David, "Health and Medical Care in San Diego and Tijuana: Prospects for Collaboration: Briefing Paper prepared for the San Diego Dialogue, December 1999

World Health Organization, Scaling-up health service delivery: from pilot innovations to policies and programmes, 2006, page 4.

Apéndice B

Foro Destino Compartido:

Salud en la región fronteriza

Marzo 30, 2006

Lista de asistencia

Mr. Robert Bach, ICF Advisor (Moderador)
Ms. Julie DeBenedetti, Sharp Healthcare
Ms. Marcela Deffis de Rosas, Fundación Codet, I.B.P.
Ms. Cecilia Diaz, Binational Emergency Medical Care Committee
Mr. Steve Eldred, The California Endowment
Ms. April Fernandez, California Office of Binational Border Health, CDHS
Ms. Laura Hernandez, Sharp Healthcare
Mr. Ricardo Jimenez, Health Care Consultant, formerly with the CA Office of Binational Border Health
Dr. Rosemarie Johnson, USMBHC Commission
Ms. Elizabeth Jones, Hospital Infantil
Mr. Richard Kiy, International Community Foundation
Ms. Linda Lloyd, Alliance Healthcare Foundation
Dr. Blanca Lomeli, Project Concern International
Dr. Maura Mack, California Office of Binational Border Health, CDHS

Mr. Ed Martinez, San Ysidro Health Clinic
Ms. Chelsea Monahan, International Community Foundation
Mr. Juan Olmeda, Office of Border Health, County of San Diego
Ms. Liliana Osorio, California-Mexico Health Initiative
Mr. Cesar Portillo, Advocacy Works, LLC
Mr. Alfonso Rodriguez, California Office of Binational Border Health, CDHS
Ms. Janine Schooley, Project Concern International
Ms. Rosana Scolari, San Ysidro Health Clinic
Ms. Lori Senini, Office of Border Health, County of San Diego
Ms. Amelia Simpson, Environmental Health Coalition
Ms. Marisa Ugarte, Bilateral Safety Corridor Coalition
Mr. Sid Voorakkara, The California Endowment

Apéndice C:

ONGs de salud en la región fronteriza
San Diego-Tijuana

Apoyo, Estudios y Servicios para la Mujer y el Niño, A.C.
(Grupo Apoyo)
Asociación Pro-Salud y Bienestar Infantil Carita Felíz, A.C.
Binational Safety Corridor Coalition (BSCC)
Centro de Promoción de Salud Esperanza, A.C.
Drug-Free Border Coalition
Flying Samaritans
Fronteras Unidas Pro Salud, A.C. (Pro Salud)
Fundación Codet para la Prevención de la Ceguera, I.B.P.
Fundación para la Protección de la Niñez, I.A.P.
Hospital Infantil de las Californias, I.B.P.
(Foundation for Children of the Californias)
Institute for Public Strategies
La Vereda de la Vida, A.C.

Los Niños de Baja California, A.C.
Patronato Pro Hospital Civil de Tijuana, A.C./Hospital General de Tijuana
Planned Parenthood of San Diego & Riverside Counties
Programas de Medicina Social Comunitaria, A.C.
Project Concern International
Promoción y Docencia, A.C.(Centro de Servicios Comunitarios UIA)
Proyecto de Consejo y Apoyo Binacional, A.C. (PROCABI)
Rancho Cultural Tepeyac, A.C. (Casa Guadalupe Villa de la Paz)
Rescate Tijuana, A.C.
San Diego-Tijuana Border Initiative
Unidad Rosa de Saron, A.C.



International Community Foundation
11300 Sorrento Valley Road, Suite 115
San Diego, Ca. 92121
tel: (858) 677-2910
fax: (858) 677-2918
www.icfdn.org