



LA SALUD Y LA REGIÓN FRONTERIZA

Análisis dirigido a informar a donantes, formuladores de políticas públicas y grupos de interés sobre las disparidades y necesidades en materia de salud de las personas que viven y trabajan en las comunidades fronterizas.

Escrito por:
Paul Ganster, Ph.D.



US • MEXICO
BORDER PHILANTHROPY PARTNERSHIP
ALIANZA FRONTERIZA DE FILANTROPIA
MÉXICO • EEUU



*Alianza Fronteriza de Filantropía
México-EE.UU. es la organización
binacional líder enfocada en
construir prosperidad a lo largo
de la región fronteriza de Estados
Unidos y México a través del
liderazgo, la colaboración y la
filantropía.*

CONTENIDO

05	Introducción
06	La población y los flujos migratorios
07	Preocupaciones sobre la salud
09	Los sistemas de salud
11	Coordinación de las acciones a través de la frontera
12	La pandemia de COVID-19 de 2020
13	El uso de los servicios de salud
13	Turismo médico
14	Notas finales
15	Agradecimientos



SECCIÓN UNO

INTRODUCCIÓN

Creemos que los desafíos y oportunidades que existen a lo largo de la región fronteriza requieren de participación cívica informada, fuertes liderazgos así como una amplia comprensión y colaboración transfronteriza.

Durante generaciones, la región fronteriza entre México y Estados Unidos se ha transformado de un área geográfica poco poblada a una zona innovadora y dinámica con una economía y una población en auge. Hoy en día, un número sustancial de residentes en ambos lados de la frontera interactúan diariamente, lo cual resulta en una sociedad y un territorio geográfico muy diferente al resto de Estados Unidos y México.

Sin embargo, la frontera también es el contraste entre una nación próspera y altamente desarrollada con un país en desarrollo, donde los problemas son bien conocidos y persistentes. Las investigaciones indican que si la región fronteriza entre los 10 estados (mexicanos y estadounidenses) fuera el estado número 51 de Estados Unidos, esa zona se ubicaría en el último lugar o cerca de él en casi todos los indicadores relacionados con prosperidad, salud pública, oportunidades educativas y calidad de vida. Además, los estereotipos negativos sobre la región fronteriza se extienden en todo el territorio de Estados Unidos y México, frustrando posibles soluciones a muchos problemas fronterizos y justificando la imposición de políticas y programas federales y estatales en la región, a menudo sin el aporte adecuado de los grupos de interés locales y muchas veces acompañados de consecuencias no deseadas.

Este informe fronterizo, que forma parte de una serie, destaca dichos problemas pero también ofrece información crítica para impulsar nuevas soluciones. Es nuestro deseo que este informe fomente un mayor apoyo filantrópico y empresarial, que las organizaciones de la sociedad civil implementen dichas soluciones abordando así la necesidad de un liderazgo filantrópico coordinado, un entendimiento intercultural y la promoción de nuevas políticas públicas. Los informes fronterizos brindan información actualizada y precisa sobre salud, medio ambiente, educación, migración, filantropía y de la dinámica fronteriza general.

SECCIÓN DOS

LA POBLACIÓN Y LOS FLUJOS MIGRATORIOS

En 2015, la población fronteriza de Estados Unidos alcanzó los 7.9 millones, mientras que del lado mexicano ascendió a 7.2 millones.¹ Aproximadamente el 97 por ciento de la población fronteriza de Estados Unidos se concentraba en nueve condados urbanos, mientras que 11 municipios urbanos mexicanos contenían el 85 por ciento de la población fronteriza mexicana. La mayoría de la población fronteriza reside en pares de ciudades a lo largo de la frontera, formando áreas urbanas metropolitanas binacionales. Aunque estas zonas urbanas enfrentan diversos desafíos, son centros de oportunidades laborales y eficiencia en la prestación de servicios de salud, educación y cultura. Además, son destinos preferidos para migrantes nacionales e internacionales. El flujo de personas de ida y vuelta a través de la frontera es sorprendente. Las personas cruzan en ambas direcciones por motivos laborales, recreativos, compras, educación y servicios, incluida la búsqueda de atención médica. En el año 2022, se registraron 167.2 millones de cruces en dirección norte a lo largo de la frontera entre Estados Unidos y México, una cifra inferior a los niveles prepandémicos de 188.2 millones en 2019 y 293.1 millones en 1999. Entre estos cruces, se destacan

46 millones en San Diego, 18.1 millones en El Paso y 10.1 millones en Brownsville. Las enfermedades infecciosas también cruzan la frontera en ambas direcciones junto con las personas. El brote de la pandemia de influenza H1N1, conocida como gripe porcina, en México en marzo y abril de 2009, y su rápida propagación a la frontera y otros



lugares de Estados Unidos, subrayaron la necesidad de una estrecha cooperación entre las autoridades mexicanas y estadounidenses en materia de salud.² La tuberculosis, el sarampión y, más recientemente, el COVID-19, han sido motivo de preocupación en esta dinámica región.

“ Aunque numerosos residentes fronterizos utilizan servicios médicos en ambos lados de la frontera, la falta de coordinación entre los sistemas de salud y su preparación insuficiente para emergencias fronterizas, como pandemias, son desafíos significativos.

Paul Ganster, Ph.D.

SECCIÓN TRES

PREOCUPACIONES SOBRE LA SALUD

Aunque algunos aspectos de la salud de los residentes de la frontera han mejorado en las últimas décadas, persisten preocupaciones significativas. La frontera de Estados Unidos enfrenta disparidades de salud tanto dentro de la región como en comparación con los promedios estatales y nacionales. La región fronteriza se sitúa entre las zonas más empobrecidas de Estados Unidos, similar a áreas del sur y partes de los Apalaches.³ Al menos el diez por ciento de los habitantes de la frontera están desatendidos en términos de infraestructura de agua y aguas residuales, problemas asociados con enfermedades infecciosas y condiciones de salud crónicas.⁴ En el lado mexicano, la región fronteriza también exhibe disparidades internas significativas y en comparación con la región fronteriza de Estados Unidos. La medición de los cambios en la salud de la población fronteriza binacional se complica debido a la falta de datos comparables de los condados fronterizos de EE. UU. y los municipios fronterizos de México, que las agencias gubernamentales recopilen, actualicen y pongan a disposición periódicamente. Esta carencia de datos armonizados de salud, a pesar de su necesidad, se remonta a varias décadas atrás.

La mortalidad infantil, como indicador clave de salud, refleja aspectos cruciales como el acceso a agua limpia, saneamiento, niveles de ingresos y disponibilidad de atención médica. Según el Índice de Desarrollo Humano de la Frontera México-Estados Unidos,⁵ entre 1990 y 2015, la mortalidad infantil en los municipios fronterizos mexicanos disminuyó significativamente, pasando de 24 muertes por cada 1,000 nacidos vivos a 11.4. Este avance sobresaliente superó los resultados de los estados fronterizos mexicanos y del resto del país. En contraste, los condados fronterizos de EE. UU. mejoraron su tasa de mortalidad infantil de 14.9 a 4.5 en 2015, superando las cifras de los estados fronterizos y el promedio nacional. Aunque se observaron mejoras en ambos lados de la frontera, la tasa de mortalidad infantil en los municipios fronterizos de México fue más de 2.5 veces mayor que la de los condados de Estados Unidos, subrayando las asimetrías generales transfronterizas y las disparidades en salud. Estas mejoras en la mortalidad infantil se atribuyen a importantes inversiones en infraestructura de agua y saneamiento realizadas por agencias federales y estatales de Estados Unidos y México en colaboración con el Banco de Desarrollo de América del Norte desde

▼ Fuente: Frontera Saludable 2020

¿Cuáles son los problemas de salud?	Categorías	Causas y/o determinantes
• Obesidad • Diabetes • Enfermedades del corazón • Asma	Enfermedades crónico y degenerativas	• Inactividad física • Dieta inadecuada (alta ingesta calórica) • Pobreza • Herencia genética (factor no modificable) • Deficiencia en educación sobre lactancia • Falta de educación e información
• Tuberculosis • VIH/SIDA/infecciones de transmisión sexual • Infecciones respiratorias • Diarrea aguda • Enfermedades prevenibles por vacunación (tos ferina, sarampión y hepatitis B)	Enfermedades infecciosas	• Pobreza • Nutrición inadecuada/mala nutrición • Migración interna/externa • Malas condiciones de vida/mala higiene (personal, vivienda) • Salud ambiental (agua, servicios de saneamiento) • Acceso educación/información de la salud • Acceso a servicios y atención a la salud



finales de los años noventa. Texas, donde se concentran la mayoría de las colonias fronterizas, también realizó inversiones significativas en infraestructura básica para estas comunidades vulnerables. La expansión de clínicas comunitarias a lo largo de la frontera también contribuyó a mejorar la salud materna e infantil.

Las autoridades de salud frontera también están preocupadas por la salud materno infantil, la salud mental, el abuso de drogas y alcohol, y las lesiones y muertes por accidentes y violencia. El tráfico de drogas en la región frontera tiene un enorme impacto en los habitantes de la frontera a través de la adicción y las sobredosis de drogas que se han visto exacerbadas por los cárteles que mezclan drogas con fentanilo. La violencia y el crimen relacionados con el narcotráfico han causado tasas muy altas de homicidio en las ciudades fronterizas mexicanas, así como aumentos en los secuestros, la extorsión y otros delitos. Aunque las ciudades fronterizas de Estados Unidos tienden a tener bajas tasas de criminalidad y se encuentran entre las más seguras del país, hay un costo social cada vez mayor por muertes por sobredosis de drogas y delitos relacionados con las drogas. La insaciable demanda de drogas ilegales en Estados Unidos impulsa el sistema de tráfico transfronterizo de drogas, lavado de dinero y venta ilegal de armas de fuego a México que impacta negativamente a ambas sociedades.

“Muchos de estos problemas de salud están profundamente arraigados en la pobreza en ambos lados de la frontera”

Muchos de estos problemas de salud están profundamente arraigados en la pobreza en ambos lados de la frontera. Por ejemplo, en 2015, más del 31.1 por ciento de la población en los municipios fronterizos mexicanos, que representaban más de 2.5 millones de habitantes, vivía en condiciones de pobreza.⁶ En 2019, más de una cuarta parte de los residentes de los condados fronterizos de EE. UU. se consideraban en alto riesgo de sufrir los impactos de desastres naturales, según factores como ingresos, edad y cobertura médica.⁷ Algunas enfermedades, como el asma, están vinculadas a la mala calidad del aire en numerosas zonas urbanas y rurales binacionales. Las áreas de bajos ingresos alrededor de los puertos de entrada son particularmente problemáticas, ya que los vehículos privados y los camiones de carga que utilizan diésel emiten contaminantes mientras esperan cruzar la frontera y durante su tránsito por las vías de acceso hacia y desde los puertos fronterizos.⁸

SECCIÓN CUATRO

LOS SISTEMAS DE SALUD

El sistema de salud de Estados Unidos se compone de una amalgama de aseguradoras y proveedores de atención médica, tanto públicos como privados, con y sin fines de lucro. En 2021, los planes privados, en su mayoría proporcionados como prestación laboral, cubrían al 66 por ciento de la población, mientras que el 35.7 por ciento contaba con cobertura de planes públicos como Medicare, Medicaid y la Administración de Veteranos, financiados por el gobierno federal. Alrededor del 8.3 por ciento de la población carecía de seguro alguno.⁹ Tanto las aseguradoras públicas como privadas establecen sus propios paquetes de beneficios y estructuras de costos compartidos, enmarcados dentro de la legislación federal y estatal.¹⁰ Los residentes fronterizos de los Estados Unidos sin seguro o con cobertura insuficiente recurren a clínicas comunitarias respaldadas por fondos gubernamentales y organizaciones comunitarias, así como a salas de emergencia de hospitales, que por ley están obligadas a proporcionar atención médica. A pesar de las mejoras experimentadas en las últimas décadas, muchos residentes de la frontera de Estados Unidos que carecen de seguro médico no tienen acceso adecuado a la atención en salud, especialmente en las comunidades fronterizas más desfavorecidas, donde las instalaciones y profesionales de la salud suelen ser escasos.

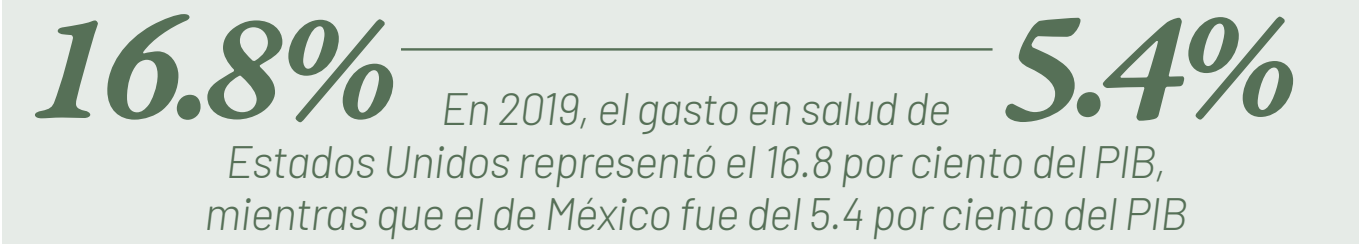
En México, los seguros y servicios de salud se otorgan principalmente como prestación laboral a través de sistemas de seguridad social, como el IMSS para los trabajadores del sector privado, el ISSSTE para los empleados del gobierno federal, PEMEX y el ejército, así como diversos sistemas estatales de salud.¹¹ En 2020, el seguro médico privado brindaba cobertura a menos del 3 por ciento de la población. Desde 2004, el Seguro Popular proporcionaba servicios de salud para aquellos sin seguro, siendo sustituido en 2020 por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y por el IMSS Bienestar en 2022, una entidad pública descentralizada del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), encargada de desarrollar un sistema de reemplazo.



En teoría, cualquier persona en México que carezca de seguro médico tiene derecho a recibir atención médica gratuita en clínicas y hospitales públicos. Sin embargo, los presupuestos insuficientes y los desafíos administrativos generan escasez de medicamentos y personal, así como largos tiempos de espera. La mayoría de las personas, en algún momento, recurren a servicios privados o pagan directamente por medicamentos y otros suministros, incluso cuando visitan un hospital o clínica pública. Las clínicas privadas son una opción, pero muchos mexicanos de bajos recursos optan por las clínicas en farmacias privadas, que ahora atienden quizás al 20 por

OCDE del 71 por ciento.¹⁵ Es probable que los gastos de los condados fronterizos de Estados Unidos estén por debajo del promedio nacional, mientras que para los municipios fronterizos mexicanos es probable que estén por encima del promedio nacional.

En 1993, las oficinas de salud fronteriza de los estados de Texas, Nuevo México y California abrieron sus puertas, seguidas por la oficina de Arizona al año siguiente. Este desarrollo fue un reflejo del crecimiento de la población fronteriza y la expansión económica de la región, impulsados por el Tratado de Libre Comercio



ciento de la población. Por ejemplo, la cadena privada de farmacias y clínicas Farmacias Similares cuenta con aproximadamente 8,500 sucursales en México, y el número sigue aumentando rápidamente, proporcionando medicamentos genéricos de bajo costo y servicios médicos convenientes a muchos mexicanos.¹²

Existen oportunidades para mejorar la coordinación de los servicios de salud al otro lado de la frontera. Por ejemplo, Medicare no cubre servicios fuera de los Estados Unidos. No obstante, la posibilidad de obtener reembolsos por gastos médicos en la región fronteriza de México podría mejorar los servicios de salud para los pacientes con cobertura y reducir los costos para el sistema Medicare al pagar menos por recibir servicios al sur de la frontera.

Existe una diferencia significativa en los gastos en atención médica entre los dos países. En 2020, el gasto público y privado en salud per cápita en Estados Unidos fue de 11,859.20 dólares, más de nueve veces y media el de México, que fue de 1,226.70 dólares.¹³ En 2019, el gasto en salud de Estados Unidos representó el 16.8 por ciento del PIB, mientras que el de México fue del 5.4 por ciento del PIB.¹⁴ Es importante señalar que, a pesar del considerable gasto en salud en Estados Unidos, los resultados de salud son sorprendentemente deficientes. La porción del gasto en salud proveniente de fuentes públicas (transferencias gubernamentales y contribuciones a la seguridad social) en 2019, según datos de la OCDE, fue del 50 por ciento para México y del 51 por ciento para Estados Unidos, ambos muy por debajo del nivel de la

de América del Norte. En 1997, el condado de San Diego estableció su propia oficina de salud fronteriza, seguido por el condado de Imperial en 1998. Además, Arizona y Nuevo México cuentan con oficinas de salud fronteriza en sus respectivos condados, mientras que Texas brinda servicios a sus numerosos condados fronterizos a través de cuatro oficinas de salud regionales. Del lado mexicano, los estados fronterizos cuentan con secretarías de salud que mantienen oficinas en las principales ciudades de la frontera. Algunos sistemas estatales de salud en México gestionan hospitales, clínicas y centros de salud especializados, algunos de los cuales están programados para ser transferidos a la administración federal. Este desarrollo es indicativo del compromiso continuo con la mejora de la salud en la región transfronteriza.

A nivel local en ambos lados de la frontera, existe una red interconectada de entidades públicas, centros académicos, organizaciones comunitarias, empresas y fundaciones que colaboran con las instituciones gubernamentales para abordar las necesidades de atención médica comunitaria.¹⁶ En situaciones de emergencia de salud, las organizaciones de la sociedad civil a menudo pueden ofrecer respuestas más ágiles en comparación con las dependencias federales y otras entidades gubernamentales, que a veces se ven limitadas por la burocracia, como quedó evidenciado durante la pandemia de COVID-19 que afectó la frontera a principios de 2020.

SECCIÓN CINCO

COORDINACIÓN DE LAS ACCIONES A TRAVÉS DE LA FRONTERA

A lo largo de décadas, los sistemas federales de salud de ambos lados de la frontera han colaborado estrechamente en la respuesta a enfermedades infecciosas y otras condiciones de salud en la región transfronteriza. Esto incluye la atención a problemas de salud mental vinculados a la violencia y a pandemias. Las autoridades de salud pública abordan preocupaciones compartidas mediante el intercambio de información y la colaboración en programas como el Programa Binacional de Vigilancia Fronteriza de Enfermedades Infecciosas (BIDS, por sus siglas en inglés).^{17, 18} En 1942, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estableció una oficina de campo en El Paso como parte de la colaboración binacional tras la Segunda Guerra Mundial. Al año siguiente, se formó la Asociación de Salud Fronteriza México-Estados Unidos.¹⁹ Aunque ambas organizaciones concluyeron sus operaciones en 2014, durante décadas proporcionaron información clave sobre la evolución de los problemas de salud en la frontera entre Estados Unidos y México. En 2000, el secretario de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y su homólogo mexicano crearon la Comisión de Salud Fronteriza

México-Estados Unidos (CSFMEU), autorizada por el Congreso en 1997. Inicialmente, la Comisión reunió a autoridades sanitarias federales de ambos países con departamentos de salud de los diez estados fronterizos y entidades locales para abordar problemas clave de salud en la región. Esta entidad binacional llevó a cabo más de 30 acciones estratégicas específicas para mejorar la salud de las comunidades fronterizas, estableciendo metas prioritarias y evaluando periódicamente el progreso, identificando áreas de especial preocupación. La CSFMEU fortaleció redes de profesionales de la salud transfronterizos, estableció la Iniciativa Binacional de Enfermedades Infecciosas y facilitó sistemas de atención a la salud en los consulados mexicanos en Estados Unidos. Sin embargo, en 2014, el Congreso y el gobierno federal de Estados Unidos eliminaron el financiamiento de la sección estadounidense, provocando el cese de sus operaciones.²⁰ La sección mexicana ha continuado con programas, pero la falta de apoyo a la comisión binacional dejó a las dependencias de salud gubernamentales en la región fronteriza sin preparación para coordinar una respuesta proactiva y efectiva ante la pandemia de 2020.



LA PANDEMIA DE COVID-19 DE 2020

La pandemia de COVID-19 impactó la región fronteriza desde principios de 2020 hasta 2023, revelando deficiencias en la gobernanza y coordinación de la salud transfronteriza.²¹ En lugar de colaborar en una respuesta conjunta a la emergencia binacional, los gobiernos federal, local y estatal optaron por seguir caminos separados. Tanto en el lado estadounidense como en el mexicano, las autoridades evitaron asumir la responsabilidad de la región transfronteriza, priorizando sus jurisdicciones definidas para abordar la pandemia. A pesar de décadas de cooperación transfronteriza en diversos temas, la falta de una coordinación gubernamental regional efectiva fue evidente. Los mensajes contradictorios de los dos gobiernos federales no proporcionaron un liderazgo claro a los gobiernos locales. A pesar de las advertencias repetidas sobre las pandemias y la frontera, ambos gobiernos federales no cumplieron con sus responsabilidades para abordar las preocupaciones y realidades de la región. En los cruces fronterizos, las políticas federales se impusieron sin información sanitaria o científica adecuada y sin la participación de las comunidades locales, lo que a menudo tuvo consecuencias no deseadas. Por ejemplo, los trabajadores esenciales, como los agrícolas, enfrentaron largas esperas en la frontera, las tiendas en las comunidades fronterizas de Estados Unidos sufrieron por la falta de clientes de México, y el flujo de ayuda alimentaria y suministros de protección personal desde ciudades hermanas de Estados Unidos se redujo al mínimo. La preparación para futuras emergencias de salud en la región fronteriza debe ser una prioridad para las agencias de salud fronterizas, estatales y nacionales. La pandemia debilitó los vínculos y las relaciones transfronterizas que se habían desarrollado durante las últimas tres décadas.²² En lugar de una respuesta efectiva proveniente de los gobiernos, la reacción transfronteriza más eficaz ante la pandemia surgió de organizaciones sin fines de lucro, la sociedad civil y los sectores privados. Rápidamente, coordinaron donativos de suministros médicos y alimentos para atender a un creciente número de desempleados en la región. La filantropía, el sector privado y las instituciones académicas, en colaboración con los consulados locales, desempeñaron un papel crucial al superar las barreras fronterizas y facilitar la vacunación de los trabajadores mexicanos.²³

A lo largo de toda la región fronteriza, la pandemia supuso un desafío significativo para los sistemas de salud al intentar satisfacer las necesidades de la comunidad. Un gran número de expatriados estadounidenses que residían en ciudades fronterizas mexicanas (aproximadamente 300,000 en Mexicali y 200,000 en Tijuana, por ejemplo) cruzaron la frontera en busca de servicios de salud.²⁴ La disponibilidad de servicios de salud de rutina se vio afectada considerablemente, ya que los recursos se dirigieron hacia la atención de casos de COVID-19. Los hospitales se encontraban desbordados y, en ocasiones, los pacientes con COVID-19 enfrentaban rechazos o eran atendidos en instalaciones temporales. Además, escaseaban equipos médicos esenciales, como oxigenadores, y suministros de protección comunes, como batas y cubrebocas.

La política de cierre de fronteras y la interrupción de los procedimientos de solicitud de asilo obligaron a muchos migrantes a permanecer en México más tiempo del esperado, alojándose en albergues, campamentos y otros lugares hacinados que no eran idóneos para estancias prolongadas. Las directrices médicas de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos rara vez coincidían con las de la Secretaría de Salud de México. La falta de comparabilidad entre los datos epidemiológicos recopilados a ambos lados de la frontera pudo contribuir a la confusión pública sobre las medidas más apropiadas, complicando así el control de la epidemia. Por ejemplo, en algún momento, las autoridades sanitarias de ambos países emitieron mensajes divergentes sobre el uso de cubrebocas. Además, los requisitos de distanciamiento social diferían a lo largo de la frontera; mientras que en Tijuana los restaurantes volvían a abrir, en San Diego permanecían cerrados. Esta discrepancia posiblemente incentivó a las personas a cruzar la frontera en busca de servicios recreativos, aumentando así el riesgo de contagio.²⁵ La evaluación continua del exceso de muertes en la región durante la pandemia podría documentar de manera más precisa las consecuencias de la escasa coordinación entre las autoridades federales y sus contrapartes al otro lado de la frontera.

EL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Durante varias décadas, los habitantes de la región fronteriza han utilizado servicios de salud en ambos lados de la frontera. Los mexicanos con ingresos altos pueden optar por servicios médicos especializados en Estados Unidos, lo que subraya las disparidades en materia de salud al sur de la frontera. El elevado costo de la atención médica en los Estados Unidos impulsa a muchas personas a buscar, al otro lado de la frontera, servicios dentales, medicamentos a precios más accesibles y diversas prestaciones médicas, que incluyen cirugía estética y ocular, atención primaria y terapias alternativas contra el cáncer no disponibles en los Estados Unidos. Numerosos residentes hispanos de la frontera estadounidense prefieren acceder a servicios en México con profesionales de la salud que hablen español.²⁶

Desde hace varias décadas, ciudades fronterizas como Algodones en Baja California han proporcionado servicios dentales asequibles a miles de visitantes de los estados del norte de Estados Unidos y Canadá que pasan el invierno en el cercano Valle Imperial y la región de Yuma. Para el año 2000, los llamados “pájaros de las nieves”, a menudo con ingresos fijos, podían encontrar en Algodones no solo dentistas, sino también optometristas,

una gran cantidad de farmacias e incluso médicos que ofrecían atención primaria, todos anunciando sus servicios con folletos, carteles e incluso vallas publicitarias en inglés en las carreteras cercanas. Otro “oasis dental” fronterizo es Nuevo Progreso, Tamaulipas, ubicado en el Río Grande/Río Bravo, que comercializa servicios para los miles de visitantes invernales del sur de Texas. Las grandes ciudades fronterizas como Tijuana, Mexicali, Nogales, Ciudad Juárez o Matamoros brindan aún más opciones de atención médica a los clientes transfronterizos.

Empresarios en las ciudades fronterizas de Estados Unidos reconocieron las realidades de los servicios de salud transfronterizos y, a fines de la década de 1990, algunos ofrecían planes binacionales de atención médica para que sus trabajadores y sus familias pudieran acceder a la atención médica en la ciudad hermana de Estados Unidos o en México. En San Diego, por ejemplo, varias empresas tienen trabajadores que residen en Tijuana con sus familias, por lo que la cobertura de salud transfronteriza brinda un mejor servicio a las familias y ahorros a la empresa.

TURISMO MÉDICO

Las ciudades fronterizas mexicanas y los inversionistas han intensificado sus esfuerzos para atraer turistas de Estados Unidos en busca de servicios de salud, como parte de la creciente industria del turismo médico a nivel mundial.²⁷ Muchos de estos esfuerzos cuentan con el respaldo de las dependencias de desarrollo económico y turístico regionales y estatales de México. El elevado costo de la atención médica en los Estados Unidos, junto con los millones de estadounidenses que no pueden costear un seguro médico o que necesitan procedimientos no cubiertos por sus seguros, ha creado un mercado lucrativo para la atención médica más asequible. Inversionistas y cámaras de comercio de ciudades fronterizas como Ciudad Juárez y Tijuana han lanzado campañas para impulsar esta industria y atraer a más clientes con capacidad adquisitiva del otro lado de la frontera. En algunos lugares, los servicios médicos ofrecidos incluyen procedimientos avanzados como cirugía de cataratas, cirugía bariátrica, cirugía plástica y otras especialidades. A lo largo de ambos lados de la frontera, algunas entidades también operan como organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), un modelo familiar para los residentes de Estados Unidos. Aunque el desarrollo ha sido lento, la industria del cuidado de adultos mayores y la vida asistida también han atraído inversiones en la región fronteriza de México.

Tijuana ha sido testigo de un notable aumento en el turismo médico en los últimos años.²⁸ Las inversiones clave en infraestructura incluyen nuevos edificios de varios pisos que no solo albergan instalaciones médicas, sino también lujosas habitaciones de hotel diseñadas para la recuperación de los pacientes después de los procedimientos médicos. El gobierno del estado de Baja California ha respaldado decididamente esta área de inversión. Ciudad Juárez también está experimentando un crecimiento en el sector del turismo médico, al igual que la mayoría de las ciudades fronterizas mexicanas.

En términos generales, la regulación y supervisión médica por parte del gobierno son menos estrictas y consistentes en México que en Estados Unidos. Los casos en los que surge personal médico sin licencia que realiza procedimientos que salen mal en México reciben amplia cobertura en los medios estadounidenses, contribuyendo a las preocupaciones sobre la calidad de los servicios médicos. Estudios recientes han descubierto la venta de píldoras falsificadas con fentanilo y metanfetamina en farmacias de Tijuana y Los Cabos que atienden a turistas, siendo indistinguibles de los medicamentos legítimos de oxicodona o Xanax. Estos hallazgos han generado dudas sobre la seguridad del turismo médico en México.²⁹

En resumen, los servicios de salud mexicanos desempeñan un papel crucial en la región transfronteriza al ayudar a mitigar el impacto de los elevados costos de la atención médica para los residentes de la frontera estadounidense. Al mismo tiempo, la ubicación en ciudades fronterizas está contribuyendo al desarrollo y expansión de una industria que de otro modo no existiría a este nivel. Por lo tanto, estas asimetrías y diferencias estructurales a lo largo de la frontera han creado oportunidades para la industria de la salud.

SECCIÓN NUEVE

NOTAS FINALES

1 Joan B. Anderson y James Gerber (2023) The US-Mexico Border Human Development Index, 1990–2015: Improvements but Still Large Gaps, Journal of Borderlands Studies, 38:1, 1–20, DOI: 10.1080/08865655.2020.1855229

2 Lee, Erik. 2020. Crossborder Collaboration on Public Health: The 2009 U.S.–Mexico Response to H1N1. En State of the Border Report. Wilson Center.

3 Ver Oficina del Censo de EE. UU., porcentaje de personas en situación de pobreza por condado: 2015–2019, <https://www.census.gov/library/visualizations/interactive/acs-percentage-poverty-2015-2019.html>. Consultado el 13/09/2023.

4 Carta de asesoramiento de la Junta Ambiental del Buen Vecino al Presidente y al Congreso, 20–12–2022, https://www.epa.gov/system/files/documents/2022-12/GNEB%20Advice%20Letter.12_20_2022.Final...pdf. Consultado el 14/09/2023.

5 Joan B. Anderson y James Gerber (2023) The US-Mexico Border Human Development Index, 1990–2015: Improvements but Still Large Gaps, Journal of Borderlands Studies, 38:1, 1–20, DOI: 10.1080/08865655.2020.1855229.

6 Secretaría de Economía, Diagnóstico del Programa Zona Libre de la Frontera Norte, abril 2020. Con base en datos de CONEVAL. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/563681/Diagn_stico_Zona-LI-bre_FN.pdf. Consultado el 21/04/2023.

7 T. Andy Weldon, More Than a Quarter of People Who Live in Counties Along U.S. Southern Border Are Considered High-Risk, Census.gov, 18 de octubre, 2022. <https://www.census.gov/library/stories/2022/10/how-resilient-are-communities-along-border.html>. Consultado el 21/04/2023.

8 Penelope J. E. Quintana, Paul Ganster, Paula E. Stigler Granados, Gabriela Muñoz-Meléndez, Margarito Quintero-Núñez y José Guillermo Rodríguez-Ventura (2015) "Risky Borders: Traffic Pollution and Health Effects at US-Mexican Ports of Entry," Journal of Borderland Studies, 30:3, 287–307, DOI: 10.1080/08865655.2015.1068697.

9 Encuesta del Buró del Censo de los EE.UU., Current Population, 2018 Annual Social and Economic Supplement Bridge File and 2014 to 2022 Annual Social and Economic Supplements (CPS ASEC).

10 Munira Z. Gunja, Evan D. Gumas, and Reginald D. Williams II, U.S. Health Care from a Global Perspective, 2022: Accelerating Spending, Worsening Outcomes. Commonwealth Fund, enero, 2023. <https://doi.org/10.26099/8eiy-yc74>

11 Munira Z. Gunja, Evan D. Gumas, and Reginald D. Williams II, U.S. Health Care from a Global Perspective, 2022: Accelerating Spending, Worsening Outcomes. Commonwealth Fund, enero, 2023. <https://doi.org/10.26099/8eiy-yc74>

12 letza Bohorquez Chapela, "Healthcare Systems in the Tijuana-San Diego Region during the COVID-19 Pandemic," in Rafael Fernández de Castro, Paul Ganster, y Carlos González Gutiérrez, editores 2022. CalíBaja: Emerging Stronger after the COVID-19 Pandemic. La Jolla, CA: UC San Diego School of Global Policy and Strategy. Pp. 23–33. Ver también: INEGI, banco de indicadores: <https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/?ind=6207018017&tm=6#D6207019017#D1004000001#D620701901>. Consultado el 12/3/2023.

13 Leila Miller, "What Dr. Simi tells us about Mexico's healthcare crisis," Los Angeles Times, 1 de marzo, 2023.

14 Gasto público y privado en salud per cápita en países seleccionados en 2020, basado en datos de la OCDE. <https://www.statista.com/statistics/283221/per-capita-health-expenditure-by-country/>. Consultado el 25/02/2023.

15 Panorama de la salud 2021. Indicadores de la OCDE. París, Publicaciones de la OCDE, 2021. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

16 Panorama de la salud 2021, figura 7.12, p. 197.

17 letza Bohorquez Chapela, "Healthcare Systems in the Tijuana-San Diego Region during the COVID-19 Pandemic," en Rafael Fernández de Castro, Paul Ganster, and Carlos González Gutiérrez, editores, 2022. CalíBaja: Emerging Stronger after the COVID-19 Pandemic. La Jolla, CA: UC San Diego School of Global Policy and Strategy. Págs. 23–33.

18 Binational Border Infectious Disease Surveillance Program (BIDS). <https://www.cdc.gov/usmexicohealth/bids/index.html>. Consultado el 13/3/2023.

19 Michelle Weinberg, et al. 2003. The U.S.–Mexico Border Infectious Disease Surveillance Project: Establishing Bi-national Border Surveillance. Emerging Infectious Diseases, vol. 19, No. 1, enero de 2003, Págs. 97–102.

20 La Oficina de Campo de El Paso se estableció en parte para combatir el aumento de enfermedades de transmisión sexual relacionadas con el personal militar de Ft. Bliss en El Paso, Camp Pendleton en San Diego y otros lugares que cruzaban la frontera para visitar burdeles mexicanos. Como organismo internacional, la OPS era aceptable para las autoridades mexicanas. Sixty Years of Commitment to Border Health. United States-Mexico Border Field Office of the Pan American Health Organization. El Paso: PAHO Field Office. 2003. P. 50. Véase también Julie Collins-Dogrul (2013) Disease Knows No Borders: The Emergence and Institutionalization of Public Health Transnationalism on the US-Mexico Border. Journal of Borderlands Studies, 28: 1, 61–73, DOI: 10.1080/08865655.2012.751730

21 Michelle Weinberg, et al. 2003. Proyecto de vigilancia de enfermedades infecciosas en la frontera entre Estados Unidos y México: establecimiento de una vigilancia fronteriza binacional. Enfermedades infecciosas emergentes, vol. 19, núm. 1, enero de 2003, págs. 97–102.

22 Eva Moya, Irasema Coronado y Stephen Mumme, A Call to Action: Reestablishment of the US-Mexico Border Health Commission, Health Affairs Forefront, 30 de julio, 2021. DOI: 10.1377//forefront.20210729.116320

23 Ver, por ejemplo, letza Bohorquez Chapela, "Healthcare Systems in the Tijuana-San Diego Region during the COVID-19 Pandemic," en Rafael Fernández de Castro, Paul Ganster y Carlos González Gutiérrez, editores, 2022. CalíBaja: Emerging Stronger after the COVID-19 Pandemic. La Jolla, CA: UC San Diego School of Global Policy and Strategy

24 Martha Pskowski y Lauren Villagran, "Too many people died for us to walk away: Renewed US, Mexico cooperation vital to saving lives in next pandemic," El Paso Times, 24 de marzo, 2022.

25 Rosales, C., Finglesl, T., Derksen, D. (2021). US-Mexico Transborder Collaboration: COVID-19 Vaccines in Arms Across Borders. Academia Letters, artículo 4484. <https://doi.org/10.20935/AL4484>.

26 Ramnath, Venkatesh R, Linda Hill, Jim Schultz, Jess Mandel, Andres Smith, Stacy Holberg, Lucy E Horton, Atul Malhotra, y Lawrence S Friedman. 2021. "Designing a critical care solution using in-person and telemedicine approaches in the US-Mexico border area during COVID-19." Health Policy Open 2:100051. doi: 10.1016/j.hpopen.2021.100051

27 letza Bohorquez Chapela, "Healthcare Systems in the Tijuana-San Diego Region during the COVID-19 Pandemic," en Rafael Fernández de Castro, Paul Ganster y Carlos González Gutiérrez, editores. 2022. CalíBaja: Emerging Stronger after the COVID-19 Pandemic. La Jolla, CA: UC San Diego School of Global Policy and Strategy.

28 Arturo Vargas Bustamante, Medical Tourism in the U.S.–Mexico Border: California-Mexico Cooperation after COVID-19, en Rafael Fernández de Castro, Paul Ganster, and Carlos González Gutiérrez, editores. 2022. CalíBaja: Emerging Stronger after the COVID-19 Pandemic. La Jolla, CA: UC San Diego School of Global Policy and Strategy. Páginas 83–92.

29 El sitio web y las publicaciones de The Medical Tourism Association brindan información sobre la industria a nivel mundial y en México: Medical Tourism Association. A Global Platform for the Healthcare Ecosystem. Ver también: Center for Medical Tourism Research: <https://my.uw.edu/medical-tourism/index.html>. Ambos consultados el 19/3/2023.

30 Véase, por ejemplo: <https://newcitymed.com/>. Consultado el 14/09/2023.

31 Fentanyl, Heroin, and Methamphetamine-Based Counterfeit Pills Sold at Tourist-Oriented Pharmacies in Mexico: An Ethnographic and Drug Checking Study. medRxiv, 28 de enero de 2023. Friedman J, Godvin M, Molina C, Romero R, Borquez A, Avra T, Goodman-Meza D, Strathdee S, Bourgois P, Shover CL. PMID: 36747647; PMCID: PMC9801047; Kerl Blakinger y Connor Sheets, "Some pharmacies in Mexico passing off fentanyl, meth as legitimate pharmaceuticals," Los Angeles Times, 2 de febrero de 2023.

SECCIÓN DIEZ

AGRADECIMIENTOS

La Alianza Fronteriza de Filantropía México-EE.UU. agradece a sus miembros y socios que brindaron apoyo financiero para concretar esta iniciativa.



SOBRE EL AUTOR

El Dr. Paul Ganster es director del Instituto de Estudios Regionales de las Californias en la Universidad Estatal de San Diego. En 2022, recibió el premio Ohtli, el más alto reconocimiento otorgado por el gobierno de México a quienes han allanado el camino para los mexicanos en el extranjero, especialmente en Estados Unidos.

Es autor de numerosos artículos, capítulos de libros y obras editadas relacionadas con la región fronteriza. Sus publicaciones recientes incluyen The U.S.–Mexican Border Today: Conflict and Cooperation in Historical Perspective (Lanham, MD: Rowman and Littlefield, 2016) y con Kimberly Collins, Binational Cooperation and Twinning: A View from the US–Mexican Border, San Diego, California, and Tijuana, Baja California, (Journal of Borderlands Studies, 32:4, 2017). Su investigación en curso es sobre el manejo de la cuenca binacional del río Tijuana, la calidad del aire en los pasos fronterizos, la colaboración transfronteriza, el problema binacional de las llantas usadas y el turismo sostenible en la península de Baja California. Ha sido profesor Fulbright en Costa Rica y profesor invitado en la Universidad Autónoma de Baja California en Tijuana. Recibió su licenciatura de la Universidad de Yale y su doctorado de la Universidad de California, Los Ángeles. Ganster es presidente de la Junta Ambiental del Buen Vecino, un panel federal que asesora al presidente y al congreso sobre el medio ambiente fronterizo. También es presidente del Comité de Oportunidades Regionales Binacionales (COBRO) de la Asociación de Gobiernos de San Diego (SANDAG). En 2016, fue reconocido con el premio Lifetime Achievement Award de la Association for Borderlands Studies (ABS). En 2017, la Universidad Autónoma de Baja California le otorgó el grado honorífico de Doctor Honoris Causa por su labor académica en la región binacional y por su labor vinculando a la UABC y la SDSU. También en 2017, Tijuana Innovadora lo reconoció en la ceremonia de inducción al Paseo de la Fama en el Palacio Municipal de Tijuana por su liderazgo binacional.

El autor agradece los útiles comentarios proporcionados por Sergio Peña Medina, Josiah Heyman y Kimberly Collins.

**La realización de los Informes Fronterizos también fue posibles gracias a los servicios de traducción proporcionados por Ma. Laura Muñoz y de diseño por Justin Nunez*

”

Construyendo prosperidad en la región fronteriza



US • MEXICO
BORDER PHILANTHROPY PARTNERSHIP
ALIANZA FRONTERIZA DE FILANTROPÍA
MÉXICO • EEUU

Teléfono: +1(619) 814-1388
Fax: +1(619) 814-1389

Email: info@borderpartnership.org
Sitio: www.borderpartnership.org