



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

PROGRAMA DE POSGRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

ORIENTACIÓN EN RELACIONES INTERNACIONALES

**“LA COOPERACIÓN TRANSFRONTERIZA EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA  
FRONTERIZA: UN ESTUDIO DE CASO DE LA REGIÓN TIJUANA, BAJA CALIFORNIA –  
SAN DIEGO, CALIFORNIA (2000-2016).”**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
DOCTORA EN CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

PRESENTA:

**GRECIA CAROLINA GALLARDO TORRES**

TUTORA PRINCIPAL:

**DRA. PAZ CONSUELO MÁRQUEZ-PADILLA**

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOBRE AMÉRICA DEL NORTE

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:

**DRA. ROCÍO ARROYO BELMONTE**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ACATLÁN

**DR. ROBERTO ZEPEDA MARTÍNEZ**

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOBRE AMÉRICA DEL NORTE

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, ABRIL 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es resultado de un largo proceso de investigación que inició en 2018 con una idea prefigurada de sus etapas. Recuerdo la ilusión de *aprender a ser una científica social*, (una científica de la frontera, bromeaba) y me acuerdo de disfrutar el trayecto de los primeros dos años hasta llegar al 2020. Como muchas otras personas, me encontré consternada por el episodio que vivíamos. La adaptación a los cambios, a los cuidados y a la incertidumbre fue difícil. Por aquellos días, mi permanencia en el doctorado me mantuvo en mi centro y entre una suerte de intuición académica y la brutal realidad, el tema que había elegido me motivó a continuar, a pensar y escribir a pesar de las vicisitudes. Así fue durante las primeras temporadas de la pandemia, en el abrupto arribo de la postpandemia hasta el 2023; por tanto, he guardado una lista de *gracias* que enuncio a continuación.

Extiendo mis sinceros agradecimientos a:

A la Dra. Paz Consuelo Márquez-Padilla quién como mi tutora me brindó herramientas valiosas y me permitió conducirme con curiosidad y libertad hacia los distintos caminos a los que me llevó la investigación, siempre con gran interés y cuidado encaminándome

A la Dra. Rocío Arroyo Belmonte quién desde mis estudios de maestría me inspiró para formarme como doctora y durante el proceso por su lectura exhaustiva y observaciones a mis avances.

Al Dr. Alfonso Sánchez Mujica quién me ayudó a resolver distintos problemas metodológicos y escuchó atentamente cada una de mis inquietudes (y crisis) durante el proceso de investigación; además de su atenta y minuciosa lectura y correcciones de mis avances.

Al Dr. Roberto Zepeda-Martínez, quién me dio las pautas para el diseño del trabajo de campo con base en su experiencia y por apoyarme para hablar desde otro lugar sobre la cooperación transfronteriza.

Al Dr. Rogelio Zapata-Garibay quién al sumarse como sinodal en mi examen de candidatura enriqueció mi investigación invitando al debate y a la rigurosidad metodológica: Desde luego, agradecerle porque a lo largo de muchos años ha puesto su confianza en mis capacidades y habilidades como investigadora.

Y a todo el equipo administrativo del Posgrado de Ciencias políticas y Sociales de la FCPyS; en especial a la Dra. Alejandra Gutiérrez Luna, a la Ingeniera Norma Sánchez y a la Lic. Alejandra Santander por todo el apoyo brindado, la cálida atención y por facilitar los trámites administrativos en medio de la pandemia y a distancia.

Extiendo mis más amorosos agradecimientos a:

Mi familia por apoyarme siempre de principio a fin, por procurarme y sostener mi ser con empatía y amor.

Mis amistades en Tijuana y Ciudad de México que llegaron y se quedaron sin importar dónde decida estar cerca.

*Dedico esta tesis a Yolanda y Enrique,  
la razón de estar tan lejos.*

## INDICE DE CONTENIDO

|  |     |
|--|-----|
| ÍNDICE DE FIGURAS.....   | 8   |
| Introducción.....  | 10  |
| Justificación de la investigación.....   | 15  |
| Delimitaciones del marco de referencia analítico.....  | 21  |
| Preguntas de investigación, hipótesis y objetivos.....   | 23  |
| Estructura de la tesis.....  | 25  |
| Estrategia metodológica, herramientas y técnicas para el desarrollo de la investigación.....       | 32  |
| Elección de las técnicas de investigación: decidir entrevistar.....                                | 37  |
| Guía temática y preguntas para las entrevistas.....  | 42  |
| Trabajo de campo, entrevistas y reformulación conceptual.....                                      | 45  |
| Capítulo 1. Configuración del sistema teórico – conceptual interpretativo.....                     | 50  |
| 1.1. Del debate teórico a la elección del constructivismo.....                                     | 51  |
| 1.1.1. Diálogo inter teórico.....  | 59  |
| 1.1.2. Orígenes del constructivismo.....   | 68  |
| 1.1.3. El constructivismo en las relaciones internacionales.....                                   | 75  |
| 1.1.3.1. Constructivismo convencional y crítico.....   | 76  |
| 1.1.4. Autores estudiados más representativos.....   | 77  |
| 1.1.5. Una perspectiva constructivista de la cooperación México – Estados Unidos.....              | 82  |
| 1.2. Marco conceptual: definiciones del contexto territorial e institucional.....                  | 88  |
| 1.2.1. Caracterización conceptual de la cooperación o de cómo llegamos a “lo transfronterizo”..... | 93  |
| 1.2.1.1. Definiciones socio territoriales de cara a las sectoriales.....                           | 96  |
| 1.2.2. El Federalismo como contexto institucional.....   | 100 |
| 1.2.3. La gobernanza transfronteriza en la región frontera México – Estados Unidos.....            | 105 |

|  |  |     |
|--|--|-----|
| 1.2.4.   | Elementos para una aproximación conceptual de la <i>salud pública fronteriza</i>   | 113 |
| 1.2.4.1.   | La salud desde una perspectiva biosocial .....   | 114 |
| 1.2.4.2.   | La base conceptual de la salud pública.....  | 117 |
| 1.2.4.3.   | La respuesta social organizada de la salud pública.....  | 121 |
| 1.2.4.4.   | El marco analítico de la salud comunitaria .....   | 122 |
| 1.1.1.1.   | La atención primaria y la salud comunitaria .....  | 127 |
| 1.2.5.   | Una propuesta para la definición de la salud pública fronteriza .....  | 131 |
| Capítulo 2. La salud pública fronteriza de Tijuana, Baja California – San Diego, California 2000 – 2016 .....                  |  | 134 |
| 2.1.   | Panorama histórico de la cooperación transfronteriza para la salud pública de la región fronteriza México – Estados Unidos .....                   | 134 |
| 2.1.1.   | Una perspectiva desde las acciones de cooperación para la atención de problemas de salud pública fronteriza .....                                  | 135 |
| 2.1.1.1.   | Cooperación internacional.....   | 138 |
| 2.1.1.2.   | Cooperación binacional .....   | 146 |
| 2.1.1.3.   | Cooperación transfronteriza .....  | 153 |
| Capítulo 3. La salud pública fronteriza de la región Tijuana, Baja California – San Diego: elementos para su comprensión ..... |  | 170 |
| 3.1.   | Una mirada a las características socioeconómicas de la región fronteriza México – Estados Unidos .....   | 170 |
| 3.1.1.   | Tijuana, Baja California – San Diego, California: el encuentro de características sociodemográficas distintas en una misma región fronteriza ..... | 177 |
| 3.1.1.1.   | Tijuana, Baja California .....   | 179 |
| 3.1.1.2.   | San Diego, California .....  | 184 |
| 3.2.   | Perfil epidemiológico de la población de la región fronteriza Tijuana, Baja California – San Diego, California.....                                | 190 |
| 3.2.1.   | Mortalidad y morbilidad .....  | 194 |
| 3.3.   | La respuesta social organizada de la salud pública fronteriza: una comprensión sobre los sistemas nacionales de salud .....                        | 202 |
| 3.3.1.   | Una región fronteriza: dos sistemas de salud.....  | 203 |
| 3.3.2.   | Apuntes sobre la evolución histórica de los sistemas de salud .....  | 203 |

|   |     |
|---|-----|
| 3.3.2.1. La concepción de la salud pública desde el nivel federal .....   | 206 |
| 3.3.2.1.1. Ámbito normativo.....  | 208 |
| 3.3.2.1.2. Ámbito administrativo .....  | 212 |
| 3.3.3. El panorama institucional del sistema de salud de Tijuana, Baja California – San Diego, California.....  | 216 |
| Capítulo 4. La cooperación transfronteriza como práctica internacional: un estudio de caso de la salud comunitaria en la región Tijuana, Baja California – San Diego, California..... | 227 |
| 4.1. Aspectos metodológicos del estudio de caso instrumental .....  | 228 |
| 4.1.1. Los planes del trabajo de campo y la adaptación al contexto de la pandemia   | 229 |
| 4.1.1.1. La estrategia metodológica para la realización de las entrevistas .....  | 230 |
| 4.1.1.2. Contacto con los informantes.....  | 231 |
| 4.1.1.3. Matriz de informantes .....  | 233 |
| 4.1.1.4. Elementos teóricos para la guía temática y guion de las entrevistas.....   | 237 |
| 4.1.1.5. Estrategia metodológica para el análisis de datos a partir de las entrevistas .....  | 243 |
| 4.1.2. Hallazgos .....  | 245 |
| 4.2. Del conocimiento de contexto a la capacidad de agencia de los actores sociales   | 247 |
| 4.3. El contexto institucional y el ejercicio del federalismo de los actores sociales como parte integradora de sus acciones.....   | 259 |
| 4.4. El contexto territorial y la construcción socioterritorial de la región fronteriza Tijuana, Baja California – San Diego, California .....  | 267 |
| 4.4. La construcción social de la región fronteriza Tijuana – San Diego.....  | 269 |
| 4.5. Las prácticas de cooperación transfronteriza ante la pandemia por Covid-19   | 271 |
| 4.5.1. Restricciones de movilidad transfronteriza .....   | 273 |
| 4.5.2. Limitaciones de recursos .....   | 275 |
| 4.5.3. Desplazamiento de otras enfermedades y condiciones de salud de la población .....  | 278 |
| 4.5.4. Colaboración con diversos actores.....   | 282 |
| 4.5.5. La gestión de campañas de vacunación.....  | 284 |

|        |  |     |
|--------|--|-----|
| 4.5.6. | La existencia de una comunidad de prácticas y el intercambio cognitivo.. | 286 |
| 4.5.7. | Participación comunitaria del sector privado .....                       | 291 |
|        | Consideraciones finales .....  | 293 |
|        | Fuentes de consulta .....  | 298 |
|        | ANEXOS .....   | 310 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

### Tablas

|  |     |
|--|-----|
| Tabla 1 Elementos de la estrategia metodológica de la investigación .....  | 36  |
| Tabla 2. Síntesis comparativa de la Cooperación Internacional en las Relaciones Internacionales. ....  | 51  |
| Tabla 3. Matriz comparativa entre el institucionalismo neoliberal y el constructivismo.  | 59  |
| Tabla 4. Glosario básico de referencia de la perspectiva sociológica del constructivismo. ....   | 74  |
| Tabla 5. Definición de la frontera en la disposición legal vigente de México y Estados Unidos. ....  | 98  |
| Tabla 6. Perspectivas de estudio de la gobernanza .....  | 106 |
| Tabla 7. Pilares de la salud comunitaria. ....   | 124 |
| Tabla 8. Niveles de acción de la Salud Comunitaria. ....   | 125 |
| Tabla 9. Cooperación en materia de salud pública.....  | 136 |
| Tabla 10. Resoluciones, recomendaciones, convenciones y tratados en materia de salud pública de las Conferencias Internacionales Americanas..... | 141 |
| Tabla 11. Ciudades atendidas por enfermedad.....   | 149 |
| Tabla 12. Crecimiento poblacional en la región fronteriza 2000 – 2010.....   | 174 |
| Tabla 13. Población de Baja California y Tijuana, 2000-2015 .....  | 179 |
| Tabla 14. Inmigración reciente en Baja California, 2005 - 2015 .....   | 180 |
| Tabla 15. Población por condición de actividad en Tijuana, 2015.....   | 183 |
| Tabla 16. Población por jurisdicción en estado de California, 2000 - 2015.....   | 184 |
| Tabla 17. Composición étnica en San Diego, 2010 - 2015 .....   | 185 |
| Tabla 18. Principales causas de mortalidad en la Frontera México - Estados Unidos, 2000. ....  | 195 |
| Tabla 19. Principales causas de muerte de los estados fronterizos de Baja California y California, 2015 .....                                    | 196 |
| Tabla 20. Enfermedades transmisibles en la Frontera México – Estados Unidos, 2000  | 197 |
| Tabla 21. Línea del tiempo de los hitos históricos de la salud pública de México – Estados Unidos .....  | 205 |
| Tabla 22. Relación de informantes entrevistados .....  | 234 |

### Ilustraciones

|   |     |
|---|-----|
| Ilustración 1. Sistema teórico – conceptual interpretativo. ....  | 84  |
| Ilustración 2. Fundamentos del enfoque territorial. ....  | 93  |
| Ilustración 3. Estructura organizacional del Programa de Control de la tuberculosis y enfermedades venéreas de la Frontera Norte de México..... | 150 |

|  |     |
|--|-----|
| Ilustración 4. Mapa Región fronteriza México - Estados Unidos .....  | 172 |
| Ilustración 5. Pirámide de población del municipio de Tijuana por grupos quinquenales de edad y sexo, 2015 ..... | 182 |
| Ilustración 6. Gráfica Estructura de población por raza o grupo étnico, San Diego 2015 .....                     | 186 |
| Ilustración 7. Gráfica Población por edad y sexo en el condado de San Diego, 2015 .....                          | 187 |
| Ilustración 8. Gráfica Mediana del ingreso familiar, San Diego 2015 (dólares).....                               | 189 |

## Introducción

En la narrativa de este preámbulo nos interesa incluir, el contexto en el que una parte importante de la investigación se llevó a cabo, ya que ha sido relevante en tanto que incidió en el desarrollo del trabajo así como en los hallazgos de la propia investigación.

El brote de la enfermedad Covid-19 causada por el nuevo coronavirus SARS-COV-2 irrumpió en Wuhan, China en diciembre de 2019, la declaratoria internacional de la inminente pandemia marcó el inicio de un periodo crítico para las sociedades del mundo. En esta postpandemia, la debacle continúa con profundas desigualdades sociosanitarias entre las naciones.

Esta crisis sanitaria obligó a los países a darle a la salud un lugar prioritario en sus agendas políticas y en consecuencia, a tomar medidas extraordinarias. Atestiguamos, aunque por un corto período de tiempo, un mundo *paralizado* ante el cierre de fronteras y la implementación de cuarentenas.

El desastre social<sup>1</sup> de la pandemia develó su carácter disruptivo no solo por los daños biofísicos y materiales que provocó o el surgimiento de otros riesgos sociales<sup>2</sup> para la salud sino también por la inestabilidad que generó en la estructura y orden social, modificó el tiempo y el comportamiento social, visibilizó las vulnerabilidades preexistentes de los sistemas sociales de cada sociedad en particular pero también de la sociedad internacional, todo lo cual obligó al mundo a responder

---

<sup>1</sup> Perry, Ronald (2018) W. Defining disaster: An evolving concept. Handbook of disaster research. Donner et. al. Editores. Springer. 2da edición. Estados Unidos.

<sup>2</sup> En “Sociología del riesgo” (1991), Niklas Luhmann señala el efecto contingente de la interrupción de la normalidad en los procesos sociales, esto se complementa en la conceptualización del desastre social. Luhmann acota la cuestión de elegir entre una alternativa de riesgo y seguridad, señala que para lograr una definición congruente de riesgo es necesario distinguir del peligro, en este sentido, lo que explica a lo largo de su obra, constituye en la práctica un aspecto nodal en las decisiones que norman las dinámicas emergentes para afrontar la situación extraordinaria de la pandemia.

ante la naturaleza del fenómeno de manera diferenciada de acuerdo con las visiones políticas, capacidades y recursos de los Estados.

Al mismo tiempo, la coyuntura internacional de la pandemia demostró que la cooperación continúa prefigurando como una herramienta necesaria puesto que se erigió frente al problema como la mejor vía para afrontar la crisis sanitaria a través de prácticas internacionales de colaboración y coordinación entre la comunidad internacional.

Este agudo episodio de la historia de la salud humana, ha sentenciado una vez más que las enfermedades no reconocen fronteras, mucho menos en un mundo tan interconectado como en el que habitamos ahora. La magnitud global de los problemas sociales que evidenció esta crisis alecciona a la comunidad internacional frente a la declarada alerta internacional por la viruela del mono<sup>3</sup> así como por nuevas variantes de covid-19.

Especialmente en la región fronteriza México – Estados Unidos, se puso de manifiesto que la salud, ahora más que en otros tiempos, no epidémicos, por supuesto; es tan importante y apremiante como la seguridad. Y precisamente en consecuencia actuaron ambos países.

Si bien en un inicio (enero – marzo 2020), las medidas sobre el control interno de la emergencia sanitaria obedecieron a la responsabilidad de cada nación bajo sus propios marcos jurídicos, emplearon medidas unilaterales transitando posteriormente a la ideación de estrategias bilaterales.

---

<sup>3</sup> El 13 de mayo de 2022 la OMS notificó que 23 países, entre Europa y Asia Central, habían reportado casos de enfermedad por el reciente brote de la viruela del mono. El pasado 23 de julio la OMS declaró en numerosos países, emergencia de salud pública de importancia internacional por dicha enfermedad. Información recuperada en ONU noticias <https://news.un.org/es/story/2022/07/1512072> julio, 2022

Así, en marzo de 2020 ambas naciones suscribieron la Iniciativa Conjunta para combatir la pandemia de Covid-19, donde anunciaron restricciones “temporales” a los viajes no esenciales (turísticos o recreativos) a través de los puertos de entrada a lo largo de la extensa región fronteriza<sup>4</sup>, dichas medidas entraron en vigor el 21 de marzo de 2020.

El 3 de junio de 2021, el Presidente Andrés Manuel López Obrador comunicó que el gobierno del Presidente Joe Biden suministraría cerca de un millón de vacunas Johnson & Johnson (J&J) de una sola dosis a México. Posteriormente, el 4 de junio del mismo año, el Secretario de Relaciones Exteriores, Marcelo Ebrard Casaubón anunció que la dotación de poco más de un millón de dosis de la vacuna Janssen de J&J, serían utilizadas para vacunar a la población residente de los 38 municipios fronterizos del norte de México, en edades entre 18 – 39 años, esto con el propósito de apresurar el levantamiento de las restricciones de movilidad a través de los puertos fronterizos terrestres;<sup>5</sup> finalmente la vacunación tuvo lugar.

Fue hasta noviembre de 2021 que se reabrieron los puertos fronterizos terrestres para toda la población fronteriza. Esta medida de cooperación binacional

---

<sup>4</sup> Del discurso del comunicado podemos observar que la valoración sobre la región fronteriza es esencialmente comercial como una zona productiva, se menciona: el comercio bilateral, las economías nacionales y los efectos económicos derivados de la limitada movilidad. Al mismo tiempo se alude a una zona proveedora de “servicios críticos como alimentos, combustible, atención médica y medicamentos”. Con base en nuestro marco teórico y conceptual interpretativo que desarrollamos aquí, podemos afirmar que la visión binacional que prima sobre la región fronteriza es una meramente sectorial del territorio, una zona económica cuyos problemas sociales están delegados a los efectos de las relaciones comerciales y asuntos de seguridad, aun cuando la pandemia ha venido a demostrar las vulnerabilidades preexistentes no solo de cada nación sino del propio espacio socio territorial en el que convergen sus poblaciones, es precisamente esta razón por la que la visión sobre la salud fronteriza debe priorizarse con un enfoque biosocial.

<sup>5</sup>Secretaría de Relaciones Exteriores. Gobierno de México presenta estrategia de vacunación en la frontera norte para acelerar reapertura de actividades. Información recuperada en: <https://www.gob.mx/sre/articulos/gobierno-de-mexico-presenta-estrategia-de-vacunacion-en-la-frontera-norte-para-acelerar-reapertura-de-actividades-273847?idiom=es> junio, 2021

tuvo un alcance de grandes proporciones no solo para la población de esta región en particular, sino para el resto de las entidades más allá del espectro fronterizo.

En términos de la cooperación transfronteriza, los actores sociales gubernamentales y no gubernamentales, actuaron de manera conjunta para llevar a cabo las campañas de vacunación transfronteriza y coordinaron distintas acciones en el ámbito de la salud comunitaria.

Por ejemplo, a través de herramientas tecnológicas y medios virtuales, realizaron actividades orientadas a la prevención, promoción y protección de la salud en temas tan apremiantes en el contexto de la pandemia como: la salud mental, educación a distancia, rehabilitación pulmonar de pacientes de covid-19; inclusive se llevó a cabo un foro temático dedicado a la colaboración transfronteriza en materia de salud<sup>6</sup>.

Al mismo tiempo y en la misma modalidad virtual, se suscribió el seguimiento a otros padecimientos como el cáncer infantil y de mama, trastornos alimenticios, salud sexual entre otros temas. Estas actividades fueron lideradas por la Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos, no obstante, no es el único actor que se movilizó en esta coyuntura.

Esta breve narrativa introductoria tiene la intención de situar el cuestionamiento principal que planteamos mucho antes de que estos eventos ocurrieran y que motivó el proyecto de investigación que dio como resultado esta tesis: ¿de qué manera los actores sociales subnacionales gubernamentales y no gubernamentales de la región fronteriza Tijuana, Baja California - San Diego, California han establecido relaciones de cooperación transfronteriza en materia de salud pública fronteriza?

---

<sup>6</sup> Foro “Actores Locales en la colaboración transfronteriza en Salud en la frontera México Estados Unidos”, se llevó a cabo el 10 y 17 de noviembre vía *zoom*. Este se detallará más adelante.

La región fronteriza México – Estados Unidos es el punto de encuentro de dos países distintos en lo político, económico y social, al mismo tiempo, es un espacio de contacto entre dos culturas diferentes. No obstante, la inherente vecindad geográfica convierte en inevitables las interacciones sociales de todo tipo y de manera constante, lo cual da como resultado que las poblaciones fronterizas de ambos países no solo compartan diversos problemas sociales sino también oportunidades para afrontar la complejidad de sus efectos de manera conjunta.

Dicha particularidad es parte de la esencia de la región fronteriza a lo largo de sus 3,175kms de extensión<sup>7</sup> así como el reconocimiento de que cada punto fronterizo constituye en sí mismo una subregión completamente distinta una de la otra.

La dimensión de las interacciones transfronterizas es tan amplia que debido a su naturaleza social, la población de la región fronteriza tiene un perfil epidemiológico en el que convergen distintos problemas de salud y enfermedades, tales como: enfermedades infecciosas<sup>8</sup>, enfermedades crónico-degenerativas, lesiones, accidentes de tráfico y laborales, así como violencia social.

Con base en esta realidad, la salud pública fronteriza es un tema de vital importancia para la relación México – Estados Unidos a nivel binacional y transfronterizo, ya que los distintos problemas de salud requieren de acciones preventivas en todas las fases de la asistencia sanitaria del proceso salud, enfermedad, atención (s/e/a) de sus poblaciones, así como soluciones inmediatas ante los riesgos inminentes de percances incontrolables como lo ha sido la

---

<sup>7</sup> De acuerdo con la Comisión Internacional de Límites y Aguas entre México y Estados Unidos (CILA), fecha de última actualización de la extensión territorial de la frontera México – Estados Unidos en 2017. Información recuperada en: <https://cila.sre.gob.mx/cilanorte/index.php> diciembre, 2018.

<sup>8</sup> Enfermedades infecciosas más prevalentes: dengue, tuberculosis, VIH/sida, paludismo, hepatitis A, salmonelosis, gonorrea. Otras enfermedades: alcoholismo y drogadicción.

pandemia de covid-19 o como se ha vislumbrado con otras enfermedades como la viruela del mono.

Como lo hemos visto, ello ha precisado del involucramiento de diferentes actores sociales gubernamentales y no gubernamentales; nacionales, binacionales e internacionales que actúen de manera conjunta para garantizar y salvaguardar el bienestar, no solo de la población fronteriza sino del resto de la población de ambas naciones y por supuesto, de la humanidad en general.

La respuesta al cuestionamiento que enunciamos en esta introducción, la desarrollamos y argumentamos a lo largo de este trabajo a la luz de las condiciones preexistentes a la pandemia y a su vez, en el momento preciso de su desarrollo.

Si bien no es nuestro propósito centrar el estudio propiamente a la pandemia ni abarcar el período *postpandémico*, es ineludible su abordaje, quizás por razones obvias o esperadas como el hecho de que en sí mismo, esto la ha constituido como el referente inmediato de los actores sociales para aducir por qué las cosas sucedieron del modo en que ocurrieron y no de otro.

Sin afán de develar prematuramente los hallazgos de este estudio, encontramos necesario precisar esta delimitación temática y temporal, puesto que la pandemia ha podido alcanzar los límites de esta investigación pero es precisamente lo que le ha otorgado un mayor sentido de relevancia.

#### Justificación de la investigación

La importancia de esta investigación se sustenta en las aportaciones sustantivas, derivadas de su carácter multidisciplinario. Si bien el objeto de estudio descansa en las ciencias sociales, en distintos momentos se encuentra en el ámbito de interés de las ciencias de la salud.

Los desafíos metodológicos que ello ha representado se han solventado a partir de las aproximaciones sucesivas al fenómeno de estudio. En nuestro afán por acercarnos a las explicaciones más pertinentes nos dimos a la tarea de explorar cada uno de los caminos disciplinarios que nos fueron guiando hacia la definición de marcos interpretativos y los dispositivos conceptuales que aquí proponemos.

Sin duda, un paisaje embelesador sobre la interconexión entre las disciplinas implicadas, tanto de las ciencias sociales y de la salud nos acompañó a lo largo de este trabajo.<sup>9</sup> Durante el curso de la investigación tuvimos encuentros fortuitos con la epidemiología social y la antropología médica a través de su enfoque biosocial sobre la salud y el proceso s/e/a frente a una crítica sobre la biomedicina.

De tal manera que nuestra perspectiva se enriqueció ampliando el horizonte de la investigación. Esto nos llevó a un momento clímax en el que tuvimos que reorientar su curso y realizar ajustes de carácter metodológico.

A lo largo de este estudio, preservamos el propósito de ampliar otras líneas de investigación más allá del espectro de las perspectivas dominantes en las Relaciones Internacionales y de las tendencias más recientes en los Estudios México – Estados Unidos.

Así, resultado de la inmersión en el *estado de la cuestión*, identificamos tres perspectivas o posiciones teóricas predominantes, tales como: globalistas,

---

<sup>9</sup> De acuerdo con José Vitalino Echeverri Hernández, desde su nacimiento, las ciencias de la salud y las ciencias sociales han estado *emparentadas*. Si bien con el auge de la medicina clásica se distanciaron esos lazos, con la consolidación de la medicina contemporánea en el siglo XX volvieron a encontrarse en numerosas investigaciones, documentando ampliamente su vinculación. Echeverri Hernández, José Vitalino. (2010). Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud. Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 2(2), 47-55. Recuperado en [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-48922010000200005&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000200005&lng=pt&tlng=es). Septiembre, 2021.

transnacionalitas e institucionalistas. Por ejemplo, en la producción académica más reciente, los trabajos inscritos en “*Binational Commons. Institutional development and governance on the U.S. – Mexico border*”<sup>10</sup>; editado por Pamela Cruz y Tony Payan, cuyo título de la obra alude a “*Local commons and global interdependence. Heterogeneity and cooperation in two domains*”, editada por Robert O. Keohane y Elinor Ostrom<sup>11</sup>. En la misma línea encontramos “*The future of US – Mexico Relations. Strategic foresight*” editada por Tony Payan, Alfonso López de la Osa Escribano y Jesús Velasco.

En el primer capítulo de este trabajo presentamos los argumentos que señalan la improcedencia que sugiere la adopción de estas visiones. Un aspecto que podemos mencionar ahora es la falta de un enfoque territorial que impide estudiar a la región fronteriza como un espacio social, lo que también implica tomar como unidades analíticas a los actores sociales más allá de los Estados y las instituciones, así como organismos internacionales.

Otro aspecto que podríamos señalar es la frecuencia con la que algunos dispositivos analíticos conceptuales son tratados meramente como términos, entonces hay una yuxtaposición errada en las explicaciones con relación a las escalas y niveles espaciales del territorio y las problemáticas sociales; como consecuencia, el mínimo descuido ha llevado a confundir o utilizar de manera indistinta: *bilateral*, *binacional*, *transnacional* o *fronterizo* por *transfronterizo* y viceversa; en última instancia, esto implica la imposibilidad de hacerse otras y nuevas preguntas frente al problema.

---

<sup>10</sup> Cruz, Pamela y Payan Tony (Ed), (2020). *Binational commons. Institutional development and governance on the U.S. – Mexico border*. The University of Arizona Press. Estados Unidos.

<sup>11</sup> Keohane, Roberto O y Ostrom, Elinor. Ed. (1995). *Local commons and global interdependence. Heterogeneity and cooperation in two domains*. SAGE publications. Reino Unido.

Además, en el ámbito particular de los Estudios México – Estados Unidos, el análisis de las relaciones transfronterizas tiende a suscribirse en temas, si bien vigentes, relevantes y coyunturales, también comunes como: comerciales, migratorias o de derechos humanos, por citar algunos. O bien, desde amplias perspectivas sobre la internacionalización de los gobiernos locales como la paradiplomacia.

Por tal motivo, esta investigación pretende encontrar un lugar en el ámbito de los estudios sobre las relaciones transfronterizas México – Estados Unidos desde una perspectiva multidisciplinaria donde un enfoque internacionalista y sociológico se encuentren con las ciencias de la salud para que de manera conjunta se logre estructurar una explicación adecuada sobre el fenómeno social en cuestión y así, dialogar con otras perspectivas desde nuestros propios hallazgos.

Las aproximaciones teóricas que proponemos permiten observar del mismo modo, otras áreas de las relaciones transfronterizas México – Estados Unidos, puesto que las interacciones intersubjetivas (económicas, políticas, sociales, culturales) entre actores sociales (subnacionales gubernamentales, no gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil) que ocurren en la región fronteriza (contexto territorial construido socialmente) inciden en la evolución cognitiva de prácticas sociales ante determinadas problemáticas.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> En este sentido, a lo largo de la historia de las relaciones México – Estados Unidos, encontramos hechos sociales cuya significatividad histórica ha incidido en el carácter de la relación, típicamente caracterizada como de conflicto o cooperación, de encuentros o desencuentros. Podemos hacer alusión a algunos eventos que nos remiten a un estado conflictivo de la relación. Por ejemplo, situándonos en el siglo XIX, la relación osciló entre la tensión y el conflicto, debido a la delimitación de las fronteras nacionales siendo esta la principal causa de sus problemas, la anexión de Texas a Estados Unidos y la Guerra de 1847. Así, la ampliación de la frontera estadounidense a costa del territorio mexicano marcó la memoria colectiva de un enemigo inminente para México y fue el factor que dio lugar al clima de tensión en la relación binacional durante este periodo. Y así, a lo largo de la evolución histórica de ambas naciones ha existido un elemento que causa inestabilidad y modifica el ambiente de la relación

De tal manera que el resultado de este trabajo de investigación no solo es pertinente e importante para el campo de conocimiento por la particularidad de su objeto de estudio, sino también por su flexible carácter de generalización a través de cuestionamientos que van más allá de nuestro enfoque central, tales como:

- a) Considerando que los gobiernos nacionales en un momento específico sostienen una relación de conflicto y al mismo tiempo, los actores subnacionales sostienen una relación de cooperación dada la naturaleza del contexto fronterizo ¿cuál es el grado de disonancia entre la relación México – Estados Unidos y las relaciones transfronterizas y cómo esto afecta a la realidad social de la frontera?
- b) En ese mismo sentido, ¿la solución de los problemas fronterizos tiene que ver con el grado de conflicto o cooperación alrededor del problema o el problema en sí mismo? Esta idea surge a partir de un paralelismo entre la seguridad y la salud, en otras palabras; siendo la salud pública fronteriza un tema asociado a la seguridad de ambas naciones, de grandes riesgos, de vital importancia y de largo alcance, ¿por qué no resulta conflictivo para la relación binacional como con el amplio tema de la seguridad? ¿cuáles son los intereses y motivaciones que no entran en cuestión? Y ¿por qué si se asume a la cooperación en salud como una virtud de las relaciones binacionales y transfronterizas aunque los resultados sean limitados?
- c) Considerando que los actores subnacionales establecen diversas relaciones de cooperación transfronteriza en una gran variedad de temas y reconociendo las distintas limitaciones en el ejercicio de su participación ¿cómo establecen y mantienen dichos vínculos?

Al final de este trabajo, reflexionamos ante estas y otras inquietudes que surgieron a lo largo del estudio, con el propósito de alumbrar el camino hacia otras

líneas de investigación y de evidenciar las potencialidades de lo que aquí hemos propuesto.

Retomando el sentido interdisciplinario, en cuanto al vínculo de estudio entre ciencias de la salud y las relaciones transfronterizas México – Estados Unidos, es predominantemente el tema migratorio. En numerosas investigaciones, el estudio sobre migración y salud ha sido muy socorrido, inclusive hay vastos programas de investigación articulados en función de esa línea de investigación<sup>13</sup>.

No obstante, su enfoque central obedece exclusivamente a la situación que enfrenta la población y grupos en contextos de movilidad en uno u otro país sobre sus enfermedades, condiciones de salud entre otros asuntos relacionales. Si bien continúa siendo relevante por distintos factores que no vamos a abordar aquí, lo que pretendemos señalar es que ocupa un lugar central frente a otros de igual importancia.

Este reconocimiento develó la oportunidad de profundizar en un tema de investigación poco estudiado desde la perspectiva interpretativa que proponemos y desarrollamos en esta investigación, tan solo la consideración de lo que implica nuestro objeto de estudio que va más allá de la población migrante, la cual es asimilada en nuestro enfoque analítico como parte de la comunidad fronteriza que configura el territorio de la región fronteriza de Baja California – California.

---

<sup>13</sup> Por ejemplo, el Programa de Investigación en Migración y Salud (PIMSA) en la que participan diversas entidades educativas tales como la propia Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad de Arizona, la Universidad de Texas en El Paso, la Universidad de California; investigadores del Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología y Humanidades, así como del Consejo Mexicano de Ciencias Sociales. Podríamos citar por ejemplo el Seminario de Perspectivas Multidisciplinarias en Salud y Migración.

### Delimitaciones del marco de referencia analítico

El marco de referencia analítico en el que se circunscribe el objeto de estudio nos permitió establecer la delimitación temática, espacial y temporal que delineó el trabajo de investigación, enseguida precisaremos estos elementos.

Al inicio de la investigación, la delimitación temática consistió en acotar del amplio espectro de la salud pública fronteriza al acceso a los servicios de salud considerando que esta variable demandaba el análisis de factores tales como: ingreso, etnicidad, estatus de ciudadanía y condiciones legales, entre otros, así como del funcionamiento de los sistemas nacionales de salud. El trabajo de campo subvirtió esta delimitación que conllevó un reajuste metodológico y la consecuente decisión de integrar la salud comunitaria en lugar de restringir el análisis al acceso a los servicios de salud. Esto se detallará más adelante.

La delimitación del espacio nos llevó a plantear un caso de estudio sobre la región fronteriza seleccionando la constituida por Tijuana, Baja California - San Diego, California. A partir de la caracterización de Las Californias la región se destaca por ser un espacio con una intensa interacción económica (volumen de intercambio comercial de bienes y servicios), social y cultural (flujo de personas, migración y deportación); las relaciones de cooperación transfronteriza de los actores subnacionales involucrados (estatales, municipales, condales, locales, organizaciones no gubernamentales y educativas) y el perfil epidemiológico de la región.

El establecimiento de la temporalidad de 2000 a 2016 tiene que ver con dos factores. Por un lado, con el desarrollo histórico de las relaciones de cooperación puesto que en el año 2000, México y Estados Unidos firmaron un acuerdo bilateral para la creación de la Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos, este nivel de institucionalización de la cooperación tiene implicaciones no solo a nivel binacional sino también a nivel transfronterizo. A un año de su creación, la

Comisión estableció una agenda y un plan de acción que para el 2010 sería evaluado. En el 2011 la Comisión lanzó una nueva agenda y plan estratégico a cumplirse en el 2020. Con estas agendas y planes de acción, el papel de la Comisión permite visualizar a los diferentes actores que se involucran activamente en la consecución de estos fines.

En este sentido, la Comisión no parece monopolizar las acciones de salud sino incentivar la participación de actores subnacionales tanto públicos y privados para llevar a cabo acciones y ejecutar programas entorno a ejes específicos que ha determinado prioritarios tales como: enfermedades crónico-degenerativas, enfermedades infecciosas, salud materno – infantil, salud mental, adicciones y accidentes.<sup>14</sup>

Por otro lado, la delimitación de este periodo histórico tiene que ver con la promulgación en 2010 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA por sus siglas en inglés) también conocida como *Obamacare*. Dicha ley provocó importantes discusiones y cambios en Estados Unidos a nivel federal y estatal, ya que su implementación depende del consenso legislativo en cada estado y los factores a favor y en contra son muy diversos y particulares.

De los 51 estados, tan solo 20 adoptaron la ley, incluyendo entre ellos a California, en donde entró en vigor en 2014. Sin embargo, a partir de entonces y hasta ahora<sup>15</sup>, han surgido varias problemáticas y nuevos proyectos para derogar la

---

<sup>14</sup> Todo lo cual está descrito en la página oficial de la Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos, en el enlace del sitio <https://saludfronterizamx.org/>

<sup>15</sup>En 2016, el Senador Bernie Sanders presentó una nueva propuesta de ley “Medicare for All Act” que plantea un nuevo esquema de seguridad social para la salud de Estados Unidos, el propósito es constituir un programa universal del Medicare, esta propuesta se ha convertido en un capital político para la carrera presidencial de los demócratas para el próximo período presidencial. La iniciativa de los demócratas por cambiar el paradigma de privilegio frente al derecho al acceso a servicios de salud, ha generado importantes debates con los republicanos al grado de intentar derogar el Obamacare y llevar a las respectivas cortes estatales la revisión de la misma. Esto ocurrió también en California, entre junio y julio de 2016 y a la fecha el caso sigue abierto. The New Yorker (2019),

ley, lo cual ha tenido un efecto en la cobertura de servicios de salud que se alcanzó durante ese corto periodo en ese estado, por lo que se consideraba relevante para la temporalidad del estudio, de ahí que se definió el corte de tiempo en el 2016.

Recordaremos que la propuesta inicial de esta investigación fue planteada en 2018, el trabajo de investigación fue alcanzado por la coyuntura internacional de la crisis sanitaria provocada por la pandemia de covid-19.

De tal manera que, las implicaciones de la pandemia se ven reflejadas no solo en la cuestión temporal sino en otros aspectos fundamentales y trascendentales para la investigación como lo fue en la hipótesis de trabajo o en la estrategia metodológica para la realización del trabajo de campo como hemos mencionado anteriormente y explicaremos más adelante.

#### Preguntas de investigación, hipótesis y objetivos

Como ya lo anticipamos, la pregunta central de la investigación se sustenta en la siguiente interrogante:

*¿De qué manera los actores sociales subnacionales de la región fronteriza Tijuana, Baja California - San Diego, California han establecido relaciones de cooperación transfronteriza en materia de salud pública fronteriza?*

Mientras que la hipótesis de trabajo sostenía que:

“La cooperación transfronteriza es una práctica internacional que los actores subnacionales gubernamentales y no gubernamentales de la región fronteriza Tijuana, Baja California – San Diego, California llevan a cabo con la finalidad de mitigar el limitado acceso a los servicios de salud que enfrenta la población

---

Los Ángeles Times (2017), San Diego Union Tribune (2016); ver cita completa en bibliografía y referencias.

fronteriza. Como resultado han desarrollado cierto grado de gobernanza transfronteriza en materia de salud.”

Más adelante veremos cómo esta fue refutada al regresar del trabajo de campo y analizar los hallazgos obtenidos. Sin duda, esto terminó enriqueciendo la investigación y redirigiendo nuestra atención hacia el punto nodal de mayor relevancia.

Anticipamos entonces que los actores sociales tienen poco o nada que ver con un objetivo fundamentado en mitigar el limitado acceso a los servicios de salud que enfrenta la población fronteriza sino en la identificación conjunta de los problemas y necesidades inmediatas; sus actuaciones están posibilitadas en la medida en la que pueden reunir recursos, coordinarse y organizarse, de todo ello expondremos más adelante.

Con respecto a los objetivos que erigieron este trabajo de investigación fueron planteados y organizados de tal manera que pudieran ser desarrollados a lo largo de cada uno de los capítulos que articulan este trabajo. A continuación se enuncian dichos objetivos.

- I. Articular un sistema teórico interpretativo que permita el análisis adecuado del fenómeno, integrado por un marco teórico y un marco conceptual. El primero desarrollado a partir de una perspectiva constructivista de la cooperación cuya complementariedad analítica reside en el enfoque territorial del desarrollo. Y el segundo, articulado por los dispositivos analíticos conceptuales del federalismo, la gobernanza transfronteriza y la salud pública fronteriza.
- II. Analizar la salud pública fronteriza de la región Tijuana, Baja California – San Diego, California a partir de la revisión histórica sobre el surgimiento y evolución de la cooperación en materia de salud pública fronteriza a partir

de los niveles y escalas espaciales de la región tales como: internacional, binacional y transfronterizo.

- III. Analizar la respuesta social organizada de la salud pública a partir de la caracterización sociodemográfica y epidemiológica de la población de la región fronteriza y la caracterización institucional de los sistemas nacionales de salud de México y Estados Unidos.
- IV. Analizar las prácticas internacionales de cooperación transfronteriza de los actores sociales subnacionales de la región Tijuana, Baja California – San Diego, California en el ámbito de la salud comunitaria.

Tomando en consideración las precisiones que hemos realizado hasta el momento, hemos reunido los elementos necesarios para prefigurar todo ello en el desarrollo de la tesis previsible en su esquema capitular como veremos enseguida.

### Estructura de la tesis

Como ya se anunció, la estructura de la tesis se ideó a partir de los objetivos que expusimos anteriormente. A cada capítulo de tesis le corresponde el desarrollo del análisis para alcanzar los propósitos comprometidos en esta investigación.

Para alcanzar el primer objetivo, en el primer capítulo de este trabajo, la propuesta consistió en reconstruir<sup>16</sup> el enfoque teórico de la cooperación transfronteriza en el ámbito de las relaciones transfronterizas México – Estados Unidos, con una perspectiva internacionalista y sociológica del constructivismo con base en: el nivel de análisis regional, las unidades de análisis y las interacciones

---

<sup>16</sup> El compromiso es el de un análisis pertinente para el contexto de las relaciones México – Estados Unidos, ya que prima una visión europeísta de integración, misma que es aplicada en el marco de la integración económica del Mercosur, lo cual imprime otras connotaciones teóricas que no son del todo adecuadas para el caso de las relaciones transfronterizas México – Estados Unidos.

sociales de los actores tanto subnacionales gubernamentales como no gubernamentales. Por su parte, el marco conceptual está constituido por:

- El Federalismo
- La gobernanza transfronteriza
- La salud pública fronteriza

Estos ejes conceptuales nos permiten colocar los elementos adecuados para establecer relaciones de sentido analíticos pertinentes y relevantes para nuestras interpretaciones. A continuación explicaremos cómo cada uno de estos conceptos serán de utilidad para la comprensión del problema.

### *El Federalismo*

Tal como apunta la Dra. Paz Consuelo Márquez-Padilla, podemos referirnos al federalismo desde su cosmovisión teórica o desde “experimentos políticos específicos que implican distintas clases de prácticas.”<sup>17</sup> En este sentido, la idea conceptual que nos ofrece su perspectiva nos permite identificar los matices entre un sistema federalista y otro, como lo es el caso de Estados Unidos y México.

Al mismo tiempo, nos ayuda a reconocer y dar cuenta del laboratorio que edifica el federalismo alrededor de las actuaciones de los distintos actores que configuran los sistemas federalistas.

En el caso que nos ocupa, observamos que por un lado, en Estados Unidos los estados gozan de autonomía, que en ocasiones se expresa en la opción que tienen para adoptar o no políticas federales; mientras que en México, el papel del gobierno federal es más dominante y limitante para los estados, municipios y localidades.

---

<sup>17</sup> Márquez-Padilla, Consuelo. El nuevo Federalismo en América del Norte. CISAN-UNAM. 2000.

No obstante, es precisamente en la región fronteriza donde se observa que independientemente del funcionamiento de ambos federalismos, en la región se expresa una dinámica federalista propia, donde los actores sociales de la región; tanto gubernamentales como no gubernamentales y sociedad civil, logran establecer relaciones que les permiten dirigir acciones para la solución de problemas comunes que afectan a las poblaciones fronterizas. Es decir, se aprecia la convergencia de ambos federalismos cuyo resultado es una dinámica dirección social de los actores sociales de la región fronteriza.

Retomando la idea del experimento político que constituyó a los Estados Unidos<sup>18</sup>, no es arriesgado pensar en la región fronteriza México – Estados Unidos como un laboratorio de experimentación social donde lo que podemos observar es la manera en la que los estados se relacionan con sus homólogos y otros actores no gubernamentales sobre lo que parece ser un entorno de asimetrías que limitan sus interacciones pero que en realidad logran sortear las barreras impuestas.

Todo ello prefigura una particularidad del federalismo mismo así como de la propia constitución de la región. Así, el federalismo nos permite observar a los actores sociales, sus prácticas y el resultado de estas, lo cual apunta a la configuración de un nuevo territorio social.

Tal es así que identificamos dos relaciones de sentido que justifican la utilidad de este enfoque. Por un lado, la comprensión sobre el ejercicio del federalismo de los gobiernos estatales a partir de sus prácticas e interrelaciones con otros actores subnacionales gubernamentales y no gubernamentales; su papel en la

---

<sup>18</sup> Márquez-Padilla, Consuelo (2001). Viejas y nuevas discusiones en torno al Federalismo. En Desde el Sur. Visiones de Estados Unidos y Canadá desde América Latina a principios del siglo XXI. Vol 1. CISAN. UNAM. p. 32

configuración del territorio social de la región; el surgimiento de cierto grado de gobernanza transfronteriza.

### *Gobernanza transfronteriza*

En términos conceptuales, la gobernanza parece contener una serie de dificultades derivadas por la variedad de acepciones que se le ha adjudicado desde distintas disciplinas, la mayoría convergen en un sentido normativo.

Por tal razón intentamos proponer utilizar el concepto a partir de cómo es la gobernanza en la región de estudio y no a partir de cómo debería de ser alejándonos de una concepción de gestión desde ámbitos como el de la administración pública. Al mismo tiempo, nuestro propósito es darle un lugar prioritario al territorio acotando en su especificidad a la escala territorial transfronteriza.

Estos apuntes no son cosa menor si tomamos en consideración que el riesgo de no precisar su armonía con un enfoque territorial, invariablemente nos llevaría a invisibilizar la trama que se entreteje entre los problemas que particularmente se expresan en el territorio, las prácticas sociales ideadas para atenderlos, los actores sociales involucrados y su relación con la resignificación del entorno.

Con la intención de ejemplificar lo anterior, podríamos señalar el hecho de que la existencia de una gobernanza en la Ciudad de México no podrá compartir las mismas características que la que se expresa en las regiones fronterizas tanto del norte como del sur del país, lo cual revela la importancia del territorio para su estudio.

Así, la premisa que nos llevó a la elección de integrar este concepto a nuestras observaciones y análisis es que ante la identificación de problemas comunes, los actores sociales se han activado a través de la colaboración y

coordinación conjunta para resolverlos puesto que las capacidades gubernativas son insuficientes.

Si bien por un lado intuimos que dadas las condiciones de la descentralización estadounidense y mexicana exhibida en sus entornos federalistas, sigue involucrándose el orden de Estado, éste asume relevancia pero no así dirección, tal potencialidad ha sido tomada por la sociedad.

Mientras que por otro lado, en su conjunto, los actores sociales a través de sus prácticas van configurando un orden social, esa fina observación sobre la manera en la que ejecutan las acciones y el resultado de ello, no en términos de eficiencia, eficacia y efectividad, sino en el andamiaje que construyen y sostienen para atender sus propias necesidades.

En tales elementos es que fijaremos nuestras observaciones para develar en qué medida las prácticas de cooperación transfronteriza en el ámbito de la salud pública fronteriza de los actores subnacionales gubernamentales y no gubernamentales de la región de estudio han dado lugar a tal orden social contenido en cierto grado de gobernanza transfronteriza.

### *Salud pública fronteriza*

Subrayamos como propósito expresado en una preocupación constante, el lograr proponer una definición adecuada sobre la *salud pública fronteriza*, pues que como se verá en el amplio desarrollo argumentativo de su propuesta conceptual, es una cuestión generalizada que a nivel discursivo exista una serie de inexactitudes tanto en su uso como en su significado.

La definición de salud enunciada por la Organización Mundial de la Salud es universalmente referida y fuera de las ciencias de la salud, poco problematizada. A menudo nos encontramos con una gran confusión entre la salud pública y la salud

privada, nos enfrentamos nuevamente ante la laxitud de su uso por remitirse al territorio fronterizo, el orden de saberes críticos y relacionales está comúnmente desordenado.

Es sumamente relevante reconocer la óptica que orientará nuestras observaciones y posterior análisis, de ahí que podamos diferenciar una perspectiva biomédica frente a una biosocial para abrirnos camino hacia su definición.

Por otro lado, en su base conceptual también encontramos una distinción entre la salud como campo de investigación y como ámbito para la acción, que es justamente onde se yuxtaponen los términos entre la salud fronteriza, salud pública fronteriza, salud de la frontera; etcétera entre otros más binomios que por demás está señalar, obvian las consideraciones territoriales y poblacionales.

Para evitar tales omisiones y en consonancia con la disposición de los dispositivos conceptuales analíticos que ya hemos descrito anteriormente, integramos en nuestros objetivos, el de aproximarnos a una conceptualización de la salud pública fronteriza desde una perspectiva biosocial del proceso salud, enfermedad, atención (s/e/a) y la respuesta social organizada a partir de los sistemas nacionales de salud y de la salud comunitaria como ámbito en el que recaen las prácticas de cooperación transfronteriza de los actores sociales en la región de estudio.

Finalmente, cabe subrayar que al trabajar con las propuestas de los dispositivos analíticos conceptuales de los enfoques: territorial, federalismo, gobernanza transfronteriza y salud pública fronteriza; dirigimos nuestra atención a observar los mismos elementos: problema y práctica; actores y relaciones; actores y territorio. Es decir, logramos encontrar una pertinencia de sentido relacional entre cada una de ellas, además reafirman su pertinencia al complementarse satisfactoriamente.

Quizás, lo podemos visualizar comprendiendo todo ello como un proceso consecuencia de distintos factores en el que a partir del reconocimiento de que la región fronteriza y sus relaciones transfronterizas, exhiben la construcción social del territorio; que ahí mismo se expresa la importancia del federalismo como la plataforma experimental donde se hacían las prácticas sociales de los actores gubernamentales y no gubernamentales; la gobernanza transfronteriza, no como resultado último sino como el cénit de tales procesos sociales, o bien, la configuración de un orden social en la región fronteriza Tijuana, Baja California – San Diego, California en el ámbito de la salud pública fronteriza.

Con base en la secuencia capitular, en el segundo apartado de este texto analizamos las prácticas internacionales de cooperación en materia de salud pública fronteriza en las distintas escalas y niveles territoriales de la región fronteriza México – Estados Unidos con el propósito de develar o no la existencia de algún tipo de comunidad de prácticas. De tal manera que presentamos registros sobre la evolución de dichas prácticas, desagregadas a nivel internacional, binacional y transfronterizo.

En el tercer capítulo damos lugar a una exposición descriptiva sobre: la caracterización sociodemográfica de la región fronteriza de estudio; a la caracterización epidemiológicas de las poblaciones fronterizas; y por último, abordamos un análisis sobre la respuesta social organizada frente al panorama expuesto a partir de una caracterización institucional de los sistemas de salud.

Finalmente, en el cuarto y último apartado capitular, presentamos una narrativa sobre el curso de la investigación desde la ideación metodológica del trabajo de campo, las viscosidades afrontadas por la pandemia hasta los hallazgos que redireccionaron el abordaje del acceso a los servicios de salud hacia la atención sobre la salud comunitaria.

Posteriormente articulamos el análisis en función de la integración de los elementos teóricos y conceptuales que posibilitaron establecer correlaciones de sentido sobre las develaciones en campo de frente a las intuiciones teóricas respaldadas a lo largo del trabajo.

### Estrategia metodológica, herramientas y técnicas para el desarrollo de la investigación

El ánimo del bosquejo anterior fue presentar qué es lo que se hizo y aquí, procuramos exponer la manera en la que lo ideamos y al mismo tiempo, dejar registro de las transformaciones que experimentó la investigación.

Así, la estrategia metodológica está fundamentada en su identificación como un estudio de caso por las características que definen nuestro objeto de estudio: las prácticas internacionales de cooperación transfronteriza de los actores sociales subnacionales gubernamentales y no gubernamentales de la región frontera Tijuana, Baja California – San Diego, California en materia de salud pública fronteriza. Por lo tanto nuestro interés se concentró en un aspecto particular del fenómeno social en cuestión.

Resultado de una minuciosa revisión de la literatura sobre el uso de métodos cualitativos en la investigación social, exponemos algunos aspectos que nos brindaron las herramientas teórico – conceptuales para el diseño de nuestro estudio de caso.

De acuerdo con Hans Gundermann Kröll (2004) “[...] lo que define el estudio de casos es su focalización en uno o cada caso singular. Se dice que no es

el conjunto de los procedimientos metodológicos seguidos, sino la especificidad de un objeto de estudio lo que define un estudio de casos.”<sup>19</sup>

Por su parte, Piedad Cristina Martínez Carazo (2006) argumenta que:

[...] el método de estudio de caso es una herramienta valiosa de investigación, y su mayor fortaleza radica en que a través de este se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, mientras que los métodos cuantitativos sólo se centran en información verbal obtenida a través de encuestas y por cuestionarios. (p. 167)<sup>20</sup>.

De tal manera que nuestro objeto de estudio destaca la necesidad de capturar la experiencia de los actores sociales al establecer relaciones de cooperación transfronteriza, el interés se resume en conocer *cómo y por qué lo hacen*. En este sentido, la autora señala que el método de estudio de caso es una metodología rigurosa muy útil precisamente cuando se investigan fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué ocurren o también cuando se estudian temas en los que las teorías existentes son inadecuadas. De modo que el método de estudio de caso permite<sup>21</sup>:

- Estudiar un tema determinado.

---

<sup>19</sup>Gundermann Kröll, Hans (2004), “El método de los estudios de caso” en María Luisa Tarrés (coord.) Observar, Escuchar y Comprender: Sobre La Tradición Cualitativa en la Investigación Social, México, El Colegio de México/Flacso-México/Miguel Ángel Porrúa librero-editor, pp. 235

<sup>20</sup> Martínez Carazo, Piedad Cristina (2006), El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica, Pensamiento y gestión, N° 20, ISSN 1657- 6276. p. 167 Disponible en:

[http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/pensamiento\\_gestion/20/5\\_El\\_metodo\\_de\\_estudio\\_de\\_caso.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/pensamiento_gestion/20/5_El_metodo_de_estudio_de_caso.pdf)

<sup>21</sup> *Ibidem*. p. 175

- Estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas y no desde la influencia de una sola variable.
- Explorar en forma más profunda y obtener un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno, lo cual permite la aparición de nuevas señales sobre los temas que emergen.

Definida esta elección metodológica, lo siguiente por aclarar es el tipo de caso de estudio que se llevó a cabo. Robert E. Stake considera que los estudios de caso pueden ser de tres tipos: intrínsecos, aquellos en los que el caso ya viene dado o está preseleccionado, podríamos decir que la investigación en sí misma constituye un estudio de caso; e instrumentales, aquellos en los que se identifica una cuestión específica que requiere de particular indagación y comprensión a partir del panorama general al que pertenece; y colectivos, los cuales se estructuran a partir de múltiples objetos de estudio constituyendo por cada uno, un estudio de caso particular.

Con base en esta clasificación, nuestra investigación se alinea con las características de un estudio de caso instrumental, pues de la generalidad contextual de la región fronteriza Baja California - California, elegimos centrarnos en las particularidades del fenómeno en las ciudades de Tijuana – San Diego por su importancia socio espacial entre otros aspectos que ya hemos explicado anteriormente.

Para Gundermann Kröll (2004) “[...] la perspectiva instrumental busca precisamente ver cómo los conceptos y proposiciones desarrollados por investigadores y teóricos se manifiestan en el o los casos estudiados.”<sup>22</sup> Precisamente es lo que perseguimos, con base en nuestro sistema teórico – conceptual buscamos analizar la experiencia de los actores sociales en correlato con

---

<sup>22</sup> *Op. Cit.* Hans Gundermann Kröll p. 246

la perspectiva teórica elegida, en otras palabras, la interpretación está fundamentada en la teoría a través de la cual analizamos el fenómeno de investigación.

Para Stake, el criterio para la selección de los casos “[...] debe ser la máxima rentabilidad de aquello que aprendamos. Una vez establecidos los objetivos ¿qué casos pueden llevarnos a la comprensión, a los asertos, quizá incluso a la modificación de las generalizaciones?”<sup>23</sup> Esta propuesta se justifica en su sentido de particularidad tal como señala Stake (2005):

El cometido real del estudio de casos es la particularización, no la generalización. Se toma un caso particular y se llega a conocerlo bien, y no principalmente para conocer en qué se diferencia de los otros, sino para qué es, qué hace. Se destaca la unicidad, y esto implica el conocimiento de los otros casos de los que el caso en cuestión se diferencia, pero la finalidad primera es la comprensión de este último. (p.19)<sup>24</sup>

De acuerdo con Gundermann Kröll (2004):

[...] lo central de un estudio de caso radica en el material descriptivo básico que un observador ha reunido mediante los recursos que ha tenido a su disposición respecto a un fenómeno particular o un conjunto de eventos. (p.236)<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> Stake, R.E (2005), “Investigación con estudio de casos” Editorial Ariel S.A. Barcelona, 3º Edición. p. 17 Disponible en: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Investigacion-con-estudiosde-caso.pdf>

<sup>24</sup> *Ibidem*, p. 19

<sup>25</sup> *Op. Cit.* Hans Gundermann Kröll, p. 236

Martínez Carazo también señala que se requiere la aplicación de distintos instrumentos de recolección de información, por un lado, las preguntas de investigación y las proposiciones teóricas servirán de referencia para la recolección de datos y su análisis posterior ya que todo ello contiene los constructos (conceptos, dimensiones, factores o variables) de los cuales es necesario obtener información. Y por otro lado, resulta importante la recolección de los datos desde el contexto en el cual el fenómeno social ocurre naturalmente y para generar una comprensión que está basada en las perspectivas del investigador<sup>26</sup>.

Con base en estos apuntes, en la siguiente tabla se sintetizan los principales componentes de la estrategia metodológica ideada para el estudio de caso:

*Tabla 1 Elementos de la estrategia metodológica de la investigación<sup>27</sup>*

| Nivel de estudio           | Dimensiones del problema   | Fuentes de información     | Procedimientos y técnicas               |
|----------------------------|--|----------------------------|---|
| <b>Antecedentes</b>        | Surgimiento y evolución de la cooperación en materia de salud  | Archivos, documentos       | Análisis de información                 |
| <b>Contexto</b>            | Caracterización socioeconómica y demográfica<br>Perfil epidemiológico                                | Informes, reportes, censos | Análisis de información                 |
| <b>Marco institucional</b> | Competencias de los actores en materia de salud<br>Configuración de los sistemas nacionales de salud | Documentos                 | Análisis de información                 |
| <b>Actores</b>             | Perfil social<br>Relaciones entre actores  | Informantes                | Entrevistas semiestructuradas enfocadas |

<sup>26</sup> *Ibidem*, p. 186

<sup>27</sup> \*Elaboración propia con base al esquema planteado por Neiman y Quaranta.<sup>27</sup>

### Elección de las técnicas de investigación: decidir entrevistar

Como ya argumentamos, la estrategia metodológica de esta investigación consistió en la elaboración de un estudio de caso instrumental, a partir del análisis de información obtenida de fuentes mixtas, por un lado cualitativas: documentos, registros de archivos, bibliografía y entrevistas semiestructuradas enfocadas; y por otro lado de fuentes cuantitativas: informes y reportes estadísticos de distintas entidades gubernamentales y no gubernamentales.

Dentro de las diversas técnicas cualitativas para abordar, interpretar y explicar la realidad social del problema de investigación que aquí plantemos, las entrevistas semiestructuradas enfocadas, resultaron las más apropiadas para obtener la información que nos permitió responder a las interrogantes que propusimos y alcanzar los objetivos específicos fijamos con anterioridad.

De acuerdo con Fortino Vela Peón, las entrevistas cualitativas son una vía de acceso a la realidad social ya que pone "...énfasis en la "visión" de los actores y el análisis contextual en el que ésta se desarrolla, concentrándose en el significado de las relaciones sociales."<sup>28</sup>

Por su parte, Taylor y Bogdan<sup>29</sup> señalan la pertinencia de llevar a cabo entrevistas especialmente cuando:

- Los intereses de la investigación son relativamente claros y están relativamente bien definidos.
- Los escenarios o las personas no son accesibles de otro modo.

---

<sup>28</sup> Vela Peón, Fortino (2004). Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. En María Luisa Tarrés (coord.) Observar, Escuchar y Comprender: Sobre La Tradición Cualitativa en la Investigación Social, México, El Colegio de México/Flacso-México/Miguel Ángel Porrúa librero-editor, p. 63

<sup>29</sup> Bogdan R. y S.J. Taylor (1984). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Paidós. España. p. 104

- El investigador tiene limitaciones de tiempo.
- La investigación depende de una amplia gama de escenarios o personas.
- El investigador quiere esclarecer experiencia humana subjetiva.

A partir del nivel de libertad y profundidad es posible distinguir tres tipos de entrevistas, éstas pueden ser: estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas. Las primeras involucran la aplicación sistemática y consistente de un conjunto de preguntas tipo cuestionario cerrado previamente determinadas por el investigador.

En contraposición, las entrevistas no estructuradas son más bien conversaciones entre el investigador e informante, sin una dirección del curso de esta, con una amplia libertad y profundidad en cualquiera de las temáticas o aspectos que trate el informante.

Es en el punto intermedio entre éstas en el que se sitúan las entrevistas semiestructuradas, las cuales combinan rasgos de ambas pues aquí sí se cuenta con un guion preestablecido de preguntas o guion temático, a partir de ello la investigadora puede dirigir y orientar al entrevistador esto permite que el flujo de la información se desarrolle en una fluida conversación.

De ahí que las entrevistas semiestructuradas pueden ser enfocadas o centradas, esto quiere decir que la entrevistadora asume una posición directiva conduciéndola a un tema de interés específico, como resultado las repuestas por parte del entrevistado son más libres. No obstante, como señala Vela Peón (2004) “si el entrevistado se aleja demasiado del tema apuntado, el entrevistador puede regresarlo al “foco” de atención.”<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> *Op Cit.* Fortino Vela Peón, p. 75

Para esto es muy importante el trabajo previo de la investigadora, el cual consistió no solo en la preparación del guion de preguntas y/o temáticas sino en un análisis preliminar como lo señala el mismo autor:

[...] sobre la situación a la que se enfrenta, y mediante el cual podrá descubrir, entre otras cosas, los bloqueos del entrevistado, la profundidad en la que se sitúan sus respuestas, y distinguir la lógica y el simbolismo que dominan los tipos de reacciones del entrevistado en relación con el tema. (Vela Peón: 2004 p.76)<sup>31</sup>

Como ya lo anticipamos, una de las herramientas que utilizamos para la obtención de información es la realización de entrevistas semiestructuradas enfocadas ya que figuró como el instrumento más adecuado para aproximarnos a la comprensión y análisis del objeto de estudio.

Ya que el estudio de las prácticas no se limita a los textos y significados, resulta pertinente, adecuado y necesario realizar entrevistas semiestructuradas enfocadas, éstas se presentan como una oportunidad para recoger e incluso documentar la experiencia de los actores sociales sobre las prácticas que llevan a cabo, cómo las llevan a cabo y por qué lo hacen de ese modo y no de otro.

En cuanto a su viabilidad coincidimos justamente con lo que precisa Vela Peón (2004) sobre este tipo de entrevistas:

Las entrevistas semiestructuradas funcionan adecuadamente en aquellas investigaciones que se interesan por interrogar a administradores, burócratas o

---

<sup>31</sup> *Idem*

miembros de elite de alguna comunidad, personas que tienen poco tiempo o que están acostumbradas a usar eficientemente su tiempo. (p.76)<sup>32</sup>

La técnica de muestreo elegida fue la técnica de bola de nieve. Taylor y Bogdan consideran que el enfoque básico para obtener acceso a escenarios privados es esta técnica: comenzar con un pequeño número de personas, ganar su confianza y a continuación pedirles que nos presenten a otros.<sup>33</sup>

Así, este tipo de muestreo consiste en que un informante nos contacte con otros para acceder a nuevas fuentes, se presupone que los individuos incluidos en la población parcialmente definida comparten un lazo social, un vínculo que nos permitirá contactar a otros que respondan a las características por las cuales los hemos identificado, por ejemplo aquellos informantes que ocupen una posición relevante en la investigación o en espacios como organizaciones, asociaciones civiles, etcétera.

En el transcurso del trabajo se fueron definiendo las características de la muestra. En este sentido Taylor y Bogdan señalan que los investigadores cualitativos definen típicamente su muestra sobre una base que evoluciona a medida que el estudio progresa.<sup>34</sup>

Dadas las características del universo de estudio, no fue posible definir la muestra a priori, sin embargo, sí fue posible que, a partir de una idea previa sobre el tipo de informante al que se va a entrevistar y sus características, detallar la categoría de la población que estamos abordando y los motivos por los cuales se han catalogado así.

---

<sup>32</sup> *Ibidem*, p. 76

<sup>33</sup> *Op. Cit.* Taylor y Bogdan p. 41

<sup>34</sup> *Ibidem*, p. 34

En cuanto al tipo de muestreo, optamos por un muestreo discriminatorio con la intención de tener un mayor control sobre la muestra en términos de reforzar los criterios que nos permitían obtener la información más adecuada y pertinente respecto a nuestros objetivos de investigación y considerando el sesgo de comunidad que se advierte para este tipo de técnica.

No obstante, el trabajo previo para la elección de la muestra se encuentra sustentado en el muestreo teórico. Taylor y Bogdan argumentan que:

“La estrategia del muestreo teórico puede utilizarse como guía para seleccionar las personas a entrevistar. En el muestreo teórico el número de "casos" estudiados carece relativamente de importancia. Lo importante es el potencial de cada "caso" para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social. Después de completar las entrevistas con varios informantes, se diversifica deliberadamente el tipo de personas entrevistadas hasta descubrir toda la gama de perspectivas de las personas en las cuales estamos interesados. Uno percibe que ha llegado a ese punto cuando las entrevistas con personas adicionales no producen ninguna comprensión auténticamente nueva.”<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> *Ibidem*, p. 108

### Guía temática y preguntas para las entrevistas

De acuerdo con Taylor y Bogdan, “la guía de la entrevista no es un protocolo estructurado. Se trata de una lista de áreas generales [...] La guía de la entrevista sirve solamente para recordar que se deben hacer preguntas sobre ciertos temas.”<sup>36</sup>

Para elaborar nuestra guía temática y de preguntas, nos cuestionamos de manera reflexiva acerca de los elementos analíticos en los que debíamos enfocar nuestra atención para explicar la manera en la que los actores sociales subnacionales gubernamentales y no gubernamentales *de* la región fronteriza Tijuana, Baja California – San Diego, California establecen relaciones y llevan a cabo acciones de cooperación transfronteriza en materia de salud pública fronteriza.

Como ya anticipamos, a partir de la consideración de que la cooperación transfronteriza es una práctica internacional y habiendo definido los elementos que constituyen una práctica internacional, los ejes de las preguntas necesariamente debían estar orientadas a conocer lo que los actores hacen individual y colectivamente, cómo lo hacen y por qué lo hacen. A continuación desagregamos dichos ejes en la siguiente guía preliminar.

#### *Guía de la entrevista*

- Rapport
- Cuestionario básico de información:
  - o Nombre completo
  - o Edad
  - o Sexo
  - o Lugar de residencia

---

<sup>36</sup> Ibidem, p. 111

- Formación profesional
- Ocupación
- Posición en la organización (gubernamental o no)
- Antigüedad en la organización

Preguntas orientadas en indagar en *lo que hacen*:

1. ¿Podría explicar cuál es la labor de la organización?
  - a. Antecedentes
  - b. Objetivos
  - c. Recursos
  - d. Funcionamiento

Preguntas orientadas en indagar *cómo lo hacen*:

2. ¿Podría explicar la forma en la que determinan las acciones de salud que llevan a cabo?
  - a. Identificación y definición de los problemas de salud
  - b. Reconocimiento del contexto (social, institucional)
  - c. Acciones
  - d. Población beneficiada
  - e. Otros actores involucrados
  - f. Tiempo de duración
3. ¿Podría hablar de las actividades que usted realiza?
  - a. Frecuencia
  - b. Tiempo de realización
  - c. Herramientas y recursos
4. ¿Podría hablar sobre la participación de otros actores en las actividades que realiza?

- a. Antecedentes
  - b. Temas, áreas, proyectos
  - c. Procesos
  - d. Dinámica de colaboración
  - e. Ventajas y desventajas
  - f. Frecuencia
5. ¿Cuáles considera que son los logros más representativos que ha alcanzado la organización?
- a. Contexto
6. ¿Cuáles considera que son los desafíos más apremiantes que afronta la organización?
- a. Propuestas de soluciones

Preguntas orientadas a indagar *por qué lo hacen*:

7. ¿Por qué decidió integrarse a la organización?
- a. Trayectoria y permanencia
  - b. Expectativas
  - c. Habilidades
8. ¿Cuál es su propósito dentro de la organización?
- a. Motivaciones
  - b. Intereses
  - c. Disposiciones
9. ¿Cuál es su apreciación sobre el impacto que tiene la organización en su área de influencia?
- a. Reconocimiento del contexto

10. ¿Cuál es su apreciación sobre la importancia que tienen las colaboraciones (trabajo conjunto) con otros actores (organizaciones)?

- a. Reconocimiento del contexto
- b. Tipo de relaciones
- c. Oportunidades
- d. Desafíos

Esta guía preliminar de preguntas orientó el curso de las entrevistas que se llevaron a cabo, consecuentemente se afinaron o agregaron los elementos necesarios para la obtención de información.

#### Trabajo de campo, entrevistas y reformulación conceptual

Podemos visualizar este trabajo compuesto por tres grandes apartados: la pieza que alberga el contenido teórico desde las ciencias sociales, específicamente de la sociología y las relaciones internacionales; la segunda pieza, aquella con tinturas de una suerte de convergencia entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud<sup>37</sup> y; la tercera, el trabajo de campo y la realización de las entrevistas.

---

<sup>37</sup> Sobre la relación entre las ciencias sociales y las de la salud, Foucault ya apuntaba que éstas se encuentran emparentadas desde su nacimiento. Las primeras observaciones de dicha imbricación por parte de médicos como William Petty, sostenían que la estructura demográfica, los factores sociales, económicos y culturales están en estrecha correspondencia histórica con la situación de salud. En años posteriores se distinguen dos perspectivas: una visión clásica de la salud y una visión colectiva. Echeverri Hernández señala que no fue hasta la consolidación de la medicina contemporánea en el siglo XX, donde se observa de nuevo la relación salud y ciencias sociales. Esta acotación es importante porque de facto ya observamos un vínculo complejo entre ambos saberes de manera general, ahora pensando de manera puntual en la disciplina de las Relaciones Internacionales en el ámbito de estudio que ocupa esta tesis, es aun menos prolija la producción de resultados sobre estos intereses temáticos de investigación. Sin duda, la coyuntura actual sobre la alerta sanitaria por covid-19 y aun más reciente con la viruela del mono.

Echeverri Hernández, José Vitalino. (2010). Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(2), 47-55. Recuperado el 30 de septiembre de 2021, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-48922010000200005&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000200005&lng=pt&tlng=es).

El trabajo de campo y la realización de las entrevistas constituyó, digamos en cierto sentido, la última etapa de la investigación. Que fuese lo último que se realizara no fue una decisión plenamente consciente pues en el verano de 2018 cuando iniciamos este viaje nadie sospechó que transcurriríamos la mitad del camino en medio de la pandemia, más bien con la ingenua esperanza de que en algún momento un ápice de *normalidad* nos permitiera vivir esta etapa de otro modo, sabemos que esto no sucedió y tuvimos que adaptarnos a las circunstancias.

Así fue como entre noviembre de 2021 y enero de 2022 se llevó a cabo el trabajo de campo, la realización de entrevistas y el análisis de los hallazgos revelaron un aspecto que nos llevó a una reorientación de nuestro marco conceptual. Quizás la mejor manera de explicar cómo y por qué llegamos ahí sea por el inicio.

Comenzaremos señalando que a lo largo de la investigación, la hipótesis de trabajo que sostuvimos fue puesta en cuestión posteriormente como ya hemos anunciado. Dicha intuición se enunciaba como sigue:

“La cooperación transfronteriza es una práctica internacional que los actores subnacionales gubernamentales y no gubernamentales de la región fronteriza Tijuana, Baja California – San Diego, California llevan a cabo con la finalidad de mitigar el limitado acceso a los servicios de salud que enfrenta la población fronteriza. Como resultado han desarrollado cierto grado de gobernanza transfronteriza en materia de salud.”

En este momento no nos vamos a detener en la totalidad del argumento hipotético, bastará decir que, con todo y los matices pertinentes que hay que hacer, la afirmación de que la finalidad de las acciones de los actores sociales está relacionada con “mitigar el limitado acceso a los servicios de salud que enfrenta la

---

población fronteriza” puso en cuestión la variable del acceso y su carácter limitado. La certeza de esta variable cobraba sentido a partir del Estado de la Cuestión, donde el acceso a los servicios de salud se presentaba como un factor relevante dentro del conjunto de los determinantes sociales de la salud.

De tal manera que para el estudio de los determinantes sociales de la salud, nos acercamos a la Teoría Ecosocial de la Epidemiología Social porque de manera general encontramos en ella un sentido crítico para el estudio de los determinantes sociales de la salud y, de manera específica nos resultaba útil para el análisis descriptivo del acceso a los servicios de salud de la población fronteriza, así como para su reconocimiento dentro del proceso salud, enfermedad, atención (s/e/a) desde una perspectiva biosocial.

De ahí que esto nos llevara a problematizar su concepción, a partir de cuestionamientos elementales, a saber: ¿cómo se expresa el *acceso* a los servicios de salud de la población fronteriza de ambos países?, ¿en qué medida y en qué condiciones el acceso es limitado?

Con base en todo lo anterior, establecimos como objetivo analizar el acceso a los servicios de salud de la región fronteriza Tijuana, Baja California – San Diego, California; a partir de dos aspectos. Por un lado, el estudio general de los sistemas nacionales de salud de México y Estados Unidos; y por otro lado, el uso de los servicios de salud y las características de los usuarios.

Para lograr dicho objetivo, habíamos planteado que debido al alcance de la investigación y a la delimitación de los objetivos, descartamos llevar a cabo un análisis exhaustivo sobre el acceso a los servicios de salud, puesto que es un tema muy socorrido en diversas investigaciones. No obstante, la idea era que con base en la existencia de dichos estudios, desarrollásemos a nivel descriptivo lo que acontecía con respecto a ello.

Algo fundamental, que a menudo escapa de la narrativa del qué hacer en la investigación, es precisamente la flexibilidad de no necesariamente tener que alinearse a un esquema normativo de trabajo, esto quiere decir que cuando concluimos el análisis de los resultados de las entrevistas, nos percatamos de que era esencial revisar el marco conceptual y el desarrollo contextual para tomar una decisión metodológica y tuvimos la oportunidad de hacer las reformulaciones que consideramos pertinentes con base en el interés central de la investigación.

Como sabemos, siempre es necesario recordar las preguntas que guían nuestra investigación para retomar el camino de la congruencia cuando nuestras aproximaciones nos desvían del planteamiento nodal, una de ellas para nosotras fue: ¿por qué los actores sociales hacen lo que hacen y por qué lo hacen de ese modo y no de otro?

A lo largo de las entrevistas, las y los informantes develaron que las prácticas internacionales de cooperación transfronteriza están supeditadas a una percepción inmediata y consensuada sobre las necesidades de salud de la población fronteriza y no precisamente a la agenda sobre los determinantes sociales de la salud ni directamente asociadas al acceso a los servicios de salud.

Esta revelación nos permitió ajustar el marco conceptual. La nueva interrogante por responder ahora sería: ¿en qué ámbito de la salud están contenidas esas prácticas? Ya con esta nueva perspectiva, tuvimos que regresar a la literatura para comprender que el ámbito donde recaen esas prácticas sociales es en el de la salud comunitaria.

A partir de lo anterior, consideramos que en lugar de concentrarnos en el estudio del acceso a los servicios de salud, resultaba más conveniente esbozar los elementos analíticos de la salud comunitaria que nos permiten situar las prácticas internacionales de cooperación transfronteriza de los actores sociales locales de la

región de estudio. De esta manera evitamos enmarcar el análisis a un tema que por razones de congruencia analítica es preferible dejar fuera del marco de referencia para dar espacio al análisis del proceso social dónde efectivamente tienen lugar las actuaciones de los actores sociales. De tal modo que los objetivos del capítulo 3 se han reformulado dando lugar a los siguientes:

- La salud desde una perspectiva biosocial
- La base conceptual de la salud pública
- La respuesta social organizada de la salud pública
- El marco analítico de la salud comunitaria

Estos elementos constituyen el verdadero telón de fondo para hablar de manera específica sobre la salud pública fronteriza. De modo que, al final del esbozo anterior, se tratan los siguientes temas:

- El sistema nacional de salud de México y Estados Unidos
- La salud pública fronteriza
- La participación de los actores locales subnacionales en la salud comunitaria

## Capítulo 1. Configuración del sistema teórico – conceptual interpretativo

En la primera parte de este apartado capitular se desarrolla el marco teórico de la investigación a partir de una perspectiva constructivista de las Relaciones Internacionales.

La línea argumentativa consiste en el planteamiento de un debate teórico cuyo resultado justifique adecuadamente la elección de la perspectiva teórica en cuestión, se esbozan los orígenes del constructivismo desde la sociología, su influencia y arribo a las distintas discusiones dentro de la disciplina de las relaciones internacionales, se destacan las premisas más relevantes de los autores que constituyen el referente analítico para proponer una perspectiva constructivista de la cooperación México - Estados Unidos.

En el segundo apartado del capítulo se desarrollan los dispositivos conceptuales analíticos para complementar y articular el marco teórico diseñado. De esta manera, el marco conceptual está configurado por las definiciones contextuales que clasificamos en dos categorías: territorial e institucional.

Con respecto a la primera, a partir del enfoque territorial del desarrollo dotamos de sentido el carácter territorial de la región fronteriza así como sus procesos y ordenamientos sociales: cooperación y gobernanza transfronteriza.

En tanto a la segunda, esbozamos algunos elementos del Federalismo como parte fundamental para analizar el ejercicio del federalismo de los actores sociales gubernamentales de la región fronteriza así como el contexto institucional en el que se desenvuelven.

De ahí, definimos los términos en los que observamos a la gobernanza transfronteriza. Y finalmente, planteamos algunos elementos para aproximarnos a una conceptualización de la salud pública fronteriza.

### 1.1. Del debate teórico a la elección del constructivismo

Entre los distintos paradigmas clásicos y corrientes de pensamiento de las Relaciones Internacionales hay un consenso relativo de que los Estados-nación forman parte de un sistema internacional que es anárquico cuya condición imperante es la ausencia de una autoridad central, esto da lugar a un comportamiento específico de los actores estatales dentro del sistema internacional, identificar a los actores y su papel dentro del mismo permite entender la concepción particular, que del realismo hasta el constructivismo se tiene sobre la cooperación internacional.

A partir de la elaboración de una síntesis comparativa de la cooperación en el pensamiento de la disciplina, señalamos la atención justa sobre algunos elementos analíticos para encontrar los puntos de convergencia o divergencia entre las distintas perspectivas teóricas; a continuación el ejercicio anunciado:

*Tabla 2. Síntesis comparativa de la Cooperación Internacional en las Relaciones Internacionales.*

| Indicadores                               | Referente teórico  |  |  |   |  |
|---|--|--|--|---|--|
|   | Realismo   | Neorrealismo   | Liberalismo  | Neoliberalismo  | Constructivismo  |
| <b>Contexto del sistema internacional</b> | Primera Guerra Mundial   | Segunda Guerra Mundial - Guerra Fría   | Período de entreguerras  | Guerra Fría   | Post Guerra Fría   |
| <b>Nivel de análisis</b>                  | Observación  | Observación  | Observación  | Observación   | Observación y acción   |
| <b>Unidad de análisis central</b>         | Estado   | Sistema internacional  | Comunidad de Estados   | Comunidad internacional de actores estatales y no estatales                                       | Interacción intersubjetiva de los Estados (agentes)  |
| <b>Argumento / Hipótesis</b>              | Mantener el equilibrio de poder entre los Estados, conservar el statu quo para garantizar la paz | Estructura del sistema internacional, determina la interacción entre los Estados y sus capacidades | El orden mundial puede transformarse de la anarquía a la cooperación | Las instituciones pueden potenciar las capacidades de los Estados y obtener beneficios colectivos | La realidad social del sistema internacional construida a partir de interacciones intersubjetivas de los Estados, moldeando identidades, intereses comportamiento construyendo y reconstruyendo normas cuya práctica continua crea una estabilidad y un orden. |

|  |  |  |   |   |   |
|--|--|--|---|---|---|
| <b>Conceptos principales</b>                       | Estatismo, supremacía, sistema de autoayuda  | Hegemonía de poder, maximización de ganancias  | Institucionalización de valores, sistema de naciones, dependencia mutua   | Transnacionalismo, interdependencia económica, multiplicidad de actores                                   | Interacciones subjetivas, identidades, intereses, normas, institucionalización.   |
| <b>Visión sobre la cooperación internacional</b>   | Los Estados son egoístas por naturaleza y están en permanente competencia por lo que la cooperación solo es concebida como una herramienta para asegurar su supervivencia en el sistema internacional. | Las condiciones para la cooperación siempre serán transitorias y deben incentivar la obtención de beneficios y ganancias para los Estados. | Los Estados tienen la capacidad esencial de cooperar ya que se asume la preexistencia de una relación de interdependencia entre los Estados que permite la cooperación y persigue la paz. | Las Instituciones y organismos internacionales contribuyen a la promoción de la cooperación internacional | La cooperación es una institución formal creada socialmente mediante prácticas intersubjetivas que constituyen identidades y normas institucionales que la promueven. |
| <b>Autores destacados (revisión bibliográfica)</b> | Edward H. Carr, Hans Morgenthau, Jack Snyder   | Kenneth Waltz, Stephen Walt  | Immanuel Kant, Karl Deutsch   | Robert O. Keohane, Joseph Nye   | Nicholas Onuf, Alexander Wendt, Emanuel Adler, Majken Zehfuss   |

\*Elaboración propia.<sup>38</sup>

Revisitar las teorías de las Relaciones Internacionales es un punto de partida básico en la búsqueda de la perspectiva teórica que articulará el sistema teórico interpretativo de la investigación. En la constancia de este paso obligado, enunciaremos las denotaciones fundamentales en el pensamiento de la disciplina, la primera de ellas, su unidad de análisis.

El realismo considera al Estado como el actor central, mientras que el liberalismo, reconoce al Estado como actor principal, al mismo tiempo reconoce la importancia de otros actores no estatales.

<sup>38</sup> Con base en la revisión de la literatura de: Arenal, Celestino Del. Introducción a las relaciones internacionales. Tecnos. Madrid. 1990; Jiménez González, C. Las teorías de la cooperación internacional dentro de las relaciones internacionales. En POLIS: Investigación y análisis sociopolítico y psicosocial. Vol. 2. Núm. 3. Universidad Autónoma Metropolitana. México. 2003; Villanueva Ulfgard, Rebecka. Cooperación internacional en las relaciones internacionales. Teorías, debates y perspectivas. Colección Universitarios. Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora. México. 2019.

De ahí que la percepción sobre el ambiente del sistema internacional para cada uno sea distinta. De acuerdo con el realismo, éste será de competencia ya que todos los Estados buscan la maximización del poder, en este sentido, lo que los diferencia unos de otros son sus capacidades y recursos, la expectativa sobre su utilización en detrimento de la estabilidad del otro, crea un ambiente de conflicto donde la guerra parece inminente.

Por su parte, el liberalismo asume la preexistencia de una relación de interdependencia entre los Estados que permite la cooperación y persigue la paz.

En cuanto a la evolución del pensamiento realista, manifiesta en el neorrealismo, no nos detendremos a discutir sus premisas ampliamente puesto que forzaríamos una discusión carente de correspondencia analítica con respecto a la cooperación, bastará con apuntar que su fundamento analítico reside en la estructura del sistema internacional, objeto de su mayor interés.

Para los neorrealistas, la estructura del sistema es la fuente dinamizadora de las relaciones internacionales pues impone condiciones y determina las capacidades de los Estados, asume la existencia de expectativas sobre la propia estructura en función de la distribución material del poder y la maximización de ganancias, por lo que la cooperación es una mera herramienta<sup>39</sup> para ese fin individual y egoísta de los Estados-nación.

Esta visión del mundo está muy alejada de nuestro interés analítico, no solo por la irrelevancia que le concede a la cooperación sino también porque deja de lado la presencia de otros actores no estatales que inciden en el propio sistema y al

---

<sup>39</sup>Esta es la perspectiva que impera en los estudios México – Estados Unidos, la cooperación es una herramienta que se utiliza para reducir el conflicto entre ambos países. Esta por ejemplo es la base teórica de la obra referencial del estado de la cuestión del problema de investigación que hoy nos convoca: Aguilar, Luis F. y Barajas Escamilla, María del Rosío (Coords.) (2013). Interdependencia, cooperación y gobernanza en regiones transfronterizas. El Colegio de la Frontera Norte. México.

mismo tiempo, desconoce las fuerzas que reconfiguran el poder y las dinámicas impulsadas por otros actores al interior de los Estados.

En cambio en el debate entre el institucionalismo neoliberal o también conocido como neoliberalismo y el constructivismo, encontramos algunas pautas para enriquecer la discusión sobre la cooperación internacional, reconoce la relevancia de los actores no estatales y fija su atención en sus interrelaciones.

Aunado a ello, durante este ejercicio de selección de lentes, consintiendo la analogía clásica de la disciplina, podríamos aducir que la graduación visual del neorrealismo está desenfocada para nosotras, puesto que precisamos observar más de cerca a quiénes optan por la cooperación, comprender de qué manera la significan, cómo la ejecutan a través de prácticas, logran mantenerla bajo qué principios, sosteniéndola a lo largo del tiempo hasta evolucionar sus prácticas a una forma más acabada como lo sería su institucionalización.

Así bien tenemos que el institucionalismo neoliberal estudia la cooperación en función de cómo ésta puede contrarrestar los efectos negativos del sistema internacional anárquico, de modo que, la cooperación es una fuente de incentivos para el desarrollo de intercambios políticos y sociales institucionalizados que favorezcan una mayor estabilidad y gobernabilidad democráticas dentro de los mismos.

Desde la perspectiva teórica de la interdependencia, Robert O. Keohane<sup>40</sup> sostiene que la cooperación es una relación de necesidades mutuas en donde ésta permite acuerdos de beneficios mutuos motivados por intereses comunes. Keohane argumenta que la cooperación entre dos Estados surge de la incapacidad de éstos

---

<sup>40</sup> Keohane, Robert O. (1993). Una reconsideración del liberalismo internacional. En Borja, Arturo. (Compilador). Interdependencia, cooperación y globalismo. Ensayos escogidos de Robert Keohane. Colección de Estudios Internacionales, Centro de Investigación y Docencia Económicas. México. 2009.

para conseguir sus objetivos a través de la acción unilateral, por lo que niveles crecientes de interacción llevarán a mayor cooperación.

De modo que ésta se funda en la complementariedad de intereses entre los agentes externos e internos y precisa que se cumplan condiciones específicas tales como: intereses mutuos de ambas partes, beneficios potenciales, reciprocidad específica y resultados satisfactorios para todos. El autor señala que:

El institucionalismo neoliberal se formula preguntas acerca del efecto de las instituciones en la acción del Estado y acerca de las causas del cambio institucional; supone que los Estados son agentes clave y examina tanto las fuerzas materiales de la política mundial como el conocimiento de sí mismos que tienen los seres humanos. (Keohane: 1993.p 15)<sup>41</sup>

Así, intenta explicar las condiciones sistémicas en las que los Estados definen sus propios intereses, por lo que su enfoque de estudio es regulativo.

Si bien esta perspectiva nos da elementos para caracterizar las relaciones de cooperación entre los Estados y actores no estatales, omite sus motivaciones intrínsecas y su transformación, eso que está detrás de la acción de los actores donde el contexto por sí mismo no tiene todas las respuestas.

En este sentido una de las principales críticas es que el pensamiento neoliberal, adolece de una teoría sistémica que registre la forma en la que suceden los cambios, carece de una visión sistémica que explique la transformación de identidades e intereses de los actores por parte de los regímenes e instituciones<sup>42</sup>.

---

<sup>41</sup> Keohane, Robert O. (1993) Instituciones internacionales y poder estatal: ensayos sobre teoría de las relaciones internacionales. Grupo Editor Latinoamericano. Argentina. p. 15

<sup>42</sup> La crítica al neoinstitucionalismo que precisa Federico Morales Barragán, sustenta esta argumentación al señalar que el neoinstitucionalismo “[...] no explica, en sentido estricto, cómo se

Justamente en este punto, es donde la perspectiva constructivista contribuye significativamente.

Por su parte, el constructivismo estudia la manera en que actúan los agentes en el sistema internacional, de modo que las instituciones son los ejes centrales, esta perspectiva otorga mayor relevancia a las percepciones, identidades, intersubjetividad y motivaciones de su actuación. Dicho de otro modo, Marina Vitelli (2014) subraya que:

El constructivismo trata sobre la influencia mutua, histórica y dinámica entre el agente —las personas y los grupos— y las estructuras sociales, esto es, las normas, las identidades, los significados. Estas dan sentido a la vida social en la cual tiene lugar la acción humana, pero se supone que en algún momento esta última dio origen a lo estructural. (p.149)<sup>43</sup>

Por su parte, Adler argumenta que el constructivismo se interesa en entender la manera en la que el mundo de lo material, subjetivo e intersubjetivo; interactúan en la construcción social de la realidad, más que enfocarse de manera exclusiva en

---

construyen los acuerdos, toda vez que la interacción social se concibe desde estrategias previamente acotadas, basadas en el paradigma de la elección racional y no a partir de sujetos, cuyo devenir no corresponde necesariamente al paradigma señalado. De tal modo que no hay análisis de procesos sociales históricos, sino ejercicios deductivos que parte de postular supuestos sobre el comportamiento de los actores. Tampoco hay diversidad, pues el comportamiento de estos actores es el mismo y estos procesan la información del mismo modo. El análisis está centrado en dilucidar cómo se llega a un comportamiento maximizador, en un olvido del proceso que realmente se está dando. Y por último, no hay aprendizaje, ya que cada actor cuenta con un conjunto de preferencias dadas y estables, casi inamovibles, independientemente del intercambio de ideas y del flujo de información que pudiera ocurrir. Se analizan entonces las conexiones entre las reglas aceptadas, las coaliciones y los discursos y la manera en que todos los anteriores acotan o promueven ciertos comportamientos para alcanzar específicos resultados en el diseño de las políticas.”

<sup>43</sup>Vitelli, Marina. (2014). Veinte años de constructivismo en relaciones internacionales. Del debate metateórico al desarrollo de investigaciones empíricas, una perspectiva sin un marco de política exterior. PostData 19, No. 1. Abril- septiembre. p. 149.

la manera en que las estructuras constituyen agentes, identidades e intereses, busca explicar la manera en la que los agentes individuales construyen socialmente dichas estructuras, en primer lugar.<sup>44</sup>

Esta exposición nos ha permitido posicionarnos de frente a la visión realista y neorrealista del mundo pero también del liberalismo e institucionalismo neoliberal. Tanto la manera de concebir lo social como el lugar que ocupan sus unidades sociales centrales en su análisis: el Estado y las Instituciones; resultan insuficientes para nuestro objeto de estudio. Estas perspectivas limitan la capacidad teórica y conceptual de establecer relaciones de sentido con otros saberes.

Esto es evidente con el realismo, no cabría considerar una complementariedad de enfoques para comprender el papel de otros actores más allá del Estado-nación, si todo eso y todo aquello, está al margen de la discusión del problema.

En este sentido, sería inimaginable que el sistema teórico conceptual interpretativo que aquí proponemos funcionará, ¿de qué manera podríamos integrar al análisis el federalismo y la gobernanza o una perspectiva biosocial de la salud bajo la lupa del realismo?

Tanto como un disparate no lo es para el institucionalismo neoliberal sin embargo su flexibilidad está supeditada a poner en el centro a las instituciones, inclusive el enfoque territorial del desarrollo que proponemos para nombrar el tipo de cooperación a la que nos vamos a referir es inusualmente considerado por esta corriente de pensamiento.

En suma, las interpretaciones teóricas señaladas, de adoptarlas o suscribirnos a ellas, nos terminarían obligando a acortar nuestros parámetros

---

<sup>44</sup> Adler, Emanuel. (2015). *Communitarian international relations. The epistemic foundations of International Relations. The new International Relations Series.* Routledge. Estados Unidos. p. 113

analíticos y de algún modo, dejaríamos inexplorado un camino multidisciplinario que encontramos sumamente necesario de recorrer.

Con esta última reflexión, consideramos que el debate de mayor congruencia analítica se encuentra entre el institucionalismo neoliberal y el constructivismo, lo cual desarrollamos enseguida. Dicho diálogo permitirá profundizar en aquellos aspectos donde encontramos esa conexión de sentido entre la perspectiva teórica elegida y el objeto de estudio.

### 1.1.1. Diálogo inter teórico

Los puntos de esta discusión están contenidos en la siguiente matriz teórica cuya explicación se desarrolla en lo posterior.

*Tabla 3. Matriz comparativa entre el institucionalismo neoliberal y el constructivismo*

| <b>Elementos analíticos</b>                  | <b>Institucionalismo neoliberal</b>  | <b>Constructivismo</b>  |
|--|--|---|
| <b>Sistema internacional</b>                 | Anárquico y descentralizado  | Construido socialmente a partir de significados colectivos  |
| <b>Condiciones del sistema internacional</b> | Interdependencia compleja<br>Heterogeneidad  | Sistémicas y estructurales  |
| <b>Estados – nación</b>                      | Agente central   | Actor social sin una posición jerárquica  |
| <b>Instituciones</b>                         | Conjuntos de reglas formales e informales que definen intereses y la interpretación de las acciones, inciden en el comportamiento de los Estados | Transforman identidades y los intereses de los Estados  |
| <b>Comportamiento de los actores</b>         | Mediado por las instituciones<br>Se observan patrones y regularidades  | Mediado por las interacciones sociales, proceso cambiante de producción, reproducción e impugnación               |
| <b>Cooperación internacional</b>             | Depende de las instituciones, intereses mutuos y beneficios potenciales<br>Proceso de planeación y negociación                                   | Prácticas intersubjetivas entre los actores se convierten en identidades e intereses, forjados por la interacción |
| <b>Orden social</b>                          | Creación de instituciones  | Normas, Reglas, Acuerdos  |

\*Elaboración propia

El institucionalismo neoliberal considera que la anarquía del sistema internacional obedece a que la política mundial carece de un gobierno común, el constructivismo plantea que el sistema internacional constituye el contexto de lo

social, el cual es construido a partir de las interacciones recíprocas entre los agentes, es decir, los Estados y otros actores, las estructuras de su ambiente, creando significados colectivos contenidos en diversas reglas y normas, por lo que la concepción de un sistema internacional anárquico es relativa.

Para los constructivistas no hay una importancia jerárquica entre los actores sociales del sistema internacional, en cambio el institucionalismo neoliberal arguye que el Estado seguirá siendo una pieza clave, el centro de interpretación de la política mundial y enseguida, las instituciones. En este sentido, para esta última perspectiva, las instituciones son una expresión de los intereses del Estado, al respecto Keohane (1993) señala que:

Las instituciones internacionales son importantes para las acciones de los Estados, en parte porque afectan los incentivos con que se enfrentan los mismos, inclusive si aquellos intereses fundamentales de los Estados se definen autónomamente. Las Instituciones internacionales les permiten a los Estados tomar acciones que, de otra forma, serían inconcebibles [...] las instituciones sin duda afectan el comportamiento, aun cuando no siempre logran el objetivo deseado. (p.20)<sup>45</sup>

Por su parte, los constructivistas apuntan que la creación de instituciones implica la interiorización de nuevos entendimientos de uno y de los otros, lo cual lleva a asumir nuevos roles de identidad, de esta manera, las instituciones inciden en el comportamiento de los actores.<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> *Op. Cit.* Robert O. Keohane, (1993) p. 20

<sup>46</sup> *Op. Cit.* Claudia Jiménez González, (2003). p. 138

En este sentido, ambas perspectivas reconocen la posibilidad de cambio en el comportamiento de los actores, el aspecto diferenciador reside en los intereses mutuos y la obtención de beneficios potenciales que incentivan los actos cooperativos de los actores, incidiendo en su comportamiento ante este reconocimiento.

Por otro lado, las variaciones en el grado de institucionalización de la cooperación ejercen efectos sustanciales en el comportamiento del Estado.<sup>47</sup> Dichas variaciones permiten catalogar el grado de institucionalización de acuerdo con su nivel de: *comunidad, especificidad y autonomía*.

La percepción de cambio de ambas perspectivas constituye un indicador explicativo sobre el alcance del papel de las instituciones. Para el institucionalismo neoliberal las instituciones tienen una influencia en el comportamiento de los Estados incidiendo en la toma de decisiones. Mientras que para el constructivismo, estas pueden transformar las identidades (lo que son) e intereses (lo que hacen) de los Estados y viceversa.

Esta clasificación resulta interesante porque el constructivismo ha contribuido de manera importante en el nivel de comunidad. Mientras que para Keohane comunidad se refiere al grado en el cual las expectativas acerca de un comportamiento son adecuadas y los entendimientos acerca de cómo interpretar las acciones son compartidos por los participantes en el sistema.

Adler trabaja ampliamente el grado de institucionalización de comunidad introduciendo el concepto de *comunidades de práctica*<sup>48</sup>, el autor las define como:

---

<sup>47</sup> Roberto O. Keohane, (1993). p. 15-16.

<sup>48</sup> Además de las comunidades de conocimiento, comunidades del discurso, comunidades de ideas afines a la estructuración y la dinámica evolución social de la realidad.

[...] estructuras sociales intersubjetivas dentro de las cuales se fijan significados, se produce el aprendizaje y evolucionan las prácticas. Por ser estructuras, las comunidades de práctica constituyen el terreno normativo y epistémico para la acción política razonada. Al mismo tiempo, las comunidades de práctica también son agentes, que consisten en personas reales que afectan el curso de los eventos políticos, económicos y sociales a través de canales de red, a través de fronteras nacionales, a través de divisiones organizacionales y en los pasillos del gobierno. Por lo tanto, cuando los académicos de Relaciones Internacionales estudian comunidades de práctica, tienen una base firme en comunidades reales de personas, sus recursos materiales e institucionales y sus acciones razonadas. (Adler: 2005; p.15)<sup>49</sup>

Estas organizaciones de los agentes sociales se caracterizan por compartir el entendimiento de antecedentes, habilidades y prácticas sin las cuales sería imposible interpretar la acción social, dotar de significados, legitimar prácticas, empoderar a los agentes; todo lo cual constituye una realidad social diferenciada y altamente estructurada. Vitelli, subraya que Adler ha contribuido en estudiar ampliamente la manera en la que:

“[...]los significados colectivos evolucionan cognitivamente —se establecen en las expectativas y las disposiciones de los individuos— y son institucionalizados gracias a las comunidades transnacionales de prácticas. Estas son grupos de

---

<sup>49</sup> *Op. Cit.* Emanuel Adler, 2005. p. 15

profesionales que están unidos, tanto informal como contextualmente, por un interés compartido en aprender y en aplicar una práctica común. Para explicar la evolución de las prácticas y de las instituciones es necesario:

identificar cómo, en y a través de las comunidades de prácticas, las ideas se vinculan a objetos físicos, son difundidas a lo largo de las fronteras nacionales y, luego de ser objeto de selección cultural y política por parte de las autoridades, se transforman en discursiva e institucionalmente establecidas [...]. (Vitelli: 2014; p.151) <sup>50</sup>

Adler identifica distintos tipos de comunidades de práctica: comunidades epistémicas, comunidades de seguridad, comunidades críticas. Reconoce que las comunidades pueden ser nacionales, internacionales o transnacionales, si bien no plantea las consideraciones territoriales para ubicarlas en sus respectivos niveles y escalas espaciales propiamente, en sus obras señala la importancia de considerar el territorio en función de los procesos sociales en los que se desenvuelven las comunidades de práctica, de esta manera, llega a identificar el nivel subnacional<sup>51</sup>.

Así pues, las comunidades de práctica construyen colectivamente el significado de cooperar, incidiendo en el comportamiento de los agentes. En este sentido, Rebecka Villanueva Ulfgard (2019) apunta que:

[...] cooperar implica no solamente la convergencia de actores con problemáticas en común, sino que un grupo de actores adopten una táctica colectiva para cumplir su respectiva función, sujetándose a canones y

---

<sup>50</sup> *Op. Cit.* Marina Vitelli, (2014). p. 151

<sup>51</sup> *Op Cit.* Emanuel Adler, (2005). p. 9

lineamientos acatados y reconocidos por todos ellos; de manera que el objetivo de la cooperación sea alcanzar el mismo propósito en condiciones que sean favorables para los participantes. (p.18)<sup>52</sup>

Lo que interviene en esa construcción son las identidades e intereses de los actores que generan significados colectivos a través de su interacción intersubjetiva, por esta razón existen condiciones sistémicas y estructurales que intervienen en la transformación del comportamiento de los Estados e inciden en el ambiente en el que se desenvuelven.

Estas ideas fueron ampliamente desarrolladas por Alexander Wendt, cuyos trabajos hemos abordado anteriormente. En el análisis ya citado del autor sobre *La Anarquía es lo que los estados hacen de ella. La construcción social de la política del poder*, se ilustra cómo la soberanía puede transformar el ambiente anárquico del sistema internacional mediante el reconocimiento mutuo de los actores como potenciales colaboradores, de lo cual resulta una reducción en las posibilidades de conflicto dando lugar a un escenario dispuesto a la cooperación.

De modo que, la condición necesaria para que la cooperación germine requiere de que "los resultados sean positivamente interdependientes" es decir, que las ganancias potenciales solo puedan obtenerse por la acción colectiva. Los incentivos de dichas ganancias se visibilizan a través de la "densidad dinámica de interacción" entre los estados, sin embargo, este factor no garantiza que los actores alcancen las ganancias colectivas, este dilema representa, de nueva cuenta, el riesgo de conflicto en vez de cooperación.<sup>53</sup>

Ante esta situación, Wendt (2009) señala que:

---

<sup>52</sup> *Op. Cit.* Rebecka Villanueva Ulfsgard, (2019). p.18

<sup>53</sup> *Op. Cit.* Alexander Wendt, (2009). P. 153

La cooperación es un gesto que indica la voluntad de ego a cooperar; si alter cambia de posición, ego hace lo mismo para indicar su rechazo a ser explotado. A lo largo del tiempo y mediante el juego recíproco, cada uno aprende a formarse expectativas relativamente estables sobre el comportamiento de los otros, y mediante éstas se forman hábitos de cooperación o de rechazo. (p.153-154)<sup>54</sup>

Por lo que el análisis debe concentrarse en:

[...] cómo las expectativas producidas por el comportamiento afectan a las identidades y a los intereses. El proceso de construcción de identidades es un proceso de interiorización de nuevas interpretaciones del *yo* y del *otro*, de adquisición de nuevas identidades, y no solo de creación de restricciones externas al comportamiento de actores constituidos exógenamente. (Wendt: 2009; p.155)<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> *Op. Cit.* Alexander Wendt, (2009). Pp. 153-154

<sup>55</sup> *Op. Cit.* Alexander Wendt, (2009). P. 155

Para dar luz a dicho argumento, Wendt utiliza como ejemplo comparativo sobre el debate futuro de la seguridad colectiva en Europa Occidental el abordaje que tenderían a realizar el racionalismo y el constructivismo. Para el autor, un análisis racionalista afirmarí que la cartera de intereses de los estados europeos no ha cambiado significativamente y que nuevos factores alterarán los resultados del coste-beneficio de los acuerdos que sostienen actualmente y lo cual derivará en una crisis de las instituciones actuales. Por su parte, un análisis constructivista supondría que el acopio de años de experiencia cooperativa podría ya haber transformado de manera positiva la identidad europea, el proceso de cooperación redefine las razones de la cooperación reconstruyendo las identidades e intereses en función de nuevos acuerdos y compromisos intersubjetivos.

De esta forma, la cooperación es percibida como un comportamiento que deviene de un proceso de construcción social.

Después de exponer los argumentos que sostienen ambas perspectivas teóricas, reunimos las consideraciones necesarias para la adopción de una visión constructivista para el estudio de la cooperación internacional frente al institucionalismo neoliberal, puesto que la primera da luz sobre nuestro interés por conocer la manera en la que los actores sociales, sean gubernamentales o no gubernamentales, de la región fronteriza México – Estados Unidos establecen relaciones de cooperación transfronteriza entorno a una problemática social específica, en primer lugar y el interés en conocer qué resulta de ese proceso social, en segundo lugar.

Se tiene constancia de la manera en la que el institucionalismo neoliberal privilegia explicaciones estatocéntricas macro, congenia con las teorías de la interdependencia, globalización y transnacionalismo, de tal manera que el estudio de la cooperación internacional entre México – Estados Unidos se fundamenta en los efectos de la proximidad geográfica y la complementariedad entre ambos países, dando lugar a:

[...] la configuración de un proceso de interdependencia asimétrica y compleja en diversos ámbitos [...] la interdependencia económica se ha fortalecido como consecuencia de procesos de integración en que participan ambos países, y cuyo efecto más claro se puede apreciar en las dinámicas

que se suscitan en la región transfronteriza entre México y Estados Unidos.

(Aguilar *et.al.*: 2013; p.35) <sup>56</sup>

Esta es una visión desde la perspectiva sobre lo que los Estados hacen a nivel internacional, binacional y transfronterizo; manifiesto en las instituciones que crean mediante la cooperación.

El papel de los actores sociales, más allá del Estado-nación no es comúnmente estudiado desde una perspectiva sociológica como la que plantea el constructivismo dentro de la disciplina, así como tampoco es frecuente la observación de sus actuaciones en las escalas y niveles territoriales que aquí precisamos.

Por esta razón consideramos pertinente presentar el marco de referencia analítico de esta perspectiva para futuras investigaciones antes de dar uno de los acabados finales a esta propuesta de interpretación teórica del problema.

Por lo que enseguida llevamos al lector a un breve recorrido por sus orígenes en la sociología que permitió su encuentro en el terreno internacionalista, los tipos de constructivismo en la disciplina, los autores representativos estudiados y sus fundamentos teóricos.

Conceder este espacio, resulta para nosotras importante, ya que como hemos señalado antes, no hay un registro de estas aproximaciones en las investigaciones dentro del ámbito del conocimiento en el que se suscribe este trabajo.

De hecho en investigaciones aun recientes, hemos identificado que la falta de problematización de la cooperación como práctica internacional, invisibiliza los

---

<sup>56</sup> Aguilar F. Luis y Barajas Escamilla, María del Rosío (Coordinadores). (2013). Interdependencia, cooperación y gobernanza en regiones transfronterizas. El Colef. México. p. 35

matices que llevarían fructíferamente a trazar las actuaciones de los actores e inquirir sobre la premisa de que la cooperación en sí misma es exitosa puesto que lleva a ignorar los aspectos donde requiere ser fortalecida.

### 1.1.2. Orígenes del constructivismo

La perspectiva constructivista no nació en el seno de las relaciones internacionales, ésta tiene su origen en la sociología. Desentrañar los orígenes sociológicos de los presupuestos constructivistas en la disciplina permite establecer puntos de partida para aplicar su entendimiento. Por lo que primeramente nos ocupamos por establecer un cuerpo común de ideas sobre los fundamentos básicos a partir de los cuales se desarrolla el constructivismo y posteriormente tratamos los supuestos de esta perspectiva en el pensamiento internacionalista.

Si bien, en su momento esta perspectiva se presentó aparentemente abstracta y novedosa en las relaciones internacionales, ésta ya era bastante popular en las ciencias sociales. De acuerdo con Rebecka Villanueva Ulfgard, es probable que su origen esté en *The social construction of reality. A treatise in the sociology knowledge* (1960) de Peter L. Berge y Thomas Luckmann.<sup>57</sup> A decir de esta obra, la premisa básica del pensamiento sociológico se resume en sus primeras líneas “[...] la realidad es socialmente construida, y el conocimiento de la sociología debe analizar el proceso en el que esa construcción ocurre.”<sup>58</sup>

A lo largo de su obra, Berge y Luckmann dejan evidencia de la importante influencia que la sociología clásica tuvo en el desarrollo de sus argumentaciones, puesto que el trabajo de los autores es una edificante discusión en torno a los

---

<sup>57</sup> *Op. Cit.* Rebecka Villanueva Ulfgard. (2014). p.147. La autora remite a la obra de los autores referidos *The social construction of reality. A treatise in the sociology knowledge*. 1966.

<sup>58</sup> Berger, Peter L. y Luckmann, Thomas. (1966). *The social construction of reality. A treatise in the sociology knowledge*. Penguin books. Inglaterra. p. 13.

principales postulados de Max Weber, Émile Durkheim y Alfred Schutz. Lo que resulta es una condensada explicación y reinterpretación sobre la comunión entre los presupuestos teóricos de dichos filósofos y sociólogos aludidos.<sup>59</sup>

Retomando la idea de la primera cita en mención de los autores ingleses y de acuerdo con la concepción de que la realidad es socialmente construida, el proceso al que refieren Berge y Luckmann está contenido por la *acción social* de los individuos (*actores sociales*), por lo tanto, la siguiente cuestión a responder es *¿qué posibilita la acción social?*, es decir, qué o cuales son las motivaciones del o los individuos para actuar de determinada manera en el entorno de sus *interacciones intersubjetivas* con otros individuos y cuáles son las condiciones de la acción social de los sujetos puesto que el interés es, más allá del hecho en sí, conocer e identificar la causales individuales o de grupos de individuos que dan como resultado una determinada situación.

Lo anterior es ampliamente explicado por Max Weber en *Ensayos de metodología sociológica*<sup>60</sup>, Weber argumenta que para lograr resolver esta idea sobre aquello que posibilita la acción social, es importante considerar su *significación histórica*, lo cual nos lleva a entender las condiciones del contexto, es decir, todos aquellos elementos que condicionaron la acción social de los individuos que no se consume en un solo hecho, sino en una serie de condicionantes que constituyen el contexto que le dio lugar al acontecimiento.

Mientras que Weber se concentra en la significación histórica de la acción social, Émile Durkheim otorga especial importancia a los *hechos sociales* ya que éstos deben estudiarse como objetos, es decir, como realidades externas al

---

<sup>59</sup> *Íbidem*, 207.

<sup>60</sup> Weber, Max. (1958). *Ensayos de metodología sociológica*. Amorrortu Editores. Argentina.

individuo, dado que los hechos sociales están constituidos por objetos y realidades propios.

Esto es desarrollado por Durkheim en su obra magna *El Suicidio*<sup>61</sup>, de tal manera que afirma que cada sociedad tiene en un momento determinado de su historia, una aptitud definida para el suicidio, por lo que existe una tendencia y predisposición para que ese hecho ocurra, pues su naturaleza está en las causas *extrasociales*. La aplicación de esto a cualquier otro fenómeno de estudio reside en la propia experiencia de la citada investigación de Durkheim, cuyos hallazgos van en función de: a) conocer las condiciones del hecho social; b) resultado de qué factores son de ese modo; c) el modo en que se producen sus efectos; d) las relaciones con los estados individuales; e) qué relación guarda con otros hechos sociales y; f) cómo la sociedad puede reaccionar ante él.

Berger y Luckmann argumentan que no existe una contradicción entre Weber y Durkheim, sino que son complementarios puesto que la dimensión histórica en el establecimiento del objeto de estudio precisa dicha comunión entre el hecho social y el significado subjetivo de la acción que lo contiene.<sup>62</sup>

Ahora bien, ya vimos que el proceso en el que la realidad es socialmente construida implica la problematización de los aspectos que intervienen en la construcción de nuestro conocimiento sobre la realidad social. Para ello, a continuación, se presentarán las definiciones sobre el mundo del sentido común, la intersubjetividad, la acción, el acto social, como parte de los elementos analíticos del sistema básico de referencia sociológico que planteamos desarrollar desde un inicio.

---

<sup>61</sup> Durkheim, Émile. *El suicidio*. (2002). Akal Universitaria. Serie Sociología y antropología. 2da Edición. España.

<sup>62</sup> *Op. Cit.* Peter Berger y Thomas Luckmann. P. 30

El mundo del sentido común, de la vida diaria o el mundo cotidiano se refiere al mundo intersubjetivo experimentado por el individuo, como apunta Schutz "es primordialmente la escena de nuestras acciones y el locus de resistencia a la acción: no solo actuamos dentro del mundo, sino sobre él." De manera más simplificada, el autor señala:

En consecuencia, el mundo del sentido común es la escena de la acción social; en él los hombres entran en mutua relación y tratan de entenderse unos con otros, así como consigo mismos. (Schutz, 2007; p.16)<sup>63</sup>

En el mundo del sentido común; intervienen tres aspectos fundamentales en la construcción de nuestro conocimiento del mundo: la situación biográfica, el acervo de conocimiento a mano y el espacio-tiempo en el que se ubica el actor. En relación con la situación biográfica podemos resumir que se refiere a la experiencia que el actor social construye a lo largo de su existencia. Respecto al acervo de conocimiento a mano; se habla de las experiencias previas sobre el mundo que le son propias al actor social o se le han transmitido a lo largo de su existencia, lo cual permite que dichas experiencias, caracterizadas también como típicas, articulan un esquema de referencia sobre el conocimiento e interpretación del mundo. Finalmente, el espacio-tiempo constituyen la estructura del mundo de la vida cotidiana en el que se ubica el actor por lo que es importante en la construcción del conocimiento sobre el mundo.

Dichos elementos nos permiten comprender y diferenciar las construcciones de conocimiento de primer grado que son las erigidas por los actores de la sociedad y las construcciones de segundo grado que pertenecen a la interpretación de las ciencias sociales. La importancia de lo anterior reside en contar con las

---

<sup>63</sup> Schutz, Alfred. (2007) El problema de la realidad social. Amorrortu. Buenos Aires. p. 16.

herramientas básicas para desentrañar el origen, forma y estructura del desarrollo del conocimiento del mundo y la interpretación de la realidad social.

Schutz plantea necesario examinar las construcciones adicionales que surgen en el pensamiento de sentido común en un mundo intersubjetivo o socializado. Para ello, nos presenta tres aspectos del problema de la socialización del conocimiento:

- *La reciprocidad de perspectivas o la socialización estructural del conocimiento*, lo cual se refiere a que el mismo objeto debe significar algo diferente para mí y para cualquiera de mis semejantes, lo cual da lugar a la intercambiabilidad de los puntos de vista y permite la congruencia de las significatividades.
- *El origen social del conocimiento o la socialización genética del conocimiento*, postula que solo una parte muy pequeña de mi conocimiento se origina dentro de mi experiencia personal.
- *La distribución social del conocimiento* responde al modo en que se conocen los mismos hechos.

Respecto a la estructura del mundo social y su tipificación por parte de las construcciones del sentido común, se puede resumir en que las construcciones de sentido común usadas para tipificar al otro y *a mí misma*, tienen origen y aprobación sociales, es decir, estas construcciones típicas son institucionalizadas, esto bien puede referirse a prácticas con sentido y validez, consensuadas, aceptadas y reproducidas por los individuos, las cuales son autorizadas por las costumbres tradicionales y habituales lo cual nos da la imagen del *esquema de acción* e interacción social donde Schutz define tipos de cursos de acción y tipos personales.

Las precisiones anteriores son relevantes para comprender el sentido de la *intersubjetividad*, sobre esto Schutz (2007) apunta "[...] se presupone la

intersubjetividad como una cualidad obvia de nuestro mundo: nuestro mundo es la tipificación subyacente del sentido común.”<sup>64</sup> En otras palabras, se refiere a la experiencia de los individuos a partir de lo cual se configura su visión del mundo y son los individuos los únicos capaces de atribuirle significado a las cosas.

En el mismo tenor, podría decirse que los valores y el sentido de cualquier hecho social es dado por los individuos, la cuestión que interesa es conocer cómo es que ese sentido, esos valores y significados fueron dados, qué intervino en ello, por qué y para qué.

De acuerdo con lo anterior y siguiendo a Schutz en *Estudios sobre teoría social*<sup>65</sup>, la teoría de la acción social busca determinar el “por qué” y “para qué” de los actos del otro, situaciones, referencias, fines, medios; lo que Schutz concibe como motivos típicos de la acción social. De esta manera, la acción se origina en la conciencia del actor a partir de la conducta proyectada de manera autoconsciente dotada de propósito. De tal manera que se construye un *tipo ideal* en relación con situaciones típicas en el mundo social, creando el modelo de un actor, lo cual se va a definir a partir de distintos postulados para tipos ideales.

Hasta este punto, se ha cumplido con el cometido de revisar los aspectos básicos sobre los que se ciñe la perspectiva sociológica del constructivismo, sin embargo, aun podríamos encontrar elementos analíticos relevantes y al mismo tiempo no urgentes de desarrollar en este momento, esta consideración nos lleva a presentar el siguiente cuadro guía para futuras referencias, en él se resumen algunas de las definiciones que permitirían desarrollar de manera fluida el tema central que nos ocupa.

---

<sup>64</sup> *Ibidem*. P.19

<sup>65</sup> Schutz, Alfred (1976). *Estudios sobre teoría social*. Amorrortu. Buenos Aires.

Tabla 4. Glosario básico de referencia de la perspectiva sociológica del constructivismo.

| <b>Elementos analíticos</b>                               | <b>Definiciones</b>   |
|---|---|
| <b>Fundamentos de la sociología del conocimiento</b>      |   |
| Realidad  | Cualidad propia de los fenómenos que conocemos como independientes de nuestra propia voluntad.  |
| Conocimiento  | Certidumbre de que los fenómenos son reales y poseen características específicas.   |
| <b>Fundamentos de la vida cotidiana</b>                   |   |
| Vida cotidiana  | Realidad interpretada por los individuos cuyo significado subjetivo es el de un mundo coherente.  |
| Mundo de la vida cotidiana o del sentido común            | Se origina en los pensamientos y acciones de los individuos de una sociedad y está estructura por el espacio-tiempo.  |
| Realidad de la vida cotidiana                             | Es equivalente al mundo intersubjetivo, la realidad de la vida cotidiana es aprehendida y ordenada por los individuos.  |
| Interacción social en la vida cotidiana                   | La experiencia individual es: directa, se aprehende del otro por medio de situaciones típicas; e indirecta, "cara a cara" con la subjetividad de otro individuo.  |
| Estructura social   | La suma de las tipificaciones que se vuelven anónimas y se alejan de la interacción social del "aquí y ahora", son aprehendidas y se van sumando en continuum y se vuelven recurrentes en las interacciones sociales. |
| Lenguaje  | Sistema de signos que permite la expresividad humana capaz de transformarse en vastas acumulaciones de significados y experiencias constituyendo esencialmente la realidad de la vida cotidiana y su aprehensión.     |
| <b>Fundamentos de la sociedad como realidad objetiva</b>  |   |
| Institucionalización                                      | Actos que se repiten con frecuencia y se reproducen habitualmente y son aprehendidos por los actores sociales.  |
| Sociedad  | Es producto de los individuos y constituye una realidad objetiva.   |
| <b>Fundamentos de la sociedad como realidad subjetiva</b> |   |
| Realidad subjetiva  | Se refiere a los estados por los que atraviesa el individuo en la internalización de la realidad, es decir el yo en el mundo social objetivo.   |
| Identidad   | Se forma por procesos sociales, las estructuras sociales históricas inciden en su configuración.  |
| Acción  | Conducta humana proyectada por el actor de manera autoconsciente dotada de propósito.   |

Elaboración propia.<sup>66</sup>

<sup>66</sup> Con base en los trabajos de Max Weber, Émile Durkheim, Alfred Schutz, Peter L. Berger y Thomas Luckmann.

### 1.1.3. El constructivismo en las relaciones internacionales

El constructivismo encontró su lugar como modelo analítico de la realidad internacional en la disciplina en la década de 1980, en el contexto hacia el fin de la Guerra Fría. Esta perspectiva se unió a las prolíficas discusiones del Cuarto Debate en las Relaciones Internacionales, donde también se encontraban las teorías críticas de los denominados “ismos”: *neomarxismo*, *postestructuralismo*, *poscolonialismo* y *feminismo*.

El eje argumentativo de esta discusión gira en torno a la forma en la que se teoriza e investiga en la disciplina a partir del cuestionamiento sobre el modelo racionalista-positivista y que al mismo tiempo se planteó en otras áreas del conocimiento de las ciencias sociales y de la filosofía de la ciencia.

De ahí que surgiera la apreciación de un debate predominante entre el racionalismo y el reflexivismo. Este último debate pone bajo escrutinio el emplazamiento ontológico y epistemológico de la tradición teórica de las Relaciones Internacionales desarrollándose en un plano metateórico. De acuerdo con Marina Vitelli (2014), al interior de la disciplina se comenzó a difundir y compartirse el supuesto de que “[...] toda experiencia humana se encuentra mediada por el lenguaje y el contexto social, a partir de lo cual es el lenguaje el que da significado al mundo y no al revés.”<sup>67</sup>

Dicha coincidencia llevó a una reiterada intención de colocar al constructivismo dentro del enfoque reflexivo, puesto que ambos simpatizan con la idea de que la realidad es socialmente construida. Sin embargo, la diferencia sustantiva reside en que su teorización es primordialmente inductiva e interpretativa.

---

<sup>67</sup> Op. Cit. Marina Vitelli (2014). p. 136.

Esta precisión es importante porque da lugar a las categorías o segmentaciones del constructivismo en convencional y crítico, esto se fundamenta tanto en su desarrollo teórico y empírico, así como en su agenda de investigación.

#### 1.1.3.1. Constructivismo convencional y crítico

Por un lado, el constructivismo convencional o moderno, tiene un interés generalizado en el papel de los factores socio-cognitivos en las Relaciones Internacionales, hace un reconocimiento del ambiente social en el que se desenvuelven los Estados. De esta manera se sostiene que los actores y las estructuras se constituyen mutuamente a través de su interacción intersubjetiva recíproca. La centralidad de todo esto se encuentra en develar la configuración de la agencia, las instituciones, las identidades, intereses y normas que le dan sentido a dicha estructura, esto es básicamente la agenda de investigación de este segmento de la perspectiva constructivista.

Por otro lado, el constructivismo crítico se centra en el análisis del papel de los discursos en la reinterpretación de la realidad social, así como en el estudio de las diversas relaciones con las prácticas discursivas, la ciencia y el conocimiento. Su desarrollo se concentra en la demostración de la contingencia histórica y la construcción social del estado actual de las cosas, por ejemplo, de la política exterior, la institución de las normas internacionales y la configuración de intereses nacionales de los Estados.

Al margen de la amplia categorización del constructivismo en convencional y crítico, podemos encontrar diversas perspectivas erigidas sobre distintas metodologías tal como se ubican a continuación:

1. Modernistas, estatocéntricos (Alexander Wendt, Ole Wæver, Martha Finnemore, Peter Katzenstein, Thomas Risse – Kappen)

2. Posmodernistas, aplicaciones a la ley. (Nicholas Onuf, Friedrich Kratochwill)
3. Epistemología neopositivista: los cambios históricos no se pueden explicar en términos de un mismo conjunto de factores causales.
4. Conocimiento narrativo: basado en el género, acción de agentes y movimientos sociales.
5. Método genealógico de Michael Foucault.

#### 1.1.4. Autores estudiados más representativos

De la inmersión en la teoría constructivista llegamos a la superficie con una idea clara de que el tipo convencional contiene los elementos analíticos que intentamos delinear en el marco teórico interpretativo que aquí se está desarrollando. Por esta razón, profundizamos en los supuestos teóricos de los autores estudiados más representativos de la perspectiva.

Nicholas Onuf en *World of our Making. Rules and Rule in Social Theory and International Relations*, (1989)<sup>68</sup>, introdujo a la disciplina el término *constructivismo* y se popularizó con el emblemático ensayo de Alexander Wendt intitulado *Anarchy is What States Make of It: The Social Construction of Power Politics*, (1992)<sup>69</sup> y posteriormente con los ensayos que le sucedieron<sup>70</sup>. En un primer momento, con base en este orden de ideas se desarrolla el presente apartado.

En *World of our Making. Rules and Rule in Social Theory and International Relations*, Nicholas Onuf introduce la dimensión sociológica al estudio de la

---

<sup>68</sup> Onuf, Nicholas (1989). *World of our Making. Rules and Rule in Social Theory and International Relations*. University of South Carolina Press. Columbia.

<sup>69</sup> Wendt, Alexander (1992). *Anarchy is What States Make of It: The Social Construction of Power Politics*. En *International Organization*, Vol. 46, Nº 2.

<sup>70</sup> Wendt, Alexander. (1999). *On Constitution and Causation in International Relations*. En *Review of International Studies*, Vol. 24. *Social Theory of International Politics*. Cambridge University Press. Estados Unidos.

política internacional para hilvanar los elementos analíticos de la teoría social crítica aplicados a las relaciones internacionales. En dicha obra se parte del supuesto de que las reglas son el medio para la construcción social. De esta manera, Onuf se preocupa por examinar el origen de las reglas y cómo éstas inciden en la relación entre los agentes y la configuración de las instituciones.

Según el autor, las reglas le dan la oportunidad al agente de crear límites a otros agentes y de esta manera limitar la actuación de los otros. Existen dos tipos de reglas: constitutivas y regulativas. Las primeras son el medio de la construcción social y las segundas son el medio del control social. Las reglas también pueden clasificarse por sus funciones y por su nivel de formalización. En este sentido, las reglas constituyen instituciones o regímenes internacionales, estos últimos consisten en principios, normas y procedimientos, es decir, reglas más complejas.

La importancia del examen que encausa Onuf, reside en desentrañar cómo se van estableciendo reglas hasta constituirse en instituciones y modificar así el comportamiento de los Estados. Este último interés sobre el entendimiento de las posibilidades de cambio en el comportamiento de los agentes estatales dentro del sistema internacional es compartido y ampliamente desarrollado por Alexander Wendt.

Lo que Wendt devela en *La anarquía es lo que los estados hacen de ella. La construcción social de la política del poder*<sup>71</sup>, es que los principios de "egoísmo y la política del poder" son socialmente construidos dentro de la anarquía. Así, el autor explica cómo dentro del sistema internacional anárquico pueden transformarse las identidades e intereses a partir de: la institucionalización de la

---

<sup>71</sup> Wendt, Alexander. (2009). *La anarquía es lo que los Estados hacen de ella: La construcción social de la política del poder*. En Santa Cruz, Arturo. *El constructivismo y las relaciones internacionales*. Colección Estudios Internacionales. Centro de Investigaciones y Docencias Económicas. México.

soberanía, la evolución de la cooperación y el cambio de identidades egoístas en identidades colectivas.

Por consiguiente, la anarquía es un estado ideacional construido inmaterialmente por los Estados, está determinado por su comportamiento y definida por sus identidades e intereses. Pero ¿cuáles son las determinaciones sistémicas de dicho comportamiento? A través de la interacción recíproca se crean y emplean estructuras sociales relativamente perdurables, dichas estructuras están definidas por las identidades e intereses, las cuales están constituidos por significados colectivos en continuo proceso, de tal manera que los significados colectivos organizan las acciones de los Estados incidiendo en su comportamiento.<sup>72</sup>

De esta manera, el comportamiento de los Estados se convierte en el principal interés de estudio, pues representa la problematización de la mutua constitución entre agencia-estructura. Lo que está contenido en ese proceso es la construcción de identidades colectivas, lo cual tiene lugar a partir de un mecanismo: estructural, sistemático y de práctica estratégica.

Es así como la interacción intersubjetiva entre los agentes, en un contexto estructural, mediante procesos sistémicos dan como resultado identidades colectivas, las cuales tienen significados intersubjetivos.

Ahora bien, las identidades se forman mediante dos aspectos: las expectativas y las interpretaciones del *yo* relativamente estables con su papel. En el espectro de análisis, a la que nos queremos referir es a la segunda pues hace alusión a la definición inherentemente social de cada actor basada en las presunciones que el actor mantiene colectivamente sobre ellos mismos y cada uno de ellos sobre los

---

<sup>72</sup> *Op. Cit.* Alexander Wendt, (2009). Pp.141-142

mismos, de esta manera constituyen la estructura del mundo social y la base de los intereses.

De una manera más específica y sintética, Wendt trabaja con dos supuestos transversales:

- 1) Las estructuras de la asociación humana están determinadas principalmente por ideas compartidas más que por fuerzas materiales.
- 2) Las identidades y los intereses de los actores están constituidos por esas ideas compartidas.

Dichos supuestos enfatizan el efecto constitutivo de las estructuras sociales y en la centralidad de la agencia. Nicholas Onuf y Alexander Wendt nos presentan dos observaciones distintas que parten de un supuesto común: el mundo es socialmente construido. Así, mientras Onuf se concentra en el consenso intersubjetivo que generan las normas y las reglas mediante la acción comunicativa que las construye y reconstruye permitiendo la verbalización y enunciación del estado de las cosas, Wendt atiende la relación constituyente entre agente y estructura mediante la construcción y reconstrucción de identidades, intereses y el comportamiento de los actores por la atribución de significados colectivos.

Por otro lado, dentro de la aplicación práctica en casos empíricos de esta perspectiva, encontramos que el académico más representativo es Emanuel Adler, quien desarrolló una forma alterna de comprender la realidad internacional a través de los estudios de caso que articularon sus investigaciones. Por esta razón, nos permitimos traer a este acotado marco de referencia, el ejemplo de una investigación empírica que adopta un nuevo marco de interpretación analítica como lo es el enfoque constructivista.

En *The Emergence of Cooperation: National Epistemic Communities and the international evolution of the idea of nuclear arms control* (1992) Adler, desarrolla el concepto de las comunidades epistémicas, las cuales contienen el rediseño de las identidades y nuevos tipos de organización social, de manera tal que el autor las concibe como vehículos de supuestos teóricos, interpretaciones y significados colectivos que permiten la difusión e internacionalización de nuevas formas constitutivas de identidades e intereses.

Más adelante, Adler estudiaría las comunidades de seguridad, como la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN)<sup>73</sup> para demostrar cómo las instituciones inciden en la configuración de los intereses de los actores.

A modo de recapitulación, un poco más generalizada, de acuerdo con Villanueva Ulfgard (2019), los supuestos fundamentales del constructivismo son<sup>74</sup>:

- Las identidades de los Estados varían en función de las interacciones entre otros Estados
- La identidad de los Estados da sentido a sus acciones
- La práctica continúa de sus acciones crea un orden que confiere estabilidad a las interacciones intersubjetivas
- El orden es institucionalizado por las normas
- Las normas se constituyen y reconstituyen de acuerdo con el contexto
- La práctica es el elemento que consolida las transformaciones de identidades e intereses de los actores

---

<sup>73</sup> Adler, Emanuel. (1998). Seeds of peaceful change: the OSCE's security community-building model. En *Security Communities*. Cambridge Studies in International Relations. Cambridge University Press. Inglaterra.

<sup>74</sup> *Op. Cit.* Rebecka Villanueva Ulfgard, (2019) P. 156

### 1.1.5. Una perspectiva constructivista de la cooperación México – Estados Unidos

En la obra *Comunidades de Seguridad*, los autores Guadalupe Gonzalez y Stephan Haggard, en su ensayo intitulado “¿México – Estados Unidos: una comunidad de seguridad pluralista?”; se preguntan si ambos países constituyen una comunidad de seguridad, en la búsqueda de respuestas analizan las relaciones de ambos países desde una perspectiva histórica analizando los factores causales que afectaron la cooperación a lo largo del tiempo. Sus observaciones teóricas giraron en torno a la dificultad de cooperar en condiciones de grandes asimetrías donde el desafío central no es el dilema de la seguridad tradicional sino en cómo puede vincularse México con un socio más poderoso.

Al término del estudio, por un lado, los investigadores encontraron que en la medida en la que México adopta políticas que conduzcan a los intereses de Estados Unidos se configura la precondition suficiente para la cooperación, no obstante, la cooperación y la comunidad son difíciles de medir en su conjunto y por otro lado, la cooperación económica y el desarrollo de instituciones regionales pueden coexistir a pesar de los conflictos políticos en otras áreas.

Tanto las dilucidaciones teóricas de Adler así como el argumento de Gonzalez y Haggard, orientaron una serie de cuestionamientos intuitivos<sup>75</sup> que anteriormente se manifestaron en lo que constituyó el protocolo de investigación de este estudio.

La interpretación teórica que arroja luz sobre dichas interrogantes está guiada por la conceptualización sobre las prácticas internacionales y las comunidades de práctica, como lo señala Adler, esta conceptualización teórica ayuda a explicar por

---

<sup>75</sup> Estas reflexiones devienen de la investigación previa durante los estudios de maestría que naturalmente se han sumado al bagaje de conocimiento y al aprendizaje adquirido a lo largo de la actual investigación.

qué ciertas ideas sociales convergen en prácticas humanas y otras no y qué mecanismos sociales facilitan la emergencia de mejores comunidades normativas. Esto nos lleva a la pregunta teórica central:

*¿En qué elementos analíticos es pertinente enfocar nuestra atención para explicar la manera en la que los actores sociales (subnacionales gubernamentales y no gubernamentales) de la región fronteriza Tijuana, Baja California – San Diego, California establecen relaciones de cooperación (transfronteriza) y desarrollan una gobernanza (transfronteriza) en materia de salud pública (fronteriza)?*

Las pautas hipotéticas que pudieran responder a esta compleja pregunta son:

- a) Los actores sociales de la región fronteriza constituyen una comunidad de prácticas<sup>76</sup> en torno a la salud pública fronteriza;
- b) A través de sus interacciones intersubjetivas, los actores sociales construyen sus identidades e intereses comunes que motivan sus acciones, de esta manera construyen el significado colectivo de la cooperación, establecen un conjunto de prácticas sociales que dan como resultado un orden social manifiesto en reglas, normas e instituciones, es decir, expreso en la gobernanza.<sup>77</sup>

---

<sup>76</sup> Respecto al planteamiento sobre las comunidades de práctica, la observación empírica consiste en las personas que están vinculadas de manera contextual por un interés compartido en aprender y aplicar una práctica común, constituyen la configuración de un dominio de conocimiento; una comunidad de personas que "crean el tejido social del aprendizaje", y una práctica compartida, que encarna el conocimiento que la comunidad desarrolla, comparte y mantiene. (Adler, 2005, p. 14). Esta acotación es importante porque tiene que ver con la estrategia metodológica para la instrumentación del estudio de caso que se ha propuesto realizar.

<sup>77</sup> Estas pueden ser formales (leyes, reglamentos) como informales (hábitos y rutinas). Finalmente estas pueden llegar a configurar patrones de interacción.

Con base en las herramientas analíticas que provee el constructivismo de Adler y lo antedicho apuntamos los elementos que constituyen el marco teórico interpretativo de la investigación y así, a partir de embastarlos lograremos hilvanarlos. Enseguida ilustramos esto en el esquema que presentamos a continuación.

*Ilustración 1. Sistema teórico – conceptual interpretativo.*



\*Elaboración propia.

Dónde:

- La región fronteriza México – Estados Unidos constituye el **contexto socio territorial**;
- La **cooperación** constituye una práctica internacional cuya correspondencia territorial es el nivel subnacional y su escala espacial es **transfronteriza**,

como toda práctica encierra un proceso social de interacción dentro del territorio, así:

- c) el **Federalismo** constituye el **contexto institucional** sobre el cual emergen las interacciones intersubjetivas de los actores sociales;
- d) La **salud pública fronteriza** corresponde el campo para la acción, mientras que la **salud comunitaria** responde al dominio de conocimientos y aprendizaje colectivo entorno a un hecho social cuya evolución cognitiva constituye prácticas sociales y comunidades políticas, y finalmente;<sup>78</sup>
- e) la **gobernanza** constituye un **orden social** derivado de dicho proceso y su correspondencia territorial, del mismo modo es a nivel subnacional y **transfronteriza**.

El desagregado de este esquema nos permite visualizar el ordenamiento de los puntos focales de análisis, guía nuestras observaciones y consolida la armonía entre el marco teórico y conceptual.

En términos teóricos, sabemos que el constructivismo en sí mismo no constituye una teoría acabada, sino un conjunto de hipótesis de trabajo a partir de la evaluación de las relaciones causales entre prácticas, interacciones y las estructuras.

En este sentido, Mónica Salomón (2002) subraya que “[...] la postura de los constructivistas hacia la actividad de teorizar: suelen preferir una teorización más inductiva e interpretativa que deductiva y explicativa.”<sup>79</sup> Para Salomón, el desafío teórico “[...] consiste en integrar los resultados de los estudios empíricos en una

---

<sup>78</sup> Op. Cit. Emanuel Adler, 2005. p. 20

<sup>79</sup> Salomón, Mónica. (2002). La teoría de las Relaciones Internacionales en los albores del siglo XXI: diálogo, disidencia, aproximaciones. Revista Electrónica de Estudios Internacionales. P.38

teoría coherente (o en varias “teorías de alcance intermedio”) de cómo las estructuras sociales y los actores internacionales se construyen mutuamente.”<sup>80</sup>

A pesar de las justificaciones de los académicos respecto al nivel teórico que ofrece el constructivismo y sus aspiraciones intelectuales, una de las críticas más severas a esta visión fue expuesta por Maja Zehfuss<sup>81</sup>. Villanueva Ulfgard señala que en la obra de Zehfuss "*Constructivism in international relations: The politics of reality*" (2002), la autora realiza un examen de las principales obras de Friedrich Kratochwil, Nicholas Onuf y Alexander Wendt, confronta sus herramientas analíticas y deconstruye los supuestos constructivistas encontrando que las nociones clave del enfoque son intelectualmente débiles no por su desarrollo teórico sino debido exclusivamente a la relación de los científicos sociales internacionalistas con el objeto de estudio puesto que lo empírico y lo teórico están muy separados en el análisis.

Sin duda estos argumentos constituyen un eco crítico de la manera generalizada en la que se teoriza en las relaciones internacionales. Sin embargo, para subsanar esto, la agenda de investigación constructivista no solo es variada, sino que a la vez permite la flexibilidad metodológica e interdisciplinar para desarrollar investigaciones con un valor empírico central.

En adición a la intuición sobre la pertinencia teórica de adoptar una perspectiva constructivista para nuestro objeto de estudio, se encuentra la flexibilidad metodológica de este enfoque. De acuerdo con Villanueva Ulfgard (2019):

[...] el constructivismo se destacó por su sensibilidad en la distinción entre el nivel de acción (apropiado), el nivel de observación y la relación entre estos

---

<sup>80</sup> *Op. Cit.* Mónica Salomón, (2002). P. 43

<sup>81</sup> *Op. Cit.* Rebecka Villanueva Ulfgard, (2019). P. 183

dos, cuestionando qué normas e ideas tienen el poder para influenciar a los actores [...] (p.148).<sup>82</sup>

Una cuestión aspiracional es encontrar el balance idóneo en el control de nuestro aparato crítico como logró desarrollarlo Adler y coincidir así en que la perspectiva constructivista, permite adoptar una posición ontológica que considere factores históricos, factores interpretativos y las fuerzas estructurales para explicar el cambio de un modo dinámico y al mismo tiempo, estudiar un evento empírico para acercarnos de otra manera a nuestro objeto de estudio.<sup>83</sup>

A pesar del mediano alcance teórico del enfoque<sup>84</sup>, el constructivismo es flexible y favorece el diálogo interteórico y la complementariedad transdisciplinar y multidisciplinar. La perspectiva constructivista permite acercarnos al nivel de la acción de los sujetos, presenta la oportunidad de comprender la manera en la que los sujetos se relacionan con los objetos. A lo largo del capítulo hemos constatado que una preocupación constante en la disciplina es precisamente la manera de teorizar cuando los objetos de estudio se encuentran fuera de nuestro alcance.

La investigación que desarrollamos nos convoca a visibilizar esta necesidad y valorar la utilidad y pertinencia de aproximarnos a una estructura de pensamiento sociológica para enriquecer el análisis de las relaciones transfronterizas México – Estados Unidos en la disciplina de las Relaciones Internacionales. El marco conceptual plantea aspectos complementarios del marco teórico interpretativo que acabamos de presentar.

---

<sup>82</sup> *Ibidem.* p. 148

<sup>83</sup> Lo cual ya está planteado de manera preliminar como intención en el proyecto de investigación.

<sup>84</sup> En este sentido, Salomón señala que “[...] no es una teoría de las relaciones internacionales, por más que los autores constructivistas no descarten -como sí lo hacen los postmodernos- la posibilidad de construirla en el futuro, una vez que se disponga de un número suficiente de datos acumulados.” *Op. Cit.* Mónica Salomón, (2002). p. 38

En primer lugar nos ocupamos de definir el carácter o contexto territorial tanto de las comunidades de práctica como de los procesos sociales que configuran, específicamente el de la cooperación, así como el orden social que establecen como la gobernanza, para decirlo de otro modo, atendemos la cuestión de lo que implica ubicarnos en el contexto de lo “transfronterizo” a partir del enfoque del desarrollo territorial.

En segundo lugar, definimos el contexto institucional a partir de las definiciones conceptuales del federalismo y la gobernanza. Por último, nos ocupamos en una propuesta sobre algunas consideraciones conceptuales para definir la salud pública fronteriza.

## 1.2. Marco conceptual: definiciones del contexto territorial e institucional

En el ámbito de los Estudios México – Estados Unidos, la región fronteriza es problematizada a partir de factores exógenos, a menudo se observa el uso indistinto de términos referidos a los niveles de las escalas espaciales del territorio, sus acotaciones son reduccionistas y deterministas: todo fenómeno social que trasciende las fronteras nacionales corresponde a una serie de hechos sociales que caben en la concepción irreflexiva de lo *transnacional* cuyas argumentaciones recaen en los *procesos de globalización* pues para los transnacionalistas, las dinámicas globales facilitan la formación de regiones -transfronterizas-, un lugar bastante común que sugiere que estas son la síntesis territorial de fuerzas (económicas primordialmente asociadas a la integración de mercados) y procesos locales y globales.

El problema reside en la generalización y la ausencia de una reflexión crítica sobre el uso tradicional de conceptos referidos al territorio. Los marcos

interpretativos más socorridos sobre las regiones transfronterizas se ciñen en la realidad internacional eurocentrista con las fronteras simbólicas y políticas de la Unión Europea, inclusive esos mismos marcos interpretativos vienen a ajustarse a las realidades latinoamericanas en el contexto del Mercosur.

Por supuesto que encontramos una congruencia analítica en estos ejercicios de extrapolación teórica y conceptual, sin embargo, la reproducción sistemática de esta visión a la realidad específica de la región México – Estados Unidos ha sido poco cuestionada, por ejemplo: ¿es posible que las regiones transfronterizas preexistieran a la globalización?, ¿es posible hablar de una región transfronteriza preexistente al TLCAN o en su defecto al TMEC?

De acuerdo con Jiménez López y Morales Barragán (2018), en la mayoría de los casos estas visiones ignoran que:

[...] cualquier acción humana, no puede dissociarse de los territorios, independientemente de las escalas y niveles que se consideren; la globalización es, por ejemplo, un proceso transterritorial; involucra territorios de diferentes niveles que corresponden a distintas escalas espaciales, no es un proceso desterritorializado, como erróneamente suele decirse. (p.17)<sup>85</sup>

Es justo reconocer que esto tiene que ver, por un lado, con la perspectiva teórica de análisis. Como ya vimos, el institucionalismo neoliberal se ocupa

---

<sup>85</sup> Jiménez López, Fredy y Morales Barragán, Federico. (2018). Fundamentos del enfoque territorial: actores, dimensiones, escalas espaciales y sus niveles. UNAM. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. Colección Alternativas. México. p. 17  
Por ejemplo, Xiangming Chen (2005) y Pablo Wong-González (2013): defronterización y refronterización.

exclusivamente del nivel de escala espacial internacional como dimensión territorial central, atiende y contornea los hechos sociales en el trasiego del transnacionalismo.

A pesar de que el constructivismo no se detiene a explicitar cómo llegó a la distinción entre lo nacional, internacional y transnacional, sí reconoce otros niveles de escala espacial en los que se desarrolla la acción social como el subnacional, inclusive llega a señalar la superposición entre esos mismos niveles. Si bien ese reconocimiento no pone sobre la mesa los elementos analíticos para delimitar conceptualmente ciertos aspectos territoriales, su flexibilidad teórica nos permite integrarlos. Con este cometido lo que buscamos es subsanar la indeterminación conceptual y por ende, el uso indiscriminado de términos obviando su problematización y definición.

Nos concierne evitar reproducir asunciones generales sobre el territorio en el que se fundamenta nuestro estudio. Esta preocupación es compartida con algunas propuestas metodológicas identificadas en la revisión del estado de la cuestión<sup>86</sup>. De acuerdo con, Federico Morales Barragán (2015):

No se trata de establecer, por defecto, los niveles supranacional, nacional, regional y municipal, se trata más bien de ubicar los problemas clave de un sistema territorial de referencia, delimitado con base en uno o varios criterios, y desde ahí ubicar los niveles y escalas territoriales pertinentes; esto se relaciona con la identificación de los actores que operan en otros niveles y escalas e inciden en los problemas en cuestión. (p.160)<sup>87</sup>

---

<sup>86</sup> Por ejemplo: Varela Álvarez, (2013); De Snyder, (2009).

<sup>87</sup> *Op. Cit.* Federico Morales Barragán, (2015). P. 160

De esta manera, en la propuesta metodológica para estudiar la cooperación<sup>88</sup>, el enfoque territorial del desarrollo se encuentra en su base metodológica, Morales Barragán (2015) explica que:

El análisis territorial de una iniciativa de cooperación transfronteriza no se restringe a situar ésta en algún lugar referido como mero contexto o soporte de las interacciones. Dicho análisis parte de una concepción específica del territorio como construcción social, esto es, el territorio se configura a partir de las relaciones sociales. Ubicar los actores, dimensiones, niveles, y escalas territoriales involucrados en tales iniciativas es una exigencia para su comprensión desde el enfoque territorial. (pp. 160-162)<sup>89</sup>

Así, lo que intentamos más adelante en nuestro estudio de caso, es dar cuenta de los factores que dotan a la región fronteriza de un significado social, es decir, evidenciar la construcción social del territorio. De remitirnos a las pruebas, consolidaríamos la idea de que en tanto que los actores reconfiguran el territorio, de igual manera inciden en la reconfiguración del sentido territorial en términos del federalismo y la gobernanza transfronteriza.

---

<sup>88</sup> En la cual plantea cuatro componentes metodológicos: “1. Los fundamentos del enfoque territorial del desarrollo, los cuales se manifiestan en su triple carácter: multiactores, multidimensiones y multiniveles referidos a una o más escalas territoriales. 2. El dispositivo heurístico propuesto por Arts y Leroy (2006), denominado *policy arrangement*. Este presenta un doble significado: como concepto alberga elementos que ofrecen una guía de observación para caracterizar procesos de gobernanza; el término también se utiliza en plural: *policy arrangements*, para nombrar mecanismos institucionales estructurados en torno al diseño de políticas. 3. Aporte del análisis de redes sociales a la perspectiva fincada en el concepto de capital social, pues permite caracterizar relaciones entre actores involucrados en un proceso según su grado de cohesión interna y de vinculación externa. 4. Se utiliza la tipología propuesta por Mahoney y Thelen (2010) para distinguir variantes o rutas del cambio institucional, en este caso referidas a la cooperación transfronteriza.” *Op. Cit.* Federico Morales Barragan, (2015). P. 156

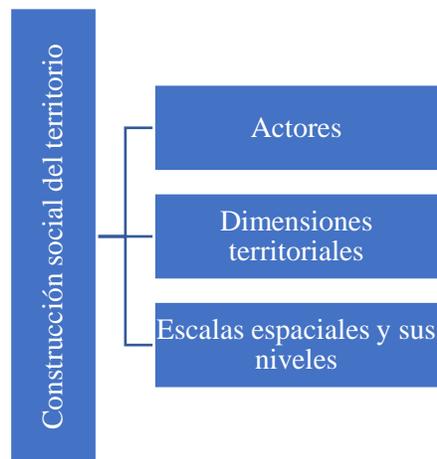
<sup>89</sup> *Op. Cit.* Federico Morales Barragan, (2015). P. 161- 162.

Al mismo tiempo, esto nos permitirá defender la idea de la invaluable distinción de las escalas y niveles territoriales en el entramado social de los preceptos con los que trabajamos, es decir, enunciar propiamente cuándo se distingue aquello relativo a lo fronterizo o transfronterizo, tal como lo explicamos a continuación.

### 1.2.1. Caracterización conceptual de la cooperación o de cómo llegamos a “lo transfronterizo”

El enfoque territorial del desarrollo establece que el territorio constituye una expresión histórica de un espacio que se configura a partir de las relaciones sociales entre los individuos, entre estos y el resto de los componentes biofísicos del planeta, esta es una construcción social que se manifiesta en múltiples niveles de escalas espaciales.

*Ilustración 2. Fundamentos del enfoque territorial.*



\*Elaboración propia

Los elementos que intervienen en la construcción social del territorio son: 1) los actores, (individuales o colectivos); 2) las dimensiones territoriales entendidas como las perspectivas a partir de las cuales los actores construyen su vinculación con cualquier proceso social y; 3) las escalas espaciales y sus niveles; se refieren a la ubicación espacial de los actores desde donde se relacionan con los procesos señalados.

### *Actores sociales*

A través de sus relaciones, en términos de Adler por ejemplo, sus interacciones intersubjetivas, los actores sociales estructuran los territorios, sus acciones tienen una orientación e intencionalidad, una racionalidad propia y particular, apuntaría Habermas, que atañe al proceso de configuración del territorio.<sup>90</sup>

Cualquier actor, ya sea individual o colectivo, residente o no del territorio; se vincula a un problema desde algún nivel de una escala espacial, esta posición condiciona la forma como aprecia los problemas y también cómo se relaciona con otros actores.

### *Dimensiones territoriales*

Los actores se relacionan en torno a problemas, sus interacciones explican cómo se nombran sus asuntos, de esta manera refieren y definen las dimensiones territoriales:

Cada actor aporta a la construcción social de los territorios desde el momento en que declara cómo nombrar sus problemas; a su vez, su relación con otros actores depende de esa perspectiva general que asume y manifiesta. Las dimensiones territoriales encarnan las perspectivas que condicionan las interacciones sociales, por ello constituyen un fundamento del enfoque territorial, pues aportan una clave general para comprender la configuración y cauce de aquellas interacciones. (Jiménez y Morales, 2018:p.35)<sup>91</sup>

---

<sup>90</sup> *Óp. Cit.* Fredy Jiménez López y Federico Morales Barragán (2018). p. 27

<sup>91</sup> *Ibidem.* p. 35

### *Escalas espaciales y niveles*

El lugar desde donde se aproximan los actores es distinguible entre la escala espacial y el nivel espacial. En cuanto a la primera, se refiere a una estructura que existe en el mundo real como: municipio, entidad federativa, provincia, departamento, condado. Y la segunda, está asociada a una jerarquía: local, nacional, global.

Al mismo tiempo, las escalas espaciales se refieren a una dimensión que puede adoptar distintas formas tales como: político-administrativa, funcional, hidrográfica, entre otras; en tanto que los niveles, corresponde a las unidades de esas escalas, por ejemplo: federal, estatal y condal o municipal.<sup>92</sup>

La denotación anterior sobre la manera en la que los actores sociales se vinculan a un problema aquí cobra mayor importancia porque lo hacen desde algún nivel de una escala espacial, esta posición condiciona la forma cómo aprecian los problemas y también cómo se relaciona con otros actores:

“Para el enfoque territorial, las relaciones se establecen entre actores que operan desde diferentes niveles de una o varias escalas espaciales. Las relaciones ocurren entre esos actores, no entre los niveles. El enfoque territorial se ocupa de esas relaciones que involucran actores que operan desde distintos niveles y escalas espaciales. En torno a cada problema se configuran sistemas de relaciones *multiniveles* y *multiescalas*.”<sup>93</sup>

Los fundamentos del enfoque territorial permiten caracterizar conceptualmente al proceso social de la cooperación como *transfronteriza*. En este sentido, el término transfronterizo subraya que las regiones fronterizas y las relaciones que ocurren entre sus habitantes trascienden los límites político-

---

<sup>92</sup> Ibidem. p. 45

<sup>93</sup> Ibidem. p. 46

administrativos. La pertinencia de su significado e intencionalidad subraya Morales Barragán, más que enfatizar los vínculos, recalca la necesidad de recuperar el sentido de frontera.<sup>94</sup>

#### 1.2.1.1. Definiciones socio territoriales de cara a las sectoriales

##### *Frontera y región fronteriza*

Un acercamiento conceptual de la frontera exige revisar el estado de la teorización de las fronteras para asumir una posición respecto a su estudio. En este sentido, de acuerdo con Roberto Sánchez Rodríguez, debido a la complejidad de las fronteras, en vez de proponer la búsqueda de una teoría universal de la frontera, es preciso desarrollar propuestas que teoricen sobre las fronteras de manera particular y específica<sup>95</sup>. Con esto quiere decir que cada frontera en el mundo tiene una complejidad propia, por ejemplo, a pesar de que en la región fronteriza México - Estados Unidos podamos encontrar rasgos característicos similares con la región Brasil-Paraguay; las dimensiones sociales, políticas, culturales y cognitivas tendrán un matiz fundamentalmente diferenciador que no permitirá adecuaciones universales.

En el caso concreto de la frontera México - Estados Unidos, Sánchez Rodríguez apunta que el reto es “[...] identificar conceptualmente y hacer

---

<sup>94</sup> Morales Barragán. (2017). Cohesión territorial: un marco de referencia para el estudio de las fronteras. En Soto Acosta, Willy. Repensar las fronteras, la integración regional y el territorio. 1a. Ed.- Heredia, Costa Rica: CLACSO, IDESPO, Universidad Nacional de Costa Rica. Argentina. P. 47

<sup>95</sup> Sánchez Rodríguez, Roberto. (2014). Reflexiones sobre la frontera. Una búsqueda de esquemas de investigación alternativos. Frontera Norte. Vol. 26. Número Especial 3. Pp. 99-118.

abstracciones de los rasgos, dimensiones y relaciones de los procesos que son cruciales para su producción, reproducción y funcionamiento."<sup>96</sup>

Así, el punto de partida consiste en definir la frontera con base en una concepción tradicional o emergente según sea el propósito de la investigación. Respecto a la primera, cabe decir que la geografía política ha sido la encargada de difundir ampliamente la dimensión física de la frontera, argumentando que la organización política del mundo está basada en las líneas divisorias que separan a territorios soberanos, unos de otros.

A menudo, los conceptos de límite y frontera son empleados erróneamente como sinónimos. El concepto de límite o demarcación política se refiere a la separación de territorios que corresponden a diferentes países con una *línea imaginaria*, por su parte, la frontera constituye ya sea regiones o zonas que por su contigüidad conforman sistemas territoriales de intersección.

Con base en la definición tradicional y determinista de la frontera, existen distintas disposiciones legales vigentes, que resultado de la evolución histórica-política de México y Estados Unidos, delimitan física y geográficamente los 3,175km que separan a ambos países.

En algún punto de la investigación, específicamente en la caracterización sociodemográfica de la región fronteriza, el enfoque que tendrá que ser utilizado es el sectorial del territorio, en el cual este se reduce a una demarcación geográfica de cualquier nivel, que actúa como contenedora de procesos. No es, en absoluto, una construcción social, concepción que corresponde estrictamente al enfoque territorial.<sup>97</sup>

---

<sup>96</sup> *Ibidem.* P. 108

<sup>97</sup> *Ibidem.* p. 38

La definición geográfica de la región fronteriza está contenida en la delimitación territorial de la frontera México – Estados Unidos, la cual ha quedado definida a través de diversas disposiciones legales vigentes de acuerdo con los criterios de los distintos marcos jurídicos de ambas naciones y algunos acuerdos binacionales (ver, cuadro). Esta precisión resulta importante ya que los sistemas de recolección de datos e información consideran las estructuras geográficas establecidas por los países sobre las demarcaciones políticas internacionales.

*Tabla 5. Definición de la frontera en la disposición legal vigente de México y Estados Unidos.*

| <b>Disposición legal vigente</b>   | <b>Concepto</b>  |
|--|--|
| <b>Constitución Política de México.<br/>Artículo 27, fracción primera.</b>   | Faja de 100 kilómetros a lo largo de ambas fronteras de México.  |
| <b>Aduanas México.</b>   | Franja fronteriza: extensión territorial comprendida entre una línea fronteriza y otra imaginaria, trazada paralelamente a una distancia de 20 kilómetros.   |
| <b>Código de Aduanas México.</b>   | Zonas fronterizas: zonas comprendidas en la faja de 20 kilómetros, paralela a la línea divisoria.<br><br>Zona de vigilancia fronteriza: territorio comprendido entre el límite y una línea paralela a ésta ubicada a 200 kilómetros de distancia |
| <b>Convenio para la Protección y el Mejoramiento del Medio Ambiente en la Región Fronteriza entre Estados Unidos y México. (Convenio de La Paz, 1983).</b> | Área que se extiende 100 kilómetros hacia el norte y 100 kilómetros hacia el sur de la frontera norte entre México y Estados Unidos.   |

\*Elaboración propia.<sup>98</sup>

---

<sup>98</sup> Con base en Ávila y Turián.

Una concepción emergente de la frontera tiene fundamento en la consideración de ésta como un fenómeno social. Así, de acuerdo con Lawrence Douglas Taylor<sup>99</sup>, la interpretación del concepto de frontera debe implicar tomar en cuenta los factores de las relaciones humanas, el comportamiento entre los grupos y los contactos simultáneos de cualquier tipo entre ellos.

En este sentido, Jorge Bustamante (1979) señala que "[...] la frontera es un sitio donde tienen lugar diversos procesos de interacción de individuos e instituciones cuyo ámbito rebasa la frontera."<sup>100</sup> De esta manera, el estudio de las fronteras ha dejado de interesarse por tomar una postura tradicional para su definición, como señala Sánchez Rodríguez "[...] para orientarse en el estudio de la evolución y cambios de los territorios de las áreas fronterizas a partir de las prácticas humanas que constituyen y representan diferencias en el espacio."<sup>101</sup>

La intensa dinámica de los procesos sociales que ocurren en la frontera México – Estados Unidos, [...] sugieren la yuxtaposición de concepciones tradicionales [...] con enfoques que reconocen que la frontera no es sólo una barrera sino también un conducto que facilita las interacciones entre los espacios nacionales a partir de rápidos cambios sociales, políticos y económicos; y con enfoques que buscan entenderlas a partir de su construcción por procesos socio-territoriales.<sup>102</sup>

Por su parte, la región fronteriza está constituida por unidades territoriales que tienen cierto grado de cohesión debido a la presencia de flujos y vínculos, políticos, socioeconómicos y culturales; de tal manera que configuran unidades biofísicas definidas. Esta corresponde a una escala regional que puede comprender

---

<sup>99</sup> Douglas Taylor, Lawrence. (1996). "El desarrollo del concepto de frontera." en Ceballos Ramírez, Manuel. (Coordinador). De historia e historiografía de la Frontera Norte. Universidad Autónoma de Tamaulipas - Instituto de Investigaciones Históricas / El Colef. México.

<sup>100</sup> Bustamante, J. (1979). "El estudio de la zona fronteriza México – Estados Unidos." en Foro Internacional. Vol. 19, Núm. 3. Enero-junio. P. 472

<sup>101</sup> *Op. Cit.* Sánchez Rodríguez (2014). P. 100

<sup>102</sup> *Ibidem.* P. 101

porciones de distintos municipios, condados y entidades federativas. De esta manera las unidades territoriales de Tijuana – Baja California y San Diego – California, constituyen un sistema territorial de intersecciones sociales que configuran la escala espacial regional, es decir, de la región fronteriza México - Estados Unidos.

Será al finalizar el trabajo de investigación, el momento en el que podremos ofrecer una definición social completa de la frontera y la región fronteriza, considerando que:

Si los territorios se definen como construcciones sociales, ubicar el sistema de relaciones que existe en torno a un problema evidencia cómo se configuran los territorios. El asunto no termina solo con la identificación de los actores; su vinculación con los problemas está condicionada por dos componentes: la perspectiva o dimensión desde donde se aproximan a los problemas y el nivel de la escala espacial desde donde operan. (Sánchez Rodríguez, 2014; p.61)<sup>103</sup>

### 1.2.2. El Federalismo como contexto institucional

El Federalismo es un concepto que ha sido el objeto de estudio de diferentes disciplinas, bajo la óptica de diversos enfoques ya que en su análisis intervienen aspectos de las realidades históricas, jurídicas, políticas, económicas, culturales y sociales de los Estados. De la revisión de dichas concepciones y con base en las de mayor relevancia, resultó este marco de referencia conceptual, el cual está orientado

---

<sup>103</sup> *Ibidem.* p. 61

por el objetivo particular de analizar la manera en la que los gobiernos subnacionales se conducen en el contexto institucional de sus federalismos.

Es imprescindible hacer algunas anotaciones sobre el devenir histórico del Federalismo, es un paso fundamental para su entendimiento en dos sentidos: por un lado, hablamos del nacimiento de una nueva forma de Estado y de gobierno, precedente inmediato a la configuración política que adoptarían en lo posterior las naciones independientes, mientras que por otro lado; hablamos de la historia del sistema político estadounidense. En este sentido, Antonio Hernández de María (2019) subraya que: “Las experiencias históricas de los Estados Unidos - principalmente- y de Suiza dieron origen al federalismo como nueva forma de Gobierno y de Estado, que estableciera una especial división del poder con relación al territorio en contraposición al unitarismo.”<sup>104</sup>

En este sentido, Paz Consuelo Márquez-Padilla (2017) subraya que:

El Federalismo es la organización política que se adopta en los Estados Unidos para solucionar el problema del orden, una vez que las trece colonias ya habían experimentado con la confederación y había resultado fallida. No se logró superar con la confederación, la incertidumbre, la decadencia

---

<sup>104</sup> Hernández, Antonio María. (2019). Estudios de federalismo comparado. Argentina, Estados Unidos, México. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Serie Doctrina Jurídica, núm. 856. UNAM. p. 10-11

Los “Federalist Papers” constituyeron la más importante exposición sobre el Federalismo como nueva forma de Gobierno y de Estado con una clara concepción liberal de división y limitación de los poderes dentro del Estado y de reconocimiento de los derechos de los ciudadanos. De acuerdo con el autor, los constituyentes: Alexander Hamilton, James Madison y Jon Jay; legaron la *Constitución Histórica*.

económica y la anarquía, con la que encontraban los nuevos estados.

(p.16)<sup>105</sup>

Y esos hechos precedieron al origen del Federalismo que emergió con un sentido más preciso después de finalizada la obra de la Convención de Filadelfia de 1787, que vería no solo el nacimiento de la Constitución de los Estados Unidos sino también del constitucionalismo moderno en su etapa liberal o clásica, el cual fue seguido por las constituciones francesas y luego por el resto de los países.

Entre 1787 y 1788 fueron publicados por los miembros de la Convención de Filadelfia: Alexander Hamilton y James Madison junto a John Jay; en diarios del estado de Nueva York y con el seudónimo de “Publius” The Federalist Papers (El Federalista) en apoyo de la obra constituyente. “[...] Hamilton definió al Federalismo “como una asociación de uno o más Estados en un único Estado en el cual la autoridad de la Unión se extiende a todos los ciudadanos”<sup>106</sup>.

El Federalismo sirve como principio guía del diseño del constitucionalismo estadounidense con respecto a la división del poder entre diferentes niveles de gobierno, otorgando a cada uno poderes sustanciales para permitir que cada uno pueda monitorear y controlar los abusos del otro, esta idea es alusiva al concepto de *check and balances*.

En este sentido cabe señalar que Hamilton también añadió la idea de la limitación de los poderes del gobierno federal incluso por los gobiernos locales, en The Federalist No 32, con base en la convicción sobre la utilidad y necesidad de

---

<sup>105</sup> Márquez Padilla, Paz Consuelo. (2017). El federalismo como peso y contrapeso en Estados Unidos. Internacionales. Revista en Ciencias Sociales del Pacífico Mexicano. Vol. 3, Núm. 6, Julio-diciembre.p.16

<sup>106</sup> *Op. Cit.* Antonio María Hernández (2019). p. 13

administraciones locales para objetivos locales, que podrían ser una completa barrera contra el uso del poder.<sup>107</sup>

Las premisas de Hamilton han evolucionado cognitivamente y otras concepciones ampliadas y generalizadas con respecto al concierto de los Estados modernos, resultan adecuadas en su definición contemporánea. Por ejemplo, John Law señala que el federalismo consiste en un modo compuesto de gobierno, resultado de la combinación entre dos administraciones públicas: el gobierno, ya sea central o federal, y los gobiernos regionales, pudiendo ser: provinciales, estatales, la tierra, los gobiernos, sub-unidad Cantonal, territoriales o de otro tipo; en un único sistema político.<sup>108</sup>

En este sentido, Daniel J. Elazar señala que el Federalismo es esencialmente un sistema de propio gobierno y de gobierno compartido establecido voluntariamente.

Por su parte, Paz Consuelo Márquez-Padilla Paz Consuelo Márquez-Padilla sostiene que el Federalismo es un sistema político que simplifica el proceso de toma de decisiones públicas, reconoce que existen intereses variados en los diferentes niveles de gobierno - central, estatales y locales - y considera las necesidades diarias de las comunidades. Además, acepta la presencia de conflictos sociales y propone la implementación de normas y procesos transparentes para su negociación y resolución satisfactoria para todas las partes involucradas.<sup>109</sup>

En el mismo orden de ideas, Paulino Arellanes Jimenez (2009), resalta que se trata de:

---

<sup>107</sup> Ibidem, p. 68 – 71.

<sup>108</sup> Law John (2013). How can define Federalism? In Perspective of Federalism, Vol. 5, No. 3 [http://www.on-federalism.eu/attachments/169\\_download.pdf](http://www.on-federalism.eu/attachments/169_download.pdf)

<sup>109</sup> Márquez-Padilla (2000); (2014); (2017).

[...] un sistema en el cual dos o más gobiernos libremente elegidos, con autoridad sobre la misma población y la misma área geográfica, comparten el poder y la toma de decisiones. Concede y protege la capacidad de toma de decisiones en los resultados locales y también en los niveles más altos del gobierno. (p.22)<sup>110</sup>

Además acota que la federación es un fenómeno con un proceso dinámico y de constante adecuación a la estructura de gobierno en la cual se encuentra inmerso, ese proceso es lo que se conoce como federalismo. Explica que las nuevas realidades del federalismo derivadas de los efectos y causas de una serie de procesos propios de la globalización, incide en los cambios que experimentan los gobiernos subnacionales. Así mismo, identifica elementos de esa “nueva” realidad social que deben afrontar y los clasifica de acuerdo con distintos segmentos de las esferas sociales: infraestructura, economía, política e internacional.

El trabajo de Arellanes Jimenez, da cuenta de la importancia del federalismo como forma de organización política de gobierno que implica un continuo movimiento y adaptación a las circunstancias particulares de las diversas realidades sociales. Presta especial atención a las unidades subnacionales identificadas, por un lado como localidades micros en lo global e internacional: provincia, cantón, condado, länder o municipio; y por otro, a las localidades intermedias: estados, provincias y regiones. Las cuales ante los cambios internacionales no pueden quedar suspendidos o dependientes del poder de las grandes ciudades, del poder

---

<sup>110</sup> Arellanes Jimenez, Paulino E. (2009). El municipio mexicano y las relaciones internacionales. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México. p. 22

centralista federal, de las decisiones macro realizadas en los niveles de gobierno más grande.<sup>111</sup>

En este sentido, Cabrero y García (2010) señalan que los gobiernos:

[...] se ven en la necesidad de iniciar un proceso de reconversión desplegando nuevos instrumentos para intervenir, para generar acuerdos, para construir redes de política pública así como nuevos modelos de gestión; es decir, tienen que idear un repertorio de soluciones y diseñar y actuar en torno a las mismas. (p.138)<sup>112</sup>

En la tercera parte de esta investigación, se analiza de manera puntual y particular la organización política en la cual, tienen lugar las funciones y ámbitos de responsabilidades en materia de salud tanto del Estado y las entidades estatales, municipales y condales con la finalidad de comprender la manera en la que ejercen las capacidades de acción que les otorgan sus federalismos a través de sus relaciones intergubernamentales y dentro del contexto de la configuración de los sistemas nacionales de salud tanto de México y de Estados Unidos.

### 1.2.3. La gobernanza transfronteriza en la región fronteriza México – Estados Unidos

Al corte de una revisión exhaustiva de la literatura sobre la gobernanza nos encontramos con una diversidad de perspectivas de estudio que pueden dificultar

---

<sup>111</sup> Ibidem, p. 36

<sup>112</sup> Cabrero Mendoza, Enrique; García, Carlos Gil. (2010) La agenda de políticas públicas en ciudades mexicanas durante el siglo XX: ¿cien años de soledad municipal? Estudios Demográficos y Urbanos, vol. 25. núm. 1, enero-abril. pp. 133-173. El Colegio de México, A.C. Distrito Federal, México. Artículo disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31221540005> p. 138

su entendimiento por la falta de coherencia conceptual. En el siguiente cuadro intentamos condensar los aspectos más relevantes sobre el estudio de la gobernanza desde las distintas perspectivas revisadas tales como: la teoría social, teoría política, teoría de las relaciones internacionales y de la administración pública; precisando su objeto de estudio, su orientación de acuerdo con la racionalidad de los actores, la idea conceptual que desarrollan, el contexto de estudio, la definición que aportan y su propuesta de análisis.

*Tabla 6. Perspectivas de estudio de la gobernanza*

| Indicadores                        | Perspectivas teóricas   |   |   |   |
|------------------------------------|---|---|---|---|
|                                    | Teoría social   | Teoría política   | Teoría de las Relaciones Internacionales  | Administración pública  |
| <b>Objeto de estudio</b>           | Función de las instituciones  | El rol de varios actores y la interacción del Estado en el proceso de gobernar  | Instituciones y el poder  | Dinámica organizacional   |
| <b>Racionalidad de los actores</b> | Instrumental  | Normativa   | Instrumental  | Normativa   |
| <b>Concepto</b>                    | Modelo  | Modelo  | Modelo  | Modelo  |
| <b>Contexto</b>                    | Relación individuo – estructura   | Globalización   | Globalización   | Organización institucional  |
| <b>Definición</b>                  | Proceso estructural en el que agentes que interactúan en contextos sociales específicos, recursos u objetos que se regulan y un marco normativo o conjunto de reglas que regula y | Una meta que direcciona la actividad, que requiere instrumentos para identificar lo que la sociedad desea que se haga y, luego, examinar los medios para alcanzar las metas colectivas. | Procesos que dan lugar a acuerdos que promueven la cooperación y ayudan a resolver conflictos | La participación de actores y grupos con diferentes pesos y perspectivas, creando una red de relaciones y decisiones en busca de una serie de objetivos relativamente compartidos |

|                  |  |  |                                   |  |
|------------------|--|--|-----------------------------------|--|
|                  | coordina las interacciones a través de la asignación de recursos y definición del mecanismo de monitoreo y sanción del cumplimiento de las reglas. |  |                                   |  |
| <b>Propuesta</b> | Análisis institucional multiagente   | Análisis del funcionamiento del sector público contemporáneo | Análisis del diseño institucional | Análisis de la acción organizacional y gubernamental |

Elaboración propia.<sup>113</sup>

El primer apunte es que independientemente de la perspectiva teórica de estudio, se reconoce que existe un problema analítico para conceptualizar a la gobernanza, puesto que su definición es polisémica, en este sentido se encontraron afirmaciones tales como que cada académico le da una definición conveniente porque es una palabra amplia por las unidades de análisis implicadas, lo cual es cierto y compartimos, pues en el concierto de su definición acude: el Estado, las instituciones y los actores no estatales; esto lo podemos observar en el cuadro presentado.

Otro problema del concepto tiene que ver con el abordaje teórico de cada perspectiva que inserta categorías analíticas que están muy vinculadas con el carácter normativo entre la realidad empírica y lo que establece la teoría, es decir,

<sup>113</sup> Con base en: Arellano Gault, David et al. (2014) "¿Uno o varios tipos de gobernanza? Más allá de la gobernanza como moda: la prueba del tránsito organizacional." Cuadernos de Gobierno y Administración Pública. Vol 1. Núm. 2 México. Pp. 117-137.

González-Chavarría, Alexander. (2014). "Análisis institucional multiagente: el problema de estructuración y agencia en la explicación de la emergencia de estructuras de gobernanza." Revista de Estudios Sociales No. 49. Mayo – Agosto. Colombia. Pp. 190-204.

Held, David y McGrew, Anthony. (2002). Governing Globalization. Power, Authority and Global Governance. Polity Press. Reino Unido.

cualquiera de estos enfoques nos lleva, por un lado, a buscar apreciaciones, evaluaciones y balances sobre un deber ser de la gobernanza y, por otro lado, hacia un análisis concreto sobre cómo es.

En este sentido, encontramos que la propuesta de una visión crítica sobre la gobernanza en estas áreas se reduce a señalar la retórica de un discurso, la complejidad de la globalización y el papel de las instituciones, las fallas de un modelo institucional, las limitaciones de la nueva gestión pública, los alcances de las reformas políticas y administrativas, etcétera.

A partir de esto, resultó significativo establecer una distancia entre el aspecto normativo del concepto y trabajar desde una perspectiva que nos ayude a explicar cómo es y no cómo debería ser la gobernanza. De esta manera, trabajamos con las definiciones de Luis F. Aguilar, autor que ha desarrollado explicaciones críticas sobre la gobernanza.

La globalización de la economía de mercado, la automatización del capital financiero, la revolución tecnológica de la información y comunicación constituyen factores exógenos que han transformado a la sociedad contemporánea en el último siglo. De acuerdo con Luis F. Aguilar (2006), sus efectos más profundos se manifiestan en:

- a) la individualización creciente de la sociedad;
- b) la diferenciación y autonomía de los sistemas de la acción de la sociedad;
- c) el variado tejido de interdependencias (algunas contingentes y otras estables);
- d) la ausencia de un centro general de dirección social efectiva y;
- e) la transterritorialidad de los asuntos más importantes de la vida personal y asociada actual (debilitando la rectoría de los estados y gobiernos).

Todo lo cual es sintomático de una crisis político-fiscal, de tal manera que las transformaciones sociales han planteado, por un lado, la ineficiencia directiva del gobierno y por otro, su insuficiencia directiva. Las capacidades de los Estados para realizar sus funciones básicas han sido puestas en cuestión, así como la calidad institucional de su actuación y la calidad del servicio público. Esta situación puede dar lugar a la ingobernabilidad, esto es la pérdida de legitimidad ante la caída progresiva del consenso social por el descenso progresivo de la eficiencia del gobierno. En este sentido Aguilar (2006) señala que, el peligro de la ingobernabilidad puede ser contenido por la gobernabilidad o la gobernanza:

La cuestión de la (in) gobernabilidad consiste específicamente en la averiguación de los poderes o capacidades que la democracia requiere para estar en aptitud de gobernar a su sociedad, bajo la premisa de que carece de las capacidades gubernativas básicas o de que las que posee son insuficientes, por lo que sobre el gobierno democrático se cierne la ominosa probabilidad de la crisis. (p.62)<sup>114</sup>

Aguilar y Requena<sup>115</sup> subrayan la importancia de distinguirlas una de la otra, puesto que se configuran como vertientes diferentes que intentan dar respuesta a los problemas del entorno ante la capacidad directiva de los gobiernos. Por un lado, la gobernabilidad refiere al modo en el que el gobierno hace uso de sus

---

<sup>114</sup> Aguilar, Luis F. (2006). *Gobernanza y gestión pública*. Sección de Obras de Administración Pública. México. p. 62

<sup>115</sup> Requena, Carlos. *Gobernanza*. (2014). *Reto en la relación Estado – Sociedad*. Biblioteca Gobernanza. Colección Acción Empresarial de LID Editorial Mexicana. México. p. 39. Aguilar, Luis F. (2006: 56-57) (2013: 104)

capacidades directivas, actualiza sus potencialidades y las transforma en acciones que satisfagan las demandas sociales.<sup>116</sup>

Por su parte, la gobernanza es un concepto descriptivo que muestra el hecho de que la dirección de la sociedad trasciende la acción gubernamental, en donde el actor gobierno es un agente integrante, con un papel significativo y decisivo pero ha dejado de ser el actor directivo único puesto que tuvo que integrar a su deliberación y acción a agentes económicos y sociales independientes cuyas acciones no se apegan a lógicas políticas. En este sentido, Aguilar (2006) subraya que:

“[...] varias políticas sociales y servicios públicos han comenzado a llevarse a cabo mediante formas que ya no son exclusivamente gubernamentales, burocráticas, sino que incorporan mecanismos de mercado y de participación de la sociedad y reseña que se introducen formas de asociación y cooperación del sector público con el sector privado y social para atacar problemas sociales endémicos y producir los futuros deseados [...] registra el hecho de que el mismo gobierno ha comenzado a institucionalizar formalmente o a aceptar en la práctica que las organizaciones privadas y sociales se hagan cargo por sí mismas de resolver problemas sociales, atender necesidades de grupos y comunidades, prestar servicios y generar oportunidades, actividades que se consideraban públicas [...] (p.84)<sup>117</sup>

---

<sup>116</sup> *Op. Cit* Luis F. Aguilar (2006). p. 67

<sup>117</sup> *Op. Cit.* Luis F. Aguilar, (2006). p. 84

Esto ha derivado en un desplazamiento del gobierno a la gobernanza. El autor, enuncia tres desplazamientos de la atención cognoscitiva y del ejercicio gubernamental:

1. Se transita del Gobierno al proceso de gobernar: “Gobernanza pública”
2. Se transita del gobernar de la sociedad al gobernar con la sociedad: “Nueva gobernanza pública”
3. Se transita de la gobernanza pública a la gobernanza del sector público: “Gobernanza del Gobierno” o “Gobernanza corporativa pública”.

De esta forma, la gobernanza registra las transformaciones que la dirección de la sociedad experimenta, esta ha cambiado a lo largo de la historia social, asume diversas formas, de ahí que se derive en varios tipos, los cuales dependen de las relaciones que los actores gubernamentales y actores sociales han establecido entre ellos en un tiempo social determinado para atender los asuntos de la vida en común.

Entre los tipos de gobernanza, está la llamada gobernanza por co-gobierno, la cual intuimos es la configuración que mejor se adecúa al orden social que emana de las acciones de los actores sociales de la región fronteriza, la siguiente definición da luz sobre los elementos analíticos a considerar:

Es el modo de gobernarse de la sociedad contemporánea en numerosos asuntos públicos, en razón de la interdependencia que existe actualmente entre los actores sociales y los actores gubernamentales y que es necesaria para que cada uno pueda realizar sus fines, razón por la cual los actores gubernamentales y los sociales manifiestan disposición a dialogar, a concertar, a coordinarse, cooperar y asociarse a través de varias actividades en las que manera conjunta definen y

deciden los objetivos de valía e interés común y las acciones conducentes para realizarlos.(Aguilar, 2019; p.30)<sup>118</sup>

En cuanto al nivel de escala espacial, Aguilar (2013) identifica que la gobernanza transfronteriza tiene lugar:

[...] cuando las poblaciones que colindan territorialmente tienen un interés común en la solución de un problema o el aprovechamiento de una oportunidad que se presenta de manera indivisa, pero que están bajo la soberanía de diferentes estados nacionales territoriales así como diferentes gobiernos que en determinados asuntos deciden y actúan con referencia a instituciones diversas, intereses de poder incompatibles o compromisos políticos internos que impiden los acercamientos y acuerdos. (p.107) <sup>119</sup>

En el caso específico de la región frontera México – Estados Unidos factores como: la capacidad institucional, cultura política, imagen del otro, suficiencia de recursos, participación en varios asuntos fronterizos, son con frecuencia asimétricos. Esta realidad subraya la necesidad de intercambio y colaboración por tanto la cooperación resulta indispensable.

Hemos identificado algunos problemas que ha enfrentado la sociedad contemporánea que han propiciado un desplazamiento del gobierno del Estado a la gobernanza de la sociedad y el papel que desempeñan los agentes (gobierno y

---

<sup>118</sup> Aguilar, Luis F. (2019). El anacronismo del gobierno unilateral y su insuficiencia ante el entramado de las interdependencias de la sociedad actual. En Millán, René. (Coord). Desempeño institucional y agentes políticos en México. UNAM. México. p. 30

<sup>119</sup> Aguilar, Luis F. (2013). Gobernanza transfronteriza: Una observación conceptual. En Aguilar, Luis F. y Barajas Escamilla, María del Rosio (Coords.) Interdependencia, cooperación y gobernanza en regiones transfronterizas. El Colegio de la Frontera Norte. México. p. 107

grupos sociales). Se ha señalado su transformación histórica y se ha reconocido la especificidad contextual en la región fronteriza México – Estados Unidos, nombrada propiamente como gobernanza transfronteriza.

La congruencia teórica y conceptual que advertimos al inicio de este trabajo permitieron consolidar el planteamiento de los objetivos particulares de estudio. En el trabajo posterior, se ven reflejadas estas interconexiones cognitivas a lo largo del desarrollo de la investigación.

Así, este enfoque nos permite observar la manera en la que la gobernanza de la sociedad fronteriza se expresa en las prácticas de cooperación para la atención de problemas de salud o de acciones referidas a la salud comunitaria y el resultado de estas.

#### 1.2.4. Elementos para una aproximación conceptual de la *salud pública fronteriza*

Una de las primeras discusiones que trajimos a la investigación es concerniente a la importancia de conceptualizar la salud fronteriza, pues ya señalábamos que ésta no ha sido definida conceptualmente a pesar de que comúnmente su uso es indistinto. Al mismo tiempo, el término es empleado con la misma imprecisión en documentos oficiales de los gobiernos nacionales tanto de México como de Estados Unidos, al igual que en numerosas investigaciones académicas, su utilización carece de rigor analítico y en ocasiones parece confundirse e interpretarse como una simple extensión de la salud pública.

Justamente el objetivo de este apartado es plantear los aspectos analíticos que nos permiten proponer una definición de *salud pública fronteriza*. No es posible lograr esta tarea sin una claridad consensuada sobre la salud y la comprensión de los procesos de salud, enfermedad, atención s/e/a que dan cuenta

de las necesidades y condiciones sociales de la salud de las poblaciones fronterizas desde una visión que considere factores biosociales. Así, antes de llegar a tal nivel de precisión fue necesario partir de una base conceptual más amplia que nos sugería comprender qué es la salud.

#### 1.2.4.1. La salud desde una perspectiva biosocial

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es definida como *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*<sup>120</sup>. En el Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata de 1978, no solo se reitera dicha definición sino que además se subraya que es:

[...] un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud. (Alma Ata, 1978)<sup>121</sup>

Desmontando la vulgar idea de que la ausencia de enfermedad es sinónimo de salud, la OMS establece que por enfermedad debe entenderse como “la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por

---

<sup>120</sup> Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

<sup>121</sup> Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma-Ata. Almaty. 1978. Recuperado el 31 de Mayo de 2020, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.”<sup>122</sup>

En este sentido, Justo Senado Dumoy (1999) explica que:

Salud y Enfermedad no son polos opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo frente al medio, los Modos y Estilos de Vida son influidos y a la vez influyen en la actividad del hombre como ser social, por lo tanto los Modos y Estilos de Vida desarrollados por la sociedad y los individuos, influirán positiva o negativamente como elementos benefactores o perjudiciales (de Riesgo). La salud está pues en dependencia de los hábitos y costumbres que a diario se practican y del resultado de las acciones y los esfuerzos que también durante su vida cada cual hace por cuidarla y mejorarla. (p.456)<sup>123</sup>

En su definición Dumoy sintetiza todos los elementos que habremos de esbozar en este apartado: las necesidades de salud, las condiciones de salud, los determinantes sociales de la salud y la respuesta social organizada.

Para la comprensión de los fenómenos asociados a la salud y la enfermedad, existen dos grandes perspectivas. Por un lado, la biomédica que vincula los fenómenos que afectan la salud a hechos de carácter biológico y, por otro lado, la

---

<sup>122</sup> Organización Mundial de la Salud [Página principal en Internet]. Ginebra; c2020 [citado 7 Jun 2020] OMS Temas de salud: Atención primaria de salud [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es](https://www.who.int/topics/primary_health_care/es)

<sup>123</sup> Senado Dumoy, Justo. Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 1999. p. 456. Recuperado en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000400019&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400019&lng=es&tlng=es).

biosocial que considera factores socioculturales para el entendimiento de la enfermedad.

La perspectiva biosocial trabaja las causalidades de la salud y enfermedad a partir del reconocimiento de la sobredeterminación de múltiples factores socioculturales asociados a las condiciones de salud y enfermedad por lo que se centra en el contexto relacional.

En este sentido, Julio Frenk (1994) explica que:

[...] la salud constituye un espacio para el encuentro entre la naturaleza humana y su organización social. Biología y sociedad se revelan y se reflejan en la salud. Claramente, la salud se expresa en el cuerpo de individuos concretos. Son personas de carne y hueso las que pasan por los procesos vitales de la salud —el nacimiento, el crecimiento, el desarrollo, el equilibrio con el entorno, la enfermedad, el dolor, el sufrimiento, la muerte—. Ahí radica la profunda raíz biológica de la salud. Pero estos procesos no ocurren en el vacío, sino que suceden en una matriz social, económica, política y cultural. (p.26)<sup>124</sup>

De tal manera que la salud está influida por el medio ambiente, herencia genética, y más importante, las circunstancias socioeconómicas. Todos estos factores interactúan de forma compleja dando como resultado un conjunto de

---

<sup>124</sup> Frenk, Julio. La salud de la población: 0 (La Ciencia Para Todos) (1994). (Spanish Edition) (p. 26). Fondo de Cultura Económica. Edición de Kindle.

disparidades en salud asociadas al estatus económico, clase social, grupo étnico, género, vulnerabilidad etaria, entre otros.

Así, la perspectiva biosocial exige identificar y analizar las causas estructurales, sitúa a los sujetos sociales dentro de la estructura social, económica, política y cultural en la que contraen enfermedades, se atienden o mueren. Permite comprender las causalidades y cuestionar las acciones de salud pública que actúan sobre las causas inmediatas ignorando o discriminando los factores socioculturales y las causas estructurales.

Habiendo llegado aquí, es necesario detenernos en definir lo que consideraremos como salud pública, puesto que sabemos, es un concepto complejo y a la vez ambiguo que requiere de precisión y matices.

#### 1.2.4.2. La base conceptual de la salud pública

Así, una vez apuntados los elementos que definen a la salud, esbozaremos qué significado tiene la salud pública. Comenzaremos señalando que a lo largo de su desarrollo histórico el término ha sido usado bajo distintas connotaciones, comúnmente identificado con la acción gubernamental en el sector público, la participación del gobierno o el de la comunidad organizada en el sector público.

Frecuentemente la acepción es confundida con los servicios no personales de salud, el ambiente y la colectividad así como con los servicios personales preventivos. Al mismo tiempo, a menudo se utiliza como lenguaje común para referirse a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad. O bien, se emplea para hacer una diferenciación entre el sector público y privado responsables de proveer la atención a la salud.

Frenk explica que esto se debe a que en algunos países industrializados se ha desarrollado la tendencia a que el sector privado preste la mayor parte de los

servicios terapéuticos personales, mientras que el sector público ha asumido la responsabilidad de los servicios preventivos y no personales, los cuales suelen ocuparse de problemas que se producen con alta frecuencia. Ello ha reforzado la noción de la salud pública como subsistema separado de servicios, proporcionado por el Estado y paralelos a la corriente principal de la medicina curativa de alta tecnología.

Como vemos, el punto de mayor atención recae en el adjetivo *pública*, el cual de acuerdo con Frenk: "[...] no significa un conjunto de servicios en particular, ni una forma de propiedad, ni un tipo de problemas, sino un nivel de análisis, a saber, el nivel poblacional."<sup>125</sup>

El autor argumenta que la salud pública adopta una perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones. Y esclarece las razones que han llevado a que en su definición se perdiera con frecuencia la esencia de su nivel de análisis haciendo un recorrido por la evolución de la Salud Pública Tradicional de frente a la Nueva Salud Pública, sobre la cual hablaremos más adelante.

El nivel de análisis de la salud pública referido al individuo o población guarda una tipología que permite identificar claramente a los individuos o partes de individuos y el nivel agregado de grupos o poblaciones, con base en ello es posible estudiar las condiciones, necesidades y determinantes sociales de la salud.

El campo de la salud, como ciencia y como ámbito para la acción, analiza dos grandes objetos, por un lado las condiciones referidas a los procesos de carácter biológico, psicológico y social que definen la situación de salud en un individuo o una población; y por otro lado, la respuesta externa que la sociedad instrumenta

---

<sup>125</sup> *Ibidem* p.41

para mejorar las condiciones de salud. En este sentido, Oliva López Arellano, Esteban Puentes Rosas y Sergio López Moreno (2010) explican que:<sup>126</sup>

[...]la salud pública es, en primer lugar, un campo inter y transdisciplinario de saberes organizados para comprender y explicar la génesis y evolución de las condiciones de salud poblacional y, en segundo término, el conjunto de acciones desplegadas por la sociedad con objeto de crear, mantener y perfeccionar las condiciones necesarias para que la población permanezca sana o recupere la salud. (p.24)<sup>127</sup>

En cuanto a la confluencia de saberes, Frenk justifica la necesidad de integración interdisciplinaria en aras de la Nueva Salud Pública, pues señala que ésta: "[...] puede definirse como la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta al estudio de los fenómenos de salud en poblaciones humanas."<sup>128</sup>

Con relación al ámbito para la acción, el autor señala que “[...] el concepto moderno de salud pública va más allá de dicotomías fragmentarias, tales como servicios personales versus ambientales, preventivos versus curativos, o públicos versus privados. La Nueva Salud Pública se refiere a los esfuerzos sistemáticos para la identificación de las necesidades de salud y la organización de servicios integrales con una base definida de población.”<sup>129</sup>

---

<sup>126</sup> Este documento es resultado de un proyecto de investigación entre la Universidad Autónoma de México, Unidad Xochimilco y la Secretaría de Salud, cuyo objetivo principal es identificar los principales retos nacionales en materia de salud pública, documentar los avances de algunos de los programas de salud pública más importantes puestos en marcha en el país y señalar las tareas necesarias para su fortalecimiento.

<sup>127</sup>Universidad Autónoma Metropolitana. (2010). Observatorio de Salud Pública en México. México. P. 24.

<sup>128</sup> *Ibidem* Frenk. P. 42

<sup>129</sup> *Ibidem* Frenk. P. 52

Para Frenk, existen tres componentes analíticos de la salud pública:

- a) las necesidades de salud,
- b) los servicios que satisfacen, esas necesidades y,
- c) los recursos que se requieren para producir dichos servicios.

Por necesidad de salud se entiende como una situación que debe ser satisfecha, a su vez, ésta es un subconjunto de las condiciones de salud, tales como: el nacimiento, el crecimiento, el desarrollo, la reproducción, el bienestar, la disfunción, el dolor, la enfermedad, la incapacidad o la muerte. Frenk (1994) señala que:

De este universo, cada sociedad, en cada momento histórico, define un subconjunto para el cual se propone ofrecer atención. Sólo cuando socialmente se especifica que una condición requiere de atención, dicha condición se convierte en una necesidad de salud. En consecuencia, el concepto de necesidad se construye socialmente. Desde luego, la sociedad puede no mostrarse homogénea a este respecto. Varios grupos pueden diferir en su definición de una misma condición como necesidad. (p.60)<sup>130</sup>

Aunado a las condiciones de salud, los determinantes sociales inciden en la salud de los individuos y las poblaciones, de ahí que la enfermedad esté dotada de un significado social pues cualquier fenómeno de salud sucede dentro de un sistema social cuya estructura económica, instituciones políticas, ciencia y tecnología, cultura e ideología son pulsantemente distintas en contraste con otros.

---

<sup>130</sup> *Op. Cit.* Julio Frenk. p. 60

Todo ello forma parte de los determinantes estructurales del proceso de salud y enfermedad: “juntos, restringen la variación de un conjunto de determinantes próximos, a saber: las condiciones de trabajo, las condiciones de vida, los estilos de vida y el sistema de atención a la salud.”<sup>131</sup>

Las actuaciones sobre los determinantes sociales de la salud están contenidas en la respuesta social organizada de la salud de la población, nos enfocaremos en comprenderla desde la configuración de los sistemas nacionales de salud.

#### 1.2.4.3. La respuesta social organizada de la salud pública

Los sistemas nacionales de salud forman parte de la respuesta social organizada a las necesidades de salud. Sus componentes centrales son la población, los prestadores de servicios y el mediador colectivo quien generalmente es el Estado, constituyéndose así como el actor más preponderante dentro del sistema.

En este sentido, el Estado es considerado como la organización política total de una sociedad. Son diversos los motivos por los cuáles la participación del Estado en el sistema de salud es relevante y necesaria, entre ellos contamos: los determinantes sociales, económicos y políticos así como principios normativos.

De tal manera que participa a través de las instituciones de gobierno que proporcionan los vehículos administrativos, legislativos y judiciales para el ejercicio de la autoridad y el poder públicos.<sup>132</sup> Es importante señalar que existen otras instancias públicas que si bien no están directamente relacionadas con el sistema de salud, se vinculan indirectamente con él, por ejemplo las dependencias

---

<sup>131</sup>*Ibid* p. 79

<sup>132</sup> *Ibidem* Frenk. P. 106

gubernamentales encargadas del presupuesto público, la recolección de impuestos y el cumplimiento de la ley.<sup>133</sup>

Las modalidades principales de intervención del Estado son las siguientes: regulatoria, financiera y como prestador directo de servicios. De acuerdo con Frenk, es preciso identificar “la base de la relación del Estado con la población y sus organizaciones” porque esta se da a través de los principios que el propio Estado establece para regular el acceso de distintos grupos a los servicios de salud. Dicha regulación encuentra su base en cuatro principios: el poder de compra, la pobreza, la prioridad socialmente percibida, la ciudadanía.

Precisamente, lo que distingue sustancialmente un sistema nacional frente a otro es la manera en la que encarna su definición de salud, la manera en la que operacionaliza su respuesta, el papel del Estado en conjunto con otros actores.

#### 1.2.4.4. El marco analítico de la salud comunitaria

No es extraño encontrarnos de nuevo con el señalamiento inicial de que la salud comunitaria es un término impreciso que involucra una vasta diversidad de prácticas y depende de la multidisciplinariedad.

Gofin y Gofin argumentan que la salud individual y la salud comunitaria están determinadas por la interacción de factores personales, familiares, por el ambiente socioeconómico-cultural y físico<sup>134</sup>. En tanto que Restrepo-Vélez precisa que la salud comunitaria incluye un pensamiento social de la salud, que tiene en cuenta la esfera social en que se producen los fenómenos de salud-enfermedad en

---

<sup>133</sup> *Op. Cit.*, P. 108

<sup>134</sup> Gofin J, Gofin R. (2010). *Essentials of global community health*. Sudbury. MA: Jones & Barlett Learning;

los niveles microsociales y macrosociales; por lo que debe integrar la participación de las comunidades, instituciones y restantes sectores en la toma de decisiones<sup>135</sup>.

De acuerdo con Cotonieto-Martínez E y Rodríguez-Terán R, hablar de salud comunitaria implica la consideración de diversos pilares, enfoques e instrumentos de los niveles de atención y su relación con la atención primaria y las políticas públicas. El énfasis está en el actuar, la incorporación y homogenización de la práctica en el sector comunitario.

Los autores señalan que el término no solo se refiere a un estado de salud de una comunidad, sino que se intenta indicar que los actores involucrados "hacen" salud comunitaria pues trabajan de manera conjunta para incrementar el estadió de sanidad de una sociedad o colectivo. Con base en todas estas consideraciones, precisan que la salud comunitaria es:

“[...] un enfoque a través del cual se implementan estrategias orientadas a intervenir en el proceso salud-enfermedad-atención de una comunidad en específico; siendo primordial este último aspecto ya que el diseño, implantación y seguimiento de las estrategias a utilizar deberán considerar las necesidades y participación de los miembros de dicha comunidad. Es decir, se deberán considerar diversos factores sobre la génesis y mantenimiento de factores de riesgo en diferentes niveles: individual,

---

<sup>135</sup> Restrepo-Vélez O. (2003). Salud comunitaria: ¿concepto, realidad, sueño o utopía? Avances en Enfermería. 2003;21(1):49-61. DOI: 10.15446/av.enferm

colectivo, cultural, estructural, entre otros.(Cotonieto y Rodríguez, 2021; p. 393)<sup>136</sup>

Los pilares de la salud comunitaria constituyen los cimientos ideacionales que pretenden guiar las acciones en este ámbito de participación de la comunidad, en el siguiente cuadro se detallan cada uno de esos elementos.

*Tabla 7. Pilares de la salud comunitaria.*

| Elementos                                  | Características   |
|--|---|
| <b>Enfoque en la comunidad</b>             | Los mismos habitantes de la comunidad deben ser los beneficiados y se les debe asignar un grado de participación dentro de las acciones comunitarias  |
| <b>Abordaje multisectorial</b>             | Debe incluir la participación activa de instituciones gubernamentales, privadas y de la sociedad en general   |
| <b>Participación comunitaria</b>           | La participación de la comunidad debe ser diseñada, planificada y dosificada para lograr que los ciudadanos efectúen las actividades de salud   |
| <b>Modelos integrados para la atención</b> | Las acciones deben estar integradas con las redes de atención institucionales para poder identificar y ejecutar actividades que permitan la prevención, promoción y atención de las necesidades comunitarias en materia de salud de manera equitativa, eficiente y de calidad |

<sup>136</sup> Cotonieto-Martínez E, Rodríguez-Terán R. Salud comunitaria: Un revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. JONNPR. 2021;6(2):393-410. DOI: 10.19230/jonnpr.381

|   |   |
|---|---|
| <b>Trabajo basado en equipos multidisciplinares</b> | Cada proyecto para implementar debe ser un esfuerzo de diversos agentes profesionales involucrados; en la que se compartan responsabilidades y se distribuya de manera adecuada la carga de actividades “como un todo articulado” para que se garantice la prestación de servicios de salud de manera organizada. |
|---|---|

Elaboración propia con base en Cotonieto-Martínez E, Rodríguez-Terán R. Salud comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria.<sup>137</sup>

Los enfoques más influyentes en la salud comunitaria son en determinantes de salud, de competencia y conductual (estilo de vida). En cuanto a los niveles de acción se cuentan: la prevención, promoción y atención en salud, se pueden vincular y no son mutuamente excluyentes.

*Tabla 8. Niveles de acción de la Salud Comunitaria.*

| Salud comunitaria |  |  |
|-------------------|--|--|
| Niveles de acción | Características  | Instrumentos   |
| <b>Prevención</b> | Actividades que permiten a las personas poseer estilos de vida saludables<br><br>Faculta las comunidades para elaborar y afianzar ambientes en los que se promueve la sanidad y disminuyan los riesgos a padecer alguna enfermedad | Talleres, pláticas informativas, campañas y difusión de información, campañas de vacunación, diagnóstico precoz, autoexamen, autoexploración, cribado. |
| <b>Promoción</b>  | Poner al alcance de la comunidad los medios  | Educación para la salud  |

<sup>137</sup> Cotonieto-Martínez E, Rodríguez-Terán R. (2021). Salud comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. JONNPR. 2021;6(2):393-410. DOI: 10.19230/jonnpr.3816

|                          |  |  |
|--------------------------|--|--|
|                          | necesarios para incrementar su salud y desempeñar un mayor control referente a la misma; para ello debe ser capacitado para poder reconocer y consumir sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. | Folletos y volantes<br><br>Difusión de información de interés a través de distintos medios y formatos de comunicación  |
| <b>Atención en salud</b> | Actividades asistenciales, diagnosticas, terapéuticas y de rehabilitación específicas de los distintos grupos de edad, sexo y grupos de riesgo   | Según las necesidades y características de la población, los instrumentos variarán y serán diversos. Por lo que pueden utilizarse todos aquellos que estén orientados a la detección y priorización de las necesidades y problemas de salud en comunidad tales como intervenciones y programas orientados a mejorar la salud en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos. |

Elaboración propia con base en Cotonieto-Martínez E, Rodríguez-Terán R. Salud comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria.<sup>138</sup>

Como podemos observar en el cuadro, la atención primaria se suscribe como uno de los niveles de acción de la salud comunitaria que mayores implicaciones directas tiene para la salud pública.

<sup>138</sup> Cotonieto-Martínez E, Rodríguez-Terán R. Salud comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. JONNPR. 2021;6(2):393-410. DOI: 10.19230/jonnpr.3816

#### 1.1.1.1. La atención primaria y la salud comunitaria

En 1978 se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud en Alma-Ata dando lugar a un nuevo paradigma para la salud pues en su declaración se hacía un llamado a la cobertura universal de los servicios de salud en el primer nivel de atención y su desarrollo como parte de los sistemas nacionales de salud. En su definición se considera que:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y aun coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud y el lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.<sup>139</sup>

Esta Conferencia, no solo fue precursora de los principios de la atención primaria de la salud sino que además contemplaba la participación de gobiernos,

---

<sup>139</sup> Alma-Ata, (1978).Op Cit. Art. VI

organizaciones nacionales e internacionales en la cooperación técnica y la ayuda para su desarrollo.

Años más tarde, en la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Canadá dio como resultado la reconocida “Carta de Ottawa” cuya finalidad destacada era abrir la discusión hacia una nueva conceptualización de la salud pública y la promoción de la salud, también ahí se enfatiza la participación de otros actores:

Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.<sup>140</sup>

Estos antecedentes demuestran que el consenso logrado sobre la participación de distintos actores de la sociedad evidencia un llamado a lo comunitario. En este sentido, De Peray et. al. argumentan que la atención primaria y la salud pública son actores clave en el "entorno sanitario" para llevar a cabo la salud comunitaria.

---

<sup>140</sup> OMS. Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá. Asociación Canadiense de Salud pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Canadá. 1986.

Por lo tanto, la salud comunitaria debe articularse como un objetivo del sistema nacional de salud puesto que su respuesta recae en los servicios sanitarios/salud del primer nivel de atención, esto es, la atención primaria a nivel individual y la salud pública a nivel poblacional. Las autoras señalan que ambas deben complementarse y coordinarse en actividades y procesos para la mejora del nivel de salud de las comunidades a nivel local, así destacan que es necesaria la intersectorialidad y al mismo tiempo:

[...] las estructuras, servicios y agentes de salud pública que estén fuera de los servicios sanitarios. Para ampliar los servicios de Atención Primaria con estrategias de salud comunitaria, las habilidades en Salud Pública deben complementarse también con habilidades de comunicación y dinamización comunitaria.<sup>141</sup>

La acción comunitaria requiere de la coordinación entre niveles asistenciales dentro de los sistemas de salud durante las distintas fases del proceso s/e/a. Las autoras explican que la acción comunitaria es difícil e ineficiente si no hay una buena coordinación entre todos los servicios que proveen servicios a la comunidad específica, son necesarias las sinergias en el nivel comunitarios, los roles, liderazgos y relaciones, las decisiones a nivel político, técnico, gerencia y comunitario, la orientación comunitaria debe ser presentada claramente y conocida por todos los implicados.

La participación de actores no sanitarios, es decir de la comunidad en general demanda corresponsabilidad e implicación de distintos agentes, es

---

<sup>141</sup> De Peray Josep, Forcada Carmen, Gofin Jaime, Montaner Isabel, Pasarín María Isabel. (2010). Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria. pp 23-27

necesario garantizar la participación de esos actores en las diferentes tomas de decisión comunitarias las cuales implican la detección de necesidades, priorización y determinación de acciones.

La discusión anterior fue llevada a la mesa en 2017 en el marco de la Reunión de Expertos en Salud Comunitaria "Definición de la Salud Comunitaria en el Siglo XXI" llevada a cabo en Washington D.C. Ahí se discutió de qué manera los enfoques de salud comunitaria podrían ser aplicados para satisfacer las necesidades de salud de América Latina y el Caribe en el siglo XXI, considerando que a pesar de que se registraba un aumento en la esperanza de vida, ello no se reflejaba en un aumento de la calidad de vida, al mismo tiempo en el que otras condiciones de salud comenzaban a generar preocupación en el seno de la OPS.

A lo largo de la reunión se presentaron diversos estudios que dieron cuenta de la evolución de la salud comunitaria en ALC, de ello destacamos lo siguiente. Las comunidades de la región ya no están definidas por su ubicación geográfica o física, ello encuentra relación con lo que se ha venido advirtiendo desde la perspectiva del enfoque territorial del desarrollo que ya hemos abordado.

Por otro lado, las comunidades han tendido que proporcionar soluciones diferentes a aquellas planteadas por el sistema de salud, sus prácticas evolucionan más rápido que los gobiernos y sus políticas sociales. Así mismo, han comenzado a asumir el papel de agentes de cambio y centros de poder político. Dada la cercanía a los procesos de s/e/a, han logrado mantener el conocimiento sobre sus necesidades y plantear soluciones locales.

No obstante tales virtudes reconocidas en dicho foro, se llegó a la conclusión de que los enfoques de salud comunitaria deben:

- Ir más allá de abordar espacios tradicionales (ej. geográficos o físicos)

- Pasar de la atención episódica a la atención poblacional y comunitaria equipos modernos de salud familiar
- Promover la participación *activa* y el empoderamiento de la comunidad en salud
- Considerar los factores de riesgo sociodemográficos, conductuales y psicosociales de la mala salud en los entornos en los que se producen
- Tener en cuenta el papel emergente de la tecnología
- Promover la acción intersectorial y el dialogo entre el gobierno local, profesionales de salud y otros, y representantes de la comunidad
- Trabajar para empoderar a los individuos y a las familias
- Cubrir el curso de vida
- Estar basados en mecanismos de rendición de cuentas: ¿Cuánto hicimos? (cantidad) ¿Qué tan bien lo hicimos (calidad); ¿Hay alguien que mejoró? (impacto)

#### 1.2.5. Una propuesta para la definición de la salud pública fronteriza

Una de las primeras discusiones que trajimos a la investigación es concerniente a la importancia de conceptualizar la salud fronteriza, pues ya señalábamos que ésta no ha sido definida conceptualmente a pesar de que comúnmente su uso es indistinto. Al mismo tiempo, el termino es empleado con la misma imprecisión en documentos oficiales de los gobiernos nacionales tanto de México como de Estados Unidos, al igual que en numerosas investigaciones académicas, su utilización carece de rigor analítico y en ocasiones parece confundirse e interpretarse como una simple extensión de la salud pública.

Justamente el objetivo de este apartado es plantear los aspectos analíticos que nos permiten proponer una definición de salud pública fronteriza. No es posible lograr esta tarea sin una claridad consensuada sobre la salud y la comprensión de los procesos de salud, enfermedad, atención s/e/a que dan cuenta de las necesidades y condiciones sociales de la salud de las poblaciones fronterizas desde una visión que considere factores biosociales. Así, antes de llegar a tal nivel de precisión fue necesario partir de una base conceptual más amplia que nos sugería comprender qué es la salud.

A partir de la revisión de los trabajos que constituyen el Estado de la Cuestión de esta investigación identificamos que el binomio (salud pública) + (fronteriza) es utilizado indistintamente para referirse a un conjunto de elementos que se asocian a la salud de la población fronteriza de la región México – Estados Unidos. Su uso impreciso parece presentarse como sinónimo, equivalencia y semántica de: salud binacional, salud pública binacional, salud pública fronteriza, salud de la frontera, salud en la frontera, entre otros; hemos identificado que de dicha literatura solo dos autoras apuntan esta generalidad.

De acuerdo con Nelly Salgado de Snyder en la narrativa académica y política, la salud fronteriza es un término que se utiliza de manera indistinta e imprecisa para referirse a la salud de la población de la región fronteriza, no existe un consenso sobre su definición conceptual. La autora precisa que su conceptualización es importante para formular acciones en torno a ella, en este sentido, identificamos que sus consideraciones giran en torno a definirla en el marco de la salud y las políticas públicas.

Por su parte, Julie Collins-Drogul señala que la salud fronteriza es una “frase” comúnmente utilizada para identificar y describir proyectos de salud pública, la autora argumenta que desde una perspectiva sociológica la difusión y adopción del lenguaje organizacional indica legitimidad. En este sentido, podemos

intuir que su argumento tiene relación con la propia existencia de la Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos. Sin embargo, la autora no sugiere alguna propuesta interpretativa que enuncie elementos analíticos que permitan definirla en los límites del propio enfoque empleado para aproximarse al problema.

No obstante, las afirmaciones de Salgado de Snyder y Collins-Drogul coinciden con nuestra apreciación sobre este tremendo descuido. A pesar de que ambas autoras apuntan esta dolencia, su propia conceptualización sobre la salud fronteriza no es clara.

Intuimos que esto es así por la diversidad de marcos interpretativos a través de los cuales, desde distintas disciplinas, se ha abordado el estudio de la salud de la población fronteriza ya sea como su objetivo principal o secundario. Por otro lado, no hemos observado un movimiento transdisciplinar de las ciencias sociales hacia las ciencias de la salud y viceversa que con base en distintas herramientas analíticas propias, converjan en un mismo estudio de este fenómeno social.

Por esta razón, asumimos el compromiso de aproximarnos a espolear los elementos analíticos básicos que se deberían discutir para reconstruir su conceptualización. No se trata de plantear una nueva concepción de la salud, sino de acentuar por un lado, su carácter territorial apoyándonos de las herramientas analíticas del enfoque territorial del desarrollo y, por otro lado destacar en su definición, la particularidad de las condiciones de salud que caracterizan a las poblaciones fronterizas de la región México – Estados Unidos.

Con base en los elementos argumentativos que hemos explicado, consideramos que la salud pública fronteriza debe emplearse cuando menos para referirse a la salud de la población de las regiones fronterizas, destacando el carácter territorial del entorno socio ambiental en que habitan.

*"La enfermedad es una metáfora  
que nos permite entender cómo funciona una sociedad"*

Susan Sontag<sup>142</sup>

## Capítulo 2. La salud pública fronteriza de Tijuana, Baja California – San Diego, California 2000 – 2016

El objetivo del presente capítulo es presentar un análisis sobre la salud pública de la región fronteriza Tijuana, Baja California – San Diego, California, con base una contextualización de carácter histórica con respecto al panorama sobre la evolución de la cooperación en materia de salud pública fronteriza.

Este análisis persigue el objetivo específico de analizar el surgimiento y evolución de relaciones de cooperación en materia de salud pública en las distintas escalas y niveles territoriales de la región fronteriza México – Estados Unidos con el propósito de develar o no la existencia de algún tipo de comunidad de prácticas.

### 2.1. Panorama histórico de la cooperación transfronteriza para la salud pública de la región fronteriza México – Estados Unidos

Existen muy pocas investigaciones que se inscriben en la línea de investigación de nuestro interés. Ya sea de manera específica en cuanto a la evolución histórica de la cooperación transfronteriza en materia de salud o de manera general con respecto a la evolución histórica de acciones de salud pública en la región fronteriza Baja California – California.

Debido a ello, la decisión metodológica inicial nos llevó a rastrear evidencias de cooperación en la materia desde finales del siglo XIX al XXI, establecimos relaciones de sentido analítico entre la dimensión temporal y territorial, es decir, esbozamos un relato sobre el origen y desarrollo de acciones de cooperación en salud que estuviesen directa o indirectamente relacionadas a la

---

<sup>142</sup> Sontag, S. (2001). La enfermedad y sus metáforas. Ediciones Alfaguara. p.83

salud fronteriza a partir de tres niveles de escalas territoriales: internacional, binacional y transfronterizo.

#### 2.1.1. Una perspectiva desde las acciones de cooperación para la atención de problemas de salud pública fronteriza

El esquema analítico de esta revisión se desarrolló de la siguiente manera: en primer lugar, relatamos el acontecer de la cooperación internacional con el origen de la Unión Panamericana en 1889 hasta las iniciativas de la Organización Mundial de la Salud en el 2008 con la creación de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, posteriormente, abordamos el nivel binacional con el establecimiento de la Oficina Fronteriza México – Estados Unidos de la Organización Panamericana de la Salud, hasta el establecimiento de la Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos y finalmente; en el nivel transfronterizo con los inicios de la salud pública en la región de Baja California – California a partir de la modernización de San Diego y el Puerto de Ensenada.

El siguiente cuadro resume el análisis que presentamos en una primera parte de esta revisión histórica sobre el surgimiento de organismos y acciones de cooperación en materia de salud pública en las distintas dimensiones socio territoriales de estudio a lo largo del siglo XIX – XXI.

Tabla 9. Cooperación en materia de salud pública.

| Temporalidad | Dimensiones socioterritoriales  |  |  |
|--------------|---|--|--|
|              | Internacional   | Binacional   | Transfronterizo  |
| 1885 – 1900  | - Conferencias Internacionales Americanas<br>- Policía Sanitaria Continental<br>- Comisión de Reglamentos Sanitarios<br>- Oficina Sanitaria Internacional Americana | Se aplicaban las resoluciones, recomendaciones, acuerdos y convenciones de la Oficina Sanitaria Internacional Americana          | - Reglamentos Sanitarios<br>- Ordenanzas                             |
| 1900 – 1915  | Se suspendieron las Conferencias Internacionales Americanas debido a la IGM   | Se suspendieron las Conferencias Internacionales Americanas debido a la IGM  | - Reglamentos Sanitarios<br>- Ordenanzas                             |
| 1915 – 1930  | - Oficina Sanitaria Panamericana<br>- Conferencias Sanitarias Panamericanas   | Se reactivan las actividades de las Conferencias Internacionales Americanas y con ello las Conferencias Sanitarias Panamericanas | - Reglamentos Sanitarios<br>- Ordenanzas                             |
| 1930 – 1945  | - Organización de Naciones Unidas   | - Oficina Fronteriza México – Estados Unidos de la Organización Panamericana de la Salud (Oficina de Campo)                      | - Asociación Fronteriza Mexicano Estadounidense de Salud             |
| 1945 – 1960  | - Organización Mundial de la Salud<br>- Organización Panamericana de Salud<br>- Oficina Regional para Las Américas  | Acciones de la OMS /OPS  | Acciones de la AFMES   |
| 1960 – 1975  | - Organización de los Estados Americanos  | Acciones de la Oficina de Campo  | Acciones de la AFMES   |
| 1975 – 1990  | Acciones de la OMS/OPS  | Acciones de la Oficina de Campo  | - Conferencia de Gobernadores Fronterizos                            |
| 1990 – 2005  | - Comisión de Determinantes Sociales de la Salud  | - Comisión de Salud Fronteriza México - Estados Unidos<br>- Grupo de Trabajo Técnico Binacional de la Región Fronteriza          | - Ciudades Hermanas Seguras y Saludables                             |
| 2005 – 2016* | Acciones de la OMS  | Acciones de la CSFME   | Acciones de los actores internacionales, nacionales y subnacionales. |

Como se puede observar en el cuadro anterior donde se resume el análisis los primeros hallazgos de este trabajo, en el nivel transfronterizo del período comprendido entre 1885 – 1930 las acciones dirigidas a la atención de los problemas de salud pública de la región estaban contenidas en reglamentos sanitarios y ordenanzas, esto tiene que ver con las condiciones de Baja California y California como entidades administrativas, esta observación secundaria parecía no tener una relación directa con el acontecer de la cooperación transfronteriza en materia de salud, sin embargo, dada la escasa información e investigaciones al respecto, se decidió indagar en el Archivo Histórico del Instituto de Investigaciones Históricas de la Universidad Autónoma de Baja California, motivadas por el interés específico de nuestra investigación.

Si bien no encontramos material sustantivo sobre la cooperación transfronteriza propiamente, tuvimos a bien la oportunidad de analizar distintos

oficios<sup>143</sup> de médicos de San Diego que prestaron sus servicios para atender a ciudadanos en Baja California solicitando el pago de sus honorarios a la Jefatura Política del Distrito Norte de la Baja California.

Dichos documentos, al ser el único registro sobre estos intercambios de servicios, sirvieron como referente para analizar las condiciones de la salud pública en el período del porfiriato, lo cual develó la importancia de remitirnos a un tiempo mucho más anterior.

Como resultado, encontramos una relación entre el proceso de transformación de las entidades fronterizas a unidades político-administrativas con el proceso de institucionalización de la salud pública y la consolidación de los sistemas nacionales de salud. Este contexto histórico e institucional da cuenta de las vicisitudes entorno a la atención sobre las problemáticas de salud y la respuesta de cooperación transfronteriza.

Dichos hallazgos develaron la pertinencia de integrar en nuestro análisis estos elementos. No obstante, identificamos que la importancia de dicha narrativa encuentra un mayor sentido en un tratamiento a parte y en extenso en un tercer capítulo, puesto que dicha relación causal explica mejor el desarrollo de la salud pública y la configuración de los sistemas nacionales de salud que los intereses y motivaciones particulares de los actores sociales para establecer relaciones de cooperación.

Así, la contextualización histórica de nuestro problema de investigación está constituida por un marco de referencia general que estudia el surgimiento y la evolución de acciones de cooperación en materia de salud pública en el nivel de escala territorial: internacional, binacional y local.

---

<sup>143</sup> Ver anexos.

#### 2.1.1.1. Cooperación internacional

La presente revisión histórica inicia en el siglo XIX, el punto de partida fue el origen de la Unión Panamericana en 1889, el antecedente de la creación de la Organización Panamericana de Salud (OPS), la primera organización internacional del hemisferio occidental en su tipo.

La Unión Panamericana surge en el contexto de la *Doctrina Monroe* durante un período que muchos historiadores definen como *Panamericanismo*. Se recordará que la Doctrina Monroe reflejaba la preocupación de Estados Unidos por una posible invasión territorial de la Santa Alianza (Prusia, Austria y Rusia) en las costas occidentales y la reconquista de colonias españolas en el continente americano por las potencias europeas.

De tal modo que, a través de esta doctrina, Estados Unidos buscaba establecer las bases de su hegemonía en el continente. Así, el Panamericanismo fue un proyecto de integración, un "...modelo de ideología de integración económica, política y cultural de los países americanos bajo la hegemonía de los Estados Unidos de Norteamérica de conocida inspiración monroista [...]"<sup>144</sup>

El sistema de la Unión Panamericana o Sistema Panamericano dio lugar a las Conferencias Internacionales Americanas, también conocidas como Conferencias Panamericanas, las cuales tuvieron distintos objetivos de acuerdo con los intereses políticos y económicos de los países involucrados, uno de esos temas fue el de la salud continental. En total fueron ocho las Conferencias Internacionales Americanas y se llevaron a cabo entre los años de 1889 a 1938 en distintos países sedes.

---

<sup>144</sup> Horacio Cerutti y Mario Magallón. (2000). Diccionario de filosofía latinoamericana. Universidad Autónoma del Estado de México. México. P. 263.

De acuerdo con, la Mtra. Patricia Guadalupe Alfaro Guerra, en su investigación intitulada “Panamericanismo y salud pública. Cooperación Estados Unidos - América Latina: el Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en enfermedades tropicales de Boca del Río, Veracruz.”<sup>145</sup>; es que aquí podemos señalar las acciones más relevantes que se llevaron a cabo por consenso de todos los países latinoamericanos, incluyendo a México y a Estados Unidos, a lo largo de las ocho Conferencias.

La I Conferencia Internacional Americana se celebró en Washington, del 02 de octubre de 1889 al 19 de abril de 1890. De ahí surgió el primer dictamen internacional sobre un reglamento sanitario el cual se proponía facilitar las relaciones comerciales panamericanas. Algunas medidas sanitarias a nivel continental fueron la creación de una **Policía Sanitaria Continental** y la creación de una **Comisión de Reglamentos Sanitarios**.

La **Oficina Sanitaria Internacional Americana** fue establecida en 1902 en la I Convención Sanitaria Internacional celebrada en Washington D.C. De acuerdo con Alfaro Guerra, la Oficina Sanitaria Internacional Americana, tenía como fines la de planear y ejecutar disposiciones sanitarias a escala continental, tales como: la vigilancia en forma de retenes de salubridad en fronteras marítimas y terrestres internacionales, suspensión de la cuarentena en artículos manufacturados y mercancías de puertos limpios, e información en caso de cólera, peste bubónica, viruela u otra epidemia, con el propósito de evitar la proliferación de enfermedades contagiosas.<sup>146</sup>

---

<sup>145</sup> Alfaro Guerra, Patricia Guadalupe (2010). *Panamericanismo y salud pública. Cooperación Estados Unidos - América Latina: El Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz*. TESIUNAM (sitio web). [http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/JYBIHQCDJ3F7FHDMK35R156PYXG9A363FHNH8AEXSKCHHI6CFC-60266?func=full-set-set&set\\_number=025221&set\\_entry=000003&format=999](http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/JYBIHQCDJ3F7FHDMK35R156PYXG9A363FHNH8AEXSKCHHI6CFC-60266?func=full-set-set&set_number=025221&set_entry=000003&format=999) (Fecha de consulta: Junio, 2019.)

<sup>146</sup> *Ídem* P. 48

Después de 13 años de suspender las actividades de las Conferencias tras la Primera Guerra Mundial, en 1923 se celebró la V Conferencia Internacional Americana en Santiago, Chile en la cual la Oficina Sanitaria internacional cambió su nombre a **Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)**. En la VI Conferencia Internacional Americana, celebrada en La Habana, Cuba se establecieron las *Conferencias Sanitarias Panamericanas*.

De esta forma, la evolución de la OSP respondió a la necesidad de hacer frente a los riesgos sanitarios derivados del comercio internacional a través de los puertos internacionales que conectaban a todo el continente, las resoluciones giraban en torno a la estandarización de protocolos sanitarios ante las enfermedades de los tripulantes de las embarcaciones que transportaban bienes y mercancías, así como sobre las condiciones sanitarias de las propias mercancías.

De acuerdo con la investigación de Alfaro Guerra, los dictámenes sobre el reglamento sanitario tenían como fin facilitar las relaciones comerciales panamericanas, implementar medidas de desinfección y prevención de enfermedades en puertos y fronteras, elaboradas por especialistas.<sup>147</sup>

En el siguiente cuadro, se presentan las recomendaciones, resoluciones y acuerdos sobresalientes de cada Conferencia y se presentan algunos hechos representativos del contexto internacional.

---

<sup>147</sup> *Ibidem*, P. 42

*Tabla 10. Resoluciones, recomendaciones, convenciones y tratados en materia de salud pública de las Conferencias Internacionales Americanas.*

| <b>CONFERENCIAS INTERNACIONALES AMERICANAS</b>                                 | <b>RESOLUCIONES, RECOMENDACIONES, CONVENCIONES Y TRATADOS EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA</b>  | <b>CONTEXTO INTERNACIONAL</b>   |
|--|--|---|
| I Conferencia.<br>Washington D.C.: 02 de octubre de 1889 – 19 de abril de 1890 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendación para adoptar las disposiciones de la Convención Sanitaria Internacional de Río de Janeiro de 1887 o las del Proyecto de Convención Sanitaria del Congreso Lima de 1888</li> </ul>   | Doctrina Monroe   |
| II Conferencia.<br>México: 22 de octubre de 1901 al 21 de enero de 1902.       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución sobre el establecimiento de la Policía Sanitaria Internacional para evitar la propagación de enfermedades infectocontagiosas. Lo que se resolvería dentro de ese marco era competencia de los gobiernos nacionales.</li> <li>• Resolución sobre el establecimiento de dos tipos de detención sanitaria en los puertos de entrada de cada país: observación e inspección y la desinfección.</li> <li>• Resolución sobre el mantenimiento de la cooperación entre los gobiernos sobre cuestiones sanitarias y reportaran la existencia de enfermedades como: cólera, fiebre</li> </ul> | El apoyo de Estados Unidos a Venezuela en contra de Inglaterra. (1895)<br>Independencia de Cuba (1898)<br>La celebración de la Primera Conferencia de la Paz de la Haya y el Acuerdo Pacífico de Disputas Internacionales (1899)<br>Establecimiento de la Enmienda Platt (1901) |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>amarilla, peste bubónica y viruela.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución sobre un reporte periódico por parte de los gobiernos nacionales sobre las condiciones sanitarias de sus puertos y territorios para facilitar las relaciones comerciales.</li> </ul>                                    |  |
| <p>III Conferencia.<br/>Río de Janeiro, Brasil: 23 de julio al 27 de agosto de 1906.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución sobre la adopción de la Convención Sanitaria Internacional por parte de los gobiernos e implementaran sus preceptos.</li> <li>• Resolución sobre la adopción de las medidas para el saneamiento de las ciudades y puertos de entrada.</li> </ul>                   | <p>Intervenciones militares de Estados Unidos en países latinoamericanos justificadas por el Corolario Roosevelt.</p>  |
| <p>IV Conferencia.<br/>Buenos Aires, Argentina: 12 de julio al 30 de agosto de 1910.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendación sobre el dictamen de que una zona ya no se considerará como contaminada se requeriría la comprobación oficial satisfactoria de las partes interesadas.</li> </ul>   | <p>Guerra entre Panamá y Costa Rica por el territorio de Coto. Suspensión de actividades debido a la IGM, la siguiente Conferencia se realizó 13 años después.</p> |
| <p>V Conferencia.<br/>Santiago, Chile: 25 de marzo al 03 de mayo de 1923.</p>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución sobre el consenso de principios y procedimientos de administración en materia de salubridad pública.</li> <li>• Resolución sobre el consenso respecto al principio soberano de que la salud nacional es responsabilidad del Estado. Al mismo tiempo, se</li> </ul> | <p>El gobierno de EU no reconoció el mandato de Álvaro Obregón.</p>  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>reconoció la necesidad de estimular las organizaciones voluntarias para que suplementaran la labor sanitaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución sobre la adopción de normas uniformes en la producción y manufactura de los alimentos y drogas.</li> <li>• Resolución sobre una convocatoria para llevar a cabo una conferencia de los dirigentes de los servicios de salubridad pública de cada país.</li> </ul> |  |
| VI Conferencia.<br>Habana, Cuba: 16 de enero al 20 de febrero de 1928.             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendación sobre la ratificación del Código Sanitario Panamericano de 1924.</li> <li>• Recomendación sobre el envío e intercambio de consejeros técnicos, enfermeras, especialistas en cuestiones sanitarias.</li> </ul>   | IIGM<br>Crisis de 1929<br>Política de Estados Unidos de Buena Vecindad   |
| VII Conferencia.<br>Montevideo, Uruguay: 03 de octubre al 26 de diciembre de 1933. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución sobre la aprobación de las bases fundamentales de los proyectos de ley sobre alimentos y drogas.</li> <li>• Resolución sobre limitar el tráfico de drogas como el opio y sus derivados.</li> </ul>   | Nazismo alemán, fascismo italiano, nacionalismo japonés, expansión del comunismo a nivel internacional.<br>Inestabilidad social en América Latina. |
| VIII. Conferencia.<br>Lima, Perú: 09 al 24 de diciembre de 1938.                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo sobre la extensión de las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana en materia de</li> </ul>   | Revocación de la Enmienda Platt  |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | ingeniería sanitaria, sanidad marítima y aérea, nutrición, enfermedades infectocontagiosas, venéreas y ocupacionales. |  |
|--|---|--|

\*Elaboración propia con base en Alfaro Guerra, 2010.<sup>148</sup>

La última Conferencia Internacional Americana se llevó a cabo en 1938, a partir de entonces inicia el proceso de conformación de la Organización de las Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos. Así, en 1949 la Oficina Sanitaria Panamericana quedó afiliada a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y al Sistema de Naciones Unidas. En 1958 pasó a formar parte del Sistema Interamericano, encabezado por la Organización de Estados Americanos (OEA) y cambió su nombre a Organización Panamericana de la Salud.

Desde su establecimiento, la OPS tiene como objetivo promover y coordinar esfuerzos de cooperación internacional entre los países del continente americano para combatir y prevenir enfermedades, mejorar la calidad de vida de la población, prolongando su esperanza de vida, atendiendo la salud física y mental. En función de ello, ha generado iniciativas para fortalecer los programas de control de enfermedades en los países latinoamericanos, así como también ha complementado iniciativas regionales para los mismos fines, anteriormente descritos.

En 1952, la OPS estableció una oficina representativa en México, la cual en la actualidad funciona como Oficina Regional para Las Américas. Como veremos más adelante, a nivel binacional y transfronterizo, la Organización tuvo un rol importante en el establecimiento de una Oficina de Campo para la región fronteriza México – Estados Unidos, la cual funcionó durante muchos años como la entidad de enlace con los gobiernos nacionales y actores subnacionales a través de la

---

<sup>148</sup> *Ibidem*, P.68.

cooperación técnica para llevar a cabo distintas acciones frente a las diversas problemáticas de salud pública fronteriza.

En el año 2005, la OMS creó la **Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS)**, con el objetivo de investigar, recolectar y analizar datos e información sobre la salud mundial:

“Parte integral de ese mandato era establecer lazos de asociación con países comprometidos a adoptar medidas integrales y que afectaran a múltiples áreas de la acción gubernamental para afrontar las inequidades sanitarias. Se reunieron expertos para acopiar datos, y en el proceso también participaron organizaciones de la sociedad civil.”<sup>149</sup>

El proyecto de la CDSS culminó en el año 2008, a partir del trabajo conjunto de la red a nivel mundial de expertos académicos, clínicos entre otros, se publicó un informe final en donde se evidenció la relación inequidad social – inequidad salud y demandó la necesidad actuar sobre los determinantes sociales de la salud<sup>150</sup>. Este referente es importante porque más adelante, observaremos a detalle cómo los resultados de cooperación internacional y binacional se transforman en herramientas a nivel transfronterizo para formular estrategias para solventar las problemáticas de salud pública fronteriza en la región México – Estados Unidos.

---

<sup>149</sup> Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, ¿Qué es, por qué y cómo?* (sitio web) 2005-2008. Archivo recuperado en: [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/about\\_csdh/es/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/) (Fecha de consulta: octubre, 2019.)

<sup>150</sup> Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe Final.* (sitio web) 2008. [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/) (Fecha de consulta: octubre, 2019.)

### 2.1.1.2. Cooperación binacional

En 1942 se estableció la **Oficina Fronteriza México – Estados Unidos de la Organización Panamericana de la Salud** (OFMEU-OPS) en El Paso, Texas. Dicha oficina considerada como la Oficina de Campo de la OPS al servicio de ambos gobiernos operó durante más de 70 años, fue en el año 2014 cuando se clausuró por mutuo acuerdo. La OFMEU-OPS, se encargaba exclusivamente de la frontera de ambos países a nivel continental. Desde su creación su misión fue brindar cooperación técnica, trabajar de manera conjunta y coordinada con agencias federales, estatales y locales facilitando los procesos de comunicación y consenso bilateral fronterizo para atender las problemáticas de salud y mejorar las condiciones de vida de la población fronteriza.

En ese mismo año, los gobiernos de México y de Estados Unidos celebraron un convenio para realizar un “Programa cooperativo de Sanidad e Higiene”<sup>151</sup> como resultado de la aprobación a la Cláusula XXX de la III Conferencia Internacional Americana celebrada del 23 de julio al 27 de agosto de 1906, en Río de Janeiro, Brasil; en dicho convenio se expresa que:

“El gobierno de los Estados Unidos está dispuesto a colaborar con el gobierno mexicano en un programa tendiente al mejoramiento de la sanidad y de las condiciones de higiene en México”<sup>152</sup>

---

<sup>151</sup> En una de las venas del centro histórico de la Ciudad de México, en Donceles número 39 está ubicado el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, este centro de documentación alberga una importante colección de archivos históricos sobre los programas nacionales de salud, correspondencia intersecretarial y de alto nivel, así como publicaciones científicas, entre otros documentos. En dicho acervo, pudimos localizar algunos documentos que dan cuenta del tratamiento de la salud pública en la región fronteriza México – Estados Unidos a partir de 1940. Se revisaron los documentos que datan de la administración presidencial de Manuel Ávila Camacho, si bien no es la documentación más antigua que posee el archivo, sí la mejor organizada disponible.

<sup>152</sup> 009. Caja:2 Expediente:2 Fojas 302. Años. 1943 – 1949. Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública. Proyecto de Convenio entre México – Estados Unidos. Guía

El monto del apoyo económico fue de \$2,500,000.00 dólares por un plazo de 5 años, a partir del 1ro de enero de 1944. México respondió al gobierno estadounidense aprobando el convenio el 06 de diciembre de 1943. El convenio se renovó extendiéndose por 6 meses más, del 31 de diciembre de 1948 al 30 de junio de 1949. El monto total del apoyo económico sumó 5 millones de dólares. En el mismo documento, se señala que:

La resolución aludida a la que nuestros gobiernos dieron su decidido apoyo es prueba evidente de la importancia que las repúblicas americanas atribuyen a la colaboración como el método más efectivo de resolver los problemas de interés común.<sup>153</sup>

Lo anterior da cuenta de la cooperación binacional entre ambos países en el marco del proyecto de integración latinoamericano a través de los resolutive de las Conferencias Internacionales Americanas. Por otro lado, esto es evidencia de que ambos gobiernos tenían propósitos bien definidos de colaboración a través de distintos proyectos, programas y convenios a largo plazo.

El convenio en cuestión consistía en llevar a cabo dos programas: el primero, un programa mixto de control de enfermedades venéreas a lo largo de la frontera México – Estados Unidos; el segundo, un programa para el control de la tuberculosis.

En el proyecto de dicho programa se justificó llevarlo a cabo en la región fronteriza argumentando que:

---

de la selección de la subsecretaría y asistencia (Fondo SSA) Oficialía Mayor. Centro de Documentación Institucional del Departamento de Archivo Histórico de la Secretaría de Salud.

<sup>153</sup>*Ibidem*, sin número de página.

“La población de ambos países se mezcla entre sí, social y profesionalmente, existiendo las ciudades grandes de ambos lados, grandes conjuntos de población pobre entre las ciudades, el promedio de muerte por tuberculosis es mayor. Ya se registraba un intercambio de población debido a que muchas personas empleadas en un lado de la frontera viven en el otro lado de esta, la guerra actual ha intensificado diariamente dicho intercambio Debido al aumento del empleo industrial de las ciudades mexicanas en los Estados Unidos, así como la ubicación de campamentos del ejército americano cerca de la frontera.”<sup>154</sup>

El proyecto planteaba la falta de equipo y personal ante la necesidad de realizar exploraciones a la población para detectar la tuberculosis y enfermedades venéreas. Con base en un diagnóstico preliminar sobre la población y la prevalencia de dichas enfermedades, en el mismo archivo del proyecto se presenta un Informe de la División de Salubridad del Instituto de Relaciones Interamericanas con fecha del 31 de diciembre de 1946 en donde se presentan:

- a) Las ciudades que serían atendidas por enfermedad, como se muestra en la tabla:

---

<sup>154</sup> 030 Caja 4: Expediente: 1 Fojas:60 Cooperación Internacional de Salubridad Pública. Informes acerca del Programa de Control de la tuberculosis y enfermedades venéreas de la frontera norte de México. Guía de la selección de la subsecretaría y asistencia (Fondo SSA) Oficialía Mayor. Centro de Documentación Institucional del Departamento de Archivo Histórico de la Secretaría de Salud.

*Tabla 11. Ciudades atendidas por enfermedad*

| <b>Enfermedades venéreas</b>  | <b>Tuberculosis</b>   |
|---|---|
| Tijuana, Baja California<br>Mexicali, Baja California<br>Nogales, Sonora<br>Naco, Sonora<br>Ciudad Juárez, Chihuahua<br>Villa Acuña, Coahuila<br>Piedras Negras, Coahuila<br>Nuevo Laredo, Tamaulipas<br>Reynosa, Tamaulipas<br>Matamoros, Tamaulipas<br>Distrito Federal, México | Mexicali, Baja California<br>Ciudad Juárez, Chihuahua<br>Nuevo Laredo, Tamaulipas |

\*Elaboración propia con base en los documentos del expediente del proyecto.<sup>155</sup>

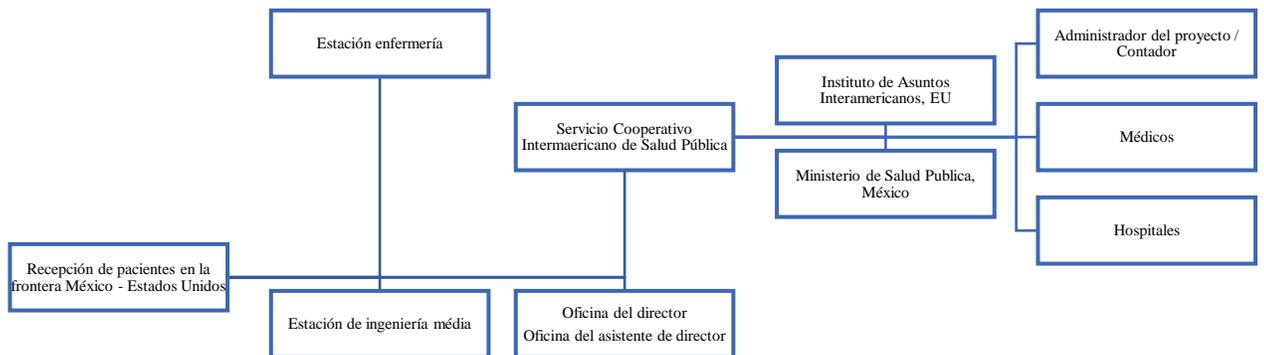
En este punto, con base en el relato de estas evidencias, podemos afirmar que, Estados Unidos formuló este tipo de proyectos, con base en proyecciones sanitarias básicas, a partir de las cuales justifica que las acciones deberán tener lugar en la frontera del lado mexicano, podríamos asumir que desde su perspectiva la solución del problema depende de la atención en la frontera mexicana, lo que no resuelve es ¿qué ocurría del lado estadounidense?

---

<sup>155</sup> *Idem*, sin número de página.

- b) Esquema de los actores involucrados para llevar a cabo el proyecto, como se muestra en el siguiente esquema:

*Ilustración 3. Estructura organizacional del Programa de Control de la tuberculosis y enfermedades venéreas de la Frontera Norte de México.*



\*Elaboración propia con base en el Informe sobre la Reunión Anual de la Asociación Americana de Salubridad Pública en Cleveland, Ohio y Monterrey, Nuevo León. 16 de noviembre de 1946.<sup>156</sup>

Con base en el esquema anterior, se intuye que para la atención de las problemáticas de salud pública fronteriza más apremiantes en la región México – Estados Unidos, la cooperación de actores internacionales y nacionales ha sido relevante para resolver el problema. Al mismo tiempo, podemos asumir que invariablemente se involucraron actores locales, podríamos hablar de médicos y enfermeras, sin embargo, para validarlo sería importante la documentación existente en el Archivo Histórico de Baja California.

<sup>156</sup> *Ibidem*, sin número de página.

En 1948, México aceptó una solicitud de Estados Unidos para realizar exámenes médicos para los aplicantes de visas de inmigración en la frontera mexicana<sup>157</sup>, dichos exámenes consistían en:

- Revisión física y mental
- Rayos X y reacción de sangre a la tuberculosis y sífilis

Si los resultados resultaban desfavorables para el aplicante, ésta pasaría a una suspensión médica lo cual significaba que su proceso para la obtención de visa era automáticamente cancelado. En aquel momento, esta solicitud iba en virtud del Programa Bracero (1942-1964). A pesar de que en el documento no se especifica exclusivamente a los aplicantes del programa. En la actualidad, este proceso de evaluación médica para los procesos de obtención de documentos migratorios de Estados Unidos es vigente.

La **Comisión de Salud Fronteriza México - Estados Unidos (CSFMEU)** se estableció con la firma del convenio entre los gobiernos de ambos países. Así, el Departamento de Salud y Servicio Humanos de Estados Unidos firmó el convenio el 14 de julio del 2000 en Washington, D.C. y México en 24 de julio del 2000. En noviembre de ese mismo año, el Senado de México aprobó el convenio y se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 08 de enero de 2001.

La Comisión está integrada por actores nacionales y subnacionales de ambos países:

- Secretarios de Salud

---

<sup>157</sup> 333. Caja:27. Expediente 3. Fojas 90. 1948 – 1951. Braceros Mexicanos en Estados Unidos. Guía de la selección de la subsecretaría y asistencia (Fondo SSA) Oficialía Mayor. Centro de Documentación Institucional del Departamento de Archivo Histórico de la Secretaría de Salud.

- Funcionarios responsables del sector
- Profesionales de la salud

Su estructura organizacional está conformada por 13 Oficinas de Alcance; seis en Estados Unidos y siete en México. La Oficina Central en México se encuentra en Tijuana, Baja California; mientras que la de Estados Unidos en El Paso, Texas.

La CSFMEU se planteó como objetivo proveer un liderazgo internacional para optimizar la salud y la calidad de vida a lo largo de la frontera México - Estados Unidos. Una de sus tareas ha consistido en reunir a socios regionales clave para desarrollar e incidir en cambios de política pública con intervenciones basadas en evidencia y a partir del análisis de los determinantes sociales que afectan la salud de la población fronteriza.

Desde su creación a la fecha, la Comisión ha establecido dos agendas binacionales para la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Así, en marzo de 2001 se lanzó la primera agenda bilateral, el programa *Frontera Saludable 2010*, ésta se basó en el resultado del Programa Nacional de Indicadores de México y en los programas *Healthy People 2010* y *Healthy Gente* de Estados Unidos.

La segunda agenda bilateral, el programa *Frontera Saludable 2020*, fue encomendada al **Grupo de Trabajo Técnico Binacional de la Región Fronteriza** (Grupo de Trabajo Binacional), para desarrollar la iniciativa enfocada a los mismos principios que la anterior. En el año 2004 se creó el Grupo de Trabajo Técnico Binacional, sus miembros designados por sus respectivos gobiernos nacionales, también está constituido por epidemiólogos, directores de estadísticas vitales, otros participantes y miembros activos.

A partir de dichas agendas, las actividades de la Comisión intentan proveer asistencia técnica, conferencias, entrenamiento y planear el soporte regional para las ramas gubernamentales estatal y local.

En el año 2010, la Comisión patrocinó el programa **Líderes a través de las Fronteras/Leaders Across Borders**<sup>158</sup>. Este es un programa anual de 10 meses de duración, a lo largo del cual enseña a profesionales de la salud y a líderes comunitarios a diseñar e implementar proyectos que dirijan las necesidades de comunidades en la región México - Estados Unidos. De igual manera, se enfoca en el desarrollo de habilidades en *diplomacia de la salud*<sup>159</sup> para comprender las diferencias culturales y sobre los sistemas de salud. Cabe resaltar la importancia de este tipo de programas que están directamente enfocados hacia lo local, donde los actores subnacionales no gubernamentales son quienes erigen las prácticas que han de desarrollarse en beneficio de la población fronteriza.

### 2.1.1.3. Cooperación transfronteriza

Para el historiador Arturo Fierros Hernández en su artículo intitulado “Los inicios de la salud pública en Baja California, México y California, Estados Unidos, siglos

---

<sup>158</sup>Charles Edwards Matthews et al.(2015). “The California Border Health Collaborative: A strategy for leading the border to better health.” *Frontiers in Public Health*. US National Library of Medicine National Institutes of Health.

<http://www.saludfronterizamx.org/2017/es/repositorio/publicaciones-y-estudios/estudios/colaboracion-entre-las-californias/detail> (Fecha de consulta: agosto, 2019.)

<sup>159</sup> De acuerdo con David P. Fidler en su artículo intitulado “The globalization of public health, the first 100 years of international health diplomacy” tal y como pudimos constatar en la primera parte de este apartado capitular, la diplomacia de la salud se constituyó como una práctica común en el siglo XIX ante la necesidad de las naciones de cooperar internacionalmente para atender el cólera, plagas y la fiebre amarilla. Como recurso político, la diplomacia de la salud se ha transformado de acuerdo con las coyunturas sociales y emergencia sanitarias como lo vemos ahora con la llamada “diplomacia de las vacunas” ante la situación de la pandemia por covid-19; pero también podemos resaltar que este recurso ya no solo está en manos de autoridades gubernamentales sino de otros actores sociales que se involucran en la salud, como se pretende desde este programa de Líderes a través de las fronteras.

XIX y XX.”<sup>160</sup>; señala que la modernización y el crecimiento de las ciudades de ambos estados, motivaron el flujo migratorio hacia la región, de tal manera que:

[...]el diseño y aplicación de acciones de salud pública en la zona fronteriza se debieron a la modernización y crecimiento de las ciudades ubicadas en California y el Distrito Norte\*, que fueron consecuencia directa de la adopción -por parte de los gobiernos centrales respectivos- de sistemas de salud pública para mantener sus espacios de influencia y zonas aledañas de contacto libres de las epidemias, que pudiera provocar el intercambio comercial y sociocultural prolongado entre los residentes de los diversos asentamientos de la región.<sup>161</sup>

Lo cual corresponde al cumplimiento de los compromisos a los que se habían suscrito ambos países en el marco de las Conferencias Internacionales Americanas. En este contexto el flujo de personas, bienes y mercancías aumentaba por las rutas de transporte principalmente marítimas que se habían creado en el continente a finales del siglo XIX.

Durante ese período, las enfermedades que preocupaban en la región de Baja California, México - California, Estados Unidos eran del tipo infectocontagiosas como: la peste bubónica, la fiebre amarilla, cólera asiática,

---

<sup>160</sup> La temporalidad de análisis del trabajo de Hernández Fierros es de 1889 a 1908, el alcance de esta revisión, por el momento, no ambiciona a cubrir totalmente el siglo XX a nivel regional y local fronterizo, debido a las propias limitaciones para obtener el material documental de los archivos históricos respectivos para completar dicha revisión histórica sobre un periodo más amplio.

<sup>161</sup> Arturo, Fierros Hernández. (2016) “Los inicios de la salud pública en Baja California, México, y California, Estados Unidos, siglos XIX y XX”. *Región y sociedad*. No. 67. México. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-39252016000300315](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252016000300315) (Fecha de consulta: julio 2019.) P. 316.

viruela, varicela y el tifus. De acuerdo con Hernández Fierros (2016), las medidas de prevención que tomó Baja California fue la aplicación de reglamentos de sanidad y California las ordenanzas, desde la perspectiva del autor:

[...] no se trataba de un esfuerzo en conjunto, pero sí de un local por mantener los espacios libres de enfermedades, cuestión que repercutió a una escala un poco más amplia, en la zona de interacción de las ciudades respectivas, y llevó a los gobiernos a tomar otras medidas para combatir las enfermedades. (p.334)<sup>162</sup>

Respecto a las acciones locales, señala que:

[...] las autoridades sanitarias de la zona comenzaron a tener acercamiento, por medio de correspondencia, con las de otras partes (nacionales e internacionales) con las que tenían contacto –principalmente comercial– vía marítima y terrestre. (Hernández Fierros, 2016; 336)<sup>163</sup>

Dicha correspondencia, es decir los documentos de primera fuente analizados por el investigador, involucraban al supervisor general de Salud Pública de California, el presidente del Consejo Superior de Salubridad de México, el jefe político del Distrito Norte, delegados de consejos municipales, autoridades de la Secretaría de Gobernación, inspectores sanitarios nacionales, médicos locales, mexicanos prominentes que vivían en Estados Unidos, y ciudadanos estadounidenses. A través de dichos intercambios de comunicación se reportaban las condiciones sanitarias y las medidas a implementar en cada caso.

---

<sup>162</sup> *Ibidem*, P. 334.

<sup>163</sup> *Ibidem*, P. 336

Como anticipamos en la introducción de este trabajo, en la segunda parte de nuestro análisis ahondaremos en algunos aspectos que dan cuenta sobre las condiciones en las que surgió la cooperación transfronteriza para la salud pública.

En 1942, fue establecida la **Asociación Fronteriza Mexicano Estadounidense de Salud (AFMES)** en El Paso, Texas. Esta asociación se constituyó como un foro que reunía a distintos actores interesados en mejorar la salud pública fronteriza. Desde su establecimiento hasta el 2004, la OFME-OPS fungió como secretariado de la asociación para operacionalizar los estatutos de esta. De acuerdo con Garza Almanza, “este binomio promovió y facilitó el acercamiento entre los oficiales de salud de las ciudades fronterizas, así como de los niveles estatales y federales.”<sup>164</sup>

De acuerdo con sus estatutos generales<sup>165</sup>, la AFMES estaba constituida de la siguiente manera:

- Asamblea General
- Consejo de Gobierno
- Comité Ejecutivo
- Secretariado conformado por miembros de la AFMES y la Oficina Sanitaria Panamericana (actualmente la Organización Panamericana de Salud)
- Grupos conferenciales conformados por:
  - Jefes estatales de salud

---

<sup>164</sup> Victoriano, Garza Almanza. (2008). “Modelo de integración transfronteriza en salud y ambiente.” *CU LCyT. Gestión Ambiental*. Septiembre - octubre. México. <http://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/376> (Fecha de consulta: septiembre, 2019) P. 20

<sup>165</sup> Repositorio Institucional de la Organización Panamericana de Salud. *Estatutos de la Asociación Fronteriza Mexicano Estadounidense de Salud*. (sitio web) <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4260/BYLAWS-ESTATUTOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Fecha de consulta: Mayo, 2019.)

- Jefes locales de salud
- Universidades
- Consejos Binacionales de Salud
- Secciones técnicas
- Comités permanentes

Los tipos de socios que tenía la asociación se clasificaron como: regulares, institucionales y socios especiales (comunitarios y estudiantes). Con base en su estructura organizacional y su misión principal, la AFMES resolvía extender recomendaciones a las autoridades subnacionales de la región fronteriza sobre una diversidad de problemáticas de salud tales como:

- Disposición de residuos orgánicos y tóxicos
- Vivienda
- Abastecimientos de agua y disposición de aguas negras

Otras actividades de la AFMES consistían en solicitar apoyos de los gobiernos centrales para llevar a cabo medidas específicas sobre una agenda de salud, así como promover acciones de prevención de enfermedades a través de reuniones informativas. Los temas recurrentes de dichas agendas fueron los siguientes<sup>166</sup>:

- Planeamiento de las ciudades fronterizas
- Contaminación de las fuentes de agua fronterizas
- Normas para las actividades binacionales de salubridad
- Control de la sífilis

---

<sup>166</sup> Salud Pública de México. *Resoluciones de la Asociación Fronteriza Mexicano Estadounidense de Salud*. (sitio web) <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/viewFile/4119/4001>. (Fecha de consulta: Junio, 2019.)

- Tratamiento profiláctico
- Investigación de contactos
- Formación de comités binacionales para el control de las enfermedades venéreas
- Control de la tuberculosis en los trabajadores rurales migratorios
- Formación de un comité binacional para su control
- Defectos de la visión en niños de edad preescolar
- Atención a prematuros

A pesar de la estructura de la AFMES, se consideraba que esta no era suficiente para cubrir a toda la región fronteriza y ampliar su capacidad de respuesta, por tal motivo, se crearon dos estructuras adicionales, una administrativa y otra técnica. La primera concentraba pequeñas asociaciones internacionales, pero de nivel local, presentes en cada punto fronterizo y la última era constituida por secciones técnicas organizadas por temas, éstos eran:

- Salud ambiental
- Administración en salud
- Control de enfermedades
- Salud familiar
- Salud mental
- Salud oral
- Geriatría
- Enfermería

La AFMES, continuó desarrollándose hasta que en la década de 1980 creó una Red de Laboratorios de Salud Pública y una Red de Universidades, de acuerdo con Garza Almanza, se unieron 32 universidades mexicanas y estadounidenses. El mismo autor menciona que se desarrolló un *clearinghouse*, una entidad encargada

de recibir y distribuir información sobre temas específicos de salud, también se fundó la revista científica *Salud Fronteriza/Border Health* así como boletines bilingües: *Boletín Epidemiológico Fronterizo/Border Epidemiological Bulletin* y *Boletín de Salud Materno Infantil/Maternal and Child Health Bulletin*.<sup>167</sup>

En 1990, en el marco de la XLVIII Reunión Anual de la AFMES, se aprobó una resolución en la que se estableció que la misma región fronteriza fuera la autora de su propia estrategia binacional de salud, la cual fue conocida como *Consenso*. Este fue un proyecto diseñado para que los actores locales y las instituciones de salud, de acuerdo con su conocimiento práctico pudieran identificar las prioridades que debían ser abordados de manera conjunta. El diagnóstico fue realizado a partir de la aplicación de una metodología de *Resultados, Métodos, Recursos*; lo cual implicó la realización de encuestas, reuniones regionales y una conferencia general en la que participaron miembros de la AFMES y otros actores no pertenecientes a la asociación como organismos gubernamentales y no gubernamentales. El resultado de dicho diagnóstico fue la identificación de los siguientes temas prioritarios<sup>168</sup>:

- Atención primaria a la salud
- Farmacodependencia
- Promoción de la salud y prevención de enfermedades
- Salud ambiental
- Salud materno-infantil
- Salud ocupacional

Desde la perspectiva de Garza Almanza, la experiencia del Proyecto Consenso:

---

<sup>167</sup> Victoriano, Garza Almanza. *Op. Cit.* P.22

<sup>168</sup> *Ibidem.* P.23

[...] 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. (Garza Almanza, 2008; 27) <sup>169</sup>

En 1995, el Proyecto Consenso llevó a una segunda fase con la creación del **Proyecto Ciudades Hermanas Seguras y Saludables** el cual fue financiado por ambos gobiernos y gerenciado por la Oficina de Campo.

Este proyecto se propuso como objetivo promover la participación ciudadana para la identificación, monitoreo y evaluación de acciones para la solución binacional de problemas comunes, favorecer la creación de alianzas intersectoriales y fortalecer el liderazgo local con un enfoque binacional.

Al año 2006 se habían firmado 10 declaraciones conjuntas entre alcaldes de ocho comunidades fronterizas de ciudades hermanas, se contaba con catorce planes de trabajo para la atención de las siguientes prioridades definidas<sup>170</sup>:

- Lesiones provocadas por tránsito en carreteras
- Contaminación
- Adicciones
- Tuberculosis
- Dengue
- Enfermedades de transmisión sexual

---

<sup>169</sup> *Ibidem.* P. 27

<sup>170</sup>Ma. Teresa, Cerqueira et al. Determinantes sociales y promoción de la salud en la frontera México – Estados Unidos. En Hernández, Mauricio y Rangel Gudelia (Coord.) (2009). Condiciones de salud en la frontera norte de México. Secretaría de Salud; Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos; Instituto Nacional de Salud Pública; El Colegio de la Frontera Norte. México. Pp. 150- 151.

- Calidad prehospitalaria
- Embarazo de adolescentes
- Desechos sólidos
- Riesgos por cruce de migrantes
- Saneamiento ambiental
- Inseguridad pública
- Infraestructura hospitalaria

Un aspecto limitante sobre el análisis de la AFMES es que no se cuenta con una prolífica documentación sobre esta, las fuentes de información utilizadas aquí son casi las únicas existentes. El problema reside en la despreocupación sistemática por la documentación de las prácticas de los actores subnacionales esto fue manifestado abiertamente en el Foro “Local Actors in cross-border collaboration in Health on the US-Mexico border” organizado por la Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos en noviembre de 2020.

Precisamente, uno de los objetivos de este evento fue el de documentar las experiencias de cooperación de los distintos actores subnacionales como parte de un proyecto a largo plazo, sin precedentes y más ambicioso de la Comisión con el afán de subsanar el vacío de fuentes de información al respecto.

Al mismo tiempo, el Foro logró que los mismos actores de las distintas regiones a lo largo de la frontera México – Estados Unidos, pudieran conocerse mutuamente a partir del relato sobre las actividades que realizan, compartieran no solo las experiencias de colaboración en sus zonas de influencia, sino también externar las problemáticas a las que se enfrentan y con base en ello realizar recomendaciones de acuerdo con sus necesidades inmediatas para continuar con sus labores de cooperación.

Lo discutido en dicho Foro, develó aspectos muy importantes para nuestra investigación en términos de la organización, funcionamiento, alcances y objetivos de dichos actores parte de lo cual será estudiado en el último capítulo de esta investigación.<sup>171</sup>

Del encuentro lo que resultó edificante para el análisis que aquí presentamos es lo concerniente a la escasa información sobre la AFMES desde una perspectiva histórica, alguno de los actores que participó en el Foro afirmó haber formado parte de la organización de la AFMES, de ahí se tomó la oportunidad de sugerir ampliar dicha experiencia, se preguntó de manera específica en qué medida podemos considerar a la Asociación como el referente inmediato al establecimiento de la propia Comisión, la respuesta fue reveladora en muchos sentidos.

En primer lugar se comentó que en todo caso, la Asociación es un referente inmediato a los **Consejos Binacionales de Salud**, pues estos tienen su origen en la estructura de la AFMES, al menos de manera conceptual. Cada uno de los Consejos, al desaparecer la Asociación tomó un camino un tanto distinto en cuanto a la constancia de sus sesiones para organizar acciones de cooperación transfronteriza.

Esto se debió principalmente a que los Consejos operaban los planes, campañas y programas de salud que se consensuaban en las reuniones de la Asociación y estos podían llevarse a cabo gracias al financiamiento de la Oficina de la OPS, al cerrarse dicha Oficina, los trabajos de la AFMES se vieron afectados lo cual llevó a su gradual disolución. Como resultado, los Consejos tardaron en adaptarse a una nueva dinámica para la gestión de recursos, en la actualidad, sortean

---

<sup>171</sup> Debido a que este desarrollo corresponde al apartado histórico de la investigación, en el estudio de caso abordaremos de manera particular el análisis de los actores locales subnacionales de la región de Baja California – California.

las dificultades sobre la falta de financiamiento federal, estatal o local entre otros aspectos limitantes para su ejercicio.

Por otro lado también se precisó, que otro de los efectos de la desaparición de la AFMES fue por muchos años, la ausencia de un actor subnacional visible y protagónico en la región de Baja California – California, de tal manera que en el 2013 la Comisión resolvió recomendar la creación del **Consortio de Salud Fronteriza de Las Californias**<sup>172</sup>, este es un grupo multidisciplinario de personas voluntarias de California y Baja California que se reúnen dos veces al año para discutir temas de salud fronteriza y explorar oportunidades para colaborar entre sí.<sup>173</sup>

Está constituido por aproximadamente 200 miembros representantes de diversas organizaciones gubernamentales, académicas, de la sociedad civil y del sector privado cuya meta principal es promover la salud y el bienestar de las comunidades en la frontera, a través de una colaboración eficiente.

- Uno de los principales objetivos del Consortio es reunir a líderes y personas responsables de la toma de decisiones en Baja California y California, para compartir información, intercambiar experiencias, reafirmar y fortalecer los esfuerzos, así como promover relaciones de beneficio mutuo para atender las distintas problemáticas de salud fronteriza. El organismo está integrado

---

<sup>172</sup> Otro aspecto sumamente relevante es que ninguno de estos actores recibe un financiamiento directo por parte de los gobiernos federales, estatales o locales, los actores son responsables de la gestión para obtener recursos y con ello poder llevar a cabo los programas o campañas para apoyar a la población. Del mismo modo, al no existir recursos fijos, los participantes de estos organismos son voluntarios sin una retribución económica por lo que su tiempo es dividido entre las actividades que les generan ingreso, esto juega en contra de la constancia que se requiere para darle seguimiento a las acciones que llevan a cabo. Existen muchos otros elementos que resultan importantes para nuestra investigación y que serán tomados en cuenta y serán estudiados a fondo a lo largo de la investigación.

<sup>173</sup> Información recuperada en:

<http://borderhealthconsortium.org/es/inicio/#:~:text=El%20Consortio%20de%20Salud%20Fronteriza,oportunidades%20para%20colaborar%20entre%20s%C3%AD.>

por cinco grupos de trabajo de acuerdo con los siguientes temas identificados como prioritarios:

- Obesidad.
- Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y SIDA
- Tuberculosis
- Salud mental
- Cáncer

Dentro de las características a destacar de este organismo es que no cuenta con una personalidad jurídica y la adscripción de nuevos miembros es voluntaria, no hay información pública disponible acerca de lineamientos a seguir en la conformación y funciones de El Consorcio, incluyendo al Comité Ejecutivo y las operaciones de los Grupos de Trabajo, estas son una de las cuestiones que se discutieron en el Foro que hemos mencionado anteriormente, acerca de la falta de información y recursos, así como la claridad de los procesos que llevan a cabo. Sin embargo, en el marco de las reuniones Binacionales de Salud organizadas por la Comisión, hay alguna evidencia de los trabajos que realizan.

Con base en la evidencia que aquí hemos concertado, la Comisión ha funcionado como el interlocutor entre los distintos actores subnacionales y actualmente juega un papel importante para el seguimiento de las acciones de cooperación transfronteriza de los mismos en distintos órdenes de gobierno, otro ejemplo de ello se describe a continuación.

Una de las instituciones más relevantes en el ámbito subnacional ha sido la **Conferencia de Gobernadores Fronterizos (CGF)**, fue convocada por primera vez en la década de 1960, sin embargo, fue hasta junio de 1980 cuando los

gobernadores fronterizos se reunieron formalmente por primera vez en Ciudad Juárez, Chihuahua.

En esa primera reunión lograron formalizar a la Conferencia como un instrumento de deliberación y cooperación cuyo fin ha sido coordinar acciones, conciliar intereses y generar acuerdos sobre asuntos fronterizos a partir de un proceso formal de comunicación.<sup>174</sup>

De 1980 al 2012, se llevaron a cabo 32 reuniones anuales. A partir del 2012 la CFG se canceló de manera indefinida. La Conferencia se reunía una vez al año, celebrándose de manera alterna en México y Estados Unidos. El trabajo de los gobernadores era apoyado por trece comités organizados en mesas de trabajo, las cuales estaban integradas por funcionarios estatales al frente de dependencias o programas cuya competencia con los temas a tratar era directa. Las mesas de trabajo se reunían durante el año con el propósito de identificar, analizar y negociar los temas que serán incluidos en la agenda de la reunión anual, la cual es la culminación del trabajo realizado durante todo el año. De esta forma, los gobernadores contaban con las herramientas para negociar acuerdos definitivos como parte de una declaración conjunta.

La declaración conjunta de la Conferencia era un documento formal que establecía recomendaciones a los gobiernos federales de ambos países sobre los temas prioritarios y de interés común para los 10 estados fronterizos.

A partir de dicha declaración se establecía una agenda permanente y una agenda emergente de la Conferencia. En la primera se incluían temas estructurales como

---

<sup>174</sup>Carlos De la Parra Rentería, et. al. (2013). “Gobernanza y gestión del desarrollo en la frontera México – Estados Unidos: La Conferencia de Gobernadores Fronterizos.” en Aguilar F. Luis y Barajas Escamilla, María del Rosío (Coordinadores). Interdependencia, cooperación y gobernanza en regiones transfronterizas. El Colegio de la Frontera Norte. México.

los asociados a los cruces fronterizos, transporte, industria, medio ambiente y salud. En la segunda agenda, se establecían los temas de interés que eran resultado de sucesos económicos, políticos y sociales a nivel nacional e internacional que impactaban a la región fronteriza y cuyo papel resultaba estratégico para la relación bilateral.

En el 2017, el Senado de la República de la LXIII Legislatura, presentó ante la Comisión de Relaciones Exteriores de América del Norte de la Secretaría de Relaciones Exteriores un dictamen donde se exhortaba a la Secretaría de Relaciones Exteriores y a los gobernadores fronterizos a realizar las gestiones necesarias para reactivar la Conferencia de Gobernadores Fronterizos México – Estados Unidos.

A lo largo de la existencia de dicho foro, nunca antes se había presentado un desencuentro entre los gobernadores fronterizos, fue en el 2010 cuando se presentó el primer conflicto debido a que los gobernadores de Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas se opusieron a que ésta se realizara en Arizona, a manera de protesta por la promulgación de la Ley SB-1070, lo cual provocó que esta finalmente se llevara a cabo en Santa Fe, Nuevo México; como consecuencia no asistieron a la Conferencia, el gobernador de Texas, Rick Perry y la gobernadora de Arizona, Janice Brewer. A partir de entonces se generó un clima de tensión que finalmente llevó a la suspensión indefinida de las reuniones anuales de la CFG.

En el dictamen mencionado anteriormente, se presentan varias consideraciones que justifican la solicitud del Senado de la República tanto a la Comisión como a los gobernadores fronterizos, de las cuales la siguiente resulta relevante con relación a la cooperación transfronteriza:

“La Conferencia de Gobernadores Fronterizos se había convertido en una instancia de consenso bilateral en la que se privilegiaba el desarrollo integral regional con

visión de largo plazo en temas como la agricultura y ganadería, competitividad, educación, salud y manejo de emergencias, logística y cruces fronterizos, y seguridad y desarrollo sustentable.”<sup>175</sup>

En el mismo documento, se señala que “[...] se ha comprobado que los mecanismos de cooperación fronteriza no se detuvieron y a la vez, se confirmó la interdependencia económica.”<sup>176</sup> Este reconocimiento está fundado en una realidad tangible, sin embargo, los resultados de dicha cooperación pueden no ser los esperados, la interrogante es ¿qué se logró resolver sin el cobijo de la Conferencia?

De acuerdo con el Senado de la República, dentro de los compromisos alcanzados a lo largo de los 32 años de la CFG, en materia de salud se lograron los siguientes:

Fortalecer relación con la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos; explorar métodos para la difusión y desarrollo de programas de reducción al abuso de sustancias; trabajar con autoridades federales para establecer un marco de apoyo transfronterizo.<sup>177</sup>

Ahora bien, con base en lo anterior, la interrogante que surge es ¿cómo es posible medir el cumplimiento de dichos objetivos? Para esto, se hizo una revisión

---

<sup>175</sup> Repositorio de documentación de la LXII, LXIII y la LXIV Legislatura del Senado de la República de México. Dictamen al Punto de Acuerdo por el que se exhorta a la Secretaría de Relaciones Exteriores y a los gobernadores de los estados fronterizos a realizar gestiones necesarias para reactivar la Conferencia de Gobernadores Fronterizos México - Estados Unidos de América. (sitio web) 2017. [https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/3/2017-10-17-1/assets/documentos/Dic\\_REAN\\_Conferencia\\_Gobernadores\\_Fronterizos.pdf](https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/3/2017-10-17-1/assets/documentos/Dic_REAN_Conferencia_Gobernadores_Fronterizos.pdf) (Fecha de consulta: octubre, 2019.) P. 4.

<sup>176</sup> *Ibidem*, P. 7.

<sup>177</sup> *Ibidem*, P. 6.

exhaustiva y se realizó un cuadro que condensa los acuerdos en materia de salud<sup>178</sup>, a partir de las declaratorias conjuntas de las reuniones anuales de 2000 a 2012 de la Conferencia, con base en su análisis concluimos lo siguiente.

En relación con los acuerdos en materia de salud, se encontró que se establecieron puntos de consenso tangenciales entre la salud pública fronteriza y otras áreas como la agricultura, educación y medio ambiente; al mismo tiempo, algunos puntos de acuerdo son repetitivos o se reiteran en varias ediciones de las reuniones anuales, otros son propuestas aparentemente formuladas con base en un reconocimiento adecuado sobre las problemáticas de salud, lo cual podría ser evidencia del papel CSFME y de otros actores subnacionales que han señalado la necesidad de establecer instituciones conjuntas para dar respuestas efectivas ante las problemáticas de salud.

Con base en estos hallazgos podemos concluir que el papel de la CFG ha sido importante en la medida en la que la mesa de trabajo de salud logró visibilizar las problemáticas y hacer propuestas encaminadas a la toma de decisiones con el involucramiento de los actores nacionales y subnacionales.

La CFG como una institución de cooperación transfronteriza parece tener una fuerza importante en el proceso de gobernanza en materia de salud pública fronteriza por lo que esto podría apoyar la hipótesis de que los actores subnacionales a través de las relaciones que establecen y las acciones que llevan a cabo para dar respuesta a las problemáticas, son importantes ya que incentivan la toma de decisiones sobre aspectos muy puntuales, en la medida que esa relación se

---

<sup>178</sup> Anexo 1. Para la realización del cuadro referido, durante la investigación se tuvo dificultad para obtener la debido a la disponibilidad de los documentos públicos por internet, no se obtuvieron las declaratorias conjuntas de los años de 2010 a 2012. Es probable que en realidad no exista un repositorio digital de dichos documentos y sea únicamente, para el caso de México, que sea en la Secretaría de Relaciones Exteriores en dónde físicamente se puedan consultar. En este punto de la investigación, la tarea de buscar los documentos en la institución no ha sido posible, pero se considerará en el futuro.

fortaleza, se consolide y sea continua es que se podrán obtener resultados favorables, prácticos y materiales con el apoyo y sustento de los actores nacionales y subnacionales, cabe señalar que en el proceso de gobernanza transfronteriza, las acciones de los actores subnacionales refuerzan la idea de un proceso desde abajo que impulsa una serie sucesiva de acciones de actores nacionales que finalmente materializan y formalizan los acuerdos iniciales que establecieron los actores subnacionales.

De esta revisión histórica sobre el surgimiento y la evolución de la cooperación en materia de salud fronteriza a través de las distintas escalas espaciales y sus niveles territoriales podemos encontrar evidencias de que a lo largo del tiempo, los actores sociales de la región fronteriza México – Estados Unidos a través de sus interacciones han reconocido los distintos problemas de salud que aquejan a la población de las comunidades fronterizas como asuntos de interés común, esto los llevó a establecer relaciones de cooperación cuyo comportamiento colaborativo les ha permitido llevar a cabo acciones coordinadas.

Sí bien dichas acciones han cambiado a lo largo del tiempo y han prefigurado otros actores, se ha mantenido el interés común y específico sobre los problemas y necesidades de salud en la región fronteriza. Así también, han persistido las motivaciones para actuar de manera conjunta.

De acuerdo con Adler, una comunidad de prácticas se caracteriza por todo lo que hemos señalado anteriormente, sumando el factor histórico que constituye ese elemento que permite la evolución cognitiva de prácticas sociales, ¿acaso este proceso y orden social no es el que ha llevado a prolongar la existencia de Los Consejos Binacionales de Salud actuales o bien, la propia formación de El Consorcio de Las Californias?

*“Bienvenidos todos a esta misa fronteriza.  
 (Haciendo la señal de la cruz)  
 En el norte los Estados Unidos,  
 en el sur México;  
 en medio, de este a oeste, una franja.”*

Misa fronteriza, Luis Humberto Crosthwaite<sup>179</sup>

### Capítulo 3. La salud pública fronteriza de la región Tijuana, Baja California – San Diego: elementos para su comprensión

Como apunte inicial, es importante precisar que este capítulo es el resultado de una serie de decisiones metodológicas y temáticas derivadas del trabajo de campo, de la realización de entrevistas y el análisis de los hallazgos, de lo cual hemos hablado en la introducción de esta tesis.

El objetivo de este capítulo es describir la caracterización sociodemográfica y epidemiológica de la población de la región fronteriza y analizar la respuesta social organizada de la salud pública fronteriza a partir de los sistemas nacionales de salud de México y Estados Unidos.

#### 3.1. Una mirada a las características socioeconómicas de la región fronteriza México – Estados Unidos

La demarcación política del límite internacional entre México – Estados Unidos se extiende desde el Golfo de México al Océano Pacífico. De acuerdo con el Convenio de La Paz, firmado en 1983, la zona fronteriza está constituida por los territorios comprendidos dentro de las franjas de 100 km de ancho a cada lado del límite

---

<sup>179</sup> Crosthwaite, L. H.(2011). Misa fronteriza. En Instrucciones para cruzar la frontera. Tusquets. México. pp. 159-202.

internacional. El espacio territorial que abarca la región fronteriza en su conjunto es vasto y sus condiciones geográficas distintas.

Su configuración es el resultado de un prolongado proceso histórico que deviene aproximadamente desde mediados del siglo XIX, cuando tiene lugar un proceso de reorganización política del territorio entre México y Estados Unidos que imprimió un sentido histórico, social y cultural a la región fronteriza de ambas naciones; entre otras razones porque el territorio que hoy forma parte de la franja fronteriza del suroeste de Estados Unidos, alguna vez le perteneció a México. Posteriormente, hacia finales del siglo XIX se intensificaron progresivamente las relaciones transfronterizas y binacionales entre ambos países.

En la actualidad, las comunidades fronterizas a lo largo de la región han alcanzado niveles de desarrollo social significativos, al mismo tiempo, afrontan una serie de problemas sociales como altos niveles de violencia asociada al crimen organizado del narcotráfico, tráfico de armas y de migrantes, trata de personas; en tanto que se han agudizado problemas migratorios, ambientales y de salud.

Para comprender su carácter único, dinámico e híbrido es preciso conocer los aspectos que la caracterizan de manera general y particular. Comenzando por su ubicación geográfica, en el mapa se muestra la configuración territorial de la región fronteriza México - Estados Unidos, en él podemos identificar las entidades estatales que conforman esta región y las ciudades más importantes que destacan por su dinamismo social y económico.

*Ilustración 4. Mapa Región fronteriza México - Estados Unidos*



A lo largo de los 3, 175km de frontera entre ambos países, conviven los 10 estados que la constituyen, 4 estadounidenses: California, Arizona, Nuevo México, Texas y 25 condados fronterizos; y 6 entidades estatales mexicanas: Baja California, Sonora, Coahuila, Chihuahua, Nuevo León, Tamaulipas y sus respectivas 39 entidades municipales. Los municipios urbanos más grandes del lado mexicano son: Ciudad Juárez, Tijuana y Mexicali. Del lado estadounidense, la población está concentrada en seis condados: San Diego, Pima, Cameron, El Paso, Hidalgo y Webb.

Actualmente, Baja California está conformada por 6 municipios: Mexicali, la capital del estado; Ensenada, Tecate, Rosarito, Tijuana y San Quintín cuya reciente adscripción se efectuó en el año 2020. En el caso del municipio que nos ocupa, éste no tiene subdivisiones y a título de municipio, la ciudad es Tijuana. A

diferencia del lado estadounidense, California está dividido por 58 condados entre ellos, San Diego. Este condado constituye una región de 18 ciudades. De estas ciudades, sobre las que nos interesa prestar una mayor atención son las ciudades inmediatas al cruce fronterizo de San Ysidro<sup>180</sup>, San Diego – El Chaparral, Tijuana, dichas ciudades son: Chula Vista, Imperial, National City y San Diego.

En términos sociodemográficos generales de la región fronteriza hablamos de una población de 14.6 millones de habitantes: 7.1 millones en México y 7.5 millones en Estados Unidos. Baja California y California presentan el mayor porcentaje de concentración de la población fronteriza: 35.8% y 45%, respectivamente.

Así, durante la última década, la región ha experimentado un importante crecimiento de la población, esto llevó a que los municipios y condados fronterizos crecieran más rápido que sus respectivos estados y naciones.<sup>181</sup> En la siguiente tabla se presenta la relación entre la población y su crecimiento por municipios, condados y estados fronterizos durante el período de 2000 – 2010.

---

<sup>180</sup> San Ysidro constituye un distrito.

<sup>181</sup> Lara-Valencia, Francisco. (2014). Calidad de vida en la región fronteriza México - Estados Unidos: estado actual y tendencias emergentes. En Lee Erik, Wilson E. Christopher. Informe del estado de la frontera. Un análisis integral de la frontera México - Estados Unidos. UNAM. México. P. 18

Tabla 12. Crecimiento poblacional en la región fronteriza 2000 – 2010

| <i>Región fronteriza México - Estados Unidos.</i> | <i>Población en 2010</i> | <i>Crecimiento promedio anual % 2000-2010</i> | <i>Años que tarda en duplicarse</i> |
|---|--------------------------|---|-------------------------------------|
| <b><i>Condados y municipios fronterizos</i></b>   |                          |   |                                     |
| <i>México (Municipios)</i>                        | 7 304 901                | 2.24  | 31                                  |
| <i>Estados Unidos (Condados)</i>                  | 7 303 754                | 1.62  | 43                                  |
| <i>Total</i>                                      | 14 608 655               |   |                                     |
| <b><i>Estados fronterizos</i></b>                 |                          |   |                                     |
| <i>México</i>                                     | 19 894 418               | 1.95  | 36                                  |
| <i>Estados Unidos</i>                             | 70 850 713               | 1.49  | 47                                  |
| <i>Total</i>                                      | 90 745 131               |   |                                     |
| <b><i>Países</i></b>                              |                          |   |                                     |
| <i>México</i>                                     | 112 336 538              | 1.52  | 46                                  |
| <i>Estados Unidos</i>                             | 308 745 538              | 0.97  | 71                                  |

\*Informe del estado de la frontera. *Un análisis integral de la frontera México-Estados Unidos*. 2014. p. 19

La población total de los condados fronterizos de Estados Unidos y los municipios mexicanos de la región aumentó en un 19.2 por ciento. Desde la década de los años cincuenta del siglo XX se ha mantenido un rápido ritmo de crecimiento resultado de la migración neta hacia la región y de las tasas de crecimiento natural de la población.<sup>182</sup> La ciudad de Tijuana<sup>183</sup> es una de las ciudades fronterizas que ha experimentado una rápida urbanización.

Con base en las proyecciones demográficas sobre el crecimiento de la población y la urbanización de los estados fronterizos se ha previsto un ritmo de crecimiento sostenido y el aumento de conglomerados urbanos a lo largo de la

<sup>182</sup> *Ibidem* p. 36

<sup>183</sup> En las últimas décadas, Tijuana ha experimentado un rápido crecimiento poblacional debido a su posición estratégica en la frontera entre México y Estados Unidos y su economía diversa. Según datos del INEGI, la población de Tijuana ha aumentado de manera constante, pasando de poco más de 1 millón de habitantes en 1990 a más de 1.8 millones en 2020, convirtiéndose en el municipio más poblado de México. Las estimaciones no oficiales más recientes apuntan que desde el 2022 la ciudad se encuentra en una carrera hacia los dos millones de personas.

región. De tal manera que, la formación de lugares densamente poblados tiene serias implicaciones para el bienestar de los residentes fronterizos. En este sentido se señala que:

Desde un punto de vista positivo, mientras más grande es el conglomerado urbano, más amplia es la variedad de opciones para los residentes en términos de consumo, servicios y empleo. Desde una perspectiva negativa, mayores concentraciones de personas provocan más tráfico, contaminación, delitos y riesgos sanitarios. El resultado más claro de esta vecindad depende de la estabilidad de las interacciones transfronterizas y la efectividad de los mecanismos de comunicación y colaboración existentes en la frontera. (Lara-Valencia, 2014; 37)<sup>184</sup>

En términos de movilidad, de acuerdo con información del Departamento de Transporte de Estados Unidos a través de los puertos fronterizos entre cruces y puentes internacionales existentes a lo largo de la frontera México – Estados Unidos se trasladan diariamente 1 millón de personas.<sup>185</sup> Del total de los 58 puertos

---

<sup>184</sup> *Ibidem* p. 37

<sup>185</sup> Por supuesto que esto cambió a partir del año 2020. A 4 meses de haberse declarado y alertado internacionalmente la pandemia por el nuevo coronavirus SARS-COV-2 que causa la enfermedad Covid19, los gobiernos de México y Estados Unidos acordaron el cierre parcial de su frontera común con el propósito de:

- Restringir los viajes no esenciales: turismo y recreación.
- Proteger el comercio bilateral.
- Garantizar el acceso a alimentos, combustible, atención médica y medicamentos.

Dicho acuerdo entró en vigor el 21 de marzo de 2020, el acuerdo se prolongó 30 días más, es decir se recorrió la reapertura al 20 de abril planteándose que el 19 de mayo de ese mismo año se revisaría la medida de acuerdo con el desarrollo de la pandemia, específicamente con la propagación del virus. Como sabemos, la pandemia continúa y la reapertura se ha prolongado desde entonces mes a mes, la última prevención de reapertura se estimó en abril de 2021. No obstante, en la región fronteriza Tijuana, Baja California – San Diego, California, en 2019 se registraron 75,226,839 de

fronterizos existentes, 55 se encuentran activos; 22 cruces se encuentran en la frontera terrestre, 33 puentes en la frontera fluvial, 1 chalán, 1 cruce biométrico.

En el caso particular de la región fronteriza Baja California - California en el año 2015, los puertos de entrada de San Ysidro y Otay Mesa, registraron un total 72,040,917 millones de cruces entre peatonales, pasajeros vehiculares y de carga. La vocación del puerto de entrada de San Ysidro – Tijuana es principalmente peatonal y vehicular, mientras que la Garitas de Otay Mesa es de carga.<sup>186</sup>

Así, esta región es una de las áreas comerciales más importantes de América del Norte, con una gran cantidad de bienes y servicios que se transportan a través de la frontera entre México y Estados Unidos. La frontera es un importante punto de entrada para los productos mexicanos en los Estados Unidos y viceversa. Además, esta región cuenta con un gran número de empresas y fábricas que producen productos para la exportación a nivel mundial.

En este mismo sentido ilustrativo del dinamismo de la región Baja California – California, cabe destacar que en términos del turismo, la región es un importante destino turístico para los visitantes de ambos países, no obstante se presume que sus actividades son diferenciadas. De ahí que desde hace un par de décadas el turismo médico<sup>187</sup> en Baja California es uno de los principales atractivos del estado y por supuesto, de Tijuana.

---

cruces mientras que en 2020 se reportaron 50,869,959. Con todo y las restricciones, en comparación con el 2019, los cruces disminuyeron un 32.38% en 2020.

<sup>186</sup> Estas estimaciones fueron obtenidas a través del portal del Departamento de Transporte de Estados Unidos:

[https://explore.dot.gov/views/BorderCrossingData/Annual?:embed=y&:isGuestRedirectFromVizportal=y&:display\\_count=n&:showVizHome=n&:origin=viz\\_share\\_link](https://explore.dot.gov/views/BorderCrossingData/Annual?:embed=y&:isGuestRedirectFromVizportal=y&:display_count=n&:showVizHome=n&:origin=viz_share_link)

<sup>187</sup>En 2019, Baja California recibió más de 27 millones de visitantes, de los cuales alrededor del 80% fueron turistas extranjeros, principalmente de Estados Unidos.

El turismo médico es una actividad importante en la región, especialmente en Tijuana, donde se estima que el sector atrae a alrededor de 1 millón de visitantes al año.

3.1.1. Tijuana, Baja California – San Diego, California: el encuentro de características sociodemográficas distintas en una misma región fronteriza Tijuana y San Diego son dos ciudades distintas, desde su urbanización hasta los modos de vida de sus poblaciones<sup>188</sup>. Mientras que en Tijuana, esta imagen de Heriberto Yépez (2012) parece todavía un recuerdo reciente:

La presencia del inglés en la vía pública de la frontera mexicana –la Av. Revolución de los turistas como lingua franca–, la arquitectura popular –casas hechas con desechos norteamericanos, desde láminas hasta llantas usadas–, las maquiladoras –las naves industriales como Space Invaders que reconstruían el territorio–, el cruce diario de miles de personas entre Tijuana y San Diego, California –y el cruce ilegal, ya consolidado, en esta su sede más mítica [...].<sup>189</sup>

En San Diego no es posible eludir el privilegio de pertenecer al estado más próspero de la Unión Americana:

“Si California fuera un país, se clasificaría trigésimo cuarto en el mundo por población y octavo por el tamaño de su economía, lo suficientemente grande para un escaño en el G-8.”<sup>190</sup>

---

<sup>188</sup> Modo de vida: el nexo que existe entre la personalidad y el individuo como parte del sistema socioeconómico dominante. Se incluyen en esta categoría elementos como el trabajo, el uso del tiempo libre, las actividades domésticas, las relaciones familiares, la actividad social, la participación cultural, las relaciones sociales típicas entre los individuos, las condiciones de vida, las normas de conducta, costumbres, hábitos y tradiciones.

<sup>189</sup> Yépez, Heriberto. Lo Post-transfronterizo. 2012. Recuperado en: <https://literalmagazine.com/lo-post-transfronterizo/>

<sup>190</sup> Burd-Sharps Sarah y Lewis Kristen. Un retrato de California. 2014 - 2015. Informe sobre el Desarrollo Humano de California. Measure of America of the Social Science Research Council. Estados Unidos. 2015. Recuperado en: <https://measureofamerica.org/>

En *Metrópolis transfronteriza. Revisión de la hipótesis y evidencias de Tijuana, México y San Diego, Estados Unidos*, desde los Estudios Urbanos y la geografía económica; Tito Alegría concluye que no es posible hablar de una unidad metropolitana pues a lo largo de la obra, a partir de una serie de indicadores, discute y demuestra que la estructura y forma urbana de las ciudades son diferentes, así como también lo son sus dinámicas de crecimiento económico.

Y no podemos estar en desacuerdo, no obstante, a pesar de las asimetrías, la intensidad de sus interacciones sociales, sus flujos y vínculos socioeconómicos y culturales, constituyen fenómenos que las lleva a formar parte de una misma región fronteriza. Como ya apuntábamos en el primer capítulo, en primera y última instancia, son las poblaciones fronterizas, a través de sus relaciones quienes configuran el territorio.

Volviendo a Yépez (2012), más tarde apuntó: “[...] no hay ciudades transfronterizas pero sí comunidades e individuos que habitan cruzan, interactúan en culturas divididas por las fronteras y estructuras heterogéneas de ambos países.”<sup>191</sup>

Precisamente los trabajos de Alegría siempre recuerdan y cuestionan las aspiraciones academicistas y políticas de afirmar la existencia de unidades subnacionales que configuran una macro región unificada, cohesionada o integrada. Más que las fuerzas de la diferencia, las del contexto institucional en muchos aspectos, detienen el movimiento, lo cual no ha permitido, por ejemplo, dilucidar los estadios de comunidades de práctica, es más, la existencia misma de una comunidad la pone en cuestión. Lo cual es más interesante aun pues en la búsqueda de respuestas hallamos otras visiones que matizan dichas argumentaciones.

---

<sup>191</sup> *Op. Cit.* Heriberto Yépez (2012)

Esta reflexión introductoria a lo que serán en adelante las características descriptivas de las poblaciones fronterizas de las ciudades, la he traído aquí porque la utilidad del ejercicio no solo va en función del análisis más complejo que se desarrolla posteriormente en el tercer capítulo con respecto al acceso que tienen estas poblaciones a los servicios de atención médica, sino también en no perder de vista, que ahí donde se encuentran de frente los contrastes entre las poblaciones y sus contextos, también surgen las comunidades fronterizas.

### 3.1.1.1. Tijuana, Baja California

#### *Población general*

Para el año 2015, Tijuana registró un mayor volumen de población en relación con el resto de las ciudades fronterizas del estado de Baja California, albergando casi la mitad de la población de la entidad. En la siguiente tabla podemos observar el aumento de la población de la ciudad del año 2000 a 2015.

*Tabla 13. Población de Baja California y Tijuana, 2000-2015*

| Población       | Año       |           |           |           |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                 | 2000      | 2005      | 2010      | 2015      |
| Baja California | 2 487 367 | 2 844 469 | 3 155 070 | 3 315 766 |
| Tijuana         | 1 210 820 | 1 410 687 | 1 559 683 | 1 641 570 |

\*Fuente: Elaboración propia con base en estimaciones del CONAPO, y la Encuesta Intercensal 2015 de INEGI

El crecimiento poblacional de la ciudad tiene profundos efectos en su organización urbana, en la dotación de servicios públicos así como en la calidad de vida de la población. Hoy en día se habla de un *sobrepoblamiento* de la ciudad, de acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda del INEGI, en 2020 se registró un millón 922 mil 523 habitantes, de acuerdo con el Censo, el municipio se colocó en el primer lugar de la lista de los municipios más poblados del país. En la actualidad se habla de la transición de Tijuana de ser una ciudad de “espera” o

de “paso” para cruzar la frontera a convertirse en una primera opción de vida y/o destino para el establecimiento de las personas.

En este sentido, con respecto a la población migrante se ha observado que en las últimas décadas el estado de Baja California ha experimentado una alta inmigración respecto al promedio nacional. La Encuesta Intercensal de 2015, mostró que el 44.1 por ciento de la población que residía en Baja California era nativa de otra entidad u otro país, lo cual la ubicaba en el segundo lugar de la República Mexicana de acuerdo con este indicador.<sup>192</sup> La siguiente tabla registra una ligera disminución para entre 2010 – 2015 de la población migrante de otra entidad residiendo en Tijuana, en contraste con un aumento de la población proveniente de Estados Unidos.

*Tabla 14. Inmigración reciente en Baja California, 2005 - 2015*

| <b>Nivel<br/>socioterritorial</b> | <b>2005-2010</b> |         | <b>2010-2015</b> |         |
|-----------------------------------|------------------|---------|------------------|---------|
|                                   | Otra entidad     | E.U.A   | Otra entidad     | E.U.A   |
| <b>Nacional</b>                   | 3,292,310        | 994,474 | 3,197,619        | 559,416 |
| <b>Baja California</b>            | 154,029          | 55,734  | 145,082          | 49,549  |
| <b>Ensenada</b>                   | 28,778           | 6,532   | 22,871           | 4,453   |
| <b>Mexicali</b>                   | 30,422           | 13,848  | 30,237           | 9,299   |
| <b>Tecate</b>                     | 5,276            | 2,654   | 4,733            | 1,917   |
| <b>Tijuana</b>                    | 85,205           | 29,999  | 82,628           | 31,326  |
| <b>Playas de<br/>Rosarito</b>     | 4,348            | 2,701   | 4,613            | 2,554   |

Fuente: Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado. Boletín Demográfico del Estado de Baja California, 2016.

En 2016 arribaron a la ciudad cientos de personas de nacionalidad haitiana y originarios de países africanos con el propósito de solicitar asilo a Estados Unidos:

<sup>192</sup> Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado. Boletín Demográfico del Estado de Baja California, 2016. México, p. 12

“La mayoría de estas personas fueron albergadas en espacios de la sociedad civil pero también se hospedaron en hoteles y cuarterías de la localidad. Alrededor del 70 por ciento de los 15 mil que llegaron a Baja California, logró internarse en Estados Unidos según el INM, lo cual no significa que obtuvieron alguna visa de refugiado para residir legalmente.”<sup>193</sup>

En enero de 2017, en Tijuana y Mexicali se quedaron varadas cerca de 4,560 migrantes quienes no obtuvieron el asilo pues su situación migratoria no cumplía con los criterios establecidos para otorgarles el Estatus de Protección Temporal (TPS). Ante esa situación, el gobierno mexicano comenzó un proceso de regularización de la estancia de los migrantes haitianos, no obstante, conforme pasaron los meses y ya superada la emergencia el problema migratorio se convirtió en un asunto de integración de los migrantes a la vida social de la ciudad.

Año tras año, las ciudades fronterizas del país son testigos del viacrucis que experimentan las Caravanas de Migrantes que cruzan las puertas de entrada desde el sur del país para llegar hasta el norte, dos veces al año se espera una nueva oleada de migrantes a la ciudad de Tijuana, la primera en época de Semana Santa y la segunda, en vísperas de Navidad. Son complejísimos los efectos de las oleadas migratorias que arriban constantemente a la ciudad, son numerosas las demandas sociales de la población fronteriza a las que deben sumarse las necesidades de los nuevos futuros habitantes.

#### *Composición por edad y sexo*

En el año 2015, la población total del estado de Baja California fue de 3,315 766 millones de habitantes, el 49.8% son hombres y el 50.2% mujeres, la paridad entre

---

<sup>193</sup> Moreno, Mena. (2019). Migración haitiana hacia la frontera norte de México. Espacio Abierto, vol. 28, núm. 1, Universidad del Zulia. pp. 67-85.

los sexos fue de 99 hombres por 100 mujeres. La edad mediana de la población fue de 27 años.

Con base en este referente estatal, el municipio de Tijuana para el mismo año, la ciudad reportó 1, 641, 570 millones de habitantes, el cálculo de porcentaje de hombres 49.8% y mujeres 50.2% es cuantitativamente similar al estatal.<sup>194</sup>

*Ilustración 5. Pirámide de población del municipio de Tijuana por grupos quinquenales de edad y sexo, 2015*



\*Elaboración propia con base en las estimaciones de CONAPO y la Encuesta Intercensal de 2016

### *Características económicas*

En 2015 se estimó que del total de 1 millón 290 mil 912 habitantes de 12 años y más en Tijuana, más de la mitad pertenecían a la Población Económicamente Activa (PEA).

La ocupación laboral a nivel estatal, el 56% de la población es económicamente activa, el 43.9% corresponde a la población no económicamente

<sup>194</sup> Encuesta Intercensal (2015). Panorama sociodemográfico de Baja California 2015. Instituto Nacional de Estadística y Geografía – México: INEGI. 2016.

activa, del cual 39.8% se dedica a los quehaceres del hogar, el 37.7% son estudiantes y el 8.5% son personas jubiladas o pensionadas.

Mientras tanto, en función de las mismas variables, el municipio de Tijuana registró que el 57.4% de la población económicamente activa tiene alguna ocupación laboral, de la cual el 37.4% son mujeres y el 62.6%. Por su parte, el 42.5% corresponde a la población económicamente activa no ocupada, población sobre la cual el 41.1% se dedican a los quehaceres del hogar, el 38.3% son estudiantes y el 6.2% son personas jubiladas o pensionadas.

*Tabla 15. Población por condición de actividad en Tijuana, 2015*

| Tijuana        | Población<br>12 años o<br>más | Condición de actividad económica |         |            |                                  |                         |
|----------------|-------------------------------|----------------------------------|---------|------------|----------------------------------|-------------------------|
|                |                               | Económicamente activa %          |         |            | No<br>económicamente<br>activa % | No<br>especificado<br>% |
|                |                               | Total                            | Ocupada | Desocupada |                                  |                         |
| <b>Total</b>   | 1,290,912                     | 57.42                            | 96.44   | 3.56       | 42.48                            | 0.10                    |
| <b>Hombres</b> | 639,103                       | 72.57                            | 95.63   | 4.37       | 27.35                            | 0.09                    |
| <b>Mujeres</b> | 651,809                       | 42.56                            | 97.78   | 2.22       | 57.33                            | 0.11                    |

\*Elaboración propia con base en la Encuesta Intercensal, 2015

La relativa paridad mujeres – hombres puede manifestar sus efectos en la ocupación laboral de la población, esto a su vez debiera remitirnos a la serie de indicadores asociados al acceso de esta población a atención médica a través de la provisión de seguros médicos que supone la inserción laboral, todo lo cual, más adelante, será ampliamente estudiado.

### 3.1.1.2. San Diego, California

En el 2016, el Departamento de Finanzas de California informó que en la región fronteriza de California residían 3,466, 674 habitantes, de los cuales la mayoría vivía en San Diego y una proporción más pequeña en el condado de Imperial.<sup>195</sup>

Como se puede observar en la tabla, las ciudades del condado densamente pobladas son San Diego y Chula Vista, ambas se caracterizan por ser las jurisdicciones más grandes del condado.<sup>196</sup>

*Tabla 16. Población por jurisdicción en estado de California, 2000 - 2015*

| Entidad                | Año         |             |               |
|------------------------|-------------|-------------|---------------|
|                        | 2000        | 2010        | 2015          |
| <b>Del Mar</b>         | 4,389       | 4,161       | 4,238         |
| <b>Solana Beach</b>    | 12,979      | 12,867      | 13,104        |
| <b>Coronado</b>        | 24,100      | 24,697      | 23,497        |
| <b>Lemon Grove</b>     | 24,918      | 25,320      | 26,199        |
| <b>Imperial Beach</b>  | 26,992      | 26,324      | 26,761        |
| <b>Poway</b>           | 48,044      | 47,811      | 49,041        |
| <b>Santee</b>          | 52,975      | 53,413      | 55,805        |
| <b>La Mesa</b>         | 54,749      | 57,065      | 58,813        |
| <b>National City</b>   | 54,260      | 58,582      | 59,827        |
| <b>Encinitas</b>       | 58,014      | 59,518      | 61,518        |
| <b>San Marcos</b>      | 54,977      | 83,781      | 90,827        |
| <b>Vista</b>           | 89,857      | 93,719      | 96,413        |
| <b>El Cajon</b>        | 94,869      | 99,478      | 101,444       |
| <b>Carlsbad</b>        | 78,247      | 105,185     | 110,653       |
| <b>Escondido</b>       | 133,559     | 143,951     | 147,294       |
| <b>Oceanside</b>       | 161,029     | 167,344     | 171,682       |
| <b>Chula Vista</b>     | 173,556     | 243,916     | 257,989       |
| <b>No incorporadas</b> | 442,919     | 486,564     | 504,330       |
| <b>San Diego</b>       | 1,223,400   | 1,301,617   | 1,368,061     |
| <b>Total regional</b>  | 2,815,833   | 3,095,313   | 3,227,496     |
| <b>Total nacional</b>  | 281,421,906 | 308,745,538 | 316, 515, 021 |

Fuente: SANDAG, 2016.

<sup>195</sup> Britton Jennifer, Fernandez April, Santibanez Maggie, Yoon Stepahnie. (2016). Border Health Status Report to the Legislature. California Department of Public Health. Office of Binational Border Health. Estados Unidos. P. 4

<sup>196</sup> SANDAG. (2016). Demographics in the San Diego Region. SANDAG Info.

*Composición étnica de la población*

En términos de la etnicidad de la población, el censo del 2010 reveló que el condado se convirtió en la entidad con la mayor población de minoría étnica. En el 2015, ocho ciudades registraron un porcentaje mayor de población hispana que el conjunto total de la región de San Diego, estas ciudades fueron: Chula Vista, Escondido, Imperial Beach, Lemon Grove, National City, Oceanside, San Marcos y Vista.<sup>197</sup>

En ese mismo año, California registró una paridad entre la proporción de la población Latina/Hispana y el resto de la población. El condado de San Diego registró una proporción del 46.9% de población blanca blancos que la población latina/hispana constituyó el grupo minoritario más grande con el 33.4%.<sup>198</sup>

*Tabla 17. Composición étnica en San Diego, 2010 - 2015*

| Población       | Año       |           |
|-----------------|-----------|-----------|
|                 | 2010      | 2015      |
| Población total | 3,095,313 | 3,227,492 |
| Hispanos        | 991,348   | 1,078,955 |
| No hispanos     |           |           |
| Blancos         | 1,500,047 | 1,515,945 |
| Negros          | 146,600   | 138,206   |
| Asia pacíficos  | 341,562   | 372,887   |
| Otras           | 115,756   | 121,499   |

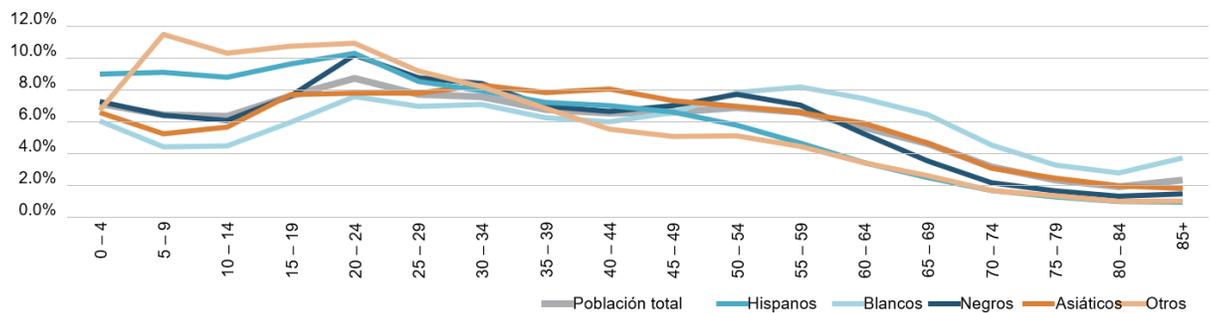
Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la ACS.

<sup>197</sup> SANDAG. (2016). Demographics in the San Diego Region. SANDAG Info.

<sup>198</sup> *Ibidem*, Britton et. al, 2016.

Con base en la siguiente gráfica se destaca que la población no hispana e hispana presentan una concentración en edades jóvenes en comparación con grupos de edad mayor. En contraste, la población no hispana blanca registró su mayor concentración en edades de 65 años. La población no hispana negra está distribuida uniformemente, sin embargo, se observa un salto en el grupo de edad entre 20 y 24 años, esto puede estar relacionado con la incorporación al ejército o a la universidad.

*Ilustración 6. Gráfica Estructura de población por raza o grupo étnico, San Diego 2015*



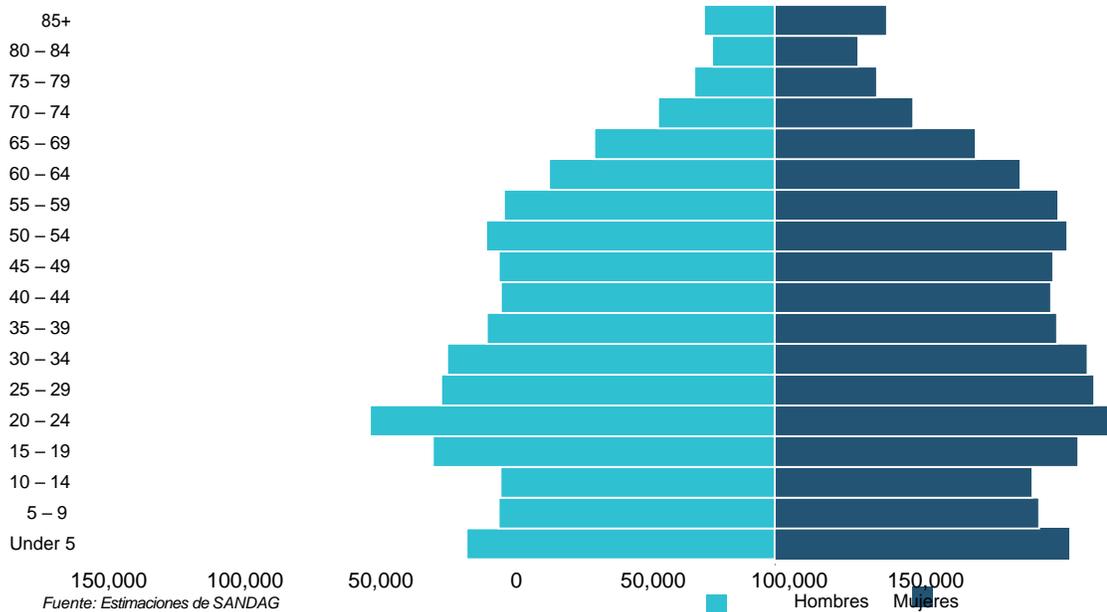
Fuente: Estimaciones de SANDAG, 2016<sup>199</sup>

<sup>199</sup>SANDAG. (2016). Demographics in the San Diego Region. SANDAG Info.p.11

### *Composición por sexo y edad*

Los cambios más significativos se observan en los grupos de edad de 0 a 9 años y de 60 años o más, los cuales experimentaron un incremento del 9% y 24.5% respectivamente. Mientras tanto los grupos de edad entre 10 y 60 años decrecieron hasta en un 7.3%.

*Ilustración 7. Gráfica Población por edad y sexo en el condado de San Diego, 2015*



La población está dividida casi igualmente en mujeres y hombres, sin embargo, la distribución de sexo por edad muestra algunos cambios en su composición. En este sentido, el condado de San Diego tiene dos componentes de poblaciones distintas que afectan la estructura etaria.

Por un lado, San Diego alberga numerosas instalaciones militares con más de 100,000 miembros en servicio. Y por otro lado, la infraestructura universitaria asegura un flujo constante de la población de acuerdo con la edad escolar. De esta

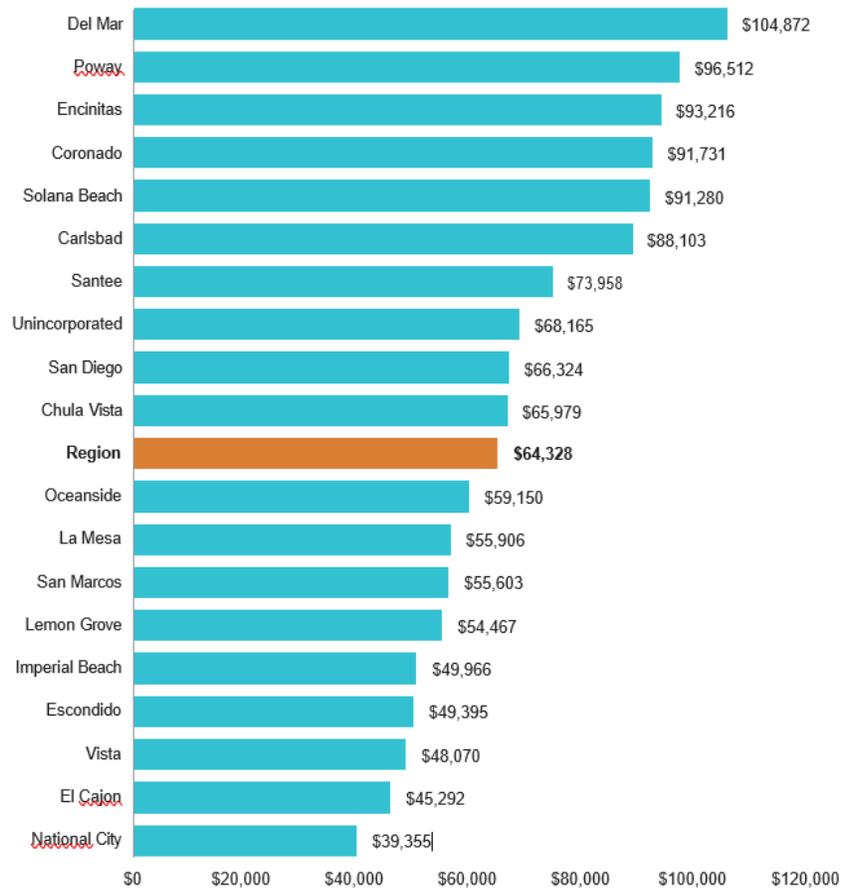
manera, el efecto de este grupo poblacional puede verse en una población grande por grupos de edades como se muestra en el gráfico de arriba, de la cual también se puede destacar que los hombres de edades de 20 a 24 son el grupo más grande del condado.

#### *Características económicas*

Entre el 2010 y 2015, la mediana del ingreso que se tuvo por familia en la región de San Diego incrementó de \$63,586 a \$64,328 dólares, esto se traduce a un incremento del 1.2 por ciento.

La media del ingreso que se registró por familia varía de jurisdicción en jurisdicción. Va de un rango desde el más bajo al más alto de \$39,355 en National City a uno alto de \$104,872 en Del Mar. Como se puede ver en la siguiente gráfica, diez jurisdicciones tienen un ingreso medio que va por debajo del promedio poblacional.

Ilustración 8. Gráfica Mediana del ingreso familiar, San Diego 2015 (dólares)



Fuente: Estimaciones SANDAG, 2016

En ese mismo año, más de la mitad de los residentes del condado de Imperial vivían debajo de la línea federal de pobreza, comparado con el 36.6% de San Diego y el 39.5% a nivel estatal.

Con respecto a los grupos étnicos, se registró un alto porcentaje de población viviendo en el límite o por encima del nivel de pobreza, en San Diego fue de 52.2% y California 46.5% e Imperial en el 27.2%

Adicionalmente, el estado de California incluyendo los condados fronterizos, reportaron que el porcentaje de la población blanca que vivía en o por encima de la línea federal de pobreza era del 300%, el doble que el de la población hispana/latina.

Con base en esta caracterización sociodemográfica de las ciudades de Tijuana – San Diego es posible constatar que los factores que explora el panorama que hemos expuesto, guardan una conexión con el perfil epidemiológico de la misma población en tanto que la edad, el género y el nivel socioeconómico presentan desafíos para la atención de su salud.

### 3.2. Perfil epidemiológico de la población de la región fronteriza Tijuana, Baja California – San Diego, California

Para dar cuenta del estado de salud de la población fronteriza de Tijuana, Baja California-San Diego, California, consideramos importante precisar algunos aspectos metodológicos a manera de introducción previo a la presentación del análisis cualitativo del tema que nos ocupa en el presente apartado capitular.

A lo largo del proceso documental para la obtención, integración y análisis de la información recabada a partir de la literatura del estado de la cuestión nos encontramos con la reiterada y coincidente advertencia sobre la dificultad de generar un análisis puntual sobre las condiciones de salud de la población fronteriza, esto se debe a diversos factores que expresan la complejidad implicada de esta difícil tarea, dichos factores son:

- Sistemas de información diferentes no solo entre México y Estados Unidos, sino de manera vertical en los distintos niveles administrativos dentro de los mismos países
- Datos parciales e inconsistentes

- Datos discontinuos en términos de la periodicidad de los temas de estudio
- Distintas mediciones aun cuando provienen de la misma institución u organismo
- El universo de los datos recolectados no contempla otros niveles subnacionales más allá del estatal

Consideramos que la dificultad a la que nos enfrentamos no es menor en un sentido metodológico, aún más podemos afirmar que cobra mayor relevancia al presentarse como una parte explicativa de nuestro propio problema de estudio.

Cabe señalar las acotaciones que la ahora inexistente Oficina de Campo de la Frontera México - Estados Unidos de la Organización Panamericana de la Salud realizó en una extensa investigación en el año 2002, intitulada “Frontera México - Estados Unidos. Diagnóstico sobre servicios de salud” en la cual se analiza a los dos países en dos volúmenes respectivamente. En ambos trabajos se advierte sobre la complejidad del proceso de recopilación, integración y análisis de la información con sus particularidades para cada país.

En el caso de México, se señala que la mayor parte de los datos obtenidos pertenecen a fuentes oficiales a nivel nacional y en algunos casos se complementó con fuentes a nivel estatal, esto da lugar a divergencias en la información, lo cual se debe a la falta de información homologada de las instituciones y organismos de los niveles administrativos en cuestión, ya que utilizan diferentes instrumentos, nomenclaturas y definiciones<sup>200</sup>. Del mismo modo, para el caso de Estados Unidos, se identificó que a pesar de la gran cantidad de datos sobre el tema “pocos son los

---

<sup>200</sup> OPS (2002). Frontera México - Estados Unidos. Diagnóstico sobre servicios de salud. Vol. I. México. P.4

que permiten hacer una comparación sistemática entre los Estados y condados fronterizos”<sup>201</sup>.

De tal manera que, en la actualidad seguimos enfrentando esta dificultad, como ya se ha señalado, no solo es atribuible a las vicisitudes del proceso de investigación, sino a la manifestación de uno de los desafíos más relevantes de la cooperación transfronteriza. En este sentido, Carrillo et. al. en su investigación “The United States–Mexico border environmental public health: the challenges of working with two systems” señalaron que:

“El marco de referencia de cualquier estudio requiere considerar que la obtención de datos en salud y recursos ambientales existe en un contexto cultural, organizacional y social que debe ser incluido en el análisis. En particular, esta complejidad existe en un área transfronteriza donde ocurren procesos políticos, administrativos, económicos y culturales que se expresan diferente en cada país. Por tal motivo, es imperativo analizar el proceso de toma de decisiones de cada país que pudiera afectar directa o indirectamente en el desarrollo de la información en salud y medio ambiente y su accesibilidad, así como es importante considerar la interacción de numerosos factores que inciden en el proceso, en el manejo y difusión de dicha información.”<sup>202</sup>

Si bien, los autores reconocen que en la última década las investigaciones en la materia han aumentado, lo cual ha llevado a una diversificación temática en esta área de estudio, en contraposición, los datos provenientes de diversas

---

<sup>201</sup> PS (2002). Frontera México - Estados Unidos. Diagnóstico sobre servicios de salud. Vol. II Estados Unidos. P.4

<sup>202</sup> Carrillo G, Uribe F, Lucio R, Ramirez Lopez A, Korc M. (2017). The United States–Mexico border environmental public health: the challenges of working with two systems. Rev Panam Salud Publica. 41:e98.

instituciones de ambos lados son incompletos, parciales y están limitados a la relación geográfica-temporal.<sup>203</sup> En este sentido, los autores concluyeron que:

“Se han desarrollado muchos programas fronterizos y trabajos de salud pública orientados a problemáticas ambientales y de salud, sin embargo, mayor es la necesidad de obtener, integrar, analizar y difundir datos estandarizados entre ambos países. Al mismo tiempo, sería importante que la información estuviese contenida en una sola base datos a la que ambos países tuvieran acceso. Adicionalmente, las métricas estandarizadas permitirían a ambos países comparar y contrastar las estadísticas de una manera más eficiente. De igual manera, dichas mediciones facilitarían un mejor desarrollo de políticas públicas para la salud fronteriza.”<sup>204</sup>

De acuerdo con los apuntes metodológicos que han sido expuestos y a partir de la información documental seleccionada de distintas fuentes, a continuación presentaremos los componentes del perfil epidemiológico de la población fronteriza que hemos seleccionado para el presente análisis descriptivo a saber: la mortalidad y morbilidad; cuya delimitación espacial considera un panorama geográfico más amplio, es decir, a la región fronteriza México – Estados Unidos y de manera particular, en ciertos casos y para algunos años, a Tijuana y San Diego. Finalmente, cerraremos este apartado con el análisis sobre los determinantes sociales de la salud.

---

<sup>203</sup>Ibidem P. 5 La traducción es nuestra.

<sup>204</sup> Ibid traducción es nuestra

### 3.2.1. Mortalidad y morbilidad

A partir de un conjunto de indicadores de salud, la Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos, realizó un diagnóstico del estado de salud la población fronteriza de la región México - Estados Unidos y con base en ello, estableció metas en función de áreas prioritarias para cada país con el propósito de alcanzar dos objetivos fundamentales: mejorar la calidad de vida e incrementar los años de vida saludable y eliminar las disparidades en salud.

Dicho análisis está contenido en el primer informe de la Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos, "Agenda Bilateral del Programa Frontera Saludable 2010 ". Con respecto a la mortalidad, se revela que la principal causa de mortalidad en ambos lados de la frontera correspondió a las enfermedades del corazón, al mismo tiempo, se identificó un patrón similar a nivel nacional. En el siguiente cuadro se presentan las 10 principales causas de mortalidad para el año 2000, considerando el total nacional, estatal y fronterizo de ambos países respectivamente. Comparativamente podemos identificar un patrón similar con respecto a las causas de mortalidad cuya característica distintiva es el orden de estas.

Tabla 18. Principales causas de mortalidad en la Frontera México - Estados Unidos, 2000.

| Causa de Muerte   | México   |         |           | Causa de muerte   | Estados Unidos |         |         |
|---|----------|---------|-----------|---|----------------|---------|---------|
|   | Nacional | Estatad | Municipal |   | Nacional       | Estatad | Condado |
| <b>1. Enfermedades del Corazón</b>                        | 109.00   | 148.00  | 165.30    | <b>1. Enfermedades del Corazón</b>                      | 151.40         | 141.50  | 125.70  |
| <b>2. Tumores Malignos</b>                                | 87.00    | 106.20  | 111.20    | <b>2. Tumores Malignos</b>                              | 138.30         | 128.20  | 119.60  |
| <b>3. Diabetes Mellitus</b>                               | 77.60    | 81.20   | 101.70    | <b>3. Enfermedades cerebrovasculares</b>                | 33.70          | 35.00   | 31.10   |
| <b>4. Accidentes</b>                                      | 42.20    | 45.00   | 54.00     | <b>4. Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas</b> | 27.20          | 27.40   | 24.10   |
| <b>5. Enfermedades cerebrovasculares</b>                  | 40.60    | 46.00   | 48.60     | <b>5. Accidentes</b>                                    | 30.20          | 28.60   | 28.10   |
| <b>6. Enfermedad Crónica del Hígado y Cirrosis</b>        | 42.40    | 30.50   | 36.40     | <b>6. Diabetes Mellitus</b>                             | 16.50          | 16.30   | 17.90   |
| <b>7. Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas</b>   | 17.60    | 20.90   | 18.90     | <b>7. Neumonía e influenza</b>                          | 12.60          | 14.00   | 12.80   |
| <b>8. Neumonía e influenza</b>                            | 16.20    | 15.90   | 17.20     | <b>8. Enfermedad de Alzheimer</b>                       | 8.50           | 8.40    | 10.30   |
| <b>9. Enfermedades originadas en el periodo perinatal</b> | 16.20    | 13.80   | 16.20     | <b>Enfermedad crónica del hígado y cirrosis</b>         | 7.60           | 9.80    | 10.60   |
| <b>10. Homicidio</b>                                      | 12.30    | 10.30   | 15.60     | <b>10. Suicidio</b>                                     | 9.50           | 9.30    | 9.90    |

Fuente: Comisión de Salud Fronteriza México - Estados Unidos. Frontera Saludable, 2010. Resumen Ejecutivo.<sup>205</sup> \*Tasa estandarizada por edad.

Los hallazgos descritos implican que las enfermedades del corazón son un problema de salud pública importante tanto en México como en Estados Unidos, y que esto se refleja en la mortalidad en la región fronteriza. Además, el patrón similar en las causas de mortalidad entre ambos países y en la región fronteriza sugiere que existe una relación entre los factores de riesgo y las condiciones de salud que afectan a ambas poblaciones de manera específica.

<sup>205</sup> Comisión de Salud Fronteriza México - Estados Unidos. Frontera Saludable, 2010. Resumen Ejecutivo. 2003. [www.saludfronteriza.org.mx](http://www.saludfronteriza.org.mx)

Por otra parte, para las estimaciones del año 2015, la siguiente tabla muestra la información sobre las 10 principales causas de mortalidad del estado de Baja California y el estado de California. Con base en esta información podemos advertir que a pesar de que el orden en el que se posicionan las causas de muerte es diferenciado para cada estado, su registro simultáneo en ambas entidades ha permitido que se establezcan agendas de colaboración transfronteriza compatibles.

*Tabla 19. Principales causas de muerte de los estados fronterizos de Baja California y California, 2015*

Tasa de mortalidad por principales causas

| Baja California                            |           |       | California   |           |       |
|--|-----------|-------|--|-----------|-------|
| Causa de muerte                            | Acumulado | Tasa  | Causa de muerte  | Acumulado | Tasa  |
| <b>Enfermedades del Corazón</b>            | 3,403     | 97.67 | Enfermedades del corazón                                   | 61,289    | 145.6 |
| <b>Enfermedades Isquémicas del corazón</b> | 2,145     | 61.56 | Cáncer   | 59,629    | 142.8 |
| <b>Tumores malignos</b>                    | 2,328     | 66.82 | Alzheimer  | 15,065    | 35.7  |
| <b>Diabetes mellitus</b>                   | 2,060     | 59.12 | Enfermedades cerebrovasculares                             | 15,065    | 36.2  |
| <b>Enfermedades cerebrovasculares</b>      | 957       | 27.47 | Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores | 13,621    | 33.1  |
| <b>Accidentes*</b>                         | 957       | 27.47 | Accidentes   | 12,544    | 30.6  |
| <b>Enfermedades del hígado</b>             | 852       | 24.45 | Diabetes Mellitus  | 8,845     | 21.2  |
| <b>Neumonía e Influenza</b>                | 665       | 19.09 | Influenza /Neumonía  | 6,188     | 14.8  |
| <b>Agresiones(homicidios)</b>              | 652       | 18.71 | Enfermedades crónicas del hígado/ cirrosis                 | 5,425     | 12.7  |
| <b>Insuficiencia renal</b>                 | 374       | 10.73 | Hipertensión   | 5,118     | 12.1  |

Fuente: Elaboración propia con base en la información estadística del “Programa Sectorial de Salud, 2015 – 2019” del gobierno del estado de Baja California y el Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Centros de control y prevención de enfermedades de Estados Unidos. \*No incluye los accidentes de tráfico de vehículo de motor.

De acuerdo con la información que se presenta en la siguiente tabla la incidencia de la tuberculosis en los municipios fronterizos de México para el año 2000 registró la tasa más alta con respecto a otras enfermedades seleccionadas y en

comparación con los condados fronterizos de Estados Unidos, la gonorrea fue la enfermedad transmisible que reportó la mayor tasa incidencia.

*Tabla 20. Enfermedades transmisibles en la Frontera México – Estados Unidos, 2000*

| Enfermedad                          | Municipios Fronterizos de México |        | Enfermedad                          | Condados Fronterizos de Estados Unidos |       |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------|-------------------------------------|--|-------|
|                                     | Casos                            | Tasa*  |                                     | Casos                                  | Tasa* |
| <b>1. Tuberculosis</b>              | 2124                             | 33.4   | <b>1. Gonorrea</b>                  | 3069                                   | 46.8  |
| <b>2. Hepatitis A</b>               | 1526                             | 24     | <b>2. Salmonellosis/Shigellosis</b> | 1880                                   | 28.7  |
| <b>3. Paludismo</b>                 | 784***                           | 4.7*** | <b>3. Hepatitis A</b>               | 722                                    | 11    |
| <b>4. Salmonellosis/Shigellosis</b> | 582                              | 9.2    | <b>4. Tuberculosis</b>              | 653                                    | 10    |
| <b>5. Gonorrea</b>                  | 507                              | 8      | <b>5. SIDA</b>                      | 607                                    | 9.3   |
| <b>6. SIDA</b>                      | 370                              | 5.8    | <b>6. Hepatitis B</b>               | 410                                    | 6.3   |
| <b>7. VIH+</b>                      | 215                              | 3.4    | <b>7. VIH+</b>                      | 301**                                  | 8.4** |
| <b>8. Dengue</b>                    | 173                              | 2.7    | <b>8. Paludismo</b>                 | 15                                     | 0.2   |
| <b>9. Hepatitis B</b>               | 71                               | 1.1    | <b>9. Dengue</b>                    | 6                                      | 0.1   |

Fuente: Elaboración propia con base en la información de la Comisión de Salud Fronteriza México - Estados Unidos. Frontera Saludable, 2010. Resumen Ejecutivo.<sup>206</sup>

Con respecto a la morbilidad por enfermedades transmisibles la Comisión de Salud Fronteriza México- Estados Unidos, argumenta que:

El elevado número de cruces fronterizos entre México y Estados Unidos complica la vigilancia epidemiológica y el desarrollo de estrategias para combatir la propagación de las enfermedades transmisibles. Los miles de cruces diarios aumentan el potencial de propagación de enfermedades en ambas direcciones. Bajo estas circunstancias México y Estados Unidos

<sup>206</sup> *Ibidem* p. 18

deben coordinar sus estrategias presentando una respuesta binacional ante las enfermedades transmisibles.<sup>207</sup>

Así, reafirmamos que esto tiene implicaciones importantes para la planificación de políticas y programas de salud en la región fronteriza. Los resultados indican la necesidad de enfocar los esfuerzos de prevención y tratamiento en las enfermedades específicas como las cardiovasculares, y de considerar los factores de riesgo comunes a ambas poblaciones, como la dieta, el sedentarismo y el tabaquismo.

Además, estos hallazgos también sugieren la importancia de la cooperación y colaboración en la planificación y ejecución de programas de salud en la región fronteriza, ya que las enfermedades y factores de riesgo que afectan a ambas poblaciones no se limitan a las fronteras nacionales.

En este sentido, las estimaciones de mortalidad y morbilidad de la región fronteriza permiten focalizar las acciones de colaboración y cooperación transfronteriza al mismo tiempo, la autora señala que es importante reconocer que:

[...] para obtener resultados favorables en las actividades de promoción de la salud es necesario que dentro de la agenda de trabajo se consideren el nivel de desarrollo en el que se encuentran los determinantes sociales, el grado de cooperación que se espera obtener por parte de los diferentes participantes [...]. (Cerqueira et. al, 2009; 153)<sup>208</sup>

---

<sup>207</sup> *Ibidem* p. 19

<sup>208</sup> Ma. Teresa, Cerqueira et. al. (2009) “Determinantes sociales y promoción de la salud en la frontera México – Estados Unidos.” En Hernández, Mauricio y Rangel Gudelia (Coord.) Condiciones de salud en la frontera norte de México. Secretaría de Salud; Comisión de Salud

A manera de recuento, hasta aquí hemos logrado presentar el perfil sociodemográfico y epidemiológico de las entidades de estudio, esto nos permitirá comprender el papel que juegan los factores que constituyeron dicha radiografía en la identificación de los determinantes sociales de la salud de las poblaciones de Tijuana – San Diego.

Las autoras María Teresa Cerqueira, Aracely Beatriz Díaz y Piedad Huerta, realizaron un ejercicio descriptivo sobre los determinantes sociales de la salud de la región fronteriza México – Estados Unidos, ellas definen que dichos factores sociales:

“Tienden a concentrarse en personas con características socioeconómicas similares y sus efectos se acumulan a lo largo de su existencia, la relación entre la duración de los periodos de estrés económico y/o social es inversa a la de poder disfrutar de una vejez sana y feliz estas disparidades se viven de manera más marcada en comunidades que habitan en fronteras entre países de niveles de desarrollo tan diferentes como lo son de México y Estados Unidos.”<sup>209</sup>

De acuerdo con las autoras, los determinantes sociales de la salud identificados en la región fronteriza son: a) los gradientes sociales, b) desarrollo infantil temprano, c) exclusión social, d) empleo y desempleo, e) alimentación, f) educación, g) sistemas de salud, h) globalización, i) entornos urbanos, j) factores ambientales, k) transporte y; l) mujer y equidad de género.

El Índice de Desarrollo Transfronterizo (IDT), es un proyecto realizado de manera conjunta por la Escuela de Estudios Transfronterizos de la Universidad Estatal de Arizona y El Colegio de la Frontera Norte, el IDT observa cuatro

---

Fronteriza México – Estados Unidos; Instituto Nacional de Salud Pública; El Colegio de la Frontera Norte. México. P. 153

<sup>209</sup> Op. Cit. Cerqueira et al. 125

dimensiones: la competitividad, la sustentabilidad, la seguridad y la calidad de vida.<sup>210</sup>

En este caso vamos a retomar los hallazgos sobre la calidad de vida, este indicador es el resultado combinado de cuatro dimensiones: oportunidad económica, educación y cultura, vida saludable y vida comunitaria. La dimensión que los autores conceptualizan como vida saludable, lleva al análisis de los siguientes factores<sup>211</sup>:

- Mortalidad infantil
- Muertes asociadas con accidentes viales
- Disponibilidad de servicios de salud
- Acceso a servicios de salud

Si bien los autores reconocen que los indicadores usados no dan un panorama completo sobre la atención médica y la salud en toda la región, son indicativos de:

“[...] las condiciones que enfrentan los residentes de la zona fronteriza en la búsqueda de una vida saludable. En su mayoría, estas condiciones pueden verse menguadas por el hecho de que los recursos y servicios de salud son escasos en muchas comunidades fronterizas, limitando las opciones que pueden tener las personas para preservar o mejorar su salud física o mental. Esto ha contribuido a las ampliamente conocidas disparidades de salud que afectan a poblaciones relativamente vulnerables a las enfermedades debido a sus ingresos, origen étnico, edad, género o aislamiento.”<sup>212</sup>

Con base en distintas perspectivas de análisis y a través de diversas evaluaciones tanto a nivel internacional, binacional, nacional y transfronterizo se

---

<sup>210</sup> Lee Erik, Wilson E. Christopher. Informe del estado de la frontera. (2014). Un análisis integral de la frontera México - Estados Unidos. UNAM. México. p. 34

<sup>211</sup> *Ibidem* p. 42

<sup>212</sup> *Ibidem* p. 54

aduce una existente correlación entre el nivel económico, los indicadores de salud y el acceso a los servicios de salud que tiene la población.”<sup>213</sup>

En ese sentido, reconocemos que ciertos factores sociodemográficos, inciden en el perfil epidemiológico de las poblaciones de Tijuana y San Diego, al encontrarnos que en términos de:

Edad: Tijuana y San Diego tienen poblaciones que presentan una distribución por edades diferente. En Tijuana, la población es más joven en comparación con San Diego, lo que puede influir en la prevalencia de ciertas enfermedades y afecciones que afectan a las personas de diferentes edades. Por ejemplo, en Tijuana hay una mayor prevalencia de enfermedades infecciosas en jóvenes y adultos jóvenes, mientras que en San Diego una mayor prevalencia de enfermedades crónicas en adultos mayores.

Nivel socioeconómico: El nivel socioeconómico de la población también puede influir en el perfil epidemiológico de las poblaciones de Tijuana y San Diego. Por ejemplo, en Tijuana, donde la pobreza es un problema importante, existe una mayor prevalencia de enfermedades infecciosas y parasitarias asociadas a malas condiciones sanitarias y falta de acceso a atención médica. Mientras que en San Diego, la población de bajos ingresos puede tener una mayor prevalencia de enfermedades crónicas debido a una alimentación deficiente y la falta de acceso a atención médica preventiva.

Acceso a atención médica: El acceso a atención médica también es un factor importante en el perfil epidemiológico de las poblaciones de Tijuana y San Diego. En Tijuana, donde la población no cuenta con un acceso equitativo a atención médica de calidad, puede haber una mayor prevalencia de enfermedades infecciosas y afecciones no diagnosticadas. En San Diego, el acceso a atención médica puede

---

<sup>213</sup> Observatorio de la Salud Pública en México. (2010). UAM. México. P. 177

ser limitado para las personas sin seguro médico, lo que puede resultar en una falta de tratamiento y cuidado preventivo para enfermedades crónicas.

Así, el perfil epidemiológico de las poblaciones de Tijuana y San Diego está influenciado por factores sociodemográficos como la edad, el nivel socioeconómico y el acceso a atención médica. Comprender estos factores es de suma importancia para contextualizar las estrategias de prevención y tratamiento de enfermedades que han impulsado ambas ciudades en término de la cooperación, todo lo cual, abordamos en el último capítulo de este trabajo.

Dicho lo anterior, damos paso a una primera comprensión del andamiaje institucional que hace frente a las necesidades y condiciones de salud de sus poblaciones puesto que al encontrarnos frente a dos países distintos en lo político, social, económico y cultural cuyos sistemas nacionales de salud operan de manera diferente, consideramos oportuno y necesario, identificar y analizar las características de los sistemas nacionales de ambos países para comprender la respuesta social organizada de la salud pública fronteriza.

### 3.3. La respuesta social organizada de la salud pública fronteriza: una comprensión sobre los sistemas nacionales de salud

Con base en el abordaje sobre la salud en el segundo apartado del capítulo 1 donde se desarrolló el marco conceptual que ha acompañado la argumentación de este trabajo. En esta sección el propósito es presentar uno de los ejes nodales de la respuesta social organizada de la salud pública fronteriza, esto es los sistemas nacionales de salud de México – Estados Unidos.

Nos interesa dar cuenta de las condiciones institucionales en las que esto tiene lugar. Como ya vimos, la configuración del sistema de salud tiene que ver con la manera en la que se concibe la concepción sobre la salud pública y su reflejo en

el ordenamiento del sistema de salud de cada Estado. También señalamos que el rol del Estado dentro del sistema no solo explica el involucramiento de los tres órdenes de gobierno, sino que además adquiere diversas tareas que lo llevan a interactuar con actores dentro y fuera del ámbito sanitario.

Por tal motivo, la claridad sobre el funcionamiento del sistema nacional de salud de México y de Estados Unidos es sumamente relevante e imprescindible para reconocer el artilugio que responde a las necesidades y condiciones de salud, así como a los determinantes sociales de la salud de las poblaciones.

### 3.3.1. Una región fronteriza: dos sistemas de salud

La diferencia sustantiva entre el sistema de salud estadounidense y mexicano reside primordialmente en la perspectiva sobre la provisión de servicios de salud por parte del Estado. En México la atención a la salud es considerada un derecho ciudadano básico en el que el gobierno es el principal responsable de ello. En contraste, Estados Unidos establece que la población, en la medida de sus posibilidades, debe contribuir económicamente al financiamiento de su seguridad social.

Aun con la notable distinción, entre el entrañable principio contributivo de Estados Unidos para obtener seguridad social frente al derecho universal a la salud de México, ambas naciones enfrentan un limitado acceso a los servicios de salud. Para comprender ampliamente las posibilidades de la población para atender su salud, en este apartado se desarrolla una descripción de los sistemas de salud mexicano y estadounidense.

### 3.3.2. Apuntes sobre la evolución histórica de los sistemas de salud

Abordaremos algunos elementos del desarrollo histórico de la salud pública que dieron origen al sistema de salud de cada país, posteriormente nos abocaremos a la

organización del sector público de la salud en cuanto a su estructura y algunos elementos importantes de su legislación.

En las últimas décadas, el país ha privilegiado la cobertura universal de salud para la población mexicana para ello ha implementado diversos programas orientados a la prevención o protección específica sobre ciertas enfermedades, sin embargo, el alcance y su efectividad es distinta entre los diferentes municipios, regiones y grupos sociales, esto tiene que ver principalmente con diversos factores económicos y laborales que contribuyen a la desigualdad social.

De tal manera que el Estado es el principal actor en la proveeduría de servicios médicos, las acciones encaminadas a ello le competen al gobierno federal y a los gobiernos estatales a través de las instituciones de seguridad y asistencia social que constituyen el sistema nacional de salud mexicano.

En el caso estadounidense el sistema nacional de salud se divide en dos grandes sectores: público y privado. La gestión de salud es en gran medida descentralizada. Al igual que en el caso mexicano, participan actores de los tres órdenes de gobierno: federal, estatal y condal o local. No obstante, la gran diferencia reside en las atribuciones que les son otorgadas bajo el sistema federalista, lo cual tiene que ver con la propia evolución histórica de cada país.

No es nuestra intención emprender un recorrido histórico sobre ello pero sí que expondremos sucintas líneas del tiempo que permiten dar cuenta de la asincronía en el desarrollo de los sistemas nacionales de salud entre ambos países a partir de los hitos históricos que contribuyeron a la salud pública de ambos países.

*Tabla 21. Línea del tiempo de los hitos históricos de la salud pública de México – Estados Unidos*

| México   | Estados Unidos   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1831, se disolvió del Real Tribunal del Protomedicato de la Nueva España como consecuencia de la consolidación de la independencia de México.</li> <li>• 1841, se creó el Consejo Superior de Salubridad del Distrito y Territorios Federales</li> <li>• 1906, México ingresó a la Organización Sanitaria de los Estados Americanos</li> <li>• 1934, entró en vigor la Ley de Coordinación y cooperación de servicios de salubridad que impulsó la creación de organismos públicos desconcentrados "Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado"</li> <li>• 1937, se creó la Secretaría de Asistencia Pública (SAP)</li> <li>• 1943, se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) actualmente la Secretaría de Salud, (como resultado de la fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública)</li> <li>• Se creó el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS)</li> <li>• Se estableció la primera unidad médica especializada en el país: el Hospital Infantil de México.</li> <li>• 1959, se fundó el Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y posteriormente se consolidaron los servicios de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y de Petróleos Mexicanos (PEMEX).</li> <li>• 1983, se elevó a rango constitucional el derecho a la protección de la salud</li> <li>• Inicia el proceso de sectorización, desconcentración y descentralización para la modernización administrativa de la Secretaría de Salubridad y Asistencia</li> <li>• 1996, se publicó en el DOF el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud</li> <li>• 2003, se creó el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular)</li> <li>• 2020, se creó el organismo dependiente de la Secretaría de Salud el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1935, se firmó la Ley de la Seguridad Social.</li> <li>• 1939, se extendieron los beneficios para familiares dependientes y sobrevivientes al trabajador en caso de muerte prematura.</li> <li>• 1954, se implementó un programa de seguro por discapacidad</li> <li>• 1956, se proveyeron beneficios monetarios para trabajadores discapacitados entre 50 y 60 años</li> <li>• 1940, el gobierno federal estableció una serie de incentivos tributarios para que las empresas ofrecieran seguros de salud a sus trabajadores.</li> <li>• 1965, se enmendó la Ley de la Seguridad Social, añadiéndose dos títulos para ofrecer seguro de salud pública a la población mayor de 65 años y seguro de salud asistencial a la población pobre, lo cual dio origen a los programas Medicare y Medicaid.</li> <li>• 1997, la Ley de Balance Presupuestal otorgó a los beneficiarios de Medicare una opción formal para ampliar su cobertura de salud con distintas extensiones del mismo programa aunadas a las ya existentes en sus partes originales A y B, ampliándose a partes C y D.</li> <li>• 2006, se promulgó la Ley de Modernización de Medicare la cual ampliaba la cobertura para los beneficiarios de los planes de la parte A y B en planes de prescripción médica.</li> <li>• 2010, se promulgó la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA por sus siglas en inglés) obliga a la mayor parte de ciudadanos a adquirir como mínimo un seguro de salud básico o pagar una penalidad tributaria.</li> <li>• 2012, la Corte Suprema determinó la inconstitucionalidad de la Ley ACA al forzar a los estados a expandir Medicaid. Sin embargo, la contribución obligatoria de ciudadanos fue ratificada como constitucional bajo los poderes tributarios del Congreso.</li> <li>• 2014, el mandato individual de la Ley ACA entró en vigor.</li> </ul> |

\*Elaboración propia con base en Arrieta, Alejandro, Gómez Dantes, Héctor y López Moreno, Sergio.<sup>214</sup>

En el caso mexicano, la evolución de las instituciones de salud se desarrolló en función de su descentralización, la ampliación de la cobertura de atención médica y la diversificación de sus servicios, con diferentes grados de avance y éxito en cada entidad federativa y tipo de programa. Mientras tanto, en el caso estadounidense observamos una mayor evolución a nivel legislativo, esto será abordado enseguida.

#### 3.3.2.1. La concepción de la salud pública desde el nivel federal

La concepción de la salud pública desde el nivel federal ha evolucionado significativamente a lo largo del tiempo, y ha sido influenciada por diversos factores, tales como las necesidades y expectativas de la sociedad, las presiones políticas y económicas, y los avances en la ciencia y la tecnología.

En los Estados Unidos, la salud pública ha sido históricamente una responsabilidad compartida entre el gobierno federal y los estados. El papel del gobierno federal en la salud pública ha evolucionado significativamente desde los primeros días de la República, cuando el gobierno federal tenía un papel muy limitado en la protección de la salud pública.

Sin embargo, en la década de 1930, la Gran Depresión llevó a la creación de programas federales de salud pública destinados a abordar los problemas de salud que estaban afectando a la población. Por ejemplo, en 1935 se creó el Servicio

---

<sup>214</sup>Arrieta, Alejandro. (2016). Seguro de salud y principio contributivo de la seguridad social en los Estados Unidos de América. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*. Núm. 23, julio, diciembre. Gómez Dantes, Héctor y López Moreno, Sergio. (2010). Desarrollo histórico de la salud pública en México. En *Observatorio de Salud Pública en México*. UAM. México. Pp. 28 – 32.

de Salud Pública de los Estados Unidos, que tenía como objetivo proteger y mejorar la salud de la población.

En la década de 1960, se produjo un aumento significativo en el papel del gobierno federal en la salud pública, con la creación del Medicare y el Medicaid, programas que proporcionaron cobertura de salud a los ancianos y a los pobres, respectivamente. Además, en la década de 1970, se promulgaron leyes federales que establecían estándares de calidad para la atención médica y regulaban la seguridad de los alimentos y medicamentos.

En la década de 1980, se produjo una disminución en el papel del gobierno federal en la salud pública, con el surgimiento del movimiento de descentralización y la transferencia de responsabilidades a los estados. Sin embargo, en la década de 1990, se produjo un resurgimiento del papel del gobierno federal en la salud pública, con la creación del Programa de Seguro Médico Infantil y la Ley de Modernización de la Seguridad Alimentaria.

Por su parte, en México la evolución de la salud pública también ha sido influenciada por diversos factores y ha evolucionado a lo largo del tiempo. En el siglo XIX, la salud pública en México estaba enfocada en combatir enfermedades como la fiebre amarilla, la viruela y el cólera. En 1876, se creó el Consejo Superior de Salubridad para supervisar la salud pública en todo el país.

En la década de 1940, se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), un sistema de seguridad social que proporciona servicios de salud a los trabajadores y sus familias. El IMSS ha sido fundamental para la mejora de la salud pública en México, ya que ha permitido el acceso a servicios de salud para una gran parte de la población.

En 1983, se creó el Sistema Nacional de Salud, que tiene como objetivo garantizar el derecho a la salud de todos los mexicanos, promoviendo la prevención

y el tratamiento de enfermedades. El Sistema Nacional de Salud está compuesto por diferentes instituciones públicas, como el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Seguro Popular y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

En los últimos años, se ha dado un énfasis en la prevención y el control de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes y la obesidad, que representan un gran desafío para la salud pública en México.

Así, la evolución histórica de la salud pública encuentra sentido más allá de la concepción de la salud que se ha transformado a lo largo del tiempo, esto lo podemos advertir en el ámbito normativo y administrativo como explicaremos enseguida.

#### 3.3.2.1.1. *Ámbito normativo*

En México, el principio básico que estructura al sistema nacional de salud está contenido en la Constitución Política en su Capítulo 1ro de los Derechos Humanos y sus Garantías, en el Artículo 4to se establece que la salud es un derecho general de la población constituyéndose como una garantía individual:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”<sup>215</sup>

---

<sup>215</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Art. 4to. DOF Reforma de 1983.

La última reforma del artículo se publicó el 08 de mayo de 2020, estableciendo de manera complementaria que: “La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.”

El contenido general del Artículo 4to arriba señalado en cierta medida se relaciona con la salud en varios aspectos, por ejemplo, en lo referido al: derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad; derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar; derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico en forma suficiente, salubre, aceptable y asequible; derecho a la cultura física y a la práctica del deporte.

En lo que concierne a la estructura organizacional y autoridades a cargo de las gestiones de salud, de acuerdo con la fracción XVI del artículo 73, se establece que:

- 1a. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.
- 2a. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.
- 3a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País.
- 4a. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la Campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan.

De esta manera, el derecho de la protección de la salud está reglamentado en la Ley General de Salud, de esta manera las acciones de salud para proveer servicios médicos le competen al gobierno federal y a los gobiernos estatales a través de las

instituciones de seguridad y asistencia social que constituyen el sistema de salud mexicano.

Mientras tanto, en Estados Unidos no existe un principio rector a nivel federal para la salud pública. Durante los primeros 30 años de haberse promulgado la Ley de Seguridad Social, la participación del gobierno federal se limitó a “cubrir sólo una de las dos dimensiones del riesgo de salud de los trabajadores: la protección contra la pérdida de salario por enfermedad o muerte.”<sup>216</sup> Por su parte, los seguros de salud privados se empezaron a desarrollar en los años veinte. En un primer momento el sector privado se abocó a la cobertura de costos hospitalarios, tales como los sistemas de servicios hospitalarios pre-pagado como Blue-Cross promovidos por la Asociación de Hospitales Americanos o Blue Shield, por la Asociación de Médicos Americanos.<sup>217</sup>

En los años posteriores surgieron otras iniciativas para ofrecer seguro de salud obligatorio para todos los trabajadores a través de la seguridad social, sin embargo, éstas no progresaron. Al mismo tiempo, el sector privado de seguridad social creció a través de diversos planes e incentivos tributarios del gobierno para que los empleadores otorgaran servicios de salud a sus empleados. De tal manera que para los años cuarenta este sector ya se había fortalecido.

Sin duda, la enmienda a la Ley de Seguridad Social de 1965, definió la participación del gobierno federal en el sector salud con los programas asistenciales más importantes para la salud pública: Medicare, dirigido a la población de 65 años o más y; Medicaid para la población en estado de pobreza, en este último programa

---

<sup>216</sup> Arrieta, Alejandro. (2016). Seguro de salud y principio contributivo de la seguridad social en los Estados Unidos de América. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*. Núm. 23, julio, diciembre. p. 5

<sup>217</sup> *Ibidem* pp. 5-7

cada estado determina los criterios de elegibilidad y los beneficios de salud cubiertos.

A lo largo del tiempo, ambos programas han ampliado o modificado su cobertura en cuanto a diversos criterios como: población elegible, costos o primas, impuestos, tipo de servicios hasta cobertura de prescripciones médicas. Empero, en mucho tiempo, la Ley de Cuidado de Salud Asequible es sin duda, la iniciativa legislativa que intentó cambiar el paradigma de seguridad social en Estados Unidos, su objetivo consistió en reducir el porcentaje creciente de personas sin seguro de salud o con seguros limitados, ambiciosamente se propuso mejorar la calidad y el acceso a la salud.

La Ley ACA tuvo muchos detractores y abrió un intenso debate en la nación sobre el destino de la seguridad social orientada a la universalidad de la cobertura de servicios por parte del gobierno federal. Debido a que la Ley ACA obligaba a los estados a expandir el programa Medicaid, se denunció ante la Corte Suprema su inconstitucionalidad y ésta fallo a favor.

Esto trajo consigo, por un lado, que muchos estados optaran por salirse del esquema planteado por esta ley, dejando sin protección a sus ciudadanos. En este sentido, más adelante veremos que California fue uno de los estados que mantuvo la permanencia del programa y estableció estrategias conjuntas para beneficiar a la población californiana. Por otro lado, la contribución obligatoria de ciudadanos fue ratificada como constitucional bajo los poderes tributarios del Congreso. De esta manera, la viabilidad de la expansión del aseguramiento en salud quedaría cimentada por la contribución obligatoria de ciudadanos y empleadores.<sup>218</sup>

---

<sup>218</sup>*Ibidem* p. 17

### 3.3.2.1.2. *Ámbito administrativo*

En el caso de Estados Unidos, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS por sus siglas en inglés), es el principal organismo gubernamental encargado de proveer los servicios sociales esenciales, el gobierno federal determina el presupuesto nacional de salud, establece las tasas de reembolso de los seguros y formula los estándares y criterios de los proveedores para la población elegible a los programas públicos. Medicare es financiado mediante una combinación de impuestos a la nómina de sueldos, ingresos generales y primas que pagan los beneficiarios. Mientras que Medicaid es financiado de manera conjunta por el gobierno federal y los gobiernos estatales.<sup>219</sup>

Al mismo tiempo, el gobierno federal provee seguridad social al personal militar, veteranos y sus dependientes, nativos estadounidenses y presidiarios de las prisiones federales. A través del mismo Departamento, se financian los servicios prestados a nivel local por entidades del estado, del condado o tribales, o por medio de adjudicatarios del sector privado.

El Departamento de Asuntos de Veteranos (VA por sus siglas en inglés) y el Departamento de Defensa (DOD por sus siglas en inglés) son las únicas dependencias gubernamentales federales que proporcionan directamente servicios de salud. El Departamento de Transporte (DOT por sus siglas en inglés) también proporciona servicios de asistencia sanitaria directa a oficiales y personal contratado del Servicio de Guardacostas.

---

<sup>219</sup> El título XIX de la Ley de Seguridad Social creó Medicaid en 1965 como empresa cooperativa entre el gobierno federal y los gobiernos estatales para ayudar a los estados a proporcionar atención médica adecuada a las personas necesitadas que reúnen los requisitos.

A nivel federal también se cuenta con distintas agencias reguladoras de la salud, tales como:

- Centros de Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) para la salud pública.
- Administración de medicamentos y alimentos (FDA por sus siglas en inglés) para los controles farmacéuticos.
- Centros de servicios para Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) para la población indigente, discapacitada y adultos mayores.
- La Junta de la Comisión en Acreditación de organizaciones de atención médica (JCAHO, por sus siglas en inglés) es una organización privada que se enfoca en la acreditación y vigilancia de las organizaciones de atención médica y programas de salud a nivel nacional.
- La Agencia de calidad e investigación en salud es la primera fuente federal para la prestación de servicios de salud de calidad (AHRQ, por sus siglas en inglés)
- El Centro de Servicios para la Salud Mental (CMHS, por sus siglas en inglés) en colaboración con los departamentos estatales de salud, dirige los esfuerzos nacionales por proveer servicios de salud mental.

Dichas agencias colaboran interinstitucionalmente a través de diversos programas con otras agencias entre los distintos órdenes de gobierno. En este sentido, cabe señalar, que con frecuencia se involucran en asuntos específicos salud en la región fronteriza México – Estados Unidos.

Por ejemplo, Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades trabajan con agencias estatales y locales. De manera particular, los CDC llevan a cabo

acciones gubernamentales orientadas a los estados fronterizos a través de la Oficina de Enlace Unidad de Estados Unidos – México. En este ámbito se destaca el Programa Binacional de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Infecciosas, el cual estableció dos Estaciones en cuarentena una en El Paso, Texas y otra en San Diego, California. Dichas estaciones tienen la facultad de detener personas que son sospechosas de padecer enfermedades transmisibles y deben ser sometidas a revisión médica.

De igual manera, bajo la tutela de los CDC, se estableció un Grupo de Trabajo Técnico Binacional (BTWG), en el cual participan expertos de salud de México y Estados Unidos, su objetivo es hacer frente de manera conjunta a brotes de enfermedades en la región fronteriza, para cumplir con esta labor, BTWG se reúne trimestralmente. De esta colaboración conjunta han resultado los siguientes programas:

- Programa Binacional contra la Tuberculosis
- Programa de Salud de los migrantes

El sector privado de salud es el medio más importante a través del cual la población estadounidense obtiene servicios de salud los cuales son prestados por instituciones privadas y se compone de: hospitales, médicos, dentistas, hogares para convalecientes, organismos de asistencia domiciliaria, compañías aseguradoras, empresas de suministros médicos, fabricantes de productos farmacéuticos, entre otros. La cobertura de seguro médico es adquirida a través del empleo como resultado la desigualdad social que asecha a la población estadounidense tiene su origen en los mecanismos de proveeduría que establece el mercado de la salud.

De acuerdo con esta lógica de mercado, las legislaciones entorno a la seguridad social, a lo largo de la evolución de la salud pública y privada en Estados Unidos,

han estado orientadas a la protección del consumidor de servicios de salud, algunas de estas son:

- Sherman Antitrust Act of 1890, asegura la competencia justa en el mercado para los pacientes prohibiendo monopolios.
- HIPAA, protege la información de los pacientes.
- COBRA, provee a los trabajadores y familias el derecho de mantener su cobertura de seguro médico si pierden su empleo.
- Newborn's and Mother's Health Protection Act (NMHPA) de 1996, previene que las compañías de seguro otorguen el alta médica del hospital de manera inmediata a las madres y sus hijos
- Women's Health and Cancer Rights Act (WHCRA) of 1998, previene la discriminación de la mujer que padece cáncer.
- Mental Health Parity Act (MHPA) de 1996 y su enmienda del 2008, obliga a las compañías de seguro a proveer una cobertura justa para atender condiciones de salud mental.
- Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008, prohíbe a las compañías de seguro y sus empleados discriminar con base en los resultados de pruebas genéticas.
- Lilly Ledbetter Fair Pay Act of 2009, proporciona protección y compensación por prácticas laborales ilegales relacionadas con la discriminación

Hasta el momento, hemos dado cuenta de que a nivel federal, los sistemas de salud de México y Estados Unidos tienen características diferenciadoras y particulares. Por un lado, la operatividad del principio contributivo del sistema

estadounidense frente a la universalidad del acceso a la salud como un derecho humano del sistema mexicano, ha incidido en la evolución de la salud pública y ha determinado la organización de las instituciones de salud en los distintos órdenes de gobierno.

A nivel estatal y condal – municipal podremos constatar que California y San Diego cuentan con una compleja estructura institucional cuya capacidad de respuesta se asume eficiente en contraste con Baja California y el municipio de Tijuana, cuya atención está supeditada al ordenamiento federal. A continuación argumentaremos estas precisiones a partir de la configuración de la respuesta social organizada para la salud pública fronteriza en dichos órdenes territoriales.

### 3.3.3. El panorama institucional del sistema de salud de Tijuana, Baja California – San Diego, California

Recordaremos que la tardía consolidación de Baja California como estado, llevó a que esta entidad a travesara junto con el estado nacional por varios procesos de transformación política. En el capítulo anterior revisamos algunos aspectos sobre el proceso de institucionalización de los servicios de salud pública

El modelo institucional es uno de los primeros esfuerzos de federalización de los servicios médico-sanitarios. Consistió en brindar servicios médicos tutelados por la Secretaría de Salubridad y Atención a los estados, ejidos y municipalidades que así lo requirieran. Mexicali y su valle agrícola se convirtieron en uno de los polos más importantes del desarrollo económico del Territorio Norte con la industria algodonera.

Como Mexicali era la sede del gobierno territorial de ahí salían las instrucciones para continuar fortaleciendo los hospitales civiles de Tijuana,

Ensenada y Tecate. Con la autonomía de Baja California como entidad estatal, comenzó el proceso de institucionalización de la salud pública en el estado.

En el caso de California, hay que tomar en consideración que inclusive antes de su consolidación como entidad estatal en 1850, ya existía una instancia de salud. En 1844 se estableció en Monterey un hospital por contrato con el gobierno de México, Natividad Medical Center. Los hospitales y el sistema de salud de California preceden al propio establecimiento del estado mismo.

San Francisco estableció un hospital temporal para atender un brote de cólera, este se convirtió en un hospital permanente en 1857. Posteriormente y de manera progresiva otros condados abrieron hospitales, como: Los Ángeles, Santa Clara, Alameda y San Joaquín.

Para 1914, la mayoría de los condados ya habían establecido al menos un hospital como parte de su obligación como estados y para apoyar a aquellos que aún no contaban con dicha infraestructura. Dicha responsabilidad se estableció en la sección 17,000 del Código Institucional del Bienestar Estatal.

Con el paso del tiempo muchos hospitales cerraron y otros se convirtieron en privados, otros han permanecido como instituciones públicas como parte de los Centros Médicos de la Universidad de California. Actualmente 21 hospitales pertenecen al sector público.

El sistema de salud de California ha cambiado de manera considerable en 2010 a partir de la reforma ACA. Se han identificado algunas implicaciones positivas para los residentes californianos. Por un lado, la preexistencia de condiciones de salud no es considerada para proveer atención médica. Sin importar el historial clínico, las personas pueden aplicar a un seguro médico y obtener la cobertura sin tener que pagar más por ello. La ley ha permitido que las personas que reúnan los requisitos mínimos y esenciales para obtengan un seguro médico.

Poco antes de que la ley ACA entrara en vigor, California estableció su propio mercado de atención médica, Covered California, donde los residentes pueden inscribirse en un seguro médico y potencialmente ser elegibles para recibir subsidios para reducir sus primas mensuales. Posteriormente, Medicaid expandió su alcance en California, permitiendo que miles de residentes califiquen para Medi-Cal.

Ahora bien, expondremos las instituciones sociales que les dan una expresión organizacional al sector salud de Baja California y California. Como ya dejamos entrever, vamos a encontrarnos con sistemas de salud asimétricos cuyas desigualdades tienen implicaciones en la respuesta social organizada para la salud pública fronteriza.

La organización actual del sistema Estatal de Salud de Baja California, está integrado por organismos públicos descentralizados del Gobierno del Estado, el cual está encabezado por la Secretaría de Salud del Estado de Baja California, que a su vez la conforman direcciones, departamentos, coordinaciones y unidades de apoyo, dichas son:

- Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (ISESALUD)
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California (ISSSTECALI)
- Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC)
- Comisión de Arbitraje Médico de Baja California (CAME)
- Unidad Médica de Especialidades Médicas (UNEME)
- Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS)

Del entramado de organismos involucrados en el sector público de la salud, nos detendremos en el ISESALUD ya que es la institución encargada al nivel local de nuestro problema de estudio. Esta institución se divide en cuatro jurisdicciones:

- Jurisdicción de Servicios de Salud Núm. 1, sede en Mexicali
- Jurisdicción de Servicios de Salud Núm. 2, sede en Tijuana
- Jurisdicción de Servicios de Salud Núm. 3, sede en Ensenada
- Jurisdicción de Servicios de Salud Núm. 4, Vicente Guerrero

En el 2016, la infraestructura de ISESALUD estaba constituida por: 5 Hospitales Generales, un Hospital Materno Infantil, 113 Centros de Salud, incluidos, un Centro de Salud con Hospitalización, 5 Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud (CAAPS), 3 Módulos Oportunidades y 2 Módulos de Atención a Migrantes; 57 Unidades Móviles de Salud, 3 Centros de Atención a Personas con Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), 3 Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME EC) y una UNEME de Oncología; 359 consultorios de primer nivel, 638 camas censables y 21 quirófanos. (4) Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud.<sup>220</sup>

La red de servicios de la jurisdicción con sede en Tijuana se conforma de la siguiente manera:

- Centros de salud de Tijuana
- Centros de salud de Tecate

---

<sup>220</sup> Programa Sectorial de Salud, 2015 – 2019 del Gobierno del Estado de Baja California. (2017). Comité de Planeación para el desarrollo del Estado. Baja California. P. 22

- Hospital General de Tijuana
- Hospital General de Playas de Rosarito
- Hospital General de Tecate

Por su parte, el Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Baja California (REPSS), opera a través del Seguro Popular financiando los servicios de la población sin derechohabencia y otras fuentes de financiamiento a través de convenios con distintas instituciones de salud públicas y privadas.<sup>221</sup>

Por su parte, la organización del sector público de la salud a nivel estatal en California está liderada por la Agencia de Salud y Servicios Humanos de California (CHHS por sus siglas en inglés) supervisa departamentos y oficinas que brindan una amplia gama de servicios en las áreas de atención médica, salud mental, salud pública, tratamiento por alcoholismo y drogadicción, asistencia económica, servicios sociales y asistencia a personas con discapacidades. Entre los diecisiete departamentos y oficinas que se encuentran bajo la tutela de esta agencia, los siguientes se abocan a la atención de la salud<sup>222</sup>:

- Departamento de Salud Pública (California Department of Public Health, CDPH por sus siglas en inglés)
- Departamento de Servicios de Salud (California Department of Helath Services, DHCS por sus siglas en inglés)

---

<sup>221</sup> *Ibidem* p. 23

<sup>222</sup> La reconstrucción de la organización institucional se logró a partir de los sitios electrónicos del gobierno de California y de la administración de la ciudad en San Diego, no se localizó una fuente documental que planteara esta organización, el apoyo de información documental se obtuvo de los reportes e informes institucionales sobre el estado de la salud de la población fronteriza en esta región, los cuales ya se han mencionado a lo largo el capítulo 2.

- Departamento de Administración Médica (Department of Managed Health Care)
- Departamento de Hospitales del Estado de California (California Department of State Hospitals, DSH por sus siglas en inglés)
- Oficina de planeación y desarrollo estatal (Office of Statewide Health Planning and Development, OSHPD por sus siglas en inglés)
- Oficina del estado de California para la integración de la información de salud (State of California Office of Health Information Integrity, CalOHII por sus siglas en inglés)

El Departamento de Salud Pública, en colaboración con el Departamento de Salud Pública del Condado de San Diego supervisa distintos programas para prevenir enfermedades y dar respuesta a las problemáticas de salud para proteger el bienestar de la población. Los servicios que brinda este departamento se enlistan a continuación:

- Prevenir la propagación de enfermedades como la gripe, el ébola y el zika mediante el seguimiento y seguimiento de las epidemias.
- Certificar y otorgar licencias a varios centros de salud y profesionales para garantizar la seguridad individual y comunitaria.
- Recopilar y utilizar datos, tecnología e innovación para eliminar los resultados de salud deficientes que afectan a las poblaciones más vulnerables.
- Procesamiento de registros vitales como certificados de nacimiento, matrimonio y defunción.

- Educar a las familias sobre el uso adecuado de cinturones de seguridad, cascos y asientos para niños.
- Planificar la respuesta del Estado a desastres como grandes inundaciones y terremotos.
- Monitoreo de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos.
- Promover estilos de vida saludables a través de programas como Champions for Change (programas de prevención de la nutrición y la obesidad), exámenes de salud para las nuevas mamás y bebés, programas de nutrición para mujeres, bebés y niños (WIC) y el Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)

En 1999, ante la creación de la Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos, el congreso legislativo de California expidió el acta AB 63, capítulo 765 para añadirse a la parte 3 de la División 1 del Código de Salud y Seguridad, relativo a la salud pública para establecer la creación de la Oficina Binacional de Salud Fronteriza del estado de California con el objetivo de facilitar la cooperación entre California y los funcionarios y profesionales de salud mexicanos para reducir el riesgo de enfermedades en la región fronteriza de California.<sup>223</sup>

En dicha ley se estipula que la Oficina es la responsable de convocar a un grupo asesor de representantes comunitarios voluntarios de las partes interesadas, el cual debe estar compuesto de al menos 12 miembros. El grupo asesor debe desarrollar un plan estratégico para abordar problemas de salud fronteriza y binacional, de tal manera que este grupo también debe asesorar al Departamento de Servicios de

---

<sup>223</sup> Bill text. AB-63 Office of Binational Border Health. (1999-2000) consultado en: California Legislative Information  
[https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill\\_id=199920000AB63](https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=199920000AB63)

Salud Pública de California y a los miembros de California de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos.<sup>224</sup>

Es responsabilidad de la Oficina informar sus recomendaciones a los miembros de la comisión federal de California, así como la realización de un informe anual sobre el estado de salud de la frontera, el cual se debe presentar al Director de Servicios de Salud, a la legislatura y al gobernador del estado.

El Departamento de Servicios de Salud, financia los servicios de atención médica para los beneficiarios del programa de salud pública Medi-Cal. Además, administra distintos programas conforme lo establecido en la ley federal y estatal, algunos de estos programas son:

- Los servicios para niños de California
- Programa de Salud Infantil y prevención de discapacidades
- Programa de personas con discapacidad genética
- Programa de exámenes de audición para recién nacidos
- Programa de planificación familiar, acceso, atención y tratamiento
- Programa de Atención Integral a la Tercera Edad
- Cada Mujer cuenta
- Gestión de la atención coordinada

Para el caso de San Diego, la estructura institucional emula en cierta medida al modelo estatal. Pues cuenta con su propia Agencia de Salud y Servicios Humanos,

---

<sup>224</sup> Recordaremos que la Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos se conforma por representantes de cada uno de los estados fronterizos.

esta agencia trabaja con siete programas prioritarios que buscan cubrir diversos aspectos de salud pública y servicios sociales, a saber dichos son:

- Aging and Independence Services
- Behavioral Health Services
- Children's Services
- Housing & Community Development Services
- Public Administrator, Guardian, and Conservator
- Public Health Services
- Office of Military & Veterans Affairs
- Self-Sufficiency Programs

Los Servicios de Salud Pública del condado de San Diego, a través de distintos programas, trabajan para prevenir epidemias y la propagación de enfermedades, proteger contra los peligros ambientales, prevenir lesiones, promover y fomentar comportamientos saludables, responder a desastres y ayudar a las comunidades en rehabilitación, asegurar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud en todo el condado. De tal manera que este órgano cuenta con las siguientes ramas:

- Administration, Public Health Services (PHS)
- Emergency Medical Services Branch
- Epidemiology and Immunization Services Branch
- HIV, STD, and Hepatitis Branch
- Maternal, Child, and Family Health Services Branch

- Public Health Nursing Administration Branch
- Tuberculosis Control and Refugee Health Branch

El área administrativa de los Servicios de Salud Pública del condado de San Diego es responsable de dos programas, uno de ellos corresponde a las actividades administrativas de Medi-Cal, gestiona casos específicos y ayuda a los programas del condado y de la comunidad a recuperar los costos de inscripción de sus clientes en los servicios cubiertos por Medi-Cal.

El segundo, es el Programa de Salud Fronteriza que a través de la Oficina de Salud Fronteriza del condado de San Diego facilita la colaboración entre California y Baja California para abordar las preocupaciones de salud pública compartidas a lo largo de la frontera México – Estados Unidos. Una de las principales funciones de esta Oficina es servir como contacto central para obtener información sobre la salud fronteriza.

Si bien no existe un mandato de ley que dicte la obligatoriedad de llevar a cabo actividades dirigidas a la salud fronteriza, las gestiones de la Oficina de Salud Fronteriza se apegan al marco legal establecido en el Código de Regulaciones del estado de California, Título 17 en lo relativo a la salud pública. De tal modo que las tareas que realiza giran en torno a:

- Coordinar actividades de cooperación transfronteriza entre distintos actores; por ejemplo, coordinar las actividades del Consorcio de Las Californias y reuniones de esta organización con el Departamento de Salud Pública de California y la Oficina Binacional de Salud Fronteriza.
- Coordinar reuniones de seguimiento entre los distintos órganos gubernamentales de todos los órdenes de gobierno; por ejemplo las reuniones trimestrales de HHS, las reuniones anuales Servicios de Salud

Pública, Centros para el Control de Enfermedades y Aduanas y Protección Fronteriza de EE. UU.

- Vincular a distintos actores subnacionales; por ejemplo, establecer asociaciones entre agencias de la comunidad, universidades y colegios locales, u otros organismos internacionales del mismo sector salud.
- Planificar campañas de servicios médicos para la comunidad; por ejemplo, campañas de donación de sangre.
- Participar en el desarrollo de planes estratégicos binacionales

Con base en lo anteriormente expuesto, tenemos claro que la estructura institucional del estado de California frente a la de Baja California, no solo es más robusta sino también especializada de manera más segmentada en el caso estadounidense que en el mexicano, lo cual tiene que ver con los principios de organización de los sistemas nacionales de salud, lo cual podrá incidir en los productos primarios de los sistemas de salud, en las políticas de salud y la interrelación de las diversas organizaciones que forman parte del sistema de salud o influyen sobre él.

Finalmente ambos países enfrentan desigualdades de acuerdo con las condiciones sociales de los grupos poblacionales menos favorecidos. El mayor problema de Estados Unidos es que el seguro de salud o de servicios médicos es el principal determinante para el acceso a servicios de salud mientras que en México, el mayor problema son las desigualdades económicas y sociales que inciden en el acceso a los servicios de salud de la población.

#### Capítulo 4. La cooperación transfronteriza como práctica internacional: un estudio de caso de la salud comunitaria en la región Tijuana, Baja California – San Diego, California

El panorama histórico de las acciones de cooperación en materia de salud pública fronteriza, desde los distintos niveles y escalas espaciales de la región México – Estados Unidos ofreció una perspectiva de cómo y por qué se han establecido relaciones de cooperación a partir del análisis de sus antecedentes. De tal manera que identificamos a los distintos actores que operan en tal contexto socioterritorial, así mismo apuntamos los momentos y las circunstancias en que esto sucedió.

No obstante, para la comprensión de las prácticas sociales de cooperación transfronteriza de los actores sociales de la región Tijuana, Baja California – San Diego, California en materia de salud pública fronteriza ha sido fundamental diseñar un instrumento de recolección de información para aproximarnos al estudio de esta realidad social al nivel de los sujetos sociales que figuran como relevantes para el análisis de nuestro objeto de estudio.

Recordaremos que esta investigación es un estudio de caso instrumental, el cual se desarrolló a partir del análisis de información obtenida de fuentes mixtas, por un lado cualitativas: documentos, registros de archivos históricos, bibliografía y entrevistas semiestructuradas enfocadas; y por otro lado, de fuentes cuantitativas: informes y reportes estadísticos de distintas entidades gubernamentales y no gubernamentales.

De modo que, el último instrumento para la recolección de información y obtención de datos fueron las entrevistas semiestructuradas enfocadas a actores locales subnacionales gubernamentales y/o no gubernamentales de la región fronteriza en cuestión; cuya finalidad era documentar y analizar la manera en la que los actores sociales establecen relaciones de cooperación transfronteriza en materia de salud pública fronteriza.

Por lo que en este capítulo presentamos los resultados analíticos de ese estudio, dividido en partes. Primero daremos los pormenores metodológicos. posteriormente retomaremos los fundamentos clave del sistema teórico de referencia que ya desarrollamos previamente en el capítulo 1 de este trabajo de tesis y así después hilvanaremos los hallazgos con la interpretación teórica-conceptual; posteriormente presentaremos algunas reflexiones teóricas metodológicas y algunas otras.

#### 4.1. Aspectos metodológicos del estudio de caso instrumental

En este apartado presentamos: los aspectos metodológicos que delinearon el trabajo de campo para la realización de las entrevistas, las consideraciones teóricas que marcaron la guía temática y guion de las entrevistas, los aspectos metodológicos para el análisis de los datos obtenidos a partir de la información captada de las entrevistas, precisamos los hallazgos que finalmente enmarcan el desarrollo de este capítulo.

Como primer apunte, consideramos importante precisar que la ideación del caso instrumental se vio afectada por las propias circunstancias en las que se desarrolló la investigación. En plena pandemia hubo que ajustarse a las condiciones y tomar decisiones metodológicas que incidieron en el alcance de la investigación en términos prácticos y temáticos.

A pesar de las vicisitudes, el ejercicio *en campo* fue revelador y muy enriquecedor para la investigación y al mismo tiempo, permitió repensar los dilemas metodológicos a los que se enfrentan las RRII, hacernos distintas preguntas, *¿cómo hacer trabajo de campo con las limitaciones preexistentes en la disciplina?*

#### 4.1.1. Los planes del trabajo de campo y la adaptación al contexto de la pandemia

El trabajo de campo de la investigación que consistió en la realización de entrevistas, desde la propuesta inicial de la investigación como anteproyecto en 2018, estaba previsto para que se llevara a cabo de manera presencial. Empero, debido a la contingencia sanitaria por la pandemia de la enfermedad covid-19 ocasionada por el virus SARS-COV2, éste tuvo que adecuarse a las condiciones coyunturales.

A finales del segundo año de la pandemia, el comportamiento de los contagios era desigual a nivel internacional y a pesar de que en México se registraban a la baja, a lo largo del país la situación era contrastante. Para entonces el semáforo epidemiológico determinaba el verde para 31 estados, incluyendo a la Ciudad de México mientras que el estado de Baja California se encontraba en amarillo. Por su parte, la situación en California no era distinta.

El lunes 8 de noviembre de 2021 las fronteras terrestres en la región fronteriza México – Estados Unidos fueron reabiertas para las actividades no esenciales, sin embargo, la posibilidad de realizar el trabajo de campo de manera presencial continuó siendo limitada por el riesgo de contagio y las distintas condiciones de reincorporación a las actividades presenciales de la población en ambos lados de la región fronteriza. Por esta razón, el trabajo de campo se trasladó al espacio de lo virtual en noviembre de 2021 y este se prolongó hasta enero de 2022.

La sistematización de los datos fue elaborada en forma durante enero – febrero de 2022 para finalmente, realizar el análisis y la escritura de los hallazgos de marzo a julio de 2022. Precisar las fechas, resulta relevante considerar estos tiempos porque la perspectiva postpandemia cobra importancia en los análisis a prospectiva.

#### 4.1.1.1. La estrategia metodológica para la realización de las entrevistas

Así, el trabajo de campo inició de manera virtual en noviembre de 2021. Dadas las circunstancias, la estrategia metodológica fue adaptándose a las condiciones. A continuación detallaremos este proceso. Primero, la elección de la muestra se sustentaba en un muestreo teórico, bajo el argumento de Taylor y Bogdan (1984) sobre que:

Esta estrategia puede utilizarse como guía para seleccionar las personas a entrevistar. En el muestreo teórico el número de "casos" estudiados carece relativamente de importancia. Lo importante es el potencial de cada "caso" para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social. (p.108)<sup>225</sup>

Mientras que la técnica de muestreo elegida fue la técnica de bola de nieve. Como sabemos, este enfoque constituye una aproximación básica para obtener acceso a escenarios entendidos como "privados" o "cerrados". Este tipo de muestreo consiste en que un informante nos contacte con otros para acceder a nuevas fuentes, se presupone que los individuos incluidos en la población parcialmente definida comparten un lazo social, un vínculo que permitirá contactar a otros que respondan a las características por las cuales los hemos identificado inicialmente. Por ejemplo, aquellos informantes que ocupen una posición relevante en la investigación o en espacios como organizaciones, asociaciones civiles, etcétera.

Si bien esta era la intención inicial, el primer acercamiento con los informantes se estableció a partir de la identificación de actores subnacionales

---

<sup>225</sup> Bogdan R. y S.J. Taylor (1984). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Paidós. España. p. 108

gubernamentales y no gubernamentales de California y Baja California, cuyas funciones estuvieran relacionadas con el acceso a los servicios de salud, esta información fue proporcionada por el Dr. Rogelio Zapata-Garibay quien funge como Coordinador de la Comisión Binacional de Salud Fronteriza México – Estados Unidos. Esta información fue utilizada para establecer primeras comunicaciones con informantes potenciales.

En esta etapa preliminar, la intención era trabajar con esta lista de actores subnacionales gubernamentales y no gubernamentales de Tijuana, Baja California y San Diego, California involucrados en la colaboración binacional o transfronteriza en materia de salud pública fronteriza presuntamente orientados al acceso a servicios de salud, esto lo subrayamos para hacer énfasis en la identificación de su orientación fue primordialmente intuitiva puesto que era una apreciación que necesitaba ser corroborada al momento de interactuar con las y los informantes.

Este aspecto es muy relevante porque resultado de dichas aclaraciones, un aspecto fundamental de la hipótesis de trabajo que orientaba la investigación dio un giro muy interesante que ya hemos advertido anteriormente y detallaremos más adelante.

#### 4.1.1.2. Contacto con los informantes

Segundo, la dinámica para el contacto con las y los informantes fue la siguiente: se envió vía electrónica un correo solicitando apoyo para realizar una entrevista académica como parte del proyecto de investigación doctoral, en esta solicitud se proporcionó una breve presentación de la investigadora, explicación del proyecto, objetivos y detalles técnicos de la entrevista<sup>226</sup>. Una vez obtenida una respuesta de

---

<sup>226</sup> Comunicación ejemplo en anexos.

aceptación, se acordaron fechas y se le proporcionó a cada uno de los participantes la información correspondiente para conectarse vía Zoom<sup>227</sup> a la sesión de la entrevista programada.

De tal manera que en un inicio se trabajó con la mencionada lista de informantes potenciales, se envió una primera solicitud de apoyo para realizar las entrevistas, así se intentó contactar a aproximadamente 22 posibles informantes, durante el proceso se acordaron 10 entrevistas de las cuales solo se lograron concretar 6 y se descartó 1.

Teniendo en cuenta las notas de Taylor y Bogdan, sugieren que después de realizar entrevistas con múltiples fuentes, es importante ampliar deliberadamente la variedad de personas entrevistadas para obtener una perspectiva completa de las personas de interés. Sabemos que hemos alcanzado este punto cuando entrevistar a más personas no nos proporciona información realmente nueva.

Y precisamente fue lo que ocurrió con la última entrevista realizada a la Dra. Ietza Bojórquez, investigadora y académica del Colegio de la Frontera Norte, la cual tuvimos que descartar porque a pesar de valorar su interés y participación en esta etapa, la información y datos obtenidos no encontraban relación directa con el marco de referencia analítico para ser considerada. Por lo que en total, el análisis que aquí presentamos es el resultado de las 5 entrevistas realizadas, 3 de las cuales corresponden a actores de Tijuana y 2 de San Diego.

Tercero, sí bien confirmamos esta cuestión del método que nos lleva a darnos cuenta que probablemente buscar a otros informantes ya no resultaba significativo por la información que podrían proveer para la comprensión del hecho; en nuestro estudio, con nuestros informantes, pudimos también advertir, que los actores involucrados en el fenómeno de estudio se reconocen mutuamente tanto

---

<sup>227</sup> Esta fue la plataforma digital elegida por todos los participantes.

así que comenzaron a referirse entre ellos, de modo que el círculo de ese entorno se cerró, independientemente de que hayamos logrado o no obtener una entrevista.

A pesar de que vimos reducido el número de informantes, una vez que terminaba la entrevista, al momento de pedirles que nos refirieran a otros posibles entrevistados, las personas a las que nos referían o ya habían sido contactadas o ya estaban dentro de los y las candidatas a entrevistar, es decir, que de algún modo esas referencias eran repetidas. Esta reiteración no solo daba cuenta del reconocimiento mutuo que tienen sobre los actores involucrados, al mismo tiempo revelaba y confirmaba aspectos que sustenta la propia perspectiva teórica que nos ha acompañado en este ejercicio interpretativo, sobre ello discutiremos más adelante.

#### 4.1.1.3. Matriz de informantes

Para la caracterización de los actores entrevistados, presentamos una relación de los informantes entrevistados, indicando en ella: su espacio de actuación, su formación profesional, ocupación, trayectoria, posición actual dentro la organización, su experiencia en el ámbito de la cooperación transfronteriza y acciones en particular.

Con ello buscamos proporcionar una estructura clara y organizada de la sistematización de los datos obtenidos, plasmar la información relevante útil para comprender sus posiciones desde el espacio de actuación en el que se han desarrollado. La tabla también incluye información sobre las acciones específicas que los actores han llevado a cabo en el ámbito de la cooperación transfronteriza.

Tabla 22. Relación de informantes entrevistados

| Actores                        | Espacio de actuación                       | Formación   | Ocupación  | Trayectoria   | Posición actual dentro de la organización   | Experiencia   | Acciones  |                       |
|--------------------------------|--|---|--|---|---|---|---|-----------------------|
| Mtro. Jorge Bedoya             | México   Gubernamental   Público y Privado | Maestría en Educación, Lic. Trabajo Social, Diplomados en diversas temáticas: desarrollo comunitario, derechos humanos. (Líderes a través de las fronteras) | Consultor privado                                  | Más de 10 años de experiencia como consultor. Trabajó en el área gubernamental y en diversas organizaciones civiles.  | Miembro del Consorcio de Salud Fronteriza de Las Californias  | Co-facilitador  | Organización: Búsqueda de sede  |                       |
|                                |  |   |  | Presidente del Consejo Binacional de VIH  |   | Liderar   | Realizar minutas  |                       |
|                                |  |   |  | Grupo de salud mental   |   | Organización de las reuniones mensuales del Consorcio | Llevar a cabo las sesiones  |                       |
|                                |  |   |  |   |   |   | Dar seguimiento a acuerdos  |                       |
| Mtra. Melissa Machado          | México   Gubernamental   Público           | Médico general  | Funcionaria pública                                | Dirección Municipal de Salud, Tijuana   | Coordinadora de la Coordinación de Enlace Binacional de la Jurisdicción Sanitaria Tijuana, Tecate, Rosarito se estableció en 2019 | Vinculación Comunicación                              | Promoción, prevención, capacitación, investigación y difusión de prioridades  |                       |
|                                |  | Maestría internacional en Nutrición y Dietética   |  | Jefatura de Educación   |   | Miembro del Comité Ejecutivo del Consorcio            | Gestión   | Gestión de donaciones |
|                                |  | Diplomado Líderes a través de las Fronteras   |  | Subdirectora Médica   |   |   |   |                       |
| Mtro. José Luis Flores         | México   Gubernamental   Público y Privado | Médico General<br><br>Subespecialidad en Medicina Interna<br>Pediátrica Reumatología Pediátrica<br><br>Posgrado en Errores Innatos del Metabolismo          | Práctica privada como<br>Pediatra y<br>Reumatólogo | SIMNSA es una institución de seguros médicos privados para la población estadounidense que desea atender su salud en México, tiene 23 años en el mercado. Las modificaciones a las leyes de seguros médicos privados favorecieron su establecimiento. | Director Médico de SIMNSA   | Supervisor de procesos                                | Seguimiento al Programa de Enfermedades Reportables para EU y un reporte semanal para la Jurisdicción Sanitaria de Tijuana              |                       |
| Mtra. Justine Kozo             | Estados Unidos   Gubernamental   Público   | Maestría en Salud Pública   | Funcionaria pública                                | Ambito educativo y de gobierno  | Jefa de la Oficina de Salud Fronteriza del Condado de San Diego   | Creación del Consorcio de Las California              | Facilitar la comunicación, la coordinación y la colaboración, temas de salud pública a través de la frontera intercambio de información |                       |
| Dr. Tim Andrews <sup>[1]</sup> | Estados Unidos   Gubernamental   Público   | Servicio Social en Salud Pública<br><br>Diplomado Líderes a través de las Fronteras   | Funcionario Público                                | La actual relación de colaboración transfronteriza inició en 2011<br><br>-chief operations officer for the public health department<br><br>- administrator public guardian so Protective Services   | Director de operaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos   | Coliderar, coordinar, asesorar                        | Dirigir y coordinar proyectos de salud  |                       |
| Dra. Ietza Bojórquez           | México   Gubernamental   Público y Privado | Investigadora y académica del Colegio de La Frontera Norte  | n/a  | n/a   | n/a   | n/a   | n/a   |                       |

\* [1] El informante solicitó anonimato para los fines de esta investigación por esta razón, hemos de presentar al informante bajo un nombre ficticio para salvaguardar su identidad.

Hemos tomado una licencia de la antropología para llamar a nuestras y nuestros entrevistados como informantes porque consideramos importante subrayar el valor de la experiencia de conocimiento que nos fue dada para los fines de nuestra investigación.

La diferencia entre considerar a los participantes de nuestra investigación como "informantes" en lugar de "entrevistados" es principalmente una cuestión de enfoque teórico y ético.

El término "informante" suele estar asociado con la investigación antropológica, donde se utiliza para referirse a las personas que proporcionan información y conocimientos sobre una cultura o comunidad en particular. Se considera que los informantes tienen un papel activo en la investigación, ya que a menudo colaboran con los investigadores para proporcionar información y acceso a su comunidad.

Por otro lado, el término "entrevistado" se utiliza con mayor frecuencia en la investigación social y se refiere a las personas que participan en entrevistas como parte de una investigación. El término implica un enfoque más pasivo y limitado de la participación de los individuos en la investigación, donde se les considera principalmente como fuentes de datos.

Puesta nuestra precisión, un segundo apunte es sobre el indicativo de que se logró una rigurosidad y calidad en la investigación puesto que se recordará que en el apartado anterior explicamos que en un primer momento tuvimos acceso a un directorio de contactos que nos permitió tener un margen amplio de posibles informantes; en un segundo momento, ese margen fue cerrándose a 10 plausibles, hasta que en número se redujo a 6 descartando una entrevista que no ha sido utilizada aquí en lo fundamental sino precisamente para ilustrar los alcances de las técnicas y método elegidos.

En ese sentido, llegamos al punto en el que entrevistar a más personas no proporcionó información nueva, adecuada o relevante para nuestro estudio, esto nos indicó que se logró una comprensión exhaustiva de las perspectivas de las personas involucradas en nuestro tema de investigación. Esto es coherente con la idea de Taylor y Bogdan de que se debe buscar deliberadamente una diversidad de entrevistados para obtener una comprensión completa del tema en cuestión. Por lo tanto alcanzamos este punto en la investigación, lo cual indica que se llevó a cabo un proceso de investigación riguroso y exhaustivo.

Desde luego, esto tiene que ver con las relaciones entre los informantes, enlistaremos sus puntos de encuentro:

- **Reconocimiento mutuo;** los 5 informantes se conocen bien a bien por su desempeño dentro del ámbito de la salud pública fronteriza, excepto la informante académica. Además, no solo se conocen en el ámbito de sus funciones actuales sino también por sus posiciones previas, lo cual nos lleva al siguiente punto su;
- **Experiencia y trayectoria en el área;** la larga permanencia en sus funciones así como la vinculación directa e indirecta con proyectos y grupos de trabajo en el área les permite dicho reconocimiento y facilita;
- **Comunicación constante;** algo que en repetidas ocasiones señalaron los informantes es que sin la comunicación efectiva que han podido lograr entre ellos y otros actores involucrados en las prácticas de cooperación no sería posible su coordinación, organización y la movilización de esfuerzos. Al mismo tiempo, utilizan dichos canales para enlazar a otros actores que posiblemente no se conozcan pero cuya participación sería fundamental para la ejecución de distintos proyectos.

Así, en general podemos subrayar que los 5 informantes manifestaron tener un conocimiento claro de lo que realiza cada quién desde sus puestos y funciones, así como las limitaciones a las que se enfrentan porque la interacción sucede a través de las instituciones a las que finalmente representan, lo cual se reduce a la burocracia o a la contrariedad de las visiones institucionales. No obstante, en la narrativa de sus prácticas, dan cuenta de cómo logran sortear los obstáculos que todo esto representa.

#### 4.1.1.4. Elementos teóricos para la guía temática y guion de las entrevistas

A partir de la perspectiva teórica del constructivismo, estudiamos a la cooperación transfronteriza como una práctica internacional, las nociones de este enfoque sustentado por Emanuel Adler y Vincent Pouliot permitieron establecer los ejes temáticos de las preguntas, los cuales necesariamente debían estar orientados a conocer lo que los actores hacen de manera individual y colectiva, cómo lo hacen y por qué lo hacen de ese modo.

A lo largo de las entrevistas, la guía temática de preguntas no sufrió cambios o transformaciones radicales o significativas, más bien ésta se fue adaptando de acuerdo con el curso de las conversaciones con los informantes, podríamos decir que en todo caso se amplió y en algunos momentos se concentró en el contexto de la pandemia. Esto nos llevó a otorgarle un espacio de análisis y reflexión aparte, ya que también se nos presentó como un aspecto clave para el análisis como ya lo anticipamos al inicio de este capítulo.

La cooperación transfronteriza puede ser entendida como una práctica internacional si consideramos que esta práctica social se configura a través de la interacción social intersubjetiva de los individuos, quienes a partir de esta co-presencia física interactúan con base al conocimiento de contexto, es decir:

expectativas, disposiciones, habilidades y técnicas; atribuyéndoles significado a sus actividades y motivando sus interacciones posteriores que se realizarán iterativamente.

De tal manera que estos elementos configuran lo que Emanuel Adler y Vincent Pouliot (2019), enuncian como una práctica social: “[...] un patrón de acción socialmente significativo y reconocible, más o menos competente que simultáneamente conllevan, representan y posiblemente reifican el conocimiento de contexto (background) y el discurso en y sobre el mundo material.”<sup>228</sup>

Dicho patrón de acción es socialmente significativo y reconocible porque en el proceso de interacción social converge el conocimiento de contexto individual en uno colectivo, es lo que los lleva a significar y reconocer aquello que les es común, entorno a lo cual la interacción social tiene sentido. Por eso los autores hacen alusión a la reificación, se refieren a que colectivamente resignifican lo que resulta de la interacción: el por qué y el para qué de lo que hacen. No solo se ve influido el conocimiento de contexto individual y colectivo sino también, el discurso en y sobre el mundo material, esto es la narrativa de los actores sociales a partir de la cual se enuncian así mismos y sus acciones.

En otras palabras, cuando un curso de acción en el que las expectativas de un actor y otro convergen en aquello que reconocen mutuamente, se puede dar lugar a la coordinación de sus expectativas, es decir, el punto focal alrededor del cual se desarrollarán dichas prácticas sociales. Para ello es imprescindible que los practicantes establezcan significados: cuestionando, negociando y comunicando.

229

---

<sup>228</sup> Adler, Emanuel y Pouliot Vincent (2019). Prácticas Internacionales. Revista Uruguaya de Ciencia Política 28. Uruguay. P. 20 Recuperado en:

[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-499X2019000100015](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-499X2019000100015)

<sup>229</sup> *Ibid.* p 31

Con tan solo estas aclaraciones podemos afirmar que la parte fundamental de todo esto son los actores sociales, aquí la atención está puesta en lo que los practicantes hacen, cómo lo hacen y por qué lo hacen de ese modo y no de otro. De ahí que las prácticas sean: agenciales, materiales, significativas, discursivas y corpóreas.

El carácter agencial de la práctica social va más allá de que sean los individuos quienes las realizan, su agencia los enmarca, encuadra o agrupa, gracias a ello “saben quiénes son y cómo actuar de manera adecuada y socialmente reconocible.” Al mismo tiempo, las prácticas conectan estructura con agencia y agencia con estructura, son procesos materiales e ideacionales dinámicos que permiten a las estructuras ser estables o evolucionar, y a los agentes, reproducir o transformar estructuras.

El sentido material de las prácticas viene de que son hechas de y en el mundo, éstas dialogan con el ambiente y sus artefactos, sean naturales, culturales o políticos. Además, muchas prácticas involucran el uso de cosas tan indispensables como las mentes o los discursos, apuntan Adler y Pouliot. De ahí que requieran de herramientas materiales como lo pueden ser las computadoras y otras tecnologías que ayudan a institucionalizar el conocimiento de contexto.

Las prácticas también son corpóreas porque precisan de seres humanos, por sus facultades físicas, de actuación y, al mismo tiempo por su capacidad de lenguaje, ya que éste es el conductor del significado. De modo que las prácticas son el lugar y motor de la acción social, es una construcción del hacer: -decir es hacer. Los discursos dan significado a los recursos materiales e institucionales y a las tecnologías sociales.

Por otro lado, las prácticas sociales se articulan en torno a puntos focales, estos surgen de la interacción intersubjetiva por ello contienen un conocimiento de

contexto, dependen del éxito de las percepciones sociales que permiten definir y contextualizar socialmente “algún tipo de prominencia y notoriedad”.

Para el estudio de las prácticas no solo es importante comprender el sentido y las situaciones en las que se desarrollan sino también se trata de comprender su origen puesto que “surgen por un proceso histórico, de forma inadvertida o accidental [...] pueden adquirir estatus solo a través de su reconocimiento, durante un periodo prolongado de tiempo.”<sup>230</sup> De tal manera que las practicas pasadas se extienden hacia el futuro, crean tradiciones socialmente construidas, después de que cruzan un período de inflexión, se pueden consolidar en prácticas institucionalizadas.

Las prácticas sociales ocurren iterativamente reuniendo atributos que las llevan a evolucionar en una comunidad de prácticas, dando lugar a:

“una configuración de un dominio de conocimiento que constituye una mentalidad similar, una comunidad de personas que <<crea el tejido social del aprendizaje y comparte prácticas que conllevan <<el conocimiento que la comunidad, comparte y mantiene.”<sup>231</sup>

El tipo de prácticas que resultan de las comunidades de práctica, son las prácticas estructuradas a través de la difusión del conocimiento de contexto entre los agentes quiénes actúan en coordinación para difundirlo, ese conocimiento está detrás de las intenciones creencias, metas, razones, se encuentra atado a la ejecución de la práctica y está contenido en la práctica.

---

<sup>230</sup> *Op. Cit.* Emanuel Adler y Vincent Pouliot, pp. 27 -28

<sup>231</sup> *Ibid.* p. 34

Así pues, la noción de prácticas reúne una serie de características útiles para aproximarnos a su interpretación teórica, es decir, los elementos que nos permitieron realizar el análisis de las entrevistas<sup>232</sup>:

1. La práctica es un performance, es decir, el proceso de hacer algo.
2. Tienden a darse en patrones, reproducen comportamientos similares con significados regulares.
3. Son parte de un contexto socialmente organizado que las dota de significado y estructura la interacción.
4. La dimensión estructurada de la práctica se deriva de la repetición y del hecho de que los grupos de individuos tienden a interpretar su desempeño según estándares similares. Su competencia se atribuye en y a través de las relaciones sociales.
5. Descansan en el conocimiento de contexto, que encarna, promulga y reifica todo a la vez.
6. La intersubjetividad está ligada a la ejecución y solo puede expresarse como tal.
7. Traen conjuntamente los mundos discursivos y materiales.
8. Las prácticas tienen atributos: materiales/significativos; estructurales/agenciales; reflexivos/contextuales; estabilidad/cambio.
9. Las prácticas tienen un sentido débil debido a que sostiene la intersubjetividad, vincula la agencia, la estructura y los procesos socialmente significativos y;

---

<sup>232</sup> *Ídem.*

10. Un sentido fuerte contenido en el lenguaje pues es conductor del significado, de tal manera que convierte a las prácticas en el lugar y motor de la acción social, es una construcción del hacer.

Bajo estas consideraciones, los autores presentan como ejemplo de una práctica internacional: las Cumbres anuales del G8 y; destacan 5 elementos para su identificación y análisis:

- a) en sí mismas son performances
- b) tienen un mismo patrón
- c) los representantes demuestran distintos grados de competencia
- d) las performances yacen en una forma de conocimiento de contexto que está atada a las prácticas
- e) son ideacionales y materiales

Como ya explicamos, las anteriores dilucidaciones teóricas nos permitieron definir los elementos que constituyen a una práctica internacional y a una comunidad de prácticas, consideramos que la cooperación transfronteriza es una práctica internacional, por ende, los ejes temáticos de las preguntas que articularon las entrevistas que realizamos, necesariamente debían estar orientadas a conocer lo que los actores hacen individual y colectivamente, cómo lo hacen y por qué lo hacen de ese modo y no de otro.

De esta manera, entendemos que la cooperación transfronteriza, es una práctica que llevan a cabo los actores sociales subnacionales de la región fronteriza; a través de sus interacciones intersubjetivas establecen de manera conjunta el significado de cooperar orientando sus interacciones y acciones posteriores en torno a un asunto en común, en este caso, alrededor de acciones orientadas a la salud comunitaria.

Se aplicó un cuestionario de información básica a los informantes a partir del cual, de manera más o menos orgánica, la conversación derivó en breves pero

sustantivos recuentos sobre su formación y trayectoria profesional. El cuadro que se presentó anteriormente contiene información al respecto.

#### 4.1.1.5. Estrategia metodológica para el análisis de datos a partir de las entrevistas

Si bien la disertación analítica que aquí presentamos depende esencialmente de la perspectiva teórica y las preguntas de investigación que orientaron la ejecución de las entrevistas como instrumento de obtención de información y el análisis de los datos, es imprescindible identificar los componentes que configuran la realidad que estudiamos, describir la relación entre ellos para posteriormente establecer las conexiones de sentido teórico-conceptual y así finalmente esbozar el conocimiento resultante.

Este es un proceso complejo que conlleva deconstruir el contenido de las entrevistas para reconstruir el fenómeno estudiado. Este proceso implica arrostrar la excesiva información obtenida cargada de significados y al mismo tiempo, emprender el análisis de los datos requiere de esfuerzo y habilidad. Aunque no hay un proceso único, sí que es dable identificar que en el camino recorrimos las siguientes etapas:

- Aplicación de las entrevistas
- Organización y sistematización del material para el análisis lo cual depende propiamente de la transcripción de las entrevistas esto supone la mayor

inversión de tiempo previo al procesamiento de los datos (cualitativamente);

- Determinación del método de análisis, el cual puede ser: temático, de discurso, de contenido, de teoría fundamentada;
- Utilización de herramientas o programas informáticos para el procesamiento de información en caso de ser necesario.

Así también se identifican fases generales del análisis de datos, tales como:

- a) Fase de descubrimiento: es cuando ocurre la inmersión a la lectura panorámica del discurso, se genera la primera impresión del texto, ocurren las primeras aproximaciones intuitivas a las unidades del discurso.
- b) Fase de análisis: se codifica es decir, se buscan unidades mínimas de significado relacionadas con la pregunta de investigación, la teoría, los dispositivos conceptuales, el paradigma de estudio; posteriormente esos códigos se categorizan para dar paso al surgimiento de los temas.
- c) Fase de interpretación: se identifican los hallazgos y se confrontan con las hipótesis y el sistema teórico-conceptual de referencia.

Consideramos pertinente esbozar estas pautas estratégicas y las técnicas que empleamos para el análisis de datos de nuestras entrevistas porque da cuenta del trabajo que se ha realizado y que aquí se presenta no como un reporte o informe de trabajo de campo sino ya como parte del ejercicio analítico intelectual de distinguir el conocimiento resultante. De tal manera que en lo subsiguiente presentamos la interpretación teórica derivada del análisis de los datos expuesta de la siguiente forma.

En la dimensión teórica partimos del análisis del conocimiento de contexto y la capacidad de agencia de los actores sociales, destacando así el conjunto de

elementos contenidos en el performance o actuar de los ejecutantes de la cooperación como práctica social.

De ahí explicamos qué hacen, cómo lo hacen y por qué lo hacen de ese modo; todo ello corresponde a la dimensión conceptual y versa sobre las tematizaciones que articulan nuestro marco conceptual:

- El contexto institucional y el ejercicio del federalismo de los actores sociales como parte de integradora de sus acciones
- La coyuntura de la pandemia como evidencia de la existencia de una comunidad de prácticas y del orden social de la gobernanza transfronteriza
- El contexto territorial y la construcción socioterritorial de la región fronteriza Tijuana – San Diego.
- La salud pública fronteriza como definición del punto focal de las prácticas de cooperación transfronteriza
- Las acciones de salud comunitaria como la orientación particular de las prácticas de cooperación transfronteriza

#### 4.1.2. Hallazgos

Como ya advertimos, al inicio del trabajo de campo, la hipótesis que orientaba la investigación era la siguiente:

“La cooperación transfronteriza es una práctica internacional que los actores subnacionales gubernamentales y no gubernamentales de la región fronteriza Tijuana, Baja California – San Diego, California llevan a cabo con la finalidad de mitigar el limitado acceso a los servicios de salud que enfrenta la población fronteriza. Como resultado han desarrollado cierto grado de gobernanza transfronteriza en materia de salud.”

Derivado del análisis de los datos de las entrevistas nos percatamos de que la variable del “acceso a servicios de salud” no respondía a la observación y análisis de la realidad en campo. Esta develación sobre las conceptualizaciones alrededor de la salud llevó a replantearnos los elementos relacionados con esta categoría conceptual.

Como resultado, el capítulo 3 de este trabajo de investigación consistente en dos grandes componentes: el primero; el análisis de los sistemas de salud de México y Estados Unidos y; el segundo, el análisis del acceso a la salud como determinante social de la salud de la población fronteriza de la región Tijuana, Baja California – San Diego, California; tuvo que ser modificado y reajustado para plantear una nueva línea argumentativa que fuese adecuada y pertinente para el análisis de las prácticas de cooperación transfronteriza que contienen las acciones de los actores sociales de la región.

El dato contundente fue confirmado por los y las informantes sobre cómo determinan las acciones que realizan y en consenso, ello obedece a una metodología para la toma de decisiones comunitarias que encuentra su lugar en el ámbito de la salud comunitaria. Así, con base en tales evidencias, reorientamos el análisis hacia tal área de interés.

Finalmente, como ya hemos anunciado en distintos momentos de este trabajo, la pandemia tuvo un efecto importante en el análisis de los resultados, principalmente por dos razones. La primera tiene que ver con la insoslayable realidad en la que se estaba desarrollando el estudio, nos encontrábamos en la coyuntura de la 4ta – 5ta ola de contagios por covid-19 poco antes de ingresar a la fase ahora conocida como postpandemia.

Como consecuencia, y esto da lugar a la segunda razón; nuestros informantes se referían de manera constante a la pandemia como un ejemplo

concluyente de que en ese periodo crítico, gracias a las prácticas de cooperación transfronteriza que han venido realizando a lo largo de mucho tiempo, les permitió responder conjuntamente ante la crisis de manera satisfactoria.

Es verdad que el contexto de pandemia nos compromete a incluirla dentro de nuestra narrativa y análisis, sin embargo, no profundizaremos en su abordaje dado que no es nuestro tema central. Trataremos aquellos aspectos coyunturales que explican el contexto y nos referiremos a ella en tanto que cobra relevancia dentro de nuestro análisis.

Con esta acotación, intentamos advertir que no se encontrará un análisis exhaustivo de la pandemia en sí misma sino de su relación con la respuesta social organizada que logró articularse para afrontar la crisis.

Ahora bien, en los siguientes apartados retomaremos los elementos teóricos que nos permiten darle sentido a la observación y análisis sobre los hallazgos u posteriormente presentamos un ejercicio de interpretación, consistente en establecer las relaciones de sentido adecuadas.

#### 4.2. Del conocimiento de contexto a la capacidad de agencia de los actores sociales

El desafío para hilvanar los elementos teóricos que hemos referido aquí es partir de los actores. Antes de estudiar de manera concreta una práctica social debemos observar a los ejecutantes de dicha práctica, nos interesa reconocer el conocimiento de contexto que integran sus acciones. El conocimiento de contexto se configura de la siguiente manera:

“Los individuos y los grupos actúan, interaccionan, razonan, planean y juzgan, simbólicamente representan a la realidad, y tienen expectativas

sobre el futuro dentro de un marco interpretativo dominante que establece los términos de interacción, define un horizonte de posibilidad, y provee el conocimiento de contexto sobre expectativas, disposiciones, habilidades, técnicas y rituales que son la base para la constitución de prácticas y sus límites.”<sup>233</sup>

Pouliot explica que éste es similar a la noción de <<hábito>> de Bourdieu, puesto que “[...] hábito se refiere a este inventario incorporado de conocimientos tácitos, aprendidos en y a través de la práctica, y desde los cuales es posible la deliberación y la acción intencional.”<sup>234</sup>

Ahora bien, esto en principio nos permite establecer relaciones de sentido entre estas precisiones y las interpretaciones teóricas a partir de los datos obtenidos del trabajo de campo. De tal manera que aterrizamos esta idea del conocimiento de contexto a la observación y análisis de cómo éste se vincula con la agencia de los actores sociales. Lo explicamos a continuación.

Las y los actores de Tijuana y San Diego poseen amplias habilidades y técnicas relacionadas con su formación profesional así como experiencias y disposiciones significativas evidentes en sus trayectorias profesionales. La agencia de los actores incide en sus capacidades performativas. No obstante, identificamos matices. Por ejemplo:

Por un lado, las y los actores de Tijuana se caracterizan por contar con:

- Una formación profesional relacionada con el rol que desempeñan en sus organizaciones.

---

<sup>233</sup> *Op. Cit.* Adler y Pouliot. p. 33

<sup>234</sup> *Ibid.* p. 33-34

- Una trayectoria profesional que les ha permitido adquirir experiencia en el ámbito en el que se desempeñan.

Por su parte, las y los actores de San Diego se destacan porque:

- Su formación profesional está estrechamente relacionada con el rol que desempeñan dentro de sus organizaciones.
- Su trayectoria profesional dentro de la organización les ha permitido enfocarse en el desarrollo y experiencia del propio rol que desempeñan por la experiencia acumulada en el mismo rol.

En particular, la formación profesional de la Dra. Melissa Machado, no está estrechamente relacionada con el puesto que desempeña, así detalló:

“Finalicé mi carrera, internado y servicio en el 2012. Empecé a trabajar en la administración pública, inicié en la Dirección Municipal de Salud Pública de 2012 al 2016. Inicié en un consultorio médico, posterior a ello me invitaron a ser parte de la Jefatura de Educación y es donde comento, participé en este diplomado<sup>235</sup>, finalizando en la Dirección Municipal de Salud como Subdirectora Médica; eso fue en 2016. A su vez, ya había realizado el diplomado de *Líderes a través de la frontera* y la Comisión de Salud Fronteriza me invita a trabajar en esta comisión como Coordinadora de la Comisión en Baja California. Entonces finaliza la administración en el municipio y me incorporo a la Comisión de Salud fronteriza México Estados Unidos como coordinadora en Baja California del 2016 al 2019.”

En el 2019, Alonso Pérez Rico ex Secretario de Salud de Baja California, la invitó a formar parte de su equipo administrativo para fungir como Coordinadora de un organismo interno de reciente creación por el exsecretario Pérez Rico: la Coordinación de Enlace Binacional dentro de la Jurisdicción Sanitaria no. 1

---

<sup>235</sup> Se refiere al diplomado de Líderes a través de las Fronteras.

correspondiente a Tijuana, Tecate y Rosarito dentro de la Secretaría de Salud del estado de Baja California.

Entre las principales actividades que se realizan dentro de la Coordinación se encuentran las siguientes:

- Apoyar en la vinculación de actores
- Enviar información sobre propuestas de proyectos o programas
- Difundir información sobre las actividades que ya se están realizando
- Gestionar donaciones

Con respecto a este último punto, la Dra. Machado, explicó:

[...] ha sido un fortalecimiento para la Secretaría de Salud y algo también muy importante, no nada más trabajo para Tijuana, Tecate, Rosarito; si hay alguna donación para Mexicali, sin problema apoyo a que llegue la donación sabiendo que yo trabajo en esta Coordinación.

De ahí que podamos afirmar que esto reditúa en el amplio conocimiento que se tiene de los actores, el alcance de ese conocimiento beneficia a otros municipios del estado y no centraliza ni monopoliza las prácticas de cooperación.

Con respecto al fortalecimiento para la Secretaría de Salud a partir de la labor de la Coordinación probablemente está relacionada con la propia y reciente existencia de ésta, puesto que anteriormente no existía ningún organismo intrainstitucional asignado específicamente a los asuntos de salud pública fronteriza.

En contraposición, recordaremos que la Oficina de Salud Fronteriza del Condado de San Diego fue creada en 1993, la Mtra. Justin Kozo la preside desde hace poco más de 10 años. De modo que este organismo gubernamental sería el

más parecido a la Coordinación de Enlace Binacional que dirige la Dra. Machado. Más adelante argumentaremos esta cuestión.

Lo que sí podemos señalar por ahora es que el carácter diferenciador de una entidad a otra, tiene que ver con las implicaciones que conlleva la asimetría institucional como lo es la falta de organismos intrainstitucionales homólogos que posibiliten encuadrar las funciones, facultades y recursos de las y los actores gubernamentales de y entre ambos países para hacer de las prácticas de cooperación transfronteriza acciones más eficientes y; por consiguiente, conlleva una limitación exacerbada de recursos económicos, tecnológicos y humanos.

No obstante, ante esta ausencia, el acopio de experiencia que posee la Dra. Machado al desenvolverse en áreas similares y al vincularse con diferentes organismos; le ha permitido conocer los procesos administrativos y burocráticos necesarios, así como reconocer a los actores involucrados en ello, tanto de México como de Estados Unidos, así como de otros niveles y escalas espaciales posibilitando así afrontar las dificultades que conlleva las limitaciones institucionales, da cuenta de ello al relatar que:

[...] en la Comisión conocí a la gente que me ha seguido apoyando [...]

Esas relaciones con otros estados son muy importantes y continuar con las relaciones que manejaba en la Comisión, yo creo se fortalecieron más en la Secretaría. Y pues hemos ido creciendo y no nada más creo que la Secretaría, tenemos muchísimo más trabajo en esta Coordinación.

Así también la Dra. Machado participa en el Comité Ejecutivo del Consorcio de Salud Fronteriza de Las Californias, el cual recordaremos que está conformado por dos co-presidentas, cada una cuenta con una representante de San

Diego y una de Tijuana respectivamente, en este caso la Dra. Melissa Machado es la representante de Tijuana, quien también participa en el grupo de salud mental.

Como podemos ver, la Dra. Machado participa en distintos espacios, lo cual le permite reconocer los puntos de convergencia donde las expectativas, intereses, disposiciones y motivaciones se encuentran, accediendo así al lugar donde las acciones se pueden coordinar y se establecen los significados de esas prácticas a través de su cuestionamiento, negociación o comunicación.

Así, esta misma relación entre el conocimiento de contexto y la capacidad de agencia está contenido en el performance del Mtro. Jorge Bedoya desde otro sitio, esto es como consultor. Su participación en el sector público y privado ha sido intermitente pero se ha mantenido activo de manera constante. Ha fungido como co-facilitador<sup>236</sup> en el Consorcio de Salud Fronteriza de Las Californias, en el subgrupo de VIH y también formó parte del grupo de salud mental como asistente. Así, sobre su experiencia señaló que:

[...] yo creo que me pidieron que fuera facilitador por mi experiencia y mi tiempo que tengo aquí en la ciudad. Entonces yo fui presidente del Comité, yo trabajé con los trabajadores. He tenido la oportunidad de trabajar en los tres niveles de gobierno, conozco los ámbitos de colaboración. He trabajado con muchas organizaciones civiles, me conocen, entonces a mí me encanta mi trabajo y se me facilita mucho. Si por ejemplo me dicen -ocupo un salón en Tijuana- bueno, no te voy a decir que luego, luego lo consigo pero tengo

---

<sup>236</sup> Fue co-facilitador porque comparte la tarea con una figura homóloga creada para Estados Unidos, de modo que hay un co-facilitador mexicano y uno estadounidense. Su principal función es organizar las reuniones junto con la co-facilitadora estadounidense Priscila Quijada.

contactos y veo dónde nos pueden facilitar el salón o alguna reunión o algún donativo de algo. Entonces más que los recursos son los que yo he creado a través de contactos. Los recursos más importantes para mí son mis contactos y mi experiencia profesional.

Entra las actividades que realiza están liderar y llevar a cabo reuniones que generalmente son mensuales, la organización de las reuniones consiste en:

- buscar la sede
- hacer la convocatoria
- realizar la minuta
- llevar a cabo las sesiones y dar seguimiento a los acuerdos

El Mtro. Bedoya califica a estas actividades como sencillas por varios motivos. Con respecto a la determinación del lugar en el que se llevan a cabo las reuniones, explica que las sedes se alternaban entre San Diego y Tijuana, ya tenían preestablecidas opciones por parte de las organizaciones participantes que podían prestar el lugar para que se realizaran ahí. En cuanto a las minutas y el seguimiento es “sencillo” porque son procesos cotidianos y familiares.

Es preciso destacar que la participación del Mtro. Bedoya en el Consorcio es, al igual que todos los demás miembros, de manera voluntaria. Recordaremos que la adscripción al Consorcio es voluntaria, no reciben ningún pago como remuneración a las actividades que realizan, no hay ninguna responsabilidad técnica o jurídica.

No obstante lo anterior, el Mtro. Bedoya refiere al beneficio que le otorga a su agencia en términos de su capital social y cultural, al señalar que:

[...] es un área de oportunidad, es muy grande para todos los que pertenecemos a él, entonces era un beneficio común. Yo como consultor, decir -pertenezco al Consorcio- como facilitadores del grupo de VIH, pues me fortaleció.

Enseguida, así como lo presentamos para las y los actores de México, expondremos los aspectos del conocimiento de contexto y agenciales de los actores de Estados Unidos que están implicados en sus capacidades performativas.

El Dr. Tim Andrews actualmente es Director del Departamento de Operaciones de la Agencia de Salud y Servicios Humanos del condado de San Diego. Ha fungido como administrador público en el área de servicios sociales en hospitales, entre otros roles.

Su experiencia en el ámbito de la salud pública fronteriza comenzó cuando fue Director de Operaciones del Departamento de Salud Pública, durante ese tiempo se desarrolló un nuevo orden colaborativo de salud, en ese tiempo trabajó en conjunto con la Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos, el predecesor del departamento orientó y dio entrenamiento para poder poner en marcha esta nueva organización junto con otros actores de la comunidad, entre ellos instituciones académicas como la Universidad Estatal de San Diego (UCSD por sus siglas en inglés) y otras organizaciones no gubernamentales; de esta manera comenzaron a priorizar las áreas para trabajar.

Posteriormente, la Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos les ayudó al desarrollo de las actividades de colaboración a través de su acompañamiento y mentoría. Gran parte del conocimiento compartido tenía que ver con el reconocimiento de los actores sociales que pudieran colaborar con el

organismo recién establecido en 2011, principalmente buscaban aproximarse a la contraparte mexicana.

De acuerdo con el Dr. Tim Andrews, dos años después surgió la idea de crear el Consorcio de Salud Fronteriza de Las Californias, recordaremos que los antecedentes de este actor gubernamental ya fueron abordados en el capítulo 2 de este documento. Lo que destacamos de este recuento son las relaciones que establecen estos actores que evidencian así las prácticas de cooperación transfronteriza, contenidas en acciones tales como:

- difundir conocimiento sobre las actividades y proyectos que realizan
- convenir acuerdos de colaboración
- vincular a actores gubernamentales y no gubernamentales tanto de Estados Unidos como de México
- facilitar la comunicación entre los distintos actores de los diferentes niveles de acción
- establecer diálogos entorno a fines comunes
- liderar la discusión alrededor de negociaciones y acuerdos

Con base en este correlato, el Dr. Tim Andrews señaló que para la conformación del Consorcio hubo que:

[...] coliderar el grupo para la colaboración: literalmente construimos, desarrollamos contactos y conexiones con todos los involucrados para trabajar en quipo; ayudar y fortalecer las asesorías (...), esas cosas. Ayudar a facilitar el involucramiento con México mientras avanzamos: tienes que reunir a las

personas, lograr esa fortaleza, esas conexiones, presionar en el ámbito estatal para que se logren hacer las cosas.

De igual manera, recordaremos que anteriormente explicamos en qué consistió el diplomado *Líderes a través de las fronteras*, a partir de la experiencia del Dr. Tim Andrews podemos destacar otros aspectos, por ejemplo:

A través de ese programa: *Líderes a través de las fronteras* y; atendiendo las conferencias organizadas por la Comisión, vimos que nuestros compañeros a lo largo de la frontera con Texas y otros lugares (...) vimos otras relaciones, otras cosas que hicieron con nuestras contrapartes de México y creían que en San Diego no había una comunidad fronteriza fue muy desafiante para nosotros y tuvimos que trabajar más fuerte juntos.

Por muchos años, mucho de nuestro trabajo se realizó a través de la Comisión del lado mexicano, construimos esas relaciones en los últimos 10 años o más y eso es lo que nos sirvió para estar conectados con las autoridades locales. Trabajar con los representantes de la Comisión del lado mexicano nos permitieron construir esas relaciones. El vehículo más importante ha sido el programa *Líderes a través de las fronteras*, hay mucha gente involucrada que ha fungido como mentores y maestros por todo este tiempo, tanto de California como de otros estados como Arizona.

Por su parte, Justine Kozo es maestra en Salud Pública, actualmente es jefa de la Oficina de Salud Fronteriza del Condado de San Diego y ha permanecido en

esa posición durante poco más de 10 años. Las actividades que ella realiza consisten en facilitar la coordinación, comunicación y colaboración en temas de salud pública así como realizar y organizar conferencias binacionales en las siguientes áreas: salud mental, obesidad, VIH, entre otras. A este respecto, precisó:

Nuestra oficina hace mucho para crear conciencia sobre la importancia de la salud fronteriza y transfronteriza, por lo que hacemos muchas presentaciones, a menudo participamos en conversaciones en torno a diferentes temas.

A nivel intrainstitucional, se enfoca en la retroalimentación, comunicación y discusión con la Agencia de Salud y Servicios Humanos del condado de San Diego sobre las acciones de salud que llevan a cabo. Al igual que el Dr. Tim Andrews, la Mtra. Kozo participó en la creación del Consorcio de Salud Fronteriza de Las Californias:

Trabajé con nuestra Oficina de Salud Fronteriza Binacional de California porque tenemos una oficina estatal de salud fronteriza aquí en San Diego y trabajo muy de cerca con ellos, así que: fue la Comisión, fue el estado y luego fue mi oficina local y lo construimos juntos; construimos el consorcio juntos. Facilitó muchas de las reuniones pero en la construcción de esa estructura creamos un comité ejecutivo, creamos grupos de trabajo, creamos leyes y he estado muy involucrada en todo eso.

Como ya lo señalamos en el apartado en el que presentamos la matriz de nuestros informantes, hemos dado cuenta de su reconocimiento mutuo gracias a la trayectoria y experiencia así como la comunicación constante.

Esto nos ha hecho traer a la mesa de reflexión que nuestra premisa confirmada, resumida en que cada punto fronterizo a lo largo de la región México – Estados Unidos se distingue por su propia y única configuración, resulta preocupante que el mínimo reconocimiento entre distintas comunidades de prácticas a lo largo de la región se vea afectado porque la interacción y comunicación sucede en el mismo seno y en una sola dirección, solo dentro de sus propias demarcaciones sociales, es decir, difícilmente encontraremos una interacción y comunicación horizontal.

En algún momento, Justin Kozo y Tim Andrews mencionaron que al encontrarse con colegas de otros puntos fronterizos se percataron de que muy poco se conoce sobre lo que hacen Tijuana – San Diego, en Arizona o Sonora, por ejemplo. Al mismo tiempo, precisaron que algunos programas logran extenderse a varios estados de la región fronteriza México – Estados Unidos.

De ahí que una de las implicaciones que encontramos es en la dificultad de contar con una trazabilidad de las prácticas de cooperación que logran trascender la comunidad Tijuana – San Diego, lo cual termina ofreciéndonos como opción, el estudio particular de las dinámicas de cada punto. Esta apreciación la encontraremos reiteradamente a lo largo de sus narrativas como veremos más adelante.

#### 4.3. El contexto institucional y el ejercicio del federalismo de los actores sociales como parte integradora de sus acciones

Mientras que, por un lado, en Estados Unidos los estados gozan de autonomía, que en ocasiones se expresa en la opción que tienen para adoptar o no políticas federales; en México el papel del gobierno federal es más dominante y limitante para los estados, municipios y localidades.

Así, la organización política de los gobiernos incide en las asimetrías institucionales cuyo desencuentro tiene un efecto restrictivo que al mismo tiempo obliga a que los actores sociales de las unidades subnacionales estudiadas encuentren no solo formas de solventar las dificultades que se les suscita sino también demanda que se adapten continuamente a las circunstancias particulares de las diversas y adversas realidades sociales como lo ha sido por ejemplo la crisis de la pandemia como ya veremos más adelante.

Como advertíamos en un principio, el contexto institucional en el que se desenvuelven los actores de Tijuana y San Diego es muy distinto. Destacando por ejemplo, el tiempo que tienen trabajando en el mismo ámbito y áreas dentro de las organizaciones que representan. En este caso, tanto el Dr. Tim Andrews<sup>237</sup> como la Mtra. Justine Kozo tienen poco más de 10 años laborando en la Agencia de Salud y Servicios Humanos así como en la Oficina de Salud Fronteriza, ambas del Condado de San Diego.

La oficina de la Mtra. Justine Kozo no tiene propiamente una contraparte o bien un organismo homólogo a la suya como lo sería una Oficina de salud fronteriza en Tijuana. Como ya se mencionó, anteriormente no existía nada parecido hasta la reciente creación de la Coordinación de Enlace Binacional que dirige la Dra. Melissa Machado:

---

[...] llevo 10 años en mi puesto y es la primera vez en los últimos 2 años, es la primera vez que nombraron una persona para estar encargada de asuntos binacionales, antes yo estaba platicando con personas que no tenían como parte de su cargo dedicado a lo binacional, sentía que yo siempre estaba molestando a las personas y pidiendo demasiado.

De ahí que la Mtra. Kozo precisara algunas diferencias que considera relevantes para el desenvolvimiento de la Dra. Machado, en primer lugar ella tiene a su cargo muchas responsabilidades: es médica y atiende pacientes, administra vacunas, entre otras más actividades sumando las que tienen que ver con la cooperación; en cambio la Mtra. Kozo no tiene esa profesión, no realiza ninguna de esas actividades por lo que ella puede concentrarse específicamente en las prácticas de cooperación transfronteriza, para describir el performance de la Dra. Machado, la Mtra. Kozo utilizó la expresión “*usa muchísimos sombreros*”.

Esto es así porque en la Coordinación de Enlace Binacional están limitados en cuanto a recursos: económicos, humanos y tecnológicos; así lo explicó la Mtra. Kozo:

Es común encontrar este tipo de discrepancias y disparidades tales como el número de recursos humanos encargados de ciertas áreas, por ejemplo: mientras que el Jefe del Departamento de Hepatitis y VIH tiene a su cargo 50 personas, la contraparte mexicana cuenta con 3 personas; es una situación desigual que nos lleva a que el trabajo de mi Oficina sea también el concientizar a nuestros colaboradores de ello, tener expectativas realistas, ser respetuosos y no presionar a nuestra contraparte porque quizás de igual

manera consideren que la idea de un proyecto es importante pero no tendrán la capacidad para llevarlo a cabo.

Aunado a lo anterior, la narrativa de la Mtra. Kozo trasluce que en este contexto socialmente organizado, en sí mismas las prácticas de cooperación transfronteriza conllevan esfuerzos previos al conjunto de acciones orientadas a la salud comunitaria, es decir, para que finalmente se pueda llevar a cabo una actividad, proyecto o programa; quizás habrá una intervención de apoyo o colaboración entre los actores sociales al nivel de lo fundamentalmente posible: la capacidad de hacer algo. Otro aspecto que pudimos identificar es el conocimiento que poseen los actores sobre las condiciones institucionales y la difusión de ello para el entendimiento de otros actores, ya que esto incide en la ejecución de las acciones que constituyen las prácticas de cooperación. Estas apreciaciones están referidas a la siguiente acotación de la Mtra. Kozo:

“[...] diferentes grupos quieren abordar algún tipo de problema de salud binacional, nos consultan y ayudan a convocar a las personas adecuadas a la mesa, pero también ayudamos a las personas a tener expectativas realistas. Por lo que muchas veces la gente en los Estados Unidos piensa que -oh, podemos hacer esto juntos y podemos implementar esto y esto va a suceder-; no entienden que nuestros sistemas son muy diferentes, tenemos mucha autonomía aquí en los Estados Unidos a nivel del departamento de salud local, nuestra oficina de salud puede promulgar leyes y legislar, puede tomar decisiones y en México, el sistema es más vertical.

Justine Kozo, termina su intervención señalando que procura mantener expectativas realistas por las disparidades de recursos financieros entre los dos países que afectan la toma de decisiones a nivel local, y que aunque en Estados Unidos puedan tener más fondos para realizar proyectos, es importante asegurarse de que las contrapartes en México tengan los recursos necesarios para llevar a cabo proyectos de salud.

De igual manera pudimos constatar que el Dr. Tim Andrews comparte este mismo conocimiento, tiene una referencia cabal de que ambos sistemas gubernamentales son diferentes cuyas prácticas son distintas. A ello se suma que de igual manera reconoce a los actores sociales con los que necesitan relacionarse y mantenerse comunicados. En este sentido, señaló que:

Lo más desafiante es tartar de alinear las iniciativas federales, estatales y locales y los recursos. La mayor parte (...) generalmente estamos alineados, lo ideal sería estar alineados en un modelo. Esos son los retos, está basado en la concepción de tener a ambos países con diferente estructura gubernamental lo cual dificulta el flujo del proceso.

Entre otros aspectos, la Mtra. Kozo indicó que los cambios de administración afectan por la falta de seguimiento a las actividades y proyectos que pueden estar en marcha así como la falta de comprensión sobre los problemas y necesidades de la región. En el caso de la nueva administración en Baja California, ve de manera positiva que sigan apoyando el rol de la Dra. Melissa Machado. Precisamente con relación a la Coordinación de Enlace Binacional, la Mtra. Kozo enfatizó sobre la necesidad de ampliar los recursos humanos para las Jurisdicciones Sanitarias de la entidad así como engrosar la estructura institucional ya que el

organismo que dirige la Dra. Machado es insuficiente ya que justamente es una coordinación.

No obstante, es precisamente en la región fronteriza, donde se observa que independientemente del funcionamiento de ambos federalismos, en la región se expresa una dinámica federalista propia, donde los actores sociales de la región, tanto gubernamentales como no gubernamentales y sociedad civil, logran establecer relaciones que les permiten dirigir acciones para la solución de problemas comunes que afectan a las poblaciones fronterizas. Es decir, se aprecia la convergencia de ambos federalismos cuyo resultado es una dinámica dirección social de los actores sociales de la región fronteriza. Todo ello prefigura una particularidad del federalismo mismo así como de la propia constitución de la región fronteriza México – Estados Unidos.

De tal manera que la alternativa para enfrentar las limitaciones que ya señalamos recae en los actores sociales, esto lo ilustra adecuadamente la Mtra. Kozo:

Quizás muchas veces tenemos más dinero o mayor capacidad de personal o recursos humanos, nuestra contraparte se encuentra limitada, está comprometida para trabajar juntos y son muy ingeniosos. La visión en Estados Unidos prioriza el dinero para poder llevar a cabo proyectos, mientras que en México, el fuerte compromiso que tienen les permite buscar la manera de hacerlo, encuentran una manera de hacerlo posible, llevan a la mesa a las personas interesadas o involucradas para llevarlo a cabo.

Del mismo modo, el Dr. Tim Andrews da cuenta de ello, enfatizamos la apreciación que sustenta sobre el ímpetu de los actores del lado mexicano:

[...] trabajan duro, son comprometidas [...] lo traen todo a la mesa y lo ponen sobre la mesa para tratar de averiguar cuál es la mejor manera de hacer algo, cuando tienes ese compromiso es contagioso, extrañamente sabes que todos a tu alrededor quieren hacer lo mismo.

Ahora bien, hasta aquí hemos traído a la luz algunos elementos de la visión que tienen los actores de San Diego sobre el contexto institucional, en este sentido los actores de Tijuana tienen una perspectiva diferenciada, está centrada en las propias limitaciones a las que ellos se enfrentan.

Por ejemplo, el Mtro. Bedoya señala que el hecho de conocer a los actores involucrados en las prácticas de cooperación permite que los procesos burocráticos sean más eficientes pues:

[...] casi todos son líderes en su área, entonces es gente que se nos facilita la comunicación interna, que algunos hemos trabajado en gobierno. Se nos facilita la interlocución, sabemos a quién recurrir, sabemos cómo solicitar, el mismo sector salud está sentado en la mesa; entonces pues es fácil, se facilita el diálogo [...] en vez de que yo te pida oficialmente el expediente que va a tardar un mes en llegarme, ¿por qué no hacemos una reunión? Y ya lo formalizamos.

A este respecto, la Dra. Machado refiere a la burocratización de los procesos para llevar a cabo las prácticas de cooperación, señalando que:

En el tema donaciones, se requiere de toda la información: de que dónde viene, el costo, es de hacer un acta, de recibir este material. Algo que sí nos

afecta mucho, por ejemplo, es solicitarlo al SAT [...] toda esta burocracia que se tiene que enviar a la Ciudad de México: que nos da respuesta, que nos dice -este material sí y esto no-. Entonces a veces tengo donaciones pero el SAT no lo acepta o no está dentro de un *material de pandemia* pues no nos permite el cruce o no nos apoyan ellos; por ejemplo, los guantes. En este momento creo que los guantes de látex no los permiten cruzar, entonces esa donación enorme nos apoyaría muchísimo.

De modo que, la necesaria involucración y participación intra e interinstitucional en México entorpece las prácticas de cooperación, apunta la Dra. Machado:

[...] que supieran que es para Enlace Binacional, que es para todo el estado, eso nos apoyaría mucho. Todavía tenemos esos candados, que cada quien desde su empresa, por mencionarlo de alguna manera, pues trabaja en ello, en cuidar sus actividades, están bien todas sus normas pero a lo mejor que sean un poquito más flexibles. [...] se entiende, ellos tienen sus lineamientos: qué se permite, que no se permite apoyar. Sin embargo, si fuera un poquito más abiertos, estamos en una pandemia, son donaciones para el sector salud, eso sí nos apoyaría mucho.

En contraposición a la experiencia que se tiene con los actores gubernamentales en México, la percepción sobre esta relación uno a uno con los actores de San Diego es que ésta permite el flujo de las acciones por la disposición

y apertura a la colaboración para que las prácticas se lleven a cabo pues reciben apoyo de diferentes formas.

Podemos afirmar que esto es así porque precisamente los actores sociales de la región fronteriza Tijuana – San Diego conocen perfectamente las necesidades inmediatas y las vías para atenderlas, este conocimiento les permite convenir entre ellos mismos las soluciones, de modo que la primera línea para resolverlo en primera y última instancia idealmente es en el nivel local. Esto último lo advirtió el Dr. Tim Andrews:

[...] a través de la construcción de relaciones, manteniendo a todos informados y comunicados, nosotros hacemos mucho trabajo en la frontera; las personas piensan que es federal pero no, en realidad es local.

Así, podemos precisar que el contexto institucional y el ejercicio del federalismo en San Diego y Tijuana tienen un impacto importante en la cooperación transfronteriza en materia de salud comunitaria, ya que determinan las políticas y las capacidades de los gobiernos locales y estatales para abordar los problemas de salud en la región fronteriza.

Como hemos argumentado, en el caso de San Diego, el contexto institucional se caracteriza por una fuerte presencia de organizaciones no gubernamentales y una red de proveedores de atención médica privada, que complementan los servicios de salud pública proporcionados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos del condado de San Diego. Además, el sistema federalista en los Estados Unidos permite una mayor autonomía para los gobiernos locales y estatales en la toma de decisiones en materia de salud pública.

En el caso de Tijuana, hemos constatado que el contexto institucional es diferente, ya que el sistema de salud pública está altamente centralizado y depende

del gobierno federal para la financiación y la toma de decisiones. Además, el acceso a servicios de salud es limitado para gran parte de la población, lo que ha llevado a la creación de clínicas y hospitales privados en la región, así como el establecimiento de consultorios médicos en farmacias.

A pesar de estas diferencias, hemos podido documentar que existen varias iniciativas de cooperación transfronteriza en materia de salud comunitaria entre San Diego y Tijuana.

#### 4.4. El contexto territorial y la construcción socioterritorial de la región fronteriza Tijuana, Baja California – San Diego, California

El enfoque territorial del desarrollo dota de sentido el nivel y escala espacial en el que ocurre la cooperación, con ello intentamos develar el sentido de lo “transfronterizo” impreso en dicho entramado de acciones sociales.

Este enfoque permite reconocer la relación que existe entre las interacciones que establecen los actores sociales de la región fronteriza Tijuana, Baja California – San Diego, California y la configuración del territorio, que de acuerdo con Federico Morales Barragán (2018):

Cada territorio se configura a partir de las relaciones sociales, no preexiste a ellas, constituye la expresión histórica de un espacio configurada a partir de las relaciones entre los seres humanos, entre estos y el resto de los componentes biofísicos del planeta, por lo tanto es una construcción social, manifiesta en múltiples niveles de escalas espaciales. (p.13)<sup>238</sup>

---

<sup>238</sup> Jiménez López, Fredy y Morales Barragán, Federico. (2018) Fundamentos del enfoque territorial: actores, dimensiones, escalas espaciales y sus niveles. UNAM. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. Colección Alternativas. México. p. 13

En este sentido, Morales Barragán otorga especial importancia a los actores sociales, es en este punto en el que la perspectiva de Emmanuel Adler y Vincent Pouliot se encuentran, pues dentro de esa construcción del hacer no solo está la cooperación como práctica sino también y al mismo tiempo, la configuración del territorio donde esas prácticas tienen lugar, de esta manera son los actores sociales quienes definen a la región fronteriza y delimitan así sus interacciones transfronterizas.

Más precisamente, la perspectiva conceptual de Morales Barragán justifica la inclusión de los actores como fundamento del enfoque territorial porque sus relaciones conforman al territorio, esto significa contemplar a todos aquellos que se vinculan con la vida de un territorio, residentes o no; puesto que a través de sus interacciones intersubjetivas, los actores sociales estructuran los territorios, sus acciones tienen una orientación e intencionalidad, una racionalidad propia y particular que incide en dicho proceso de configuración.

El énfasis en los actores también se sostiene de la idea de que otra forma en la que intervienen en la conformación del territorio es a partir de cómo se relacionan entre sí con respecto a sus problemas, a este respecto el autor explica que:

“Cada actor aporta a la construcción social de los territorios desde el momento en que declara cómo nombrar sus problemas; a su vez, su relación con otros actores depende de esa perspectiva general que asume y manifiesta. Las dimensiones territoriales encarnan las perspectivas que condicionan las interacciones sociales, por ello constituyen un fundamento del enfoque territorial, pues aporta una clave general para comprender la configuración y cauce de aquellas interacciones.”<sup>239</sup>

---

<sup>239</sup> *Ibid.* P. 36

Con base en las precisiones anteriores que desde luego ya fueron detalladas en el capítulo 1 de este trabajo, las significaremos con:

- Explicar la manera en la que los actores caracterizan al territorio a partir de la construcción social de la región fronteriza Tijuana – San Diego
- Explicar desde dónde se posicionan los actores y enuncian sus problemas considerando a:
  - La salud fronteriza como definición del punto focal de las prácticas de cooperación transfronteriza
  - Las acciones de salud comunitaria como la orientación particular las prácticas de cooperación transfronteriza
- Explicar la manera en la que se relacionan con otros actores de diferentes escalas espaciales y niveles para apuntar la evidencia sobre:
  - La gobernanza transfronteriza que resulta de las prácticas de cooperación transfronteriza en salud

#### 4.4. La construcción social de la región fronteriza Tijuana – San Diego

La región fronteriza Tijuana – San Diego es un espacio socioterritorial caracterizado por la una población diversa que la habita, que la transita, cuya demarcación internacional es invisibilizada por la fuerza de la movilidad transfronteriza de la comunidad. Esta noción se desprende de la narrativa de las y los actores. Por ejemplo, el Mtro. Bedoya describe que:

“[...] compartimos una misma región, una misma cultura, una misma visión y, mucha gente dice -es que van de compras solamente-, no es porque solamente vayamos de compras o vengan los turistas sino que todos tenemos lazos hermanos, familiares; vamos a estudiar (...) entonces es una misma zona dinámica.”

Por su parte, el Dr. Tim Andrews precisa que cada región es diferente y tiene un liderazgo distinto, señala que la ciudad de San Diego está algo alejada del cruce fronterizo a comparación a El Paso, entonces no se entiende o no se comprende que a pesar de que esté fuera de los 100km de la línea fronteriza, San Diego no solo se ocupe de la salud fronteriza sino que tenga sus aliados en Tijuana. Hace énfasis en el carácter heterogéneo de la región fronteriza México – Estados Unidos, que es precisamente lo que distingue a Tijuana – San Diego de otros contextos socioterritoriales: “si bien hay algunos espejos en común, creo que hay diferencias claras”.

Por su parte, la Mtra. Kozo subraya el lugar que ocupa San Diego como parte de esta región fronteriza que constituye con Tijuana:

“Intento recordarles a las personas que la región fronteriza no solo son las 10 millas hacia el norte o sur de la frontera que divide a ambos países, la gente tiende a creer que la frontera es todo lo que hay al sur y que hay una autopista que te lleva directo a San Diego. Intento recordarle a la gente que es una región fronteriza, un estado fronterizo, que es parte de identidad y orgullo.”

De esta manera, en términos de la construcción social de esta región fronteriza, los actores hacen hincapié en su propia delimitación, una demarcación colectiva no normativa, pues van más allá de lo establecido políticamente.

En este sentido podemos señalar que dentro del Consorcio de salud fronteriza de Las Californias aludan a una identidad binacional y transfronteriza, identificándose con la regionalización que sugiere la autodenominación de Calibaja. Ello lo enuncia la Dra. Machado y también lo confirma la Mtra. Kozo:

“Hay muchas cosas maravillosas acerca de ser una región transfronteriza binacional y creo que debemos elevar eso y hablar sobre eso y, ser más comprensivos, y amables, y apoyarnos mutuamente.”

No obstante lo anterior, al mismo tiempo esa línea fronteriza que se desgasta por la movilidad transfronteriza de la población es remarcada por su militarización ante la inseguridad y las violencias que transcurren ahí, atestiguado por la misma población. Esto es recalcado y manifestado por la Mtra. Kozo como una preocupación constante:

[...] es un cruce muy militarizado, es un espacio muy intimidante, hay violencia que ocurre en ese espacio a diario y nuestra población transfronteriza que cruza todos los días; tiene que ser testigo de la violencia, tiene que cruzar un puesto de control militarizado todos los días, tiene que lidiar a menudo con la triste discriminación y otras cosas terribles que suceden y creo que eso está creando un gran impacto en nuestra población transfronteriza porque simplemente viven ahí excepto porque es parte de su vida diaria, pero creo que realmente se necesita abordar.

#### 4.5. Las prácticas de cooperación transfronteriza ante la pandemia por Covid-19

En el tiempo en el que se lee este texto ya se habla de la post pandemia, la etapa en la cual las medidas y acciones de los gobiernos para hacerle frente a la contingencia sanitaria han estado situadas en la producción, distribución y principalmente, la aplicación de vacunas contra la enfermedad Covid-19, de acuerdo con los distintos esquemas de vacunación de cada país. También se refiere a esta etapa en la que progresivamente los gobiernos nacionales han levantado ciertas restricciones desde cuarentenas hasta el uso de cubrebocas en interiores o exteriores, esto de manera diferenciada de acuerdo con el país del que se trate.

No obstante, recordaremos que el trabajo de campo se realizó a finales del año pasado, inicios del presente, por supuesto que la memoria reciente de los informantes estaba precisamente en los momentos más críticos e iniciales de la pandemia.

Por ello es que dadas las circunstancias, la narrativa de las y los informantes estuvo constantemente referida a sus experiencias durante la pandemia. Esto fue inevitable y en ningún momento se intentó desviar su atención sobre ello. Frecuentemente aludían con ejemplos ilustrativos a cómo eran las cosas antes y en los momentos más agudos de la contingencia. Las precisiones de las y los informantes permitieron observar desde otro ángulo las condiciones que incidieron en la forma en la que se llevaban a cabo las prácticas de cooperación transfronteriza. Identificamos las condiciones que intervinieron en *el modo en el que se hacían las cosas*, procurando claridad y concreción, las dividimos en desfavorables y favorables de acuerdo con el efecto percibido por los informantes. Así, describimos y analizamos los aspectos que determinaron ese estado de las cosas. Lo esquematizamos como sigue y lo desarrollamos enseguida:

#### Condiciones desfavorables

- Restricciones de movilidad transfronteriza implementadas a lo largo de la región fronteriza México – Estados Unidos
- Limitación exacerbada de los recursos para asuntos que no estuvieran como prioridad por covid-19
- Desplazamiento de otras enfermedades y condiciones de salud de la población

#### Condiciones favorables

- Colaboración de diversos actores de distintas escalas espaciales pertenecientes a otros entornos sociales

- La existencia previa de una comunidad de prácticas en salud (salud comunitaria)
- Participación comunitaria de actores locales del sector privado

#### 4.5.1. Restricciones de movilidad transfronteriza

Si bien al inicio de la pandemia (enero 2020), las medidas sobre el control interno de la emergencia sanitaria fueron unilaterales, obedeciendo a la soberanía y a la responsabilidad de cada nación, bajo sus propios términos normativos (leyes y disposiciones legales), fue en marzo de 2020 cuando México y Estados Unidos suscribieron la Iniciativa Conjunta para combatir la pandemia de Covid-19, donde anunciaron restricciones “temporales” a los viajes no esenciales (turísticos o recreativos) a través de los puertos de entrada a lo largo de la extensa región fronteriza<sup>240</sup>. Dichas medidas entraron en vigor el 21 de marzo de 2020 y aun en octubre de 2021 seguían vigentes. Tras comunicaciones mensuales acerca de la posible reapertura de los puertos de entrada, de nueva cuenta el 15 de octubre de 2021, la cancillería mexicana anunció que la reapertura del cruce fronterizo terrestre se llevaría a cabo el 08 de noviembre de 2021 y así sucedió.

En el caso de la región fronteriza Tijuana, BC – San Diego, CA la implementación de dichas restricciones afectó por igual la movilidad de todos los ciudadanos transfronterizos. Las implicaciones para la cooperación transfronteriza

---

<sup>240</sup> Del discurso del comunicado podemos observar que la valoración sobre la región fronteriza es esencialmente comercial como una zona productiva, se menciona: el comercio bilateral, las economías nacionales y los efectos económicos derivados de la limitada movilidad. Al mismo tiempo se alude a una zona proveedora de “servicios críticos como alimentos, combustible, atención médica y medicamentos”. Con base en nuestro marco teórico y conceptual interpretativo que desarrollamos aquí, podemos afirmar que la visión binacional que prima sobre la región fronteriza es una meramente sectorial del territorio, una zona económica cuyos problemas sociales están delegados a los efectos de las relaciones comerciales y asuntos de seguridad, aun cuando la pandemia ha venido a demostrar las vulnerabilidades preexistentes, no solo de cada nación sino del propio espacio socio territorial en el que convergen sus poblaciones.

se expresaron, por un lado, a partir de la imposibilidad del cruce cotidiano que impidió que las reuniones se llevaran a cabo de manera presencial, pues desde la perspectiva de algunos actores e inclusive apuntado por la teoría: la co-presencia física es relevante para lograr acuerdos. En estos términos, el Mtro. Jorge Bedoya señaló:

Yo creo que el desafío ahorita más importante es la pandemia [...]es trabajo relativamente sencillo de colaboración pero ahora se nos van a dificultar los traslados de ambos lados. Antes era fácil: vamos(íbamos), hacíamos la línea pero era facilito y ahorita; el traslado, la vacuna, el venir, las medidas de higiene, de seguridad (...) va a ser más difícil que la gente quiera venir por muchas razones o que podamos ir para allá.

Esto último que precisó el Mtro. Bedoya tiene su correlato con la dinámica de las reuniones presenciales, pues finalmente las actividades que realizan son cara a cara. A pesar del traslado de las actividades presenciales a plano de lo virtual, el impedimento de movilidad afectó el entorno de lo social, como lo expresó la Dra. Machado:

Todas nuestras reuniones han sido de manera virtual, la mayoría. Algo que sí nos afectó mucho a nosotros Tijuana - San Diego, aunque no se vive en la misma frontera, pues nos manejamos como si estuviéramos en una misma ciudad, sabemos que las enfermedades cruzan la frontera, entonces era muy normal para nosotros tener nuestras reuniones en San Diego o aquí en Tijuana, pues compartimos la misma cultura, las enfermedades, la familia,

la comida, esto era muy muy normal anteriormente, ahorita por el cual estuvimos estos años de restricción de no poder cruzar.

No obstante, se hicieron algunas excepciones para el personal de salud, explicó la Dra. Machado:

[...] solamente cruzaba quien tenía ese apoyo de CBP. En caso de alguna reunión, se hacía una carta [...] Por ejemplo, tuvimos un evento en Arizona y se hizo uso de dicha carta, posteriormente ya no la manejan mucho porque ellos siguen trabajando desde casa, entonces no era necesario estar yendo a San Diego pero sí fue lo que nos afectó y sí se sintió. Este próximo año 2022, digo la pandemia continúa, pero sí necesitamos reactivar todas estas alianzas estratégicas.

Esto develó la conciencia del carácter territorial de las prácticas que llevan a cabo y cómo lo hacen, de modo que la interrupción del ritmo cotidiano de convivencia, inciden en el performance de los actores y sus propias prácticas. Empero, a pesar de las vicisitudes, veremos más adelante, que entre otros factores, la capacidad de resiliencia de los actores para adaptarse a otras formas posibles de hacer las cosas, no impidieron la ejecución de prácticas sociales virtuosas.

#### 4.5.2. Limitaciones de recursos

La falta de recursos ha sido uno de los mayores obstáculos para la implementación de programas de salud comunitaria y la continuidad de los proyectos existentes porque no se cuenta con un financiamiento gubernamental de manera directa.

Los informantes reconocen esta realidad y relataron las distintas vías que han encontrado para sortear esta gran limitación que se recrudece en momentos de crisis como el que representó la pandemia. No obstante, no prefiguraron ideaciones a prospectiva de una solución plausible.

En el pleno de la discusión no está la asignación de recursos como solución a pesar de ser la gran respuesta ya que la asignación de recursos a las instituciones de salud en la región fronteriza de Tijuana - San Diego, cruza procesos administrativos y financieros que tocan los niveles: federal, estatal y local.

Esto devela las disparidades financieras y administrativas debido a las diferencias en los sistemas de salud y las políticas públicas de ambos lados de la frontera. En Estados Unidos, los departamentos de salud locales tienen cierta autonomía para tomar decisiones y asignar fondos, mientras que en México el sistema es más vertical y las decisiones a menudo requieren aprobación estatal o federal.

Así, las disparidades financieras juegan un papel importante, ya que los departamentos de salud de San Diego a menudo tienen más recursos financieros disponibles que los de Tijuana. La preocupación es que estas asimetrías inciden en la capacidad de implementar programas y proyectos conjuntos de manera efectiva, ante lo cual, el proceder los actores locales es activar y avanzar en aquellas iniciativas que son viables de acuerdo con las capacidades existentes.

Tanto la Dra. Machado como el Mtro. Bedoya refirieron que dentro de sus actividades está la identificación de donantes y organizaciones dispuestas a financiar proyectos de salud, y la movilización de recursos.

Con base en la narrativa de los informantes podemos encontrar que los recursos son captados a partir de donaciones individuales o corporativas y subvenciones. Esto nos lleva a pensar en la manera en la que se asemeja a los

procesos de recaudación de fondos de las organizaciones civiles, inclusive más allá, en la forma en la que se adscriben sus miembros, como ya se explicó en otro momento, lo hacen de manera voluntaria.

Considerando las condiciones preexistentes, durante la pandemia se redoblaron los esfuerzos para hacer eficientes los recursos. En este sentido, el Mtro. Bedoya comentó:

(los recursos) a lo mejor ahora van a ser enfocados área de covid nada más y a lo mejor a otras áreas porque es una realidad, se están descuidando, tú lo sabes, todo se inyectó al covid. [...] entonces quizá también estos retos nuevos de recursos vayan a ser un reto para el Consorcio.

En el caso de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, la Dra. Machado explicó que la solución a la falta de recursos es la búsqueda de alternativas puesto que la Jurisdicción Sanitaria experimentó una exacerbación de la precarización de sus recursos, comentó que no contaban, por ejemplo, con alimentos para el personal, en estas condiciones, sin las gestiones de la Coordinación de Enlace Binacional no se podrían dar abasto porque el presupuesto que se tienen no alcanza para cubrir las necesidades para su propia operación. De tal manera que las alianzas con otros actores son fundamentales:

No tenemos mucho presupuesto, sin embargo, algo que nos hace fuerte es sumarnos con otras organizaciones, fundaciones que nos apoyen de Estados Unidos, ya sea en especie... normalmente nosotros no recibimos dinero, es en físico, simplemente ellos nos hacen las compras. Algo que también ahorita nos ha ayudado mucho, es no nada más trabajar con el área de salud

de Estados Unidos sino que también nos ha permitido abrir otras puertas, por ejemplo con el área gubernamental con nuestros aliados (...) por ejemplo, en el apoyo a veces de donaciones, que nos apoyen con el cruce posterior a hacer el trámite, el consulado de México en San Diego las donaciones se reciben y el consulado nos apoya a hacer cruce de este material previa autorización del SAT.

A pesar de que las instituciones de salud de la región fronteriza de Tijuana - San Diego colaboran entre sí para compartir recursos y conocimientos, para maximizar los recursos disponibles e identificar áreas en las que se puedan realizar acciones conjuntas para mejorar la salud comunitaria, en ocasiones esto es insuficiente como ya lo hemos retratado a lo largo de estas narrativas.

Otros esfuerzos para sortear la escasez de recursos financieros, está el desarrollo de programas de capacitación para el personal médico y de enfermería en temas de salud específicos, lo que ayuda a mejorar la calidad de atención de salud en la región y, en última instancia, mejorar la salud comunitaria.

Como supuesto, podría aducirse que en el tiempo, los beneficios de estas capacitaciones se expresan en la eficiencia con la que operan los grupos de atención médica en las campañas de vacunación por ejemplo, como lo fue en la campaña de vacunación transfronteriza Tijuana – San Diego.

#### 4.5.3. Desplazamiento de otras enfermedades y condiciones de salud de la población

Recordaremos que, de acuerdo con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en los apartados 2a y 3a. de la fracción XVI del artículo 73, se establece que:

- 2a. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.
- 3a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País.

Ante la emergencia sanitaria, el 23 de marzo de 2020 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el “Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2 (Covid19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria.

El 30 de marzo del 2020, el Consejo de Salubridad General publicó, en el DOF, el “Acuerdo por el que se declara emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (Covid-19)”. Posteriormente, el 31 de marzo del 2020, se publicó el “Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada.”, el contenido de los puntos de acuerdo del artículo 1ro. se resume a continuación:

- I. Se suspenden las actividades no esenciales, con la finalidad de mitigar la dispersión y transmisión del virus, disminuir la carga de enfermedad, sus complicaciones y la muerte por covid-19
- II. Se desglosan las actividades consideradas como esenciales.
- III. Se establecen prácticas preventivas para evitar el contagio.
- IV. Se exhorta a la población a mantenerse en resguardo domiciliario.
- V. Se establecen las condiciones para el resguardo domiciliario corresponsable para la población en condiciones de salud vulnerables.

- VI. Se determina que para el regreso ordenado, escalonado y regionalizado a las actividades laborales, económicas y sociales de toda la población en México; se deberá trabajar de manera conjunta entre la Secretaría de Salud y otras secretarías.
- VII. Se pospone la realización de censos.
- VIII. Se estatuye la aplicación de las medidas establecidas con estricto respecto a los derechos humanos.

Con base en ello, cada entidad federativa, conforme fueron transcurriendo las distintas fases de la pandemia, cada una integró, al mismo tiempo que adicionó otras resoluciones diferenciadas del resto de los estados pero siempre con apego a las disposiciones sentadas en el acuerdo.

Así, este mandato sentó las bases para la priorización de todo aquello relacionado con la necesidad de atender con inmediatez derivado por la contingencia sanitaria. De esta manera se desplazó la deferencia a acciones orientadas a otras enfermedades y condiciones de salud de la población. En el contexto territorial de la Jurisdicción Sanitaria, #1, la Dra. Machado hizo hincapié en ello y explicó que:

Nos enfocamos en covid, no descuidamos pero sí, no les dimos la misma importancia o el mismo énfasis; por ejemplo, a las otras enfermedades infecciosas. Por ejemplo, en marzo se celebra el Día de la Tuberculosis y ya no hicimos tantos eventos, por mencionarlo de alguna manera.

Dadas las funciones de la Coordinación de Enlace Binacional, el cierre parcial del cruce fronterizo está asociado con la falta de atención a otros asuntos, de modo que al detenerse el flujo de personas, también se detuvo el flujo de las

prácticas orientadas a otros problemas relacionados con la salud de la población. Esta correlación la encontramos en este señalamiento de la Dra. Machado:

Este cierre que hubo de la frontera pues sí es bueno. Es nuestro trabajo, por una parte, pero por otra, pues estábamos llenos de covid entonces no trabajamos en unos temas pero sí seguíamos trabajando, pues en la pandemia.

A sí mismo subrayó:

Otros temas que tenemos que activar en 2022; son otras infecciones, otras enfermedades infecciosas. Por ejemplo: tuberculosis, VIH. Ahora en diciembre (2021) se lleva a cabo el Día Mundial de VIH, estamos haciendo una actividad para el próximo año trabajar más en ello. Otra de las áreas que manejamos son las enfermedades crónicas, que sigue siendo un grave problema. Estamos tratando de trabajar con el Consorcio de Salud Fronteriza de las Californias [...] soy parte del Grupo de Obesidad e igual hicimos un evento virtual, pero ya no le dimos seguimiento a proyectos.

Así también, las implicaciones de priorizar la atención a la enfermedad de covid-19 se manifestó también en las donaciones que la Coordinación de Enlace Binacional logró captar para otros rubros de salud.

Dejar de lado los temas habituales de trabajo, devela dos cosas; Por un lado la incertidumbre de los efectos adversos de desplazar otros temas de salud por la prioridad que se le tenía que dar a la pandemia.

Por otro lado, dado que la cooperación transfronteriza es fuerte, ha sido trabajada durante años anteriores, la colaboración y atención ante la emergencia ha sido muy buena gracias ello. Que se dejen fuera otros temas, no solo por la emergencia del covid sino también es por la falta de estructura e infraestructura para este tipo de adversidades, de riegos. Se podría esperar que derivado de esta experiencia la visión a futuro sea conformar una comunidad más grande o mejor preparada en cuanto recursos y personas.

#### 4.5.4. Colaboración con diversos actores

Ante las limitaciones de recursos y la necesidad de responder urgentemente a las necesidades del personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Tijuana, Rosarito y Tecate. La Dra. Machado relata que se recibió apoyo de diversas maneras de distintos actores de diferentes niveles y escalas espaciales, por ejemplo, a nivel internacional:

[...] el año pasado de verdad estuvo padrísimo porque nos buscaba tanto la ciudadanía, empresas locales y también en este caso internacionales para apoyarnos con donaciones. Recibíamos equipo de protección mobiliario, alimentos, habitaciones en hoteles que nos apoyan para el personal de salud que tuviera un lugar donde quedarse porque en un inicio de la pandemia, pues todos teníamos mucho miedo de infectar o contagiar a nuestros seres queridos, no había vacuna y era una manera en que los protegíamos.

De igual manera, Médicos Sin Fronteras apoyó con el manejo de Unidades Auxiliares Hospitalarias con personal médico, administrativo y de limpieza. Este apoyo lo recibieron por más de dos meses.

Por su parte, a nivel nacional, el gobierno de la Ciudad de México regaló viajes al centro del país para el personal de salud, para recibir capacitaciones. Así mismo, se gestionaron apoyos del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). A través de la institución se contrató personal de salud para trabajar en Clínicas de Fiebre del Hospital General de Tijuana, para el área covid. De igual manera, la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) proporcionó una Unidad Auxiliar Hospitalaria y apoyó con la contratación de personal para su operación. En este período extraordinario, la Dra. Machado funge además como la encargada de darle seguimiento a las actividades y responsabilidades de esas áreas.

La Agencia de Salud y Servicios Humanos del condado de San Diego donó 451 dosis a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 para vacunar a infantes, a pesar de que el número de dosis es relativamente pequeño, en ese momento solo se habían aplicado 1517 vacunas, el proyecto estaba en proceso de ampliación para sumar más niños y niñas beneficiados que cuenten con visa de turismo para ingresar a Estados Unidos. La dinámica del programa es la siguiente: un servicio de transporte los traslada al Consulado de México en San Diego donde les aplican la vacuna y los regresan a Tijuana, sobre esta práctica de cooperación transfronteriza, la Dra. Machado hace énfasis en lo siguiente:

Entonces, por ejemplo, dentro de esos grupos sabes que a lo mejor va un familiar tuyo que va a recibir una vacuna, que ha sido gracias a todas estas relaciones que hemos tenido, que estás poniendo un granito de arena, a lo mejor algo que siempre digo en el trabajo, tras escenarios, a lo mejor no vean lo que uno realiza pero no saben que para recibir una donación, se tuvieron que hacer muchas llamadas, se tuvieron que trabajar muchos meses para poder llegar a ellos.

Por su parte, Justine Kozo precisó que la Oficina de Salud Fronteriza de San Diego, ha trabajado con el Consulado de México en San Diego, proveyendo de información sobre las muertes de mexicanos por covid-19.

#### 4.5.5. La gestión de campañas de vacunación

La colaboración entre las autoridades locales de salud de Tijuana, Baja California - San Diego, California fue más allá de mantener la comunicación habitual para informar sobre el número de ingresos y egresos hospitalarios por la enfermedad covid-19. En consonancia se sumaron otros actores que trabajaron de manera conjunta para vacunar a la población de Tijuana, en este caso a empleados del sector maquilador. La Dra. Machado relata que:

(se llevó a cabo) [...] la primera jornada de vacunación transfronteriza para el personal que trabaja para los empleados de las fábricas, aquí en Tijuana (...) esta solicitud la hizo el Cónsul de México en San Diego, la hizo a la Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de San Diego y a su Supervisora de Salud [...] el personal de Tijuana cruzaba a San Isidro a vacunarse.

La Dra. Machado agregó que en esta jornada de vacunación participó la Cámara Nacional de la Industria de Transformación de Tijuana a través de las empresas que forman parte de la Cámara pues sus empleados fueron los beneficiados por esta gestión, entre otras empresas de la industria maquiladora de la ciudad.

La campaña de vacunación contra la covid-19 en Tijuana se ha llevado a cabo en etapas, priorizando a los grupos de población más vulnerables y a los

trabajadores de la salud. El gobierno federal mexicano coordinó la distribución y administración de las vacunas, mientras que los gobiernos locales, incluyendo el gobierno de Tijuana, colaboró en la logística y la promoción de la campaña de vacunación.

El proceso de vacunación se llevó a cabo en centros de vacunación establecidos en todo el municipio, y se proporcionaron citas para evitar aglomeraciones y garantizar un flujo constante de personas que recibían la vacuna. Además, se establecieron medidas de seguridad sanitaria en los centros de vacunación, como el uso de mascarillas, la aplicación de gel antibacterial y el distanciamiento social.

La campaña de vacunación avanzó en etapas, cubriendo a los grupos de población más vulnerables primero, como los adultos mayores y las personas con enfermedades crónicas, y avanzó progresivamente hacia grupos de población más amplios a medida que más vacunas estuvieron disponibles. Se han utilizado diferentes tipos de vacunas, incluyendo la vacuna de Pfizer-BioNTech y la vacuna de AstraZeneca.

Por su parte, la vacunación transfronteriza en Tijuana - San Diego contra la covid-19 es un programa conjunto entre México y Estados Unidos para vacunar a los trabajadores esenciales que cruzan la frontera diariamente para trabajar. Esta iniciativa es quizá única en el mundo, ya que involucró a dos países y a dos estados diferentes dentro de Estados Unidos.

El programa de vacunación transfronteriza comenzó en marzo de 2021, y se centró en la vacunación de trabajadores esenciales que cruzan la frontera todos los días, como trabajadores de la salud, empleados de empresas de alimentos, camioneros y trabajadores del transporte público. El objetivo fue proteger a los trabajadores y a sus familias, y reducir la propagación del virus en ambas ciudades.

La vacunación se llevó a cabo en el estacionamiento del estadio Caliente en Tijuana y en el Centro de Convenciones de San Diego en Estados Unidos, donde se instaló un centro de vacunación. Los trabajadores que cumplían con los requisitos para recibir la vacuna se registraron en línea y recibieron una cita para la aplicación de la vacuna en el centro de vacunación correspondiente.

La vacunación transfronteriza fue posible gracias a la colaboración de diferentes agencias gubernamentales y organizaciones, incluyendo los gobiernos de México y Estados Unidos, la Oficina de Aduanas y Protección Fronteriza de los Estados Unidos, la Oficina de Aduanas y Protección Fronteriza de México, el Consulado General de los Estados Unidos en Tijuana y la Secretaría de Relaciones Exteriores de México.

El programa de vacunación transfronteriza es considerado un éxito hasta ahora, y ha permitido vacunar a miles de trabajadores esenciales que cruzan la frontera diariamente. Además, ha demostrado la importancia de la cooperación y la solidaridad transfronteriza en la lucha contra la pandemia de la covid-19.

#### 4.5.6. La existencia de una comunidad de prácticas y el intercambio cognitivo

El desastre social<sup>241</sup> de la pandemia develó su carácter disruptivo no solo por los daños biofísicos y materiales que ha provocado u otros latentes riesgos sociales<sup>242</sup>, sino también por la inestabilidad que ha ocasionado en la estructura y ordenes

---

<sup>241</sup> Perry, Ronald W (2018). *Defining disaster: An evolving concept*. Handbook of disaster research. En Donner et. al. Editores. Springer. 2da edición. Estados Unidos.

<sup>242</sup> En *Sociología del riesgo*, Niklas Luhmann señala el efecto contingente de la interrupción de la normalidad en los procesos sociales, esto se complementa en la conceptualización del desastre social. Luhmann acota la cuestión de elegir entre una alternativa de riesgo y seguridad, señala que para lograr una definición congruente de riesgo es necesario distinguir del peligro, en este sentido, lo que explica a lo largo de su obra, constituye en la práctica un aspecto nodal en las decisiones que norman las dinámicas emergentes para afrontar la situación extraordinaria de la pandemia.

sociales, ha modificado el tiempo y el comportamiento social, así como visibilizado las vulnerabilidades preexistentes de los sistemas sociales de cada sociedad en particular.

Al mismo tiempo, esta situación ha demostrado que la cooperación es una herramienta necesaria pues se ha erigió frente al problema como la mejor vía para afrontar la crisis sanitaria. Ante la magnitud global de los problemas sociales que evidenció la pandemia, se requirieron de soluciones globales cuyo fractal se reflejara en lo local.

Especialmente en la región fronteriza México – Estados Unidos, la pandemia puso de manifiesto una vez más, que la salud ahora más que en otros tiempos (no epidémicos, por supuesto) es tan importante y apremiante como la seguridad. Y precisamente pudimos constatar que en consecuencia actuaron ambos países.

En el marco de la emergencia sanitaria, los actores sociales gubernamentales y no gubernamentales así como otros actores de la sociedad civil, han realizado actividades extraordinarias adaptándose a las posibilidades presenciales y al potencial de los espacios virtuales. En este sentido, atestiguamos la organización de actividades orientadas a: la prevención, promoción y protección de la salud; en aspectos tan apremiantes como la salud mental, la educación a distancia, la rehabilitación pulmonar de pacientes de covid-19 e inclusive se llevó a cabo un foro dedicado a la colaboración transfronteriza en materia de salud<sup>243</sup>. Al mismo tiempo y en la misma modalidad virtual, se suscribió el seguimiento a otros padecimientos como: el cáncer infantil y de mama, trastornos alimenticios, salud

---

<sup>243</sup> Foro “Actores Locales en la colaboración transfronteriza en Salud en la frontera México Estados Unidos”, se llevó a cabo el 10 y 17 de noviembre vía *zoom*.

sexual entre otros. Estas actividades han sido lideradas por la Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos.

En el caso de Tijuana, Baja California – San Diego, California, tuvimos la oportunidad de observar y analizar que las condiciones preexistentes, en términos de las prácticas de cooperación transfronteriza permitieron que la colaboración conjunta de los actores sociales de esta región, lograran organizarse efectivamente. A continuación, los relatos de algunos ejemplos.

La Mtra. Kozo, explicó que la Oficina de Salud Fronteriza de San Diego, junto con autoridades sanitarias de Tijuana y otros actores, desarrollaron un Área binacional de covid-19, consistente en reuniones organizadas vía telefónica con la finalidad de compartir: datos, actualizaciones, predicciones, recursos y lineamientos para hacerle frente a la crisis sanitaria. Al finalizar las exposiciones, los participantes tienen la oportunidad de realizar preguntas y respuestas sobre los acuerdos alcanzados, entre otros aspectos.

Al inicio de la pandemia las llamadas eran semanales, después quinquenales y más recientemente mensuales. En esta comunicación cónclave, se reunían desde epidemiólogos hasta actores gubernamentales de ambas ciudades, la Mtra. Kozo, precisó:

[...] pero en su mayoría son *socios* gubernamentales los que están en esa llamada y es California - Baja California, por lo que hemos tenido estas llamadas regulares y hemos trabajado juntos en proyectos relacionados con la aplicación de vacunas covid y pruebas; brindando oportunidades de vacunas a nuestra población transfronteriza; oportunidades de prueba en sitios y ubicaciones cercanas a la frontera y de los consulados mexicanos y,

también haciendo estas *donaciones transfronterizas* de equipos de protección personal [...] hemos estado trabajando muy de cerca con el equipo.<sup>244</sup>

Para la Mtra. Kozo, señaló dos aspectos puntuales que se pudieron apreciar en estas circunstancias. Por un lado, un mayor acercamiento entre los actores para colaborar:

[...] tuvimos excelentes relaciones transfronterizas, pero siento que incluso nos acercó más a pesar de que no estamos en persona. Creo que estar en persona es tan importante para construir una relación que nos hemos visto obligados a este espacio virtual, pero estamos en comunicación constante, lo cual es realmente agradable, por lo que creo que la pandemia nos ha acercado en algún nivel y a los otros actores también.

Y por otro lado, los antecedentes de sus prácticas de cooperación establecieron un precedente para las actuaciones y comportamientos que en el presente les permitió construir de manera conjunta la manera de afrontar esta crisis:

También diría que durante la pandemia, creo que ha sido un testimonio realmente asombroso de la importancia de las relaciones binacionales. Teníamos estas relaciones antes de la pandemia, así que cuando llegó la pandemia, todos nos conocíamos, así que sabíamos con quién

---

<sup>244</sup> Esto que describe tiene correlato con la narrativa de la Dra. Machado, como ya lo pudimos constatar anteriormente.

comunicarnos: estamos en el teléfono de inmediato, ya sabes. Establecimos una estructura para que nos comuniquemos, para que colaboremos, para que trabajemos juntos, así que siento que [...] hemos tenido una respuesta binacional exitosa y eso realmente es evidencia de que hicimos todo bien antes, como toda esta colaboración y comunicación binacional en las reuniones que tenemos y conociéndonos, estaba todo preparado para algo tan serio como esto.

Desde luego que estas experiencias validan en cierta medida, la propia configuración de una comunidad de prácticas de cooperación transfronteriza en salud comunitaria, apuntando en esta declaración, un elemento clave para la afirmación de que las prácticas del pasado se extienden hacia el futuro y delinean la evolución de interacciones entorno a puntos focales hacia la constitución de una comunidad:

“[...] la confianza ya estaba allí y la fundación ya estaba allí, así que siento que ha sido un gran éxito para nosotros [...]”

Otro elemento que se suma a los atributos que debiera contener a una comunidad recordaremos que es el elemento cognitivo. Ello lo captamos de la experiencia con respecto a la gestión de las campañas de vacunación transfronteriza, al respecto la Mtra. Machado precisó:

“(Estados Unidos) [...] tiene todo un sistema diferente, entonces eso es muy padre aprender de otro país, de otro sistema: cómo lo realizan ellos, cómo

lo realiza (...) cómo lo realizamos nosotros. Y aprendes qué tomar de allá, qué lo puedes implementar acá. Digo, sin romper las reglas”.

El aprendizaje sobre la manera en la que se hacen las cosas corre en ambos sentidos, entre los actores de un país y otro, no es unidireccional y tampoco lo es para los actores de otras regiones fronterizas, como relata la Mtra. Machado:

Por ejemplo, vino Chihuahua a conocer qué estamos haciendo en esta jornada de vacunación transfronteriza y todos nos preguntaban: -pero ¿cómo pudieron hacerlo tan rápido? Y nuestra respuesta fue: -pues es que nos conocemos, tenemos una muy buena relación -. Y lo que te comento, si no conozco, toco esa puerta y nos abren y si no se nos abre, uno sabrá. [...] Y eso es lo que nos permite crecer y aquí en la frontera.

#### 4.5.7. Participación comunitaria del sector privado

De acuerdo con el Dr. José Luis Flores Díaz, SIMNSA rápidamente respondió ante la situación apoyando no solo a sus miembros derechohabientes, sino también a la comunidad en general de Tijuana. Señaló que durante el primer año de la pandemia, esta institución fue:

la primera en todo Baja California y, probablemente en todo México, en instalar dos centros de acopio y atención. Ni siquiera las entidades gubernamentales habían empezado con esto cuando se estableció un módulo de atención.

Con la instalación del módulo de atención, de marzo de 2020 a marzo de 2021:

[...] se otorgaron más de 35,000 consultas de covid-19 en SIMNSA. De esto derivaron 917 hospitalizaciones en ese mismo periodo. Esto con [...] resultados mucho muy satisfactorios ya que dentro de toda esa población que se enfermó y se atendió y se hospitalizó, únicamente tuvimos 38 defunciones, que era un porcentaje muy bajito, como el 3.4% por debajo, incluso de lo que es la media mundial por fallecimiento.

La participación del sector privado de la salud en Tijuana durante la pandemia por covid-19 fue importante y diversa, y desempeñó un papel fundamental en la respuesta a la pandemia. Algunas acciones tomadas por el sector privado de la salud en Tijuana durante la pandemia consistieron en:

**Aportación de equipo y suministros médicos:** Muchas empresas privadas en Tijuana donaron equipo y suministros médicos, como mascarillas, guantes, batas, y equipo de protección personal, para apoyar a los trabajadores de la salud y a los pacientes.

**Conversión de instalaciones para la atención de pacientes covid-19:** Varios hospitales privados en Tijuana convirtieron sus instalaciones para la atención exclusiva de pacientes con covid-19, lo que ayudó a aliviar la carga en los hospitales públicos y permitió a los pacientes recibir atención especializada.

**Oferta de servicios médicos en línea:** Algunas empresas privadas de salud en Tijuana ofrecieron servicios médicos en línea, lo que permitió a los pacientes recibir atención médica sin tener que salir de sus hogares.

**Capacitación de personal de la salud:** Algunas empresas privadas de salud en Tijuana ofrecieron capacitación y entrenamiento a los trabajadores de la salud en temas relacionados con la pandemia, como el uso de equipo de protección personal y la implementación de medidas de control de infecciones.

### Consideraciones finales

La perspectiva constructivista permite acercarnos al nivel de acción de los sujetos, algo que dentro de la disciplina de las Relaciones Internacionales es discutido pues no es un nivel de observación que concentre la atención de la mayoría de los estudios que se realizan. Esto de algún modo tiene relación con la metodología de la propia disciplina.

A nosotros nos favoreció porque de otro modo no hubiéramos podido dar cuenta de lo que los actores sociales hacen, cómo lo hacen y por qué. En este sentido, recordaremos que en el primer capítulo dónde discutimos la pertinencia teórica de adoptar una perspectiva constructivista para nuestro objeto de estudio, señalamos las ventajas y desventajas de suscribirnos a esta mirada teórica, al término del trabajo de campo alcanzamos cierta claridad al respecto.

Los actores subnacionales gubernamentales y no gubernamentales de la región fronteriza Tijuana, Baja California - San Diego, California, a través de sus interacciones sociales dotan de significado la acción social de cooperar, las iteraciones sucesivas la convierten en una práctica social cotidiana. Para que esta pueda surgir, se requiere de la performatividad de los actores sociales, de modo que en este proceso interviene el conocimiento de contexto de los actores y su capacidad de agencia. También en ello inciden factores como el contexto institucional y el contexto socioterritorial.

Los vínculos que sostienen tienen que ver con el sentido de comunidad de prácticas que ya discutimos, los actores sociales a través de sus interacciones

intersubjetivas llevan a cabo prácticas sociales que reproducen en forma de patrones sobre un aspecto concreto, desarrollan una mentalidad similar, comparten un gran repertorio de disposiciones, habilidades y técnicas que los llevan a establecer relaciones de compromisos mutuos que les mantienen unidos. Y no pueden responder a otra lógica que no sea la comunitaria porque en ello basan sus relaciones sociales.

Independientemente de la expresión diferenciada del federalismo en ambos países, se dio una expresión dinámica en la comunidad fronteriza para resolver problemas compartidos de salud.

El sistema político del federalismo permite que los estados o municipios funcionen como laboratorios sociales estableciendo relaciones entre los distintos actores tanto del gobierno como de la sociedad civil para dar solución a sus problemas locales. Vemos cómo en esta área fronteriza se crearon relaciones especiales entre actores sociales de Estados Unidos y de México para la salud comunitaria de la región. Y esto permitió que en la crisis de la pandemia tuvieran una respuesta más adecuada que en otras partes del país.

El contexto de la pandemia dio cuenta de la existencia de una comunidad de prácticas transfronterizas: los actores sociales cuentan con las habilidades cognitivas, la experiencia performativa para hacerle frente a los problemas de salud fronteriza de manera conjunta, con ello también evidencian la orientación de sus acciones comunitarias que de manera regular llevan a cabo pues la respuesta colectiva ante la enfermedad de covid-19 pone énfasis en ello.

Algunas otras reflexiones tienen que ver con la discusión teórica que en algún momento se señaló al inicio de este trabajo, ésta señalaba la falta de consolidación del constructivismo dentro de la disciplina, más aún la pertinencia del enfoque, al tomar como práctica internacional a la cooperación e integrar el

enfoque territorial para acotarla a la escala y niveles espaciales de la región fronteriza, dejando claro que se trata de la cooperación transfronteriza.

Si bien ya precisamos las evidencias de su utilidad, en ese mismo tenor recordaremos que sugerimos un paralelismo entre la cooperación en términos de la seguridad y la salud. Con base en los resultados que aquí exponemos, podemos aducir que bajo el mismo esquema analítico podríamos estudiar así otros temas de la relación bilateral México – Estados Unidos: educación, medio ambiente, infraestructura, justicia, derechos humanos, por citar algunos.

Esto nos recordará a cuando en nuestro capítulo 1, inquirimos lo siguiente: ¿la solución de los problemas fronterizos tiene que ver con el grado de conflicto o cooperación alrededor del problema o el problema en sí mismo? Como ya vimos, la respuesta está en el problema, sus características determinan la complejidad de su solución, el conflicto parece estar más relacionado con los intereses particulares de los Estados que con las posibilidades de hecho para actuar de manera conjunta.

En ese mismo sentido, también apuntamos que siendo la salud pública fronteriza un tema asociado a la seguridad de ambas naciones, de grandes riesgos, de vital importancia y de largo alcance, trayendo a cita la pregunta que lanzamos, señalamos: *¿por qué no resulta conflictivo para la relación binacional como con el amplio tema de la seguridad? ¿cuáles son los intereses y motivaciones que no entran en cuestión?*

Como ya dijimos, la reciente pandemia vino a reafirmar que en tanto se involucre la seguridad de los Estados, se ajustará su complejidad y tenor de respuesta. Sin embargo, mientras que las condiciones de salud estén lejos de un cuadro epidémico y mucho más pandémico, la atención por parte de los Estados se reduce y tanto su actuación como involucramiento son limitados.

Por supuesto que a partir del episodio reciente, esperaríamos que a partir de la visibilidad de esta comunidad de prácticas se logre fortalecer a la cooperación transfronteriza, intuimos que no ocurrirá en manos del poder del Estado y sus capacidades gubernativas sino que seguirá dependiendo de lo mismo que la ha venido sosteniendo a lo largo de todo este tiempo.

Y finalmente, ¿por qué sí se asume a la cooperación en salud como una virtud de las relaciones binacionales y transfronterizas aunque los resultados sean limitados? Tal percepción está relacionada con la perspectiva de análisis de la cooperación que reduce la existencia de esta como una prueba de que es exitosa, como hemos podido dar cuenta, esto no es así en términos generales, la discusión es más amplia.

Por ejemplo, podemos hablar de la virtud de las prácticas de cooperación transfronteriza en tanto que han dado lugar a una comunidad de prácticas, no obstante, esto no necesariamente significa que cuentan con todas las herramientas para alcanzar resultados efectivos, eficientes y eficaces.

Más bien podemos hablar en su lugar de que las prácticas son virtuosas en tanto que optimizan los recursos que tienen a su alcance para llevarlas a cabo, ante la imposibilidad, reorientan sus acciones.

Por otro lado, reconocemos que es sumamente interesante percibir la ideación incipiente de un modelo de análisis que precisa dialogar con otras perspectivas para enriquecer el bastidor teórico y conceptual que aquí construimos. Y agregar quizás, capas más finas que intervienen en las dinámicas entre los actores e inciden en sus resultados.

Y justamente pensando en los resultados de estos procesos sociales, idear en conjunto con otros enfoques analíticos, un marco de posibilidades para la

institucionalización de la comunidad de prácticas que en el concierto de la salud pública fronteriza tiene una larga experiencia.

Así también, con ello lograr que bajo tal esquema se profundice en un mapeo de interacciones que permitan ubicar los nodos donde las prácticas se bifurcan hacia límites que otros actores no familiarizados con el entorno, terminan entorpeciendo los alcances de esta comunidad de prácticas.

### Fuentes de consulta

Adler, E. (1998). *Seeds of peaceful change: the OSCE's security community-building model*. In *Security Communities*. Cambridge Studies in International Relations. Cambridge University Press.

Adler, E. (2005). *Communitarian international relations. The epistemic foundations of International Relations*. The new International Relations Series. Routledge.

Aguilar, L. F. (2006). *Gobernanza y gestión pública*. Sección de Obras de Administración Pública. México.

Aguilar F., L. & Barajas Escamilla, M. R. (2013). *Interdependencia, cooperación y gobernanza en regiones transfronterizas*. El Colef. México.

Aguilar, L. F. (2019). *El anacronismo del gobierno unilateral y su insuficiencia ante el entramado de las interdependencias de la sociedad actual*. En R. Millán (Coord), *Desempeño institucional y agentes políticos en México*. UNAM. México.

Alegría, T. (2000). *Juntos pero no revueltos: ciudades en la frontera México-Estados Unidos*. *Revista Mexicana de Sociología*, 62(2), 89-107.

Alfaro Guerra, P. G. (2010). *Panamericanismo y salud pública. Cooperación Estados Unidos - América Latina: El Centro de Higiene y Estación de Adiestramiento en Enfermedades Tropicales de Boca del Río, Veracruz* [Tesis de licenciatura, UNAM]. Recuperado de [http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/JYBIHQCDJ3F7FHDMK35R156PYXG9A363FHNH8AEXSKCHHI6CFC-60266?func=full-set-set&set\\_number=025221&set\\_entry=000003&format=999](http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/JYBIHQCDJ3F7FHDMK35R156PYXG9A363FHNH8AEXSKCHHI6CFC-60266?func=full-set-set&set_number=025221&set_entry=000003&format=999)

Álvarez-Castaño, L. (2014). *Los determinantes sociales y económicos de la salud. Asuntos teóricos y metodológicos implicados en el análisis*. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 13(27), 28-40. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dse>

Arenal, C. D. (1990). *Introducción a las relaciones internacionales*. Tecnos. Madrid.

Arellano Gault, D., et al. (2014). *¿Uno o varios tipos de gobernanza? Más allá de la gobernanza como moda: la prueba del tránsito organizacional*. *Cuadernos de Gobierno y Administración Pública*, 1(2), México.

Arellanes Jimenez, P. E. (2009). *El municipio mexicano y las relaciones internacionales*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México.

Arias-Valencia, S. (2017). Epidemiología, equidad en salud y justicia social. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(2). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n2a03>

Arroyo Pichardo, G. (1999). *Metodología de las Relaciones Internacionales*. Oxford University Press. México.

Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: A treatise in the sociology knowledge*. Penguin Books.

Burd-Sharps, S., & Lewis, K. (2015). *Un retrato de California. 2014-2015. Informe sobre el Desarrollo Humano de California. Measure of America del Consejo de Investigación de Ciencias Sociales. Estados Unidos. Recuperado de <https://measureofamerica.org/>*

Bustamante, J. (1979). El estudio de la zona fronteriza México – Estados Unidos. *Foro Internacional*, 19(3).

Britton, J., Fernandez, A., Santibanez, M., & Yoon, S. (2016). *Border Health Status Report to the Legislature. California Department of Public Health. Oficina de Salud Fronteriza Binacional. Estados Unidos.*

Cabrero Mendoza, E., & García, C. G. (2010). La agenda de políticas públicas en ciudades mexicanas durante el siglo XX: ¿cien años de soledad municipal? *Estudios Demográficos y Urbanos*, 25(1), 133-173. El Colegio de México, A.C. Distrito Federal, México. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31221540005>

Carmona-Meza, Z., & Parra-Padilla, D. (2015). *Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. Salud Uninorte. Colombia.*

Carrillo G, Uribe F, Lucio R, Ramirez Lopez A, Korc M. (2017). The United States–Mexico border environmental public health: the challenges of working with two systems. *Rev Panam Salud Publica*, 41, e98.

Cerutti, H., & Magallón, M. (2000). *Diccionario de filosofía latinoamericana. Universidad Autónoma del Estado de México. México.*

Cerqueira, M. T., Díaz, B. A., & Huerta Piedad. (2009). Determinantes sociales y promoción de la salud en la frontera México – Estados Unidos. En Hernández, M. y Rangel, G. (Coords.) *Condiciones de salud en la frontera norte de México.*

Secretaría de Salud; Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos; Instituto Nacional de Salud Pública; El Colegio de la Frontera Norte. México.

Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado. (2016). Boletín Demográfico del Estado de Baja California, 2016. Recuperado de <http://www.copladebc.gob.mx/publicaciones.html>

Comisión de Salud Fronteriza México - Estados Unidos. (2010). Frontera Saludable, 2010. Resumen Ejecutivo. CSFME. Recuperado de [https://saludfronterizamx.org/wp-content/uploads/2020/07/res\\_819.pdf](https://saludfronterizamx.org/wp-content/uploads/2020/07/res_819.pdf)

CNN. (2021, 24 de mayo). Inicia en Tijuana la vacunación transfronteriza contra el covid-19 para trabajadores esenciales de EEUU y mexicanos. <https://cnnespanol.cnn.com/2021/05/24/tijuana-san-diego-vacuna-covid-19-transfronteriza-eeuu-mexico/>

Crosthwaite, L. H. (2011). Misa fronteriza. En Instrucciones para cruzar la frontera. Tusquets. México.

Cruz, P., & Payan, T. (Eds.) (2020). Binational commons. Institutional development and governance on the U.S. – Mexico border. The University of Arizona Press. Estados Unidos.

De la Parra Rentería, C., et al. (2013). Gobernanza y gestión del desarrollo en la frontera México – Estados Unidos: La Conferencia de Gobernadores Fronterizos. En Aguilar F. L. y Barajas Escamilla, M. del R. (Coords.). Interdependencia, cooperación y gobernanza en regiones transfronterizas. El Colegio de la Frontera Norte. México.

Dogrul-Collins, Julie. (2006). Managing US-Mexico “border health”: An organizational field approach. *Social Science & Medicine*, 63, 3205.

Doyle, Michael W. (1983). Kant, Liberal legacies and Foreign Affairs. *Philosophy and Public Affairs*, 12(3), 205-235.

Durkheim, Émile. (2002). *El suicidio*. Akal Universitaria. Serie Sociología y antropología. 2da Edición. España.

Edwards Matthews, Charles et al. (2015). The California Border Health Collaborative: A strategy for leading the border to better health. *Frontiers in Public Health*, 3, 252. doi: 10.3389/fpubh.2015.00252. Recuperado de <http://www.saludfronterizamx.org/2017/es/repositorio/publicaciones-y->

estudios/estudios/colaboracion-entre-las-californias/detail (Fecha de consulta: agosto, 2019.)

El País. (2021, 13 de abril). Vacuna covid-19 en la frontera entre México y Estados Unidos: una iniciativa para acabar con las desigualdades. <https://elpais.com/internacional/2021-04-13/vacuna-covid-19-en-la-frontera-entre-mexico-y-estados-unidos-una-iniciativa-para-acabar-con-las-desigualdades.html>

Encuesta Intercensal. (2015). INEGI. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>

Encuesta Intercensal 2015. (2016). Panorama sociodemográfico de Baja California 2015. Instituto Nacional de Estadística y Geografía – México: INEGI.

Fidler, David P. (2001). The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9), 842–849. doi: 10.1590/S0042-96862001000900009.

Fierros Hernández, Arturo. (2016). Los inicios de la salud pública en Baja California, México, y California, Estados Unidos, siglos XIX y XX. *Región y sociedad*, 28(67), 315-356. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-39252016000300315](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252016000300315) (Fecha de consulta: julio 2019.)

Frenk Mora, Julio. (1992). El concepto y la medición de la accesibilidad. En White, Kerr L. (Ed.) *Investigaciones sobre servicios de salud*. Publicación Científica No. 534. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.

Garza Almanza, Victoriano. (2008). Modelo de integración transfronteriza en salud y ambiente. *CULCyT. Gestión Ambiental*, Septiembre-Octubre. Recuperado de <http://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/376>

Giddens, Anthony. (1984). *The Constitution of Society*. Polity Press: Inglaterra.

González de Haro, Ma. Dolores. (2006). *La salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas. Un marco de referencia para los cuidados de enfermería*. Universidad de Huelva: España.

González-Chavarría, Alexander. (2014). Análisis institucional multiagente: el problema de estructuración y agencia en la explicación de la emergencia de estructuras de gobernanza. *Revista de Estudios Sociales*, 49(Mayo-Agosto), 190-204.

- Gostin, L. O. (2002). *Public Health Law and Ethics*. Milbank Memorial Fund.
- Held, David y McGrew, Anthony. (2002). *Governing Globalization. Power, Authority and Global Governance*. Polity Press: Reino Unido.
- Hernández, Mauricio y Rangel Gudelia (Coord.) (2009). *Condiciones de salud en la frontera norte de México*. Secretaría de Salud; Comisión de Salud Fronteriza México – Estados Unidos; Instituto Nacional de Salud Pública; El Colegio de la Frontera Norte: México.
- Hernández, Antonio María. (2019). *Estudios de federalismo comparado. Argentina, Estados Unidos, México*. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Serie Doctrina Jurídica, núm. 856. UNAM.
- INEGI. (2015). *Encuesta Intercensal 2015*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
- INEGI. (2016). *Encuesta Intercensal 2015. Panorama sociodemográfico de Baja California 2015*. México: INEGI. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/pdfs/bc.pdf>
- Jiménez González, Claudia. (2003). *Las teorías de la cooperación internacional dentro de las relaciones internacionales*. En *POLIS: Investigación y análisis sociopolítico y psicosocial*, 2(3), Universidad Autónoma Metropolitana: México.
- Jiménez López, Fredy y Morales Barragán, Federico. (2018). *Fundamentos del enfoque territorial: actores, dimensiones, escalas espaciales y sus niveles*. UNAM. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. Colección Alternativas: México.
- Kaufman, J. S., & Mezones-Holguín, E. (2013). *Una epidemiología social para América Latina: una necesidad más allá de la reflexión sobre las inequidades en salud*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(4), 543-546. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000400001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000400001&lng=es&tlng=es)
- Keohane, R. O. (1993). *Instituciones internacionales y poder estatal: ensayos sobre teoría de las relaciones internacionales*. Grupo Editor Latinoamericano. Argentina.
- Keohane, R. O., & Ostrom, E. (Eds.). (1995). *Local commons and global interdependence. Heterogeneity and cooperation in two domains*. SAGE publications. Reino Unido.

Keohane, R. O. (2009). Una reconsideración del liberalismo internacional. En Borja, A. (Compilador). Interdependencia, cooperación y globalismo. Ensayos escogidos de Robert Keohane. Colección de Estudios Internacionales, Centro de Investigación y Docencia Económicas. México.

Krieger, N. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668-677.

Krieger, N. (2002). Introducción a la epidemiología social. *Boletín epidemiológico*, 23(1), Organización Panamericana de Salud. [https://www.paho.org/Spanish/sha/be\\_v23n1-episocial.htm](https://www.paho.org/Spanish/sha/be_v23n1-episocial.htm)

Krieger, N. (2004). *Embodying inequality: Epidemiologic perspectives*. Baywood Publishing Company. Estados Unidos.

Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the People's Health: Theory and Context*. Oxford University Press. pp. 163-201.

Lara-Valencia, F. (2014). Calidad de vida en la región fronteriza México - Estados Unidos: estado actual y tendencias emergentes. En Lee, E. & Wilson, C. E. (Eds.), *Informe del estado de la frontera. Un análisis integral de la frontera México - Estados Unidos*. UNAM. México.

La Jornada. (2021, 24 de mayo). Vacunación transfronteriza contra covid-19 inicia en Tijuana. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/05/24/sociedad/vacunacion-transfronteriza-contra-covid-19-inicia-en-tijuana/>

Law, J. (2013). How can we define Federalism? In *Perspective of Federalism*, 5(3). Retrieved from [http://www.on-federalism.eu/attachments/169\\_download.pdf](http://www.on-federalism.eu/attachments/169_download.pdf)

Lee, E. & Wilson, C. E. (Eds.). (2014). *Informe del estado de la frontera. Un análisis integral de la frontera México - Estados Unidos*. UNAM. México.

Lezana F., M. A., & Sepúlveda Amor, J. (1990). La investigación epidemiológica. In Alarcón, D., De la Fuente, J. R., & Martuscelli, J. (Eds.), *La investigación en salud. Balance y transición*. Biblioteca de salud. Secretaría de Salud. Fondo de Cultura Económica. México.

Luhmann, N. (1992). *Sociología del riesgo*. Universidad Iberoamericana. México.

Márquez-Padilla, P.C. & Castro Rea, J. (2000). *El Nuevo Federalismo en América del Norte*. CISAN-UNAM.

- Márquez-Padilla, P.C. (2014). El Federalismo. En Justicia Internacional. Ideas y reflexiones. CISAN-UNAM.
- Márquez-Padilla, P.C. (2017). El federalismo como peso y contrapeso en Estados Unidos. Internacionales. Revista en Ciencias Sociales del Pacífico Mexicano, 3(6), 43-54.
- Mayer, M. (2008). To what End do we Theorize Sociospatial Relations? Environment and Planning D: Society and Space, 26(3), 414-419.
- Menéndez, E. (1983). Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. Casa Chata- CIESAS, México.
- Menéndez, E. (2001). Entender y Atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. CIESAS INI INAH-CONACULTA México.
- Menéndez, E. (2004). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En Spinelli H, compilador. Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Menéndez, E. (2008). Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. Región y Sociedad. Vol. XX. Núm Especial 2.
- Menéndez, E. (2010). La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Prohistoria ediciones. Argentina.
- Morales Barragán, F., Oliva, A., & Valdiviezo, G. (2009). Cooperación transfronteriza. Consideraciones para su estudio. En VI Congreso de la Red de Investigadores en Gobiernos Locales Mexicanos, A.C. (IGLOM), IGLOM, Programa Universitario de Estudios sobre la Ciudad-UNAM, Facultad de Estudios Internacionales y Políticas Públicas de la Universidad Autónoma de Sinaloa, Mazatlán, Sinaloa, septiembre.
- Morales Barragán, F. (2015). Cooperación transfronteriza: una metodología para su estudio. En Soto Acosta, Wily. (Editor) Ciencias Sociales y Relaciones Internacionales: nuevas perspectivas desde América Latina. Escuela de Relaciones Internacionales. Universidad Nacional, Heredia. CLACSO. Argentina.
- Morales, F., & Ruíz, C. (2015). Tensiones entre los enfoques sectorial y territorial en el diseño de políticas. 20° Encuentro Nacional Sobre Desarrollo Regional en México. AMECIDER, Cuernavaca, Morelos, noviembre.

Morales Barragán, F. (2017). Cohesión territorial: un marco de referencia para el estudio de las fronteras. En W. Soto Acosta (Ed.), *Repensar las fronteras, la integración regional y el territorio* (pp. xx-xx). Heredia, Costa Rica: CLACSO, IDESPO, Universidad Nacional de Costa Rica.

de Moura Pontes, A. L. (2012). Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina. *Trabalho, Educação e Saúde*, 10(2), 335-345. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462012000200009>

Onuf, N. (1989). *World of our Making: Rules and Rule in Social Theory and International Relations*. University of South Carolina Press.

Organización Mundial de la Salud. (2008). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. ¿Qué es, por qué y cómo? [Sitio web]. Archivo recuperado de [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/about\\_csdh/es/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/) en octubre de 2019.

Organización Mundial de la Salud. (2008). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe Final. [Sitio web]. Archivo recuperado de [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/) en octubre de 2019.

Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Frontera México - Estados Unidos. Diagnóstico sobre servicios de salud. Vol. I. México. OPS.*

Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Frontera México - Estados Unidos. Diagnóstico sobre servicios de salud. Vol. II. Estados Unidos. OPS.*

Padilla, H.A. (2004). Consideraciones sobre política y gobernabilidad fronteriza. En Payán, L.A. & Tabuena C.S. (Eds.), *Gobernabilidad o ingobernabilidad en la región Paso del Norte. Colección Paso del Norte. El Colef. México.*

Paasi, A. (2009). Bounded Spaces in a 'Borderless World': Border Studies, Power and Anatomy of Territory. *Journal of Power*, 2(2), 213-234.

Perry, R.W. (2018). Defining disaster: An evolving concept. In *Handbook of Disaster Research* (pp. 3-21). Donner, W. & Rodríguez, H. (Eds.). Springer.

Rangel Gómez, G. (2009). Indicadores de salud en la frontera norte de México. En Hernández, M. & Rangel G. (Coords.), *Condiciones de salud en la frontera norte de México* (pp. 163-204). Secretaría de Salud; Comisión de Salud Fronteriza

México – Estados Unidos; Instituto Nacional de Salud Pública; El Colegio de la Frontera Norte. México.

Requena, C. (2014). *Gobernanza. Reto en la relación Estado – Sociedad*. Biblioteca Gobernanza. Colección Acción Empresarial de LID Editorial Mexicana. México.

Repositorio Institucional de la Organización Panamericana de Salud. (s.f.). Estatutos de la Asociación Fronteriza Mexicano Estadounidense de Salud. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4260/BYLAWS-ESTATUTOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Repositorio de documentación de la LXII, LXIII y la LXIV Legislatura del Senado de la República de México. (2017). Dictamen al Punto de Acuerdo por el que se exhorta a la Secretaría de Relaciones Exteriores y a los gobernadores de los estados fronterizos a realizar gestiones necesarias para reactivar la Conferencia de Gobernadores Fronterizos México - Estados Unidos de América. Recuperado de [https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/3/2017-10-171/assets/documentos/Dic\\_REAN\\_Conferencia\\_Gobernadores\\_Fronterizos.pdf](https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/3/2017-10-171/assets/documentos/Dic_REAN_Conferencia_Gobernadores_Fronterizos.pdf)

Sacchi, M., Hausberger, M., & Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3(3), 271-283. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73130305S>

Salgado de Snyder, V. N. (2009). Salud frontera: Hacia una definición. En G. Rangel & M. Hernández (Coords.), *Condiciones de salud en la frontera norte de México* (pp. 9-14). Secretaría de Salud, Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, Instituto Nacional de Salud Pública, El Colegio de la Frontera Norte.

Salomón, M. (2002). La teoría de las Relaciones Internacionales en los albores del siglo XXI: diálogo, disidencia, aproximaciones. *Revista Electrónica de Estudios Internacionales*, 4, 1-19.

Salud Pública de México. (s.f.). Resoluciones de la Asociación Fronteriza Mexicano Estadounidense de Salud. *Salud Pública de México*. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/viewFile/4119/4001>

SANDAG. (2016). Demographics in the San Diego Region. SANDAG Info. [https://www.sandag.org/uploads/publicationid/publicationid\\_2001\\_20213.pdf](https://www.sandag.org/uploads/publicationid/publicationid_2001_20213.pdf)

Sánchez Rodríguez, R. (2014). Reflexiones sobre la frontera. Una búsqueda de esquemas de investigación alternativos. *Frontera Norte*, 26(Sp. Iss. 3), 69-92.

Santa Cruz, A. (2009). El constructivismo y las relaciones internacionales. Colección Estudios Internacionales. Centro de Investigaciones y Docencias Económicas.

Schutz, A. (1974). El problema de la realidad social. Amorrortu.

Schutz, A. (1976). Estudios sobre teoría social. Amorrortu.

Secretaría de Relaciones Exteriores. (2021, junio). Gobierno de México presenta estrategia de vacunación en la frontera norte para acelerar reapertura de actividades. <https://www.gob.mx/sre/articulos/gobierno-de-mexico-presenta-estrategia-de-vacunacion-en-la-frontera-norte-para-acelerar-reapertura-de-actividades-273847?idiom=es>

Senado Dumoy, J. (1999). Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 456. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000400019&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400019&lng=es&tlng=es).

Tapia Ladino, M. (2017). Las fronteras, la movilidad y lo transfronterizo: reflexiones para un debate. *Estudios Fronterizos*, 18(37), septiembre-diciembre.

Taylor, Lawrence Douglas. (1996). El desarrollo del concepto de frontera. En Ceballos Ramírez, Manuel. (Coordinador). *De historia e historiografía de la Frontera Norte*. Universidad Autónoma de Tamaulipas - Instituto de Investigaciones Históricas / El Colef.

The Henry J. Kaiser Family Foundation. (2015). The California Health Care Landscape. Fact sheet. Recuperado de <https://www.kff.org/health-reform/fact-sheet/the-california-health-care-landscape/>

The New York Times. (2021, 14 de abril). The U.S.-Mexico Border: A COVID Vaccine Trial Site. <https://www.nytimes.com/2021/04/14/world/americas/mexico-us-border-vaccine.html>

The San Diego Union-Tribune. (2021, 14 de abril). COVID-19 vaccine for border crossers at San Diego-Tijuana crossing could start next month. <https://www.sandiegouniontribune.com/news/border-baja-california/story/2021-04-14/covid-19-vaccine-for-border-crossers-at-san-diego-tijuana-crossing-could-start-next-month>

Univision. (2021, 24 de mayo). Vacunas contra COVID-19 transfronterizas inician en Tijuana. <https://www.univision.com/local/san-diego-kdtv/vacunas-contra-covid-19-transfronterizas-inician-en-tijuana-video>

Universidad Autónoma Metropolitana. (2010). Observatorio de Salud Pública en México. UAM. México.

Varela Álvarez, E. J. (2013). El ADN de la cooperación transfronteriza. La cooperación informal en la euroregión Galicia-Norte de Portugal. En Aguilar F. L. y Barajas Escamilla, M. R. (Coords.), *Interdependencia, cooperación y gobernanza en regiones transfronterizas*. El Colef. México.

Villanueva Ulfgard, R. (2019). *Cooperación internacional en las relaciones internacionales. Teorías, debates y perspectivas*. Colección Universitarios. Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora. México.

Vitelli, M. (2014). Veinte años de constructivismo en relaciones internacionales. Del debate metateórico al desarrollo de investigaciones empíricas, una perspectiva sin un marco de política exterior. *PostData*, 19(1), abril-septiembre.

Weber, M. (1958). *Ensayos de metodología sociológica*. Amorrortu Editores. Argentina.

Wendt, A. (1992). Anarchy is What States Make of It: The Social Construction of Power Politics. *International Organization*, 46(2).

Wendt, A. (1999). On Constitution and Causation in International Relations. En W. Carlsnaes, T. Risse, & B. A. Simmons (Eds.), *Handbook of International Relations* (pp. 433-454). Sage Publications. Estados Unidos.

Wendt, A. (2009). La anarquía es lo que los Estados hacen de ella: La construcción social de la política del poder. En A. Santa Cruz (Ed.), *El constructivismo y las relaciones internacionales*. Colección Estudios Internacionales. Centro de Investigaciones y Docencias Económicas. México.

Yépez, H. (2012). Lo Post-transfronterizo. Recuperado de <https://literalmagazine.com/lo-post-transfronterizo/>

Zehfuss, M. (2002). *Constructivism in International Relations: The Politics of Reality*. Cambridge University Press. Inglaterra.

**Entrevistas**

Entrevista al Mtro. José Luis Flores, Director Médico de SIMNSA. Vía remota, zoom Tijuana, Ciudad de México. 19 de noviembre de 2021.

Entrevista al Mtro. Jorge Bedoya, Consultor Privado. Vía remota, zoom Tijuana, Ciudad de México, 22 de noviembre de 2021.

Entrevista al Dr. Tim Andrews Director de operaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Vía remota, zoom Tijuana, Ciudad de México, 24 de noviembre de 2021.

Entrevista a la Dra. Melissa Machado, Coordinadora de la Coordinación de Enlace Binacional de la Jurisdicción Sanitaria Tijuana, Tecate, Rosarito. Vía remota, zoom Tijuana, Ciudad de México, 25 de noviembre de 2021.

Entrevista a la Mtra. Justine Kozo, Jefa de la Oficina de Salud Fronteriza del Condado de San Diego, Vía remota, zoom Tijuana, Ciudad de México, 07 de enero de 2022.

Entrevista a la Dra. Investigadora y académica del Colegio de la Frontera Norte. Vía remota, zoom Tijuana, Ciudad de México, 21 de febrero de 2022.

## ANEXOS

## Anexo 1. Declaratorias Conjuntas de la Conferencia de Gobernadores Fronterizos México – Estados Unidos, 2000 – 2012.

| <b>Edición</b> | <b>Lugar</b>                 | <b>Fecha</b>           | <b>Declaratoria Conjunta</b> | <b>Acuerdos en salud</b>   |
|----------------|------------------------------|------------------------|------------------------------|--|
| XVIII          | Sacramento, California, E.U. | 1-2 de junio de 2000   | Encontrada                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>En esta declaratoria no se dedicó un apartado específico para el tema de salud, sin embargo, se ve reflejado en áreas como agricultura y medio ambiente.</li> </ul>   |
| XIX            | Tampico, Tamaulipas, México  | 7-8 de junio de 2001   | Encontrada                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer un sistema binacional fronterizo de información en salud en los diez estados de la región a través de la integración de un "Grupo Técnico Binacional de Información en Salud," para prevenir y atender eficientemente las contingencias epidemiológicas.</li> <li>Establecer indicadores comunes de salud para el desarrollo de planes estratégicos fronterizos conjuntos del sector.</li> <li>Establecer una comisión de académicos representativa de cada estado fronterizo que estudien el problema de las drogas con un enfoque de salud social y formulen recomendaciones a las autoridades de ambos países responsables del tema.</li> </ul> |
| XXI            | Chihuahua, Chihuahua, México | 7-8 de agosto de 2003  | Encontrada                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitar que la Secretaria de Salud de México y el U.S. Department of Health and Human Services (específicamente el Center for Disease Control and Prevention y el Health Resources and Services Administration) dispongan de recursos para asegurar la coordinación de un plan estratégico y efectivo del sector de salud pública contra el terrorismo, por las diez secretarías estatales de salud en ambos lados de la frontera.</li> </ul>   |
| XXII           | Santa Fe, Nuevo              | 9-10 de agosto de 2004 | Encontrada                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitar a los gobiernos federales de Estados Unidos y México que apoyen y promuevan la coordinación vertical entre los Estados y Municipios para que estén preparados ante</li> </ul>   |

|       |                           |                        |            |   |
|-------|---------------------------|------------------------|------------|---|
|       | México, E. U.             |                        |            | emergencias de Salud Pública, lo cual fomentará y asegurará una mejor implementación de las estrategias y acciones verticales de prevención en salud. También se requiere el apoyo del gobierno federal para la realización de simulacros binacionales entre ciudades hermanas de las regiones fronterizas y para la implementación efectiva de las estrategias binacionales de prevención en Salud Pública a lo largo de la frontera México-Estados Unidos.  |
| XX    | Phoenix, Arizona, E. U.   | 21-22 de junio de 2002 | Encontrada | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otorgar apoyo continuo que permita concluir la implementación del Sistema Binacional Fronterizo de Información en salud, en los 10 estados fronterizos.</li> <li>• Ratificar a la Comisión sobre Abuso de Drogas como el instrumento técnico para la investigación y análisis, de la mesa de salud de la conferencia.</li> <li>• Solicitar recursos adicionales a los gobiernos federales y organizaciones no gubernamentales para investigación, prevención y tratamiento de las adicciones en la frontera.</li> <li>• Promover el desarrollo de un modelo público-privado de prevención del abuso de drogas a lo largo de la frontera México-Estados Unidos que asegure un compromiso de colaboración a los programas y estrategias que han demostrado ser efectivos.</li> </ul> |
| XXIII | Torreón, Coahuila, México | 14-15 de julio de 2005 | Encontrada | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar al gobierno federal de los Estados Unidos que: (1) continúe proporcionando fondos dedicados a la región fronteriza México-Estados Unidos para actividades de preparación y respuesta a emergencias de salud pública, (2) permita flexibilidad en la utilización de los fondos para que respondan a las necesidades basadas en riesgo y habilidad de utilizar los fondos por varios años; y (3) solicite la colaboración binacional de estado a estado en el desarrollo e implementación de los planes de trabajo anuales en conjunto para</li> </ul>   |

|      |                     |                         |            |   |
|------|---------------------|-------------------------|------------|---|
|      |                     |                         |            | <p>la preparación y respuesta a emergencias de salud pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar al Congreso de los Estados Unidos la aprobación de las leyes necesarias que permitan el envío transfronterizo de la Reserva Estratégica Nacional de Insumos para la Salud de los Estados Unidos para ampliar y complementar la reserva mexicana.</li> </ul>  |
| XXIV | Austin, Texas, E.U. | 23-25 de agosto de 2006 | Encontrada | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliar los cuatro Grupos Técnicos existentes de la Mesa de Salud para incluir la planeación para combatir la pandemia de influenza. De igual forma, coordinar con los funcionarios federales para desarrollar asistencia mutua y protocolos de cooperación para prevenir, proteger y responder a amenazas en ambos lados de la frontera.</li> <li>• Solicitar a la Secretaría de Salud de México y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos que incluyan a los estados de la frontera en la planificación binacional de preparación contra la pandemia de influenza, en coordinación con la Alianza para la Seguridad y Prosperidad de América del Norte (ASPAN); proporcionen fondos para la región fronteriza México-Estados Unidos destinados a preparar y dar respuesta a las emergencias de salud pública; den flexibilidad para utilizar esos fondos de acuerdo a las necesidades identificadas basadas en el nivel de riesgo y en la posibilidad de utilizar los fondos por varios años; soliciten la colaboración binacional de estado a estado para desarrollar e implementar planes anuales de trabajo conjuntos para preparar y dar respuesta a emergencias de salud pública; y continúen impulsando acciones en las áreas de educación para la salud, estilos de vida saludables y prevención de enfermedades a través de la participación en la Semana Binacional de Salud.</li> </ul> |

|      |                                |                             |            |   |
|------|--------------------------------|-----------------------------|------------|---|
| XXV  | Puerto Peñasco, Sonora, México | 27-28 de septiembre de 2007 | Encontrada | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprobar e implementar la Guía para la Coordinación México-Estados Unidos en Eventos Epidemiológicos de Interés Mutuo.</li> <li>• Atender el problema binacional del incremento de casos de tuberculosis</li> <li>• Apoyar y fortalecer la iniciativa para la creación de la Unidad de Inteligencia.</li> <li>• Epidemiológica y Emergencias en Salud Pública como un centro de monitoreo de riesgos y daños a la salud pública para la alerta temprana Binacional.</li> <li>• Apoyar y fortalecer el desarrollo e implementación de la iniciativa de usar la tecnología de Tele Salud (Tele-Medicina).</li> <li>• Incrementar la seguridad de medicamentos con receta disponibles a los consumidores a lo largo de la frontera Estados Unidos México.</li> </ul>   |
| XXVI | Hollywood, California, E.U.    | 13-15 de agosto de 2008     | Encontrada | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar una guía para una respuesta coordinada y eficiente ante emergencias de salud pública, incluyendo la influenza pandémica.</li> <li>• Abordar el problema de salud pública binacional relacionado al aumento del número de casos de tuberculosis a lo largo de la frontera, incluyendo a la tuberculosis resistente a los fármacos.</li> <li>• Apoyar y fortalecer la iniciativa de crear un centro para monitorear los riesgos y daños a la salud pública para dar alertas binacionales de salud.</li> <li>• Apoyar el desarrollo de la telemedicina como herramienta para estandarizar la capacidad de los servicios de salud.</li> <li>• Aumentar la seguridad de los medicamentos que requieren receta médica y que están disponibles a los consumidores a lo largo de la frontera.</li> </ul> |

|       |                               |                           |            |  |
|-------|-------------------------------|---------------------------|------------|--|
| XXVII | Monterrey, Nuevo León, México | 2-4 de septiembre de 2009 | Encontrada | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para asegurar una mejor alienación de prioridades con la Comisión de Salud Fronteriza México - Estados Unidos (CSFME), se solicita que la CSFME:</li> <li>• Planee y realice anualmente una Conferencia Binacional México - Estados Unidos sobre enfermedades infecciosas que reúna a las instancias locales, estatales y federales.</li> <li>• Desarrollo un Plan de Acción Global anualmente para la Prevención de la Obesidad Infantil a lo largo de la frontera México y Estados Unidos, en coordinación con el Instituto de Medicina (IOM) y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).</li> <li>• Presentar anualmente a la Mesa de Salud de la Conferencia de los Gobernadores Fronterizos un informe del presupuesto autorizado y su ejercicio, en el que se detalle la utilización del total de los fondos federales destinados a la frontera para las diferentes actividades.</li> <li>• Se solicita a la Secretaría de Salud de México y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos colaborar con las autoridades estatales y locales de salud para establecer una red binacional de vigilancia de la influenza con cobertura de toda la región fronteriza México - Estados Unidos.</li> <li>• Los sitios centinela deben ser establecidos, al menos en cada subregión correspondiente a los estados hermanos y los resultados de vigilancia reportados semanalmente y compartidos entre todos los socios de la red.</li> <li>• Esta iniciativa debe ser apoyada financieramente por los proyectos de Vigilancia Temprana de Enfermedades Infecciosas Fronterizas (EWIDS) y Vigilancia de Enfermedades Infecciosas Fronterizas (BIDS)</li> </ul> |
|-------|-------------------------------|---------------------------|------------|--|

|        |                                   |                             |               |   |
|--------|-----------------------------------|-----------------------------|---------------|---|
|        |                                   |                             |               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Continuar apoyando y fortaleciendo la iniciativa para la creación de una Unidad de Inteligencia Epidemiológica y Emergencias en Salud Pública para el monitoreo de riesgos y daños a la salud pública para la alerta temprana binacional.</li> <li>Continuar apoyando y fortaleciendo el desarrollo e implementación de la Iniciativa para usar la Tele-Medicina como un medio de gran potencial para elevar las capacidades de la región en atención a la salud.</li> </ul> |
| XXVIII | Santa Fe, Nuevo México, E. U.     | 20 de septiembre de 2010    | No encontrada | Sin información   |
| XXIX   | Ensenada, Baja California, México | 28-29 de septiembre de 2011 | No encontrada | Sin información   |
| XXX    | Albuquerque, Nuevo México, E.U.   | 3-5 de octubre de 2012      | No encontrada | Sin información   |

\*Elaboración propia con base en las declaratoria encontradas en el sitio web del Departamento de estado de Texas: <https://www.sos.state.tx.us/border/bmaconf.shtml>

## Anexo 2. Carta solicitud para pago de honorarios.

7



SECRETARIA DE ESTADO Y DEL DESPACHO DE GOBERNACION.

13011

MINUTA.

LIBRAMIENTO NUM. 1752  
PARTIDA 4036

Interesado Pagador de la Jefatura Política del Distrito Norte de la Baja California.

**AD CIH UNAM-UABC**  
Periodo Revolucionario  
caja:12 exp.89 foja 5

Por acuerdo del Presidente de la República, he de merceder a Ud. se sirva librar sus órdenes a la Tesorería de la Federación, para que con cargo a la partida 4036 del Presupuesto de Egresos vigente se pague al Pagador de la Jefatura Política del Distrito Norte del Territorio de la Baja California en Ensenada la cantidad de \$135.00 CIENTO TREINTA Y CINCO PESOS para cubrir al Dr. J. M. Quintero el importe de asistencia médica a varios lesionados correspondientes al Juzgado de Primera Instancia de Mexicali, conforme a la relación adjunta.

1913.25

México, 25 de marzo de 1913.  
Alb. García Granados.

Al Secretario de Hacienda y Crédito Público.

### Anexo 3.

#### Solicitud de apoyo para proyecto de investigación doctoral.

A quien corresponda

Buen día,

Mi nombre es Grecia Carolina Gallardo Torres, el Dr. Rogelio Zapata-Garibay en apoyo a mis actividades de investigación académica amablemente me compartió sus datos para establecer contacto con Usted esperando me pueda ayudar. Antes de entrar con los detalles de esta solicitud, me gustaría presentarme y enseguida hablarle sobre el motivo de esta comunicación.

Soy originaria de Tijuana, mis estudios de maestría me trajeron a la Ciudad de México donde recientemente acredité la candidatura al grado de Doctora en Ciencias Políticas y Sociales con orientación en Relaciones Internacionales por la Universidad Nacional Autónoma de México, actualmente curso el 7mo semestre del doctorado. En estos momentos me encuentro en las últimas etapas de mi investigación doctoral cuyo proyecto de tesis se intitula: “La cooperación transfronteriza y el desarrollo de una gobernanza en materia de salud pública fronteriza: un análisis del acceso a los servicios de salud en Tijuana, Baja California – San Diego, California (2000 – 2016).”

El motivo de mi mensaje es para solicitar su apoyo para realizarle una entrevista con fines académicos. El interés reside en conocer la labor de la organización. De manera específica abordaría los siguientes 3 ejes: sobre la labor de la organización, sobre las acciones de salud que llevan a cabo, sobre la participación y experiencia de sus miembros en las actividades de la organización.

Respecto a los pormenores de la entrevista esta sería de manera virtual ya sea por Zoom, Google Meet, Blue Jeans o cualquier otra plataforma que a usted le convenga mejor. Su duración sería de máximo 45 minutos, en cuanto a la programación de la entrevista quedaría a su disposición, es decir en el horario y fecha que le sea posible acordar de acuerdo con su agenda.

Su información y colaboración es muy valiosa para el desarrollo de mi investigación por lo que apreciaría muchísimo que considerara esta solicitud para enriquecer mi trabajo.

Finalmente le comparto mis datos de contacto telefónico: