

MODELO DE INTEGRACION TRANSFRONTERIZA EN SALUD Y AMBIENTE

Dr. Victoriano Garza Almanza¹

Resumen. Se presenta la problemática binacional entre México y Estados Unidos que dio origen a la Asociación Fronteriza México Estados Unidos de Salud, la forma en como se estructuraron los canales de comunicación y su evolución hacia un modelo de relaciones que sirvió de base a la creación de nuevos mecanismos de entendimiento y trabajo conjunto en el área ambiental y otros sectores.

Palabras clave: Asociación Fronteriza, Salud ambiental, México – Estados Unidos.

Cuando en el año de 1990 surgió la oportunidad de que los gobiernos de México y los Estados Unidos negociaran la creación de un mercado regional libre, la frontera que separa a ambos países saltó a la arena internacional para protagonizar uno de los más importantes papeles en su historia: era el momento que necesitaban sus habitantes para exigir una atención que desde hacía años estaban demandando.

Como las fronteras entre los países son membranas muy sensibles, lo que el gobierno de un Estado haga o deje de hacer será sentido como una onda de choque en sus zonas limítrofes. Esto había sucedido anteriormente y con frecuencia en la frontera mexicano-

estadounidense y, a partir de 1990, ante la perspectiva de un megaproyecto de integración comercial, los habitantes de esa región binacional —pobladores con un alto nivel de conciencia civil— iniciaron una fuerte presión pública. A dicha presión, los gobiernos respondieron conjuntamente comenzando una serie de iniciativas y procesos que actualmente están en proceso.

Sin embargo, hay que considerar que antes de que las comunidades binacionales mexicano-estadounidenses llegaran a este punto, hubo una larga maduración de entendimiento mutuo cuyos cimientos fueron puestos por ambas naciones en los años 40's del siglo XX.

La integración transfronteriza para la búsqueda de soluciones a problemas comunes no sólo es cuestión de voluntad política entre los gobiernos de las naciones vecinas, sino de la concientización y participación de los diversos sectores de las comunidades fronterizas en este empeño (Garza-Almanza, 1993).

¹ Instituto de Ingeniería y Tecnología. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. vgarza@uacj.mx

Comienzo

La frontera mexicano-estadounidense se extiende por 3,200 Km, desde la costa del Golfo de México a la costa del Océano Pacífico. 28 ciudades están situadas sobre la línea divisoria: 14 en Estados Unidos y 14 en México, correspondiéndose unas a otras. Además, del lado mexicano hay otras 2 ciudades sin una ciudad correspondiente del

lado estadounidense (Fig. 1). El número de pobladores de esta zona pasa de los 13 millones de habitantes, y el flujo de personas rebasa los 400 millones de cruces legales al año. Asimismo, del lado estadounidense, en diversos puntos de la frontera, existe un importante número de instalaciones militares (Garza-Almanza, 1996a).



Figura 1. Frontera México – Estados Unidos

Al comienzo de la década de los 40's del siglo pasado, los funcionarios de gobierno de cualquier nivel, a saber, federal, estatal o local, no podían cruzar sencillamente la frontera mexicano-estadounidense y, oficialmente, intercambiar información sobre algún asunto binacional correspondiente a sus agencias. P.e., el Jefe Local de Salud de la Ciudad de El Paso no podía unirse con su contraparte de Cd. Juárez, que es el Jefe de la Jurisdicción Sanitaria, para tratar el caso de

brotos transfronterizos de enfermedades. Este era un asunto internacional que debería ser tratado a través de la oficina de relaciones exteriores.

La cosa funcionaba más o menos así: el asunto local binacional era elevado al nivel estatal; a su vez, éste lo elevaba al nivel federal, y el federal lo pasaba al nivel correspondiente pero en asuntos internacionales. Asuntos internacionales

contactaba con su homóloga del otros país, sostenían pláticas y acuerdos y, después de eso, la respuesta regresaba por la misma vía: federal, estatal, local.

Cuando la II Guerra Mundial recrudecía en 1942, los fuertes militares de la frontera sur de los Estados Unidos presentaban un agitado movimiento de tropas. Algunas se estacionaban temporalmente en la región y luego partían para el frente. Durante los breves períodos de tiempo que pasaban en los fuertes fronterizos, en tanto las movilizaban, las tropas hacia contacto con la vida cotidiana de la comunidad estadounidense y de la mexicana.

Como, en este caso, la información epidemiológica, esto es, el conocimiento de las enfermedades existentes en el área y su dinámica, se manejaba como entidad

independiente entre una comunidad estadounidense y una comunidad mexicana, el impacto no se hizo esperar: las enfermedades transmisibles —como la gonorrea, sífilis o tuberculosis— surgieron como un enemigo más a vencer.

Debido al problema de comunicación e intercambio de información epidemiológica entre uno y otro gobierno local, que imposibilitaba el manejo de esquemas de diagnóstico y registro, como medidas paralelas de control de enfermedades, los gobiernos de México y Estados Unidos encomendaron a la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) —hoy conocida como Organización Panamericana de la Salud—, organismo internacional al servicio de los países miembros de la Organización de Estados Americanos, la búsqueda de una solución práctica y efectiva al problema.

Asociacion Fronteriza Mexicano-Estadounidense De Salud United States-Mexico Border Health Association

En 1942, el Dr. Hugh S. Cumming, Cirujano General de los Estados Unidos y Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, estableció la Oficina de Campo de la OSP en El Paso, Texas. El objetivo: servir de mediadora entre las agencias de salud de ambos países y atender los problemas binacionales de salud a lo largo de la frontera.

Sin embargo, las características diplomáticas más que técnicas de la Oficina de Campo, así como la extensión del territorio fronterizo por cubrir, significaban un impedimento a la buena fe institucional para

dar respuesta a las necesidades sanitarias de la región. Habida cuenta que desde la década de los 30's, un grupo de civiles mexicanos y estadounidenses intentaban crear una asociación binacional de salud pública, los Gobiernos de ambos países y la OSP adoptaron e hicieron suya esa idea. Entonces, en junio de 1942 fundaron la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud/United States-Mexico Border Health Association (AFMES/USMBHA). Sus objetivos fueron:

1. facilitar la cooperación técnica entre ambos países
2. apoyar y sistematizar el intercambio oportuno de toda aquella información que sea imprescindible para la vigilancia y el control de enfermedades que amenacen a uno u otro lado de la frontera, y
3. fortalecer los programas de salud de ambos lados

La OSP en El Paso y la AFMES quedaron fundidas en una entidad: la Oficina de Campo. La OSP continuó promoviendo el interés de habitantes y autoridades para elevar la calidad de la salud, mientras que la AFMES fungió como aquella herramienta necesaria para llegar físicamente a todas las poblaciones de la frontera y actuar sobre ella con programas específicos (Romero-Alvarez, 1975).

Este binomio promovió y facilitó el acercamiento entre los oficiales de salud de las

ciudades fronterizas así como de los niveles estatales y federales.

Para que la Asociación pudiera funcionar y estar presente en ambos países y a lo largo de 3,200 km, se creó una estructura administrativa denominada **Consejos Binacionales de Salud** —que eran como pequeñas asociaciones internacionales pero de nivel local, presentes en cada comunidad binacional—, y una estructura técnica, manejada mediante las denominadas **Secciones Técnicas** en los temas de:

1. Salud ambiental
2. Administración en salud
3. Control de enfermedades
4. Salud familiar
5. Salud mental
6. Salud oral
7. Geriatría
8. Enfermería

Además, se formaron pequeños grupos de trabajo, llamados **Comités** —como el comité de investigación, educación y entrenamiento, o el comité de publicaciones—, encargados de crear flujo de información y conocimiento técnico para fortalecer la capacidad de respuesta de la AFMES y de los gobiernos con los que trabajaba, a problemas los binacionales o a innovadoras propuestas de los socios o de los propios gobiernos.

Como la Asociación siguió desarrollándose y buscando alternativas válidas, en los 80's creó una **Red de Laboratorios de Salud Pública** y una **Red de Universidades** —a la cual se unieron 32 universidades mexicanas y estadounidenses como la Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Universidad Autónoma de Chihuahua, Universidad Nacional Autónoma de México,

UT Austin, UT Houston, UC Los Angeles, UC Berkeley, UC San Diego, ASU Tucson, y otras más—. También se desarrolló un *clearinghouse*, entidad para recibir y distribuir información sobre temas específicos como sida, salud materno infantil, salud ambiental y ocupacional, y salud pública veterinaria. Para

darle fortaleza a este esfuerzo, se fundó una revista científica (Salud Fronteriza/Border Health) y tres boletines bilingües (Noticias/News, Boletín Epidemiológico Fronterizo/Border Epidemiological Bulletin, y Boletín de Salud Materno Infantil/Maternal and Child Health Bulletin).

Transfronterización de la Salud Ambiental

La participación de la AFMES en la promoción y fomento de la salud en la frontera, ha sido de enorme importancia en campos como el saneamiento básico. En 1963, en apoyo a los gobiernos de México y Estados Unidos, la Asociación coorganizó, junto con la entonces Secretaría de la Presidencia de México, la primera **Conferencia Internacional de Sanidad Ambiental México-**

Estados Unidos (Fig. 2). En esta conferencia se propuso la creación de un Programa Binacional de Saneamiento Ambiental para subsanar los problemas de abastecimiento de agua potable, alcantarillado y residuos sólidos; que, lamentablemente, por falta de recursos no se ejecutó (AFMES/SSA/PHS/OPS, 1966; Garza-Almanza, 1996b).

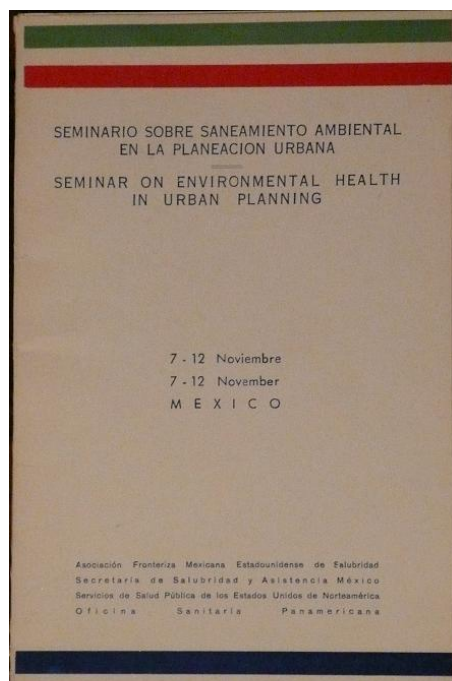


Figura 2. Programa del Seminario sobre Saneamiento Ambiental en la Planeación Urbana. 1966-

En 1968, durante la XXVI Reunión Anual de la AFMES, celebrada en la Cd. de Tampico, Tams., el Dr. Paul Q. Peterson, Asistente del Cirujano General de los Estados

Unidos, señaló que los problemas de saneamiento ambiental en las comunidades de la frontera Mexico-Estados Unidos eran:

- 1 Abastecimiento de agua potable
- 2 Alcantarillado
- 3 Asentamientos humanos
- 4 Residuos sólidos
- 5 Contaminación atmosférica

El Dr. Peterson puso especial énfasis en la necesidad de “obtener recursos adecuados para la aplicación de un programa integral de saneamiento ambiental”, que fuera proporcional a las dimensiones del problema, e hizo un señalamiento muy importante: “que los problemas del medio ambiente necesitan hacerse más patentes ante el público y despertar todavía mayor preocupación, antes que se pueda esperar a darles una solución adecuada” (Peterson, 1968).

Entendimiento entre la Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente de México y Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos sobre Cooperación para la Protección y Mejoramiento del Medio Ambiente en la Zona Fronteriza, que fue el primer acuerdo ambiental entre ambos países (AFMES, 1976).

Otra relevante aportación fue la que en 1976 se dio durante la XXXIV Reunión Anual de dicha Asociación, en la que se propuso la creación de un *Programa de Mejoramiento Ambiental México-Estados Unidos*. Si bien ese programa no se realizó, sí hizo posible la creación de un llamado Memorandum de

Como la fortaleza de esta Asociación se afianza en el compromiso y participación de los secretarios de salud de los dos países y del director de la OPS/OMS, en 1990, durante la XLVIII Reunión Anual de la Asociación, realizada en la ciudad de Saltillo, Coah., se creó una Resolución para que la misma región fronteriza fuera la autora de su propia “estrategia binacional de salud”, a la que denominaron **CONSENSO** (AFMES, 1990).

Proyecto CONSENSO

CONSENSO fue un proceso diseñado para que las personas de nivel local y las instituciones de salud indentificaran las prioridades de salud por ellos percibidas y que debieran ser abordados conjuntamente. El **método** utilizado para alcanzar los objetivos

del Proyecto Consenso fue el de la técnica de resolver problemas por medio de **Resultados/Métodos/Recursos** (RMR). La Corporación Rand desarrolló esta técnica para la toma de decisiones con un enfoque sencillo, realista y orientado a las resultados.

Después de dos rondas de encuestas, de cuatro reuniones regionales y una conferencia general, en la que participaron miembros de la Asociación e invitados de organismos gubernamentales y no gubernamentales, las

prioridades identificadas a nivel de toda la frontera a través de **CONSENSO** (Fig. 3) (AFMES, 1992), fueron:

- Atención Primaria a la Salud
- Farmacodependencia
- Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades
- Salud Ambiental
- Salud Materno-Infantil
- Salud Ocupacional

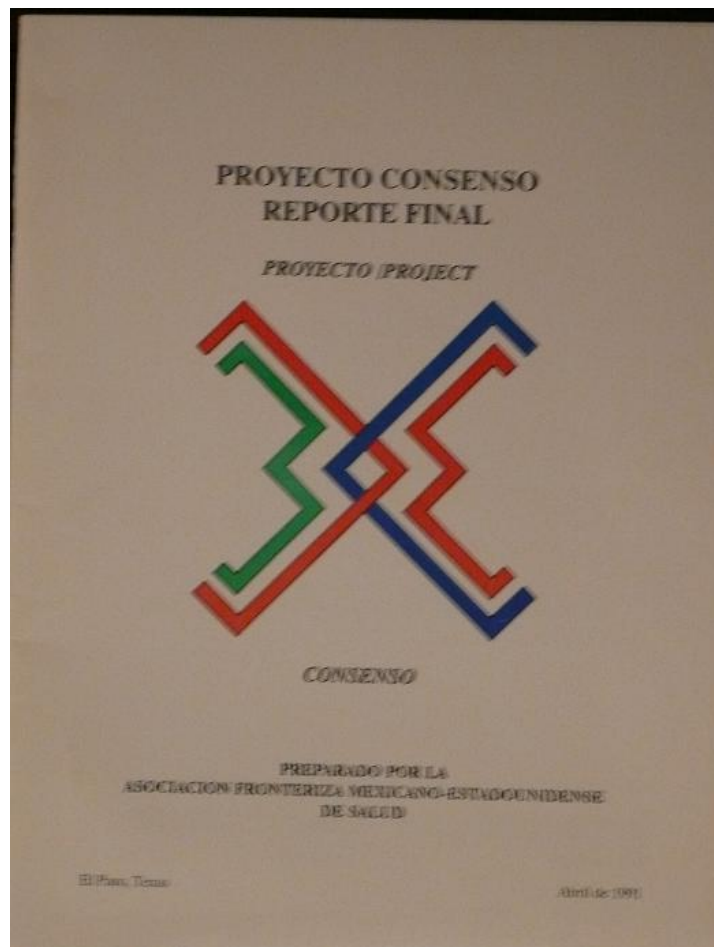


Figura 3. Proyecto CONSENSO. 1991.

En salud ambiental se consideraron tres áreas importantes:

A. Contaminación del Agua, Suelo y Aire

Consideraciones generales:

1. Promover el uso de normas binacionales para el control de la contaminación
 2. Los problemas de contaminación del agua y del aire son compartidos por las comunidades fronterizas
- Disminuir la contaminación de los pozos de agua poco profundos
 - Disminuir los contaminantes medibles en el aire
 - Reducir el deterioro del medio ambiente con prioridad en la eliminación de desechos sólidos y contaminación del agua
 - Aumentar la disponibilidad de agua potable y alcantarillado
 - Identificar y disminuir las fuentes de contaminación que afectan la calidad del agua en el Río Bravo
 - Cuantificar el nivel de contaminantes en el ambiente e iniciar los esfuerzos de reducción necesarios
 - Disminución de enfermedades relacionadas con las condiciones ambientales

B. Desechos Peligrosos

Consideraciones generales:

1. Los programas binacionales deberán enfocarse en la legislación y control de la transportación de los desechos tóxicos
 2. La transportación de los materiales peligrosos a lo largo de la frontera constituye una preocupación binacional
- Asegurar la eliminación adecuada de desechos peligrosos asociados con las industrias maquiladoras
 - Prevenir la contaminación de los alimentos por pesticidas
 - Disminuir el riesgo y daños a la salud asociados con la contaminación del agua, aire y tierra a través de la implementación de acciones preventivas y correctivas

3. Educación y Legislación

Consideraciones generales:

1. Los programas binacionales de saneamiento ambiental deberán enfocarse en la educación y adiestramiento
 2. Los problemas de la industria maquiladora y de agricultura deberían de abordarse binacionalmente
- Establecimiento de una entidad binacional facultada para analizar y mejorar la salud y necesidades del medio ambiente en la frontera México-Estados Unidos
 - Aumentar la coordinación binacional a través de organizaciones nacionales responsables

Como el proceso del PROYECTO CONSENSO y la experiencia binacional de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud llevaban delantera a otras iniciativas binacionales, cabe destacar que la información generada sirvió de base para la elaboración de los primeros borradores del Plan Integral Ambiental Fronterizo México-Estados Unidos (PIAF/IBEP) y, posteriormente, cuando el documento estuvo finalizado, ocupó el Capitulo V del PIAF referente a prioridades generales de la frontera y salud ambiental (US-EPA, 1992).

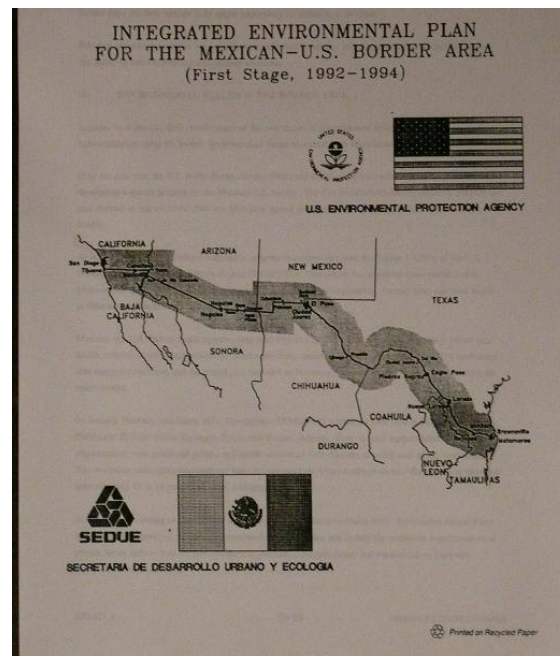


Figura 4. Plan Integral Ambiental Fronterizo (PIAF/IBEP). Borrador. 1991.

Una Manera Efectiva De Hacer Transfronterizcion

El compromiso para identificar problemas prioritarios y para recomendar cómo abordarlos de una manera más práctica, constituyó una nueva experiencia. Esto, junto con el hecho de tener que identificar recursos disponibles y mecanismos de acción, condujo a entender el importante papel que desempeñan los funcionarios locales de salud y los académicos universitarios de la región en ayudar a entender mejor la situación y proponer soluciones.

Un representante que habló en nombre de los participantes regionales, manifestó: “Ahora sabemos que podemos hacer algo con o sin más apoyo federal”. De hecho, se aceptó ampliamente que muchos problemas que necesitan ser atendidos con urgencia no son necesariamente de responsabilidad federal.

La **estrategia binacional de salud** generada por **CONSENSO**, constituyó solamente la primera fase de un esquema de cooperación más ambicioso. La segunda fase de **CONSENSO** sería comisionar el desarrollo de actividades específicas, con el propósito de propiciar la unión de recursos y de personas de los sectores públicos y privados que pudieran ser de utilidad.

En 1992, la conceptualidad de **CONSENSO** se materializó en una segunda fase a la que se le llamó **Proyecto de**

Ciudades Hermanas/ Sister City Project. Esta etapa consistió en un nuevo enfoque de cooperación binacional en la que, las ciudades hermanas o ciudades fronterizas que están una al lado de otra, desarrollaron y operaron proyectos específicos.

A través de esta fase, financiada por ambos gobiernos y gerenciada por la Oficina de Campo, los miembros de la Asociación tuvieron la oportunidad de crear sus propios proyectos, de coordinarlos y ejecutarlos. Los proyectos tenían que estar basados en las prioridades de **CONSENSO**.

A finales de 1995 dio comienzo una segunda etapa del **Proyecto de Ciudades Hermanas** que se continuó hasta la primera década del nuevo siglo XXI. Esta forma de abordar conjuntamente la problemática binacional y de convocar a los diferentes sectores de la sociedad, fue adoptada por la Agencia de Protección Ambiental (EPA) de los Estados Unidos y la Secretaría de Mejoramiento del Ambiente, Recursos Naturales y Pesca (SEMARNAP) de México (antes SEDUE, hoy SEMARNAT), para promover el proyecto **Frontera XXI** (Garza-Almanza, 1996c).

El impacto de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud (AFMES) sobre las ciudades fronterizas, ha sido tal que, a su imagen, México creó una asociación trinacional con Guatemala y Belice, y Estados Unidos una binacional con Canadá. En 1996, este modelo fue presentado ante autoridades de salud de Paraguay y Argentina, en Asunción, y posteriormente ante autoridades de salud de Chile y Perú en Iquique. Al 2008, son numerosas las entidades transfronterizas de salud y/o ambiente que han tomado como guía a seguir la experiencia de la AFMES.

Referencias

AFMES/SSA/PHS/OPS. 1966. Seminario sobre saneamiento ambiental en la planeación urbana. Secretaría de la Presidencia. México.

AFMES. 1976. Resolución de la XXXIV Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud. Hermosillo, Sonora.

AFMES. 1990. Resolución de la XLVIII Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud. Saltillo, Coahuila.

AFMES. 1991. Proyecto Consenso. Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud: El Paso, TX.

Garza – Almanza V. 1993. Environment, development and health in the U.S.-Mexico border. Border Health: IX(1).

Garza – Almanza V. 1996a. Desarrollo sustentable en la frontera México-Estados Unidos. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez: México.

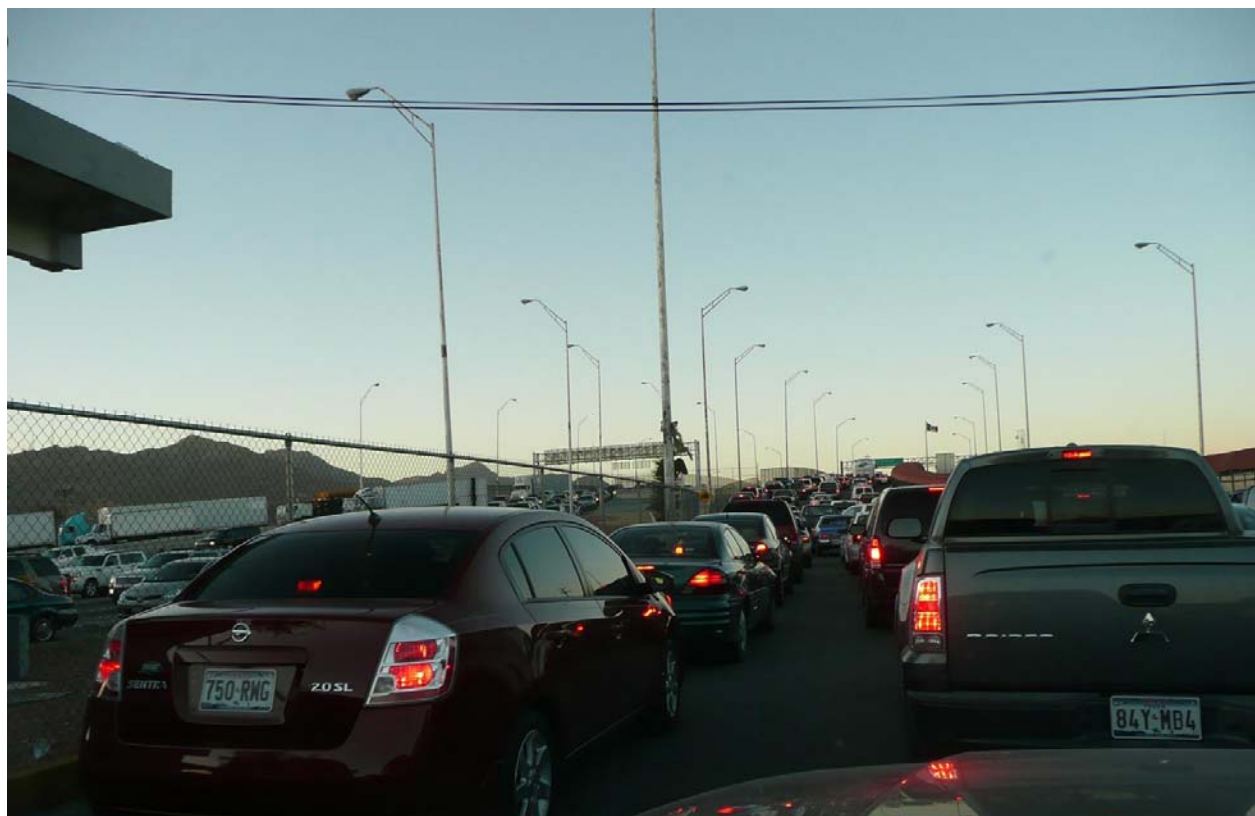
Garza – Almanza V. 1996b. Salud Ambiental: Hacia una visión ecológica de sistemas. Boletín OPS de Salud, Ambiente y Desarrollo en la República del Paraguay: I(1).

Garza – Almanza V. 1996c. Integración del desarrollo y el ambiente en el Tratado de Libre Comercio de América del Norte. Cuadernos de Trabajo/2. Centro de Estudios del Medio Ambiente: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. México.

Peterson PQ. 1968. La salud fronteriza: Ayer, hoy y mañana. Salud Pública de México: X(4).

Romero – Alvarez H. 1975. Salud sin fronteras. Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud: El Paso, TX.

US-EPA. 1992. Integrated Border Environmental Plan. Environmental Protection Agency: USA.



Puente Libre Cordova – Américas. Cd. Juárez, Chihuahua – El Paso,