

*Proyecto de seguimiento
a la Asociación Fronteriza
Mexicano-Estadounidense de Salud /
United States-Mexico Border Health
Association (AFMES/USMBHA)*

MARÍA HILDA GARCÍA PÉREZ



***Proyecto de seguimiento
a la Asociación Fronteriza
Mexicano-Estadounidense de Salud /
United States-Mexico Border Health
Association (AFMES/USMBHA)***

MARÍA HILDA GARCÍA PÉREZ
Departamento de Estudios Transfronterizos de Chicanas/os y Latinas/os
Universidad Estatal de Arizona

El Colegio de Sonora
Escuela de Salud Pública Mel and Enid Zuckerman
Universidad de Arizona

REPORTE DE INVESTIGACIÓN
EL COLEGIO DE SONORA
HERMOSILLO, SONORA
DICIEMBRE DE 2007

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
MÉTODOS.....	4
RESULTADOS.....	5
CONCLUSIONES.....	20
REFERENCIAS.....	23

INTRODUCCIÓN

La Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud (AFMES) cuenta con una experiencia muy vasta como instancia que, por décadas, ha favorecido la comunicación y la cooperación de los actores responsables de atender los problemas de salud a lo largo de la frontera México-Estados Unidos. Los archivos históricos de la AFMES son una fuente muy valiosa de información para la comunidad dado que resguardan las minutas y los documentos que dan cuenta de los acuerdos y desacuerdos entre los actores que históricamente han delineado las políticas de salud a lo largo de la frontera. No hay duda de que la sistematización de algunas de las experiencias contenidas en dichos archivos puede servir de insumo para el desarrollo de iniciativas locales que faciliten y promuevan el trabajo de colaboración binacional. Con este reporte se busca sistematizar algunas de las experiencias organizativas y de colaboración de la AFMES que puedan contribuir al desarrollo de una red de salud pública en la frontera Sonora-Arizona. Aunque el acceso a los archivos de la AFMES fue muy limitado, con la información disponible se caracterizó de manera muy preliminar algunos aspectos operativos de la Asociación. Al respecto se caracterizó la membresía, los Consejos Binacionales de Salud (COBINAS) y se elaboró un listado de sus programas y proyectos. Con la descripción de la membresía se buscaba identificar el nivel de participación de los miembros de uno y otro lado de la frontera y su distribución en la geografía fronteriza de ambos países. Otro componente analizado fueron los COBINAS por su rol protagónico en el desarrollo de iniciativas binacionales. A este respecto se buscaba identificar algunas de las experiencias de colaboración, las barreras para cooperar y algunas de las necesidades operativas de los mismos. Con la revisión de los programas y proyectos de la Asociación se buscaba conocer el tipo de iniciativas promovidas y las áreas geográficas de influencia. Algunos de los objetivos planteados en este proyecto piloto se cumplieron parcialmente debido a que no fue posible acceder a la información en los tiempos y formas propuestos por este proyecto.

MÉTODOS

El trabajo de recolección de datos se llevó a cabo de julio a agosto de 2007 e incluyó la revisión de 6 reportes anuales de la AFMES (1996-2004) y algunos documentos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Adicionalmente se realizaron 13 entrevistas semi-estructuradas a miembros y ex-funcionario de la Asociación, un directivo de la AFMES, miembros de los COBINAS y funcionarios de la OPS (ver cuadro 1). Ocho de las entrevistas realizadas fueron telefónicas y el resto fueron entrevistas directas. El rango de tiempo empleado en las entrevistas varió de 30 minutos a una hora. Los ex-presidentes de la AFMES que fueron entrevistados estuvieron en funciones en algún momento en el tiempo en los pasados 15 años, mientras que la antigüedad de los miembros de los COBINAS varió de 3 a poco más de 10 años.

Cuadro 1
Características de las fuentes de información

Reportes anuales	Entrevistas	
Periodos	Informantes	n
1) 1996-1997	Ex-presidentes	4
2) 1997-1998	Miembros y ex-miembros	
3) 1999-2000	de los COBINAS	5
4) 2000-2001	Funcionarios de la OPS	2
5) 2001-2002	Directivos	1
6) 2003-2004	Académicos	1

Con la revisión documental se buscaba caracterizar a la AFMES en términos de su estructura operativa, las características profesionales de sus agremiados, la distribución geográfica de los miembros y el desarrollo de programas y proyectos financiados con recursos externos. Con las entrevistas se buscaba documentar las experiencias de ciertos actores vinculados a la AFMES respecto al manejo y operación de la Asociación, medidas adoptadas para consolidar la membresía, conexión de la AFMES con los COBINAS, su nivel de influencia en la operación de los mismos y el rol de los COBINAS como agente de enlace y promotor de la cooperación entre las agencias públicas y privadas a los largo de la frontera Sonora-Arizona.

RESULTADOS

La Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud (AFMES)

Con la creación de la Oficina de Campo de la frontera México-Estados Unidos de la Organización Panamericana de la Salud, por solicitud de los gobiernos federales de ambos países, se institucionaliza el diseño y la implementación de políticas públicas en materia de salud para la región fronteriza México-Estados Unidos (OPS 2002). Una de las primeras iniciativas adoptadas por la recién formada Oficina de Campo de la OPS fue la creación de una instancia que facilitara la coordinación y la comunicación entre los actores responsables de atender los problemas de salud en la frontera México-Estados Unidos. Como corolario en 1943 la OPS, en colaboración con las autoridades sanitarias de México y Estados Unidos, auspiciaron el desarrollo de la llamada Conferencia Fronteriza Panamericana de Salubridad, evento en el cual las máximas autoridades de salud de ambos países aprobaron el establecimiento de la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salud Pública, ahora conocida como AFMES (OPS 2002). La OPS operó desde 1943 hasta mediados del año 2004 como Secretariado Técnico de la Asociación (AFMES 2004) y por cerca de 60 años ambas instituciones trabajaron de manera conjunta facilitando el proceso de colaboración e intercambio entre actores de ambos lado de la frontera.

En agosto 30 de 2004 se firmó un convenio entre la OPS y la AFMES donde esta última se constituye como entidad autónoma y autosuficiente (Brennan 2004). Después de 5 años de transición hacia su autonomía, la AFMES se independiza operativa y financieramente de la OPS, aunque esta última continua brindando ayuda técnica a la Asociación en el desarrollo de algunas de sus funciones (Brennan 2004). De acuerdo a un estudio de autosuficiencia de la AFMES reportado en el Informe Anual del Secretariado 2003-2004, las funciones básicas de ésta fueron definidas en los siguientes términos:

- La AFMES brindará apoyo a los socios, al Comité Ejecutivo, además de ser responsable de la operación de la institución;
- La AFMES apoyará el trabajo de los Consejos Binacionales de Salud;
- La AFMES apoyará los proyectos y publicaciones de la institución; y
- La AFMES organizará la Reunión Anual de sus asociados.

Al mismo tiempo, se definió un equipo base de 4 personas que vigilarían su funcionamiento operativo. Este equipo estaría integrado por: a) un director ejecutivo; b) un administrador/contralor; c) un asistente administrativo; y d) un analista de sistemas. El componente relacionado al presupuesto anual de la Asociación se estimó en 300,000 dólares americanos, presupuesto éste que no considera los costos de la organización de la Reunión Anual (AFMES 2004).

Membresía

De acuerdo a los funcionarios y ex-funcionarios de la AFMES que fueron entrevistados, un tema de mucha relevancia para la institución era el crecimiento y el fortalecimiento de la membresía de la Asociación. Algunos de sus ex-presidentes describieron brevemente algunas de sus preocupaciones a este respecto, así como algunas de las acciones adoptadas para incrementar la membresía. Las estrategias descritas denotan diferencias tanto en las estrategias adoptadas para afiliar nuevos miembros, así como por el perfil profesional deseado de los nuevos afiliados. Por ejemplo uno de los entrevistados describió que durante su gestión como presidente, gracias a las conexiones que él mantenía con los secretarios de salud de los estados fronterizos mexicanos, se pudo gestionar con éstos el apoyo a personal médico y de enfermería para que se afiliaran a la Asociación y participaran en la Reunión Anual. De acuerdo a nuestro informante la presencia de “barreras institucionales” era uno de los factores que frenaba la participación del personal de salud. Por ejemplo, algunas de las barreras a las que se enfrentaban médicos y enfermeras, era que éstos últimos debían hacer uso de su periodo vacacional o bien solicitar permisos especiales para ausentarse del empleo a fin de poder participar en la Reunión Anual. Lo anterior tenía implicaciones económicas para dicho personal ya que eran sujetos de descuentos económicos por su ausencia al trabajo. Al respecto, dicho ex-funcionario comentaba que durante su gestión se eliminaron algunas de estas “barreras”, con lo que se logró incrementar la afiliación del personal médico y de enfermería.

Otro ex-presidente de la AFMES, pero del lado estadounidense, relata que durante su gestión la membresía de la AFMES se enriqueció substancialmente con miembros de la sociedad civil, aumentando el número de afiliados que formaban parte de organizaciones no gubernamentales (ONG). De acuerdo a este ex-funcionario, con este “nuevo perfil” de los afiliados, la Asociación se “enriqueció” con puntos de vista diferentes al enfoque meramente biomédico, enfoque que predominaba entre los afiliados. Este funcionario relata que las estrategias seguidas para incrementar la membresía les demandó “tocar muchas puertas”. Algunas de las estrategias seguidas incluían el uso de botones publicitarios y el otorgamiento de estímulos a aquellos socios que contribuyeran a la afiliación de nuevos miembros.

Los informes anuales describen un conjunto de acciones encaminadas a retener e incrementar la membresía y diversificar el perfil de los afiliados. Algunas de estas acciones enfatizaban en la necesidad de establecer un contacto más directo con los socios de manera verbal y escrita, ofrecer certificados de membresía, organizar eventos técnicos que involucraran a los socios y a los COBINAS en acciones conjuntas, además de ofrecer un conjunto de beneficios a sus afiliados (USMBHA 1997). La diversificación del perfil de los miembros consideraba la necesidad de alcanzar a población joven (USMBHA 1998) y a población en cargos “operativos”, como promotores de salud, miembros de ONG, entre otros (AFMES 2000a).

La membresía de la asociación ha experimentado históricamente muchos altibajos. Por ejemplo, Romero Álvarez (1975) en su libro *Health Without Boundaries: US-México Border Public Health Association* reporta que durante el periodo 1963-1973 el número promedio de socios de la AFMES era de alrededor de los 1000 afiliados (cuadro 2). En contraste con dichos datos, la década de los setentas muestra un descenso acelerado en el número de miembros de la asociación mientras que durante el inicio del nuevo siglo la membresía parece alcanzar una cierta estabilidad, ubicándose alrededor de los 450 miembros. Según se observa en el cuadro 2 entre 1963 y el año 2004 el número de afiliados a la AFMES se redujo 58.6%.

La gráfica 1 muestran la membresía de la AFMES de acuerdo al país de origen de sus agremiados para los periodos 1963-1973 y 2000-2004. Como se observa la membresía de origen estadounidense es el grupo predominante ya que entre 1963-1973, siete de cada 10 socios provenían de alguna entidad estadounidense, mientras que dicha razón fue de 3 de cada 5 en el periodo 2000-2004. Al mismo tiempo entre 1968 y 2004 se aprecia una caída en el número de afiliados que provenían de alguna entidad estadounidense del orden del 62% mientras que dicha reducción fue del 67.6% entre los afiliados provenientes de alguna entidad mexicana.

Cuadro 2

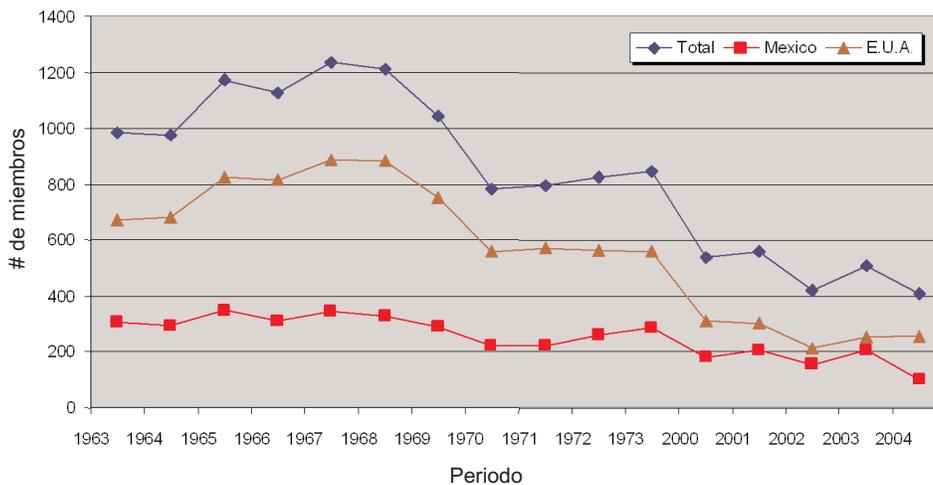
Evolución del número de miembros de la AFMES para años seleccionados

Año	Número de socios
1963	983
1964	976
1965	1175
1966	1125
1967	1234
1968	1210
1969	1042
1970	783
1971	793
1972	825
1973	845
1997	370
1998	470
2000	540
2001	560
2002	420
2003	510
2004	407

Fuente: Romero Alvarez, H. *Health Without Boundaries: US-Mexico Border Public Health Association*. U.S.-Mexico Border Health Association. 1975. AFMES. Informe anual 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004.

Gráfica 1

Evolución de la membresía de la AFMES de acuerdo al país de residencia de los socios, 1963-1973 y 2000-2004*

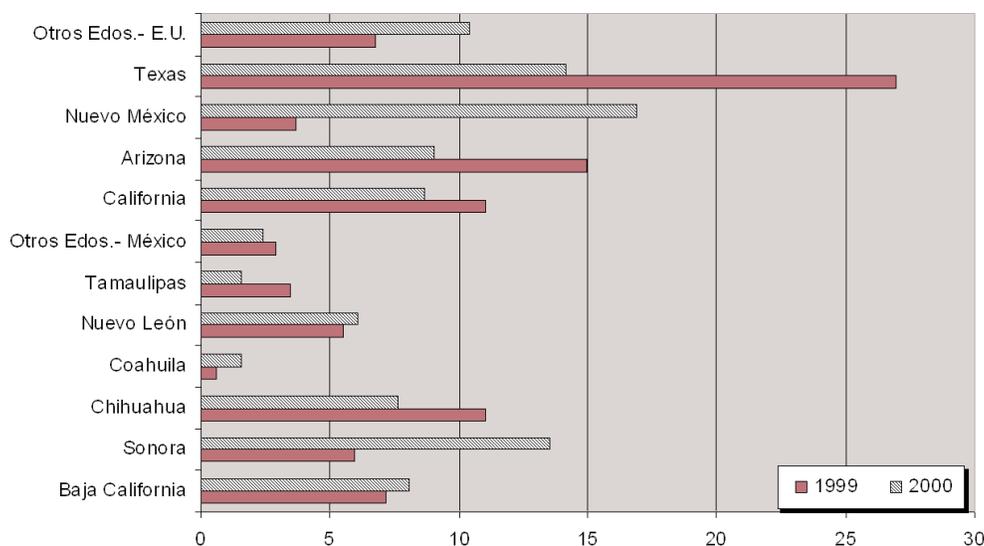


Fuente: Romero Alvarez H. *Health Without Boundaries: US-México Border Public Health Association*: US-Mexico Border Public Health Association 1975. AFMES. Informe anual 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004.

* Del periodo 2000-2004 se excluyeron 51 miembros honorarios de la AFMES debido a que en dichos informes se omite la información sobre el país de residencia de dichos miembros.

La gráfica 2 muestra la distribución relativa de la membresía de la AFMES por estado fronterizo de registro para los años 1999 y 2000. Para el año 1999, Texas concentraba el 26.9 % de la membresía, seguida por Arizona (14.9 %), Chihuahua (11 %) y California (11 %). En el 2000, Nuevo México concentraba el 17 % de la membresía, seguida por Texas (14.1 %) y Sonora (13.5 %). Como se puede observar la membresía de la AFMES proveniente de estados no fronterizos, en ambos periodo fue de alrededor del 10 %.

Gráfica 2
Distribución Relativa de la membresía de la AFMES de acuerdo al estado fronterizo de registro, 1999-2000



AFMES. Informe anual 1999-2000 y 2000-2001.

* Se excluyeron 51 miembros honorarios de la AFMES debido a que en dichos informes se omite la información sobre el país de residencia de dichos miembros.

La caracterización del perfil profesional de los agremiados de la AFMES se presenta de acuerdo a los criterios definidos en el reporte anual 1999-2000. En dicho informe se reporta el número de miembros afiliados por tipo de cuota anual devengada a la Asociación. El cuadro 3 presenta la distribución relativa de las cuotas de inscripción de los agremiados para los años 1999-2002 (AFMES 2000a). De acuerdo a dichos datos, en 1999, casi 3 de cada 4 socios se concentraban en los ingresos altos (\$50.00-\$75.00 dólares), es decir, eran socios cuyo perfil profesional estaba asociado con directores de área, administradores de la salud, médicos, directores de centros académicos y generadores de políticas. El resto de la membresía lo integraban los representantes comunitarios y el personal operativo de los servicios de salud. A partir del año 2000 se observa un incremento de la membresía de ingresos bajos ya que 3 de cada 5 miembros de la AFMES pagaban cuotas de inscripción en el rango de los \$15.00 a los \$25.00 dólares (AFMES 2000a).

Cuadro 3
Distribución relativa de las cuotas de inscripción
de los agremiados de la AFMES 1999-2002

Cuota de inscripción (dólares)	1999 (%)	2000 (%)	2001 (%)	2002 (%)
\$ 15.00	3	16	37	22
\$ 25.00	19	43	23	39
\$ 50.00	21	7	23	19
\$ 75.00	57	32	17	19

Fuente: AFMES (2002) Informe Anual 2001-2002 Secretariado, P. 12.

De acuerdo a un funcionario de la OPS, en años recientes se ha observado una disminución en el nivel de participación del personal médico y de enfermería en las reuniones anuales de la AFMES. Según la percepción de dicho funcionario, dicho evento es resultado de una menor presencia de los Jefes Estatales de salud en dichas reuniones. Los Jefes Estatales de salud de los diez estados fronterizos son ahora los comisionados de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos. Actualmente las sesiones que tienen como comisionados suplen al Grupos Conferencial de los Jefes Estatales, grupo éste que sesionaba durante la Reunión Anual de la AFMES.¹

Los Consejos Binacionales de Salud

Los Consejos Binacionales de Salud (COBINAS) son considerado el componente comunitario de la AFMES y la voz de esta institución en los sistemas locales de salud (AFMES 1996). Los COBINAS son la instancia responsable de examinar las necesidades y los problemas de salud de las comunidades fronterizas y de planear y operar programas de salud en el área geográfica donde se encuentran establecidos.

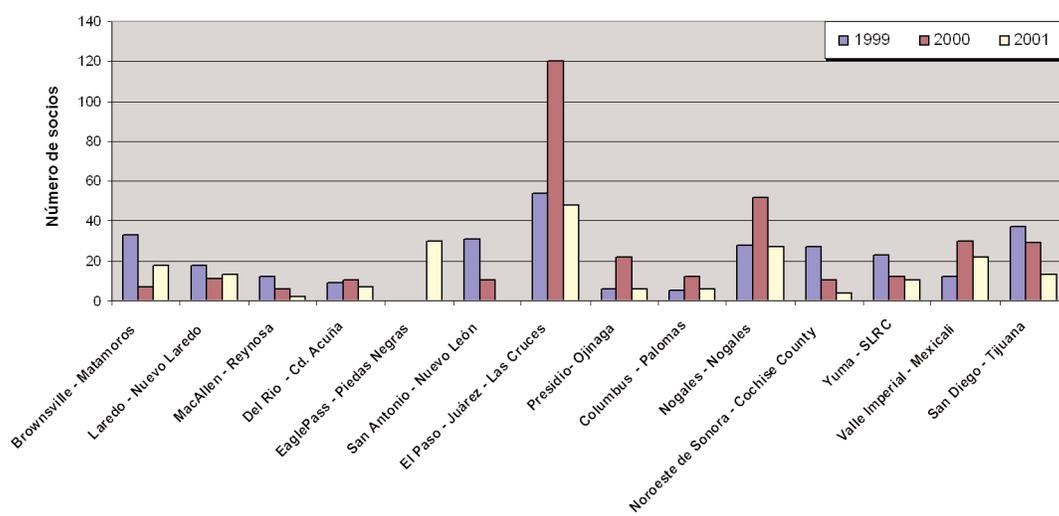
Los COBINAS cuentan con una mesa directiva con una copresidencia que es compartida entre un socio mexicano y uno estadounidense. Los socios de los COBINAS lo conforman "...todas aquellas personas interesadas en actividades y acciones tendientes a mejorar las condiciones de vida de la población del área geográfica del Consejo" (AFMES 2000b). Por reglamento los COBINAS deben sesionar por lo menos una vez al año, las sesiones son abiertas al público y regularmente se desarrollan de manera intercalada entre ambos países. Los COBINAS cuentan con diferentes Comités de salud los cuales son los responsables de la planeación y el desarrollo de programas en un área específica de salud (AFMES 2000b).

¹ En mayo del 2001 en la reunión del Grupo Conferencial de jefes Estatales se tomó la decisión de disolverse como Grupo Conferencial de la AFMES dados los múltiples foros que tienen que atender con objetivos similares (AFMES, 2004:4).

La gráfica 3 presenta el número de COBINAS y el número de socios que participaban tanto en el COBINAS y que eran socios afiliados a la AFMES durante el periodo 1999 y 2001.² De acuerdo a esta gráfica en dicho periodo había 13 COBINAS operando a lo largo de la frontera México-Estados. En el 2001, el COBINAS El Paso-Juárez-Las Cruces era el que tenía el mayor número de socios afiliados a la AFMES, contando con 48 socios. Este dato contrasta con el número de miembros afiliados en el COBINA McAllen-Reynosa o en el Noroeste de Sonora-Cochise County mismos que contaban con 2 y 4 miembros afiliados, respectivamente.

Algunos de nuestros informantes reportan que no todos los socios participantes en los COBINAS eran socios afiliados de la AFMES, esto a pesar de que constantemente se estimulaba la afiliación de dicha población a través de la exención del pago de la membresía.

Gráfica 3
 Número de cobinas y tamaño de la membresía de acuerdo al número de socios afiliados a la afmes, 1999-2001



Fuente : AFMES (2002) Informe Anual 2001-2002 Secretariado. P. 9.

Se observan variaciones entre los COBINAS respecto al número de días que sesionan durante el año. Datos del Informe Anual 2000-2001 muestran un rango amplio de variación en el número de sesiones que iba de una sesión anual en el COBINA Eagles Pass-Piedras Negras, a 8 sesiones en el COBINA Laredo-Nuevo Laredo (AFMES 2001). Según dicho informe, entre el periodo 1998 y 2000, los COBINAS reportaron en total aproximadamente 40 sesiones por año.

² Los datos aquí descritos fueron extraídos del Informe Anual 2001-2002. Dichos datos son descritos como “...el número de socios de la afmes que se han inscrito [a la afmes] favoreciendo con su membresía a los cobinas”, mientras que la segunda descripción los identifica como socios de los cobinas inscritos a la afmes (afmes 2002:9). Esta última interpretación es la descrita en este reporte

Los COBINAS muestran diferencias en su estructura y funcionamiento. Hay por ejemplo diferencias en los objetivos de sus reuniones de trabajo; la periodicidad con la que se organizan las sesiones; "...la cantidad de participantes y su pertenencia o no a la membresía de la AFMES; la cantidad de socios de un país y de otro... la elección de sus oficiales y la permanencia de los mismos; la periodicidad de elección; y la relación con el Secretariado [OPS]..." (AFMES 2000a). De acuerdo a datos de la página Web de la Asociación, el año 2007, la institución contaba con 12 COBINAS activos (AFMES 2007).

La reactivación de los COBINAS y el fortalecimiento operativo de los mismos fue identificada como otra prioridad para los ex-presidentes de la AFMES. Por ejemplo uno de nuestros entrevistados describe que durante su gestión como presidente, una de sus primeras tareas incluyó la visita del mayor número posible de COBINAS con el objetivo de identificar sus necesidades y tratar de establecer una presencia institucional ante los consejos. De acuerdo a su percepción "...algunos de ellos [COBINAS] estaban muy olvidados". Al respecto un funcionario de la OPS comentaba que para la AFMES "...mantener una presencia constante con el conjunto de los COBINAS resultaba ser una tarea muy difícil y costosa..." La presencia de barreras geográficas eran el principal obstáculos para que los funcionarios de la AFMES asistieran a las reuniones de los COBINAS.

A este respecto, un miembro activo de una COBINA, con más de 10 años de antigüedad, comentaba que la participación de los directivos de la AFMES en las reuniones del COBINA era un evento poco común. Según se indicaba, la comunicación con la AFMES estaba asociada con la entrega de reportes y la participación de la COBINA en la Reunión Anual. Para dicho participante existe poca comunicación de la AFMES con los COBINAS. Un ejemplo de esta falta de comunicación se hacía patente cuando había cambios de los Jefes Locales de salud en el lado de México. Al respecto comenta:

"...en la Asociación nadie se tomaba el tiempo para hablar con ellos [Jefes Locales] acerca de los COBINAS..." y del rol que ellos como Jefes Locales tenía en el Consejo.

Al mismo tiempo reporta que a veces sucedía que un Jefe Local de salud proveniente de México asistía a la Reunión Anual de la AFMES sin saber exactamente qué era la AFMES y cuál era su función en esta reunión. De acuerdo a nuestro informante era usual que para los Jefes Locales de salud que recién comenzaban su gestión, las reuniones de los COBINAS fueran interpretadas como iniciativas de los departamentos de salud y no como iniciativas "promovidas" por la AFMES.

Para algunos miembros de los COBINAS del lado mexicano, algunas de las iniciativas binacionales no han prosperado debido a la falta de liderazgo en los COBINAS y a la falta de apoyo por parte de los Jefes Locales de salud. Al respecto un miembro de uno de éstos comenta,

"...las reuniones ya no son como eran hace diez años. Teníamos muchas actividades binacionales y había mucha gente participando en las diferentes comisiones. Durante muchos

años el COBINA estuvo muy activo pero con la llegada del nuevo director, [jefe local de salud], ya no existe el mismo interés en el trabajo binacional...”

En México, la llegada de un nuevo Secretario de salud siempre crea incertidumbre respecto al nivel de apoyo que éste otorgará a las iniciativas binacionales. Con lo anterior, se observaba por ejemplo que si los Jefes Estatales de salud no tienen en su agenda inmediata el trabajo binacional, los Jefes Locales de salud no apoyan a su personal para que participe en las reuniones y en los Comités de salud de los COBINAS. Al respecto uno de los ex-presidentes de la asociación comentaba sobre su mandato:

“...nos faltó...trabajar más directamente con los Jefes Estatales de salud para fortalecer a la AFMES... y para que los Jefes Estatales y Locales brindaran el apoyo necesario a los COBINAS.” Este mismo ex-presidente reportaba “...la función de enlace político no se cubrió apropiadamente. Necesitamos trabajar más a nivel de los Jefes Estatales de salud. Creo que en la afmes hemos tenido la gente que puede hacerlo, que tiene contactos con funcionarios de alto nivel en ambos gobiernos... pero este trabajo de enlace no se esta haciendo apropiadamente...”

La función de enlace es vista como clave por los miembros de los COBINAS, sobre todo para los miembros de los COBINAS del lado mexicano, dado que si los Jefes Estatales perciben la importancia del trabajo binacional y la integran a su agenda de trabajo tan pronto como asumen su cargo, las actividades del trabajo binacional no se interrumpen.

Los miembros del COBINA perciben la existencia de asimetrías al interior del consejo o entre los COBINAS. Al respecto un miembro del COBINA del lado de Arizona comentaba que normalmente todas las reuniones en su COBINA se llevan a cabo del lado estadounidense. En este caso particular, existe una asimetría dado que probablemente el COBINA del lado mexicano no puede absorber los gastos asociados a la reunión, como son el ofrecer café y galletas a los asistentes, o bien por no contar con un espacio apropiado para el desarrollo de dicha reunión, lo que lleva a que la reunión se concentre en un lado de la frontera México-Estados Unidos. Aunado a esta situación, se percibe que las iniciativas reciente promovidas por la AFMES no toma en consideración que existen asimetrías entre COBINAS. Lo anterior lleva a que las iniciativas promovidas por la AFMES parecieran apoyar en mayor medida a los COBINAS “más grandes”, reduciéndose con esto el acercamiento con los COBINAS más pequeños o con aquellos que tienen más problemas operativos. Al respecto un miembro comentaba:

“...yo creo que la AFMES debería apoyar más a los COBINAS que tienen problemas y no solo aquellos COBINAS que están funcionando muy bien.”

Al interior de la AFMES se sabe de la existencia de diferencias en el funcionamiento y la capacidad de respuesta que los COBINAS tienen para algunas de sus iniciativas. Al respecto el director

de uno de los proyecto de la AFMES comentaba que recientemente se lanzó una convocatoria a los COBINAS para que aplicaran por recursos para el desarrollo de una conferencia. A pesar de que todos los COBINAS recibieron la convocatoria y que a todo por igual se les dieron las mismas instrucciones para la elaboración de propuestas, sólo algunos COBINAS lo hicieron de manera apropiada. Dichas diferencias son percibidas con mucha claridad por varios de nuestros entrevistados, cuando comentan que uno de los COBINAS, el que es identificado como “modelo”, es muy organizado y responde muy bien a todo tipo de iniciativas. Uno de los miembros del lado mexicano del cobina “modelo” comenta:

“...tengo la duda de por qué no recibimos más recursos económicos [*grants*] para nuestros programas. Nosotros aplicamos por recursos a diferentes agencias y a pesar de que nuestras propuestas son muy buenas y están muy bien escritas,—ya que las escribe gente que sabe muy bien como hacerlas—, solamente recibimos apoyo para algunos de nuestros programas... yo quisiera saber bien cuáles son los criterios de selección de los proyectos...”

Otro miembro de los COBINAS del lado estadounidense señala que algunas de las iniciativas que está promoviendo recientemente la Asociación, como por ejemplo el uso de tecnologías de información, que incluye la dotación de equipo de cómputo a los COBINAS, parecen poco viables para comunidades fronterizas muy pequeñas, con problemas de conexión de internet y con limitaciones de personal. Comentando acerca de una de estas comunidades dice: “...lo más probable es que la computadora se quede en la oficina del director y no pase nada con ella...”

Aun en comunidades no tan pequeñas, al preguntar a un miembro del COBINA sobre el equipo de cómputo y dicho programa se comentaba:

“...todavía no sabemos muy bien quién va a usa ese equipo...yo creo que como es información... el responsable de usarlo será el epidemiólogo...”

Para algunos miembros de los COBINAS la actividad más importante en su relación con la AFMES es la Reunión Anual. Al respecto se comenta que es muy positivo que algunos miembros sean exentados del pago de cuotas ya que esto ayuda a que la gente busque la manera de asistir a la Reunión Anual. Un socio de uno de los COBINA comentaba que la participación en la Reunión Anual les permite conocer qué es lo están haciendo los Comités de salud en el resto de los COBINAS. Al mismo tiempo se comenta que la estructura de la reunión de los COBINAS durante la conferencia “...no permite mucho la participación, ya que las intervenciones de los miembros... son muy breves...” Asimismo se percibe que estas reuniones no son manejadas de manera balanceada “...ellos [refiriéndose a los COBINAS de un estado fronterizo en particular] siempre tienen el control de las reuniones”.

Los Consejos Binacionales de Salud de la frontera Sonora- Arizona y su liderazgo

Los COBINAS de la frontera Sonora-Arizona tienen estructuras de operación diferentes. En esta región, una organización no gubernamental (ONG) localizada en el lado estadounidense contribuye de manera importante en las acciones operativas de un COBINA de la zona. Dado que uno de los objetivos de esta organización es la promoción de la cooperación binacional, esta institución invierte una cantidad importante de recursos económicos y humanos para garantizar el desarrollo de 4 reuniones anuales del COBINA. Dicha organización se hace cargo de todos los aspectos de logística asociados con el desarrollo de las reuniones del Consejo. Por ejemplo, ellos son responsables del envío de invitaciones en ambos lados de la frontera a todos los socios del COBINA, se encargan de los recordatorios, la agenda de trabajo, el equipo de traducción simultánea, el patrocinio de viajes y boletines de prensa. El evento es considerado como una actividad altamente relevante para la comunidad y se toman todas las medidas necesarias para otorgarle un nivel máximo de formalidad. Por lo anterior se busca garantizar la participación de los Jefes Locales de salud por el rol que estos tienen en la planeación e implementación de cualquier programa de salud.

En este COBINA, las reuniones se desarrollan de manera intercaladas entre un país y el otro, y todos los gastos relacionados con el desarrollo de las reuniones son cubiertos por el lado estadounidense.

“...sí, ellos se encargan de todo, nosotros nada más les decimos el lugar donde queremos que sea la reunión, que normalmente es el salón de un hotel y ellos se encargan de todo...ellos pagan la renta del salón, el servicio de cafetería, invitan, confirman y nosotros llegamos a trabajar.” Este fue el comentario de un miembro de dicha COBINA al referirse a la organización de una reunión. Este miembro comentaba “...hay cerca de 20 personas [de México]... trabajando en los diferentes Comités de salud.” “...se han hecho muchas cosas y se comparte mucha información. Por ejemplo hace poco terminamos de adaptar un programa para adolescentes diseñado en Estados Unidos...le tuvimos que hacer muchos cambios para adaptarlo a México, pero esta funcionando muy bien aquí.” También el intercambio de información se da de sur a norte: “...nosotros les hemos dado capacitación a ellos [frontera de Arizona] sobre nuestros programas de vacunación...ya que nuestros programas son muy buenos y ellos tienen problemas en esa área...”

La entrevista con el líder de esta ONG nos permitió adentrarnos en las motivaciones que dicha agencia tiene para garantizar el desarrollo de las reuniones del COBINA. De acuerdo a nuestro informante la única motivación de su agencia es garantizar que la reunión se lleve a cabo, se tomen decisiones y se diseñen estrategias para resolver los problemas de salud de la frontera. Se enfatiza que la reunión del COBINA en sí misma compromete a muchas agencias a trabajar en pro de la salud de las comunidades fronterizas, dado que hay muchos individuos y organizaciones comprometidos con el trabajo binacional. Estos recursos humanos (*in-kind resources*), son muy importantes para el desarrollo de las iniciativas binacionales dado que ellos trabajan en proyectos

específicos, independientemente de la existencia o no de recursos financieros en la zona. Esta es una de las razones por la cual es importante que las reuniones del COBINA se lleven a cabo y que cuenten con el mayor número posible de participantes de todos los sectores sociales (agencias públicas y privadas). Esta agencia ofrece también apoyo técnico para la elaboración de propuestas que permitan la obtención de recursos económicos, que puedan ser usados por los Comités de salud en la implementación de sus iniciativas de trabajo en la frontera. De acuerdo a nuestro informante, una vez que los Comités de salud tienen algún proyecto en mente, la agencia busca posibles fuentes de financiamiento y se les brinda apoyo técnico para el desarrollo de sus propuestas. Ellos cuentan con personal experimentado en el desarrollo de propuestas y conocen muy bien los requisitos que demandan las agencias que financian programas de salud. Dicha agencia, muchas veces opera como conducto a través del cual se reciban los recursos financieros, que luego son canalizados a la frontera de Sonora, Arizona o a ambas fronteras, según sea el caso.

El nivel de conocimiento de esta agencia sobre el perfil de las instituciones mexicanas que participan en las reuniones del COBINAS es muy extenso. Normalmente en las reuniones de este COBINA se cuenta con la participación de todo tipo de agencias gubernamentales, privadas y de la sociedad civil de ambos lados de la frontera. Del lado mexicano destacan agencias como clubes sociales y de servicio, MEXFAM, protección civil, Desarrollo Integral de la Familia (DIF), asociaciones de profesionistas (psicólogos, dentistas y médicos), universidades, preparatorias técnicas (Cetis y Cebatis), el H. Cuerpo de bomberos y el Centro de Salud Animal y de Control Antirrábico, entre otros. Al mismo tiempo se describe que algunos miembros de dichas agencias participan en alguno de los Comités de salud que existen en la zona, ya sea el Comité de salud materno-infantil, el de medio ambiente, el de enfermedades transmisibles (enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH y tuberculosis), el de atención de emergencias (bio-terrorismo), el de salud reproductiva (cáncer cérvico uterino y salud de mama), el de salud bucal y el de salud infantil (vacunación).

Programas y proyectos

En esta sección se buscaba identificar los programas desarrollados por la AFMES durante el periodo 1997-2007. En este apartado se describen los temas de salud abordados por los programas, la cobertura geográfica de los mismos y las fuentes de financiamiento. La lista de programas y proyectos aquí presentada no es exhaustiva dado que tuvimos acceso a información sólo para ciertos años durante el periodo referido. Asimismo hay variaciones importantes en el formato de los informes anuales de la AFMES, documentos éstos que fueron la fuente principal de datos para el desarrollo de esta sección.³ El cuadro 4 presenta un resumen de los programas de la AFMES. De acuerdo a estos datos los programas y proyectos enfatizan en la prevención de enfermedades infecciosas como tuberculosis y el VIH-SIDA. Otros programas desarrollados por la Asociación dan

³ La duración de los proyectos o programas no es establecida con mucha precisión en los informes anuales de la AFMES. Así que los sombreados describen periodos aproximados en la duración de los programas y proyectos.

cuenta de iniciativas en el área de prevención del uso de sustancias adictivas e iniciativas orientadas al fortalecimiento de las capacidades técnicas de los departamentos locales de salud. De acuerdo a los documentos analizados una de cada cinco iniciativas binacionales se concentraron en la frontera de Ciudad Juárez-El Paso mientras que un porcentaje similar (21 %) fueron iniciativas de cobertura nacional. Los programas nacionales promovidos por la Asociación se concentraban principalmente en la prevención de enfermedades infecciosas. Como se puede observar en el cuadro, las fuentes de financiamiento de los programas son muy diversas, aunque en el caso de las iniciativas de corte nacional la fuente única de financiamiento fue el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés). Una característica de los programas de cobertura nacional es que los mismos parecen tener una mayor permanencia en el tiempo (Promovision y Enlaces) comparado con las iniciativas fronterizas. Un director de uno de los proyectos de la AFMES comentaba que la CDC reconoce a la Asociación como una agencia experimentada en el área de VIH-SIDA y que hay mucho interés en trabajar con ellos sobre todo en el área del fortalecimiento de capacidades (*capacity building*). De acuerdo a este director, los programas financiados por la CDC son iniciativas nacionales y regionales, por lo que el impacto de dichas iniciativas se da tanto a nivel nacional como en los estados fronterizos.

Respecto a los planes actuales y futuros en el desarrollo de proyectos, un funcionario comentaba que la AFMES busca proyectarse como una agencia que ofrece “programas de capacitación y asistencia técnica”, además se estarse valorando el desarrollo de programas dirigidos a población latina residente en los estados no fronterizos. En el mismo sentido un director de proyecto de la AFMES comentaba que la Asociación ha tenido que diversificar sus fuentes de financiamiento, incluyendo dentro de sus proyectos y programas iniciativas que se desarrollan en estados no fronterizos, esto como resultado de la escasez de fuentes de financiamiento para el desarrollo de iniciativas en la frontera México-Estados Unidos.

Cuadro 4		1	1	2	2	2	2	2	2	2
Programas y proyectos de la AFMES, fuentes de financiamiento y cobertura de los mismos para selectos años		1	1	2	2	2	2	2	2	2
Programas y proyectos		9	9	0	0	0	0	0	0	0
Fuente de financiamiento y Cobertura		7	8	0	1	2	4	7	4	7
Cooperative Agreement with National Regional Minority Organization in HIV Prevention (NRMPO). Programa de capacitación a grupos de planeación comunitaria para abordar necesidades de prevención de VIH	CDC/ Nacional y regional									
Proyecto Juntos. Control de tuberculosis	CDC, OPS, AFMES, departamentos de Salud (Texas y Chihuahua)/ Ciudad Juárez-El Paso									
Proyecto Ciudades Hermanas (1991-). Reforzar y fortalecer la capacidad de los departamentos locales de salud en el desarrollo de programas binacionales de salud. Proyectos semillas.	Iniciativa de U.S.-Mexico Border Health Task Group									
Programa de Capacitación y asistencia técnica (1993-2000). Prevención de VIH/ETS (población latina)	CDC/ nacional									
Enlaces. Proyecto de construcción de capacidades en la comunidad / prevención de SIDA (1999-2004)	Programa de la CDC/ Cobertura nacional (población latina)									
Internacional AIDS Empowerment Project. Servicio de atención a personas VIH positivas	Levi-Strauss Foundation/ Ciudad Juárez-El Paso									
Border CAPT (1998-2001). Prevención de abuso de sustancias. Proyecto de colaboración con Border Health Foundation	Centro de Prevención contra el Abuso de Substancias / Frontera									
FORD/ Espiral/ AFMES (1997-1999). Educación, prevención y atención médica a pacientes infectados con VIH y/o SIDA	Fundación Ford/ Frontera									
Proyecto Promotores. (1999-2001). Mejorar el acceso, la utilización, la calidad y la continuidad del cuidado de pacientes hispanos VIH positivos o con SIDA. Colaboración Universidad de Texas, Camino de Viday Southwest Cares	Health Care Finance Administration / Frontera									
TCM y VIH/SIDA. Población Hispana	Health Care Finance Administration / Frontera									
Cura a Cura. (1999-2003) Programa de capacitación/ necesidades de prevención de VIH orientada a hombres que tienen sexo con otros hombres.	OPS/OPS. Múltiples colaboradores con seminarios en la frontera y otros ciudades no fronteriza									
Capacitación sobre Estudio de Comportamiento y Epidemiología de SIDA (SIDA-BEST). Prevención de SIDA	Fundación Mundial de SIDA, Universidad de Nuevo México y El Programa Compañeros									
Promovision (1999-2004). Programa de fortalecimiento de capacidades comunitarias/ SIDA, género y sexualidad. Programa orientado a población latina	Programa de la CDC/ Cobertura nacional CA, FL, IL, LA, NY, PR, TX y otros estados									

4 AFMES. Información reportada en la página de Internet <http://www.usmbha.org/esp/projects/index.htm>

Cuadro 4 (continuación)		Fuente de financiamiento y Cobertura									
Programas y proyectos de la AFMES para selectos años		1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
<i>Migrantes Unidos</i> . Desarrollo de liderazgo y apoyo a nivel local, estatal nacional y binacional para programas y políticas para la prevención de VIH entre trabajadores agrícolas migrantes (2001-2005)	Fondo de Justicia para Trabajadores Agrícolas/ Frontera	9	9	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Frontera Sin Sida</i> . (1994-2001) Proyecto con la Fundación Comunitaria de El Paso	Fondo Nacional del SIDA y la Fundación Elton John / El Paso-Ciudad Juárez-Las Cruces	7	8	0	1	2	4				
<i>Proyecto de Eliminación de Disparidades</i> (2001-2004). Disminuir disparidad en el servicio de salud mental y/o abuso de substancias con motivos raciales y étnicos. Múltiples colaboraciones	SAMHSA / Frontera (CA, AZ, NM y TX)										
<i>Importancia aplicada en la utilización de servicios de salud y la adaptación de modelos de otorgamiento de servicios de salud</i> (2001-2006). Proyecto de investigación orientado a la detección de VIH en poblaciones fronterizas	HESA/ Frontera										
<i>Alianza Binacional de Coaliciones Fronterizas</i> . Información sobre prevención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones	SAMHSA / frontera										
<i>Mujeres Saludables</i> . aumentar la capacidad de organizaciones de base para mejorar los servicios de prevención de VIH/SIDA a poblaciones de grupos inmigrantes	Oficina de Disparidad de Salud del CDC										
<i>Brownsville-Matamoros Sister City Project</i> . Evaluar un sistema para recolectar datos estandarizados de la salud reproductiva y enfermedades crónicas en ambos lados de las 2,000 millas de la frontera entre los EEUU y México.	USAID / Frontera Brownsville-Matamoros										
<i>Alianza por la Acción Social en TB / VIH-SIDA</i> .	USAID/ frontera										
<i>Uso de Metanfetamina en los Estados Unidos – frontera de México</i> . Proyecto de investigación.	The Center Border Health Research, El Paso, Texas / Frontera										
<i>Border TB Photovoice Project: Voice and Images. (2006)</i>	Amaya-Lacson TB Photovoice Project. Frontera Ciudad Juárez - El Paso										

5 AFMES. Información reportada en la página de Internet <http://www.usmbha.org/esp/projects/index.htm>

CONCLUSIONES

Algunas de las conclusiones generales a las que arribamos con este reporte se resumen en lo siguiente:

- En las últimas décadas, la membresía de la AFMES ha sido muy fluctuante. Se observa una tendencia a la baja a partir de la década de los setentas, por lo que se observa que a principios del Siglo XXI la membresía se ha reducido poco más del 50% respecto a los años sesentas. La información consultada muestra que a lo largo de su historia la Asociación ha seguido un conjunto de estrategias para fortalecer su membresía, destacando el otorgamiento de un conjunto de estímulos a los miembros. Un aspecto ausente en la descripción de dichas estrategias es la falta de evaluación del impacto que en el crecimiento de la membresía ha tenido cada una de dichas estrategias.
- Según algunas de nuestras fuentes, el descenso reciente de la membresía de la AFMES ha estado ligado a la presencia de nuevos actores en la frontera, tales como la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos. La presencia de esta agencia ha favorecido una reducción en la participación de autoridades de alta jerarquía en la Reunión Anual de la AFMES, lo cual ha tenido un impacto en la participación del personal operativo, principalmente, personal médico y de enfermería. Por otra parte, existe incertidumbre en un sector de los entrevistados, y por lo tanto un distanciamiento con la Asociación, vinculado a la percepción que se tiene de que los esfuerzos de la AFMES no están enfocados plenamente en la resolución de los problemas de salud de la región fronteriza México-Estados Unidos sino más bien en contextos no fronterizos, con un énfasis en el lado estadounidense. Finalmente algunos de los entrevistados hicieron observaciones vinculadas con el área de publicaciones, elemento éste que es visto como un incentivo para acercarse a la Asociación, principalmente para los que son parte del sector académico.
- Varios informes de la AFMES enfatizan la necesidad de diversificar el perfil profesional de sus socios. Respecto a este punto, se enfatiza la necesidad de buscar un balance en la participación de los diferentes sectores de la población para garantizar con esto un equilibrio en la manera como los problemas de salud son interpretados y las posibles soluciones que se implementen.
- Las fluctuaciones en el número de afiliados por áreas geográficas nos habla también de que la influencia de la AFMES en ciertas áreas de la frontera norte pudiera estar vinculada con eventos coyunturales. Al respecto, observamos que en 1999, uno de cada 4 socios de la AFMES provenían del estado de Texas mientras que al siguiente año la membresía en dicho estado se redujo substancialmente, representando solamente el 14% del total de los agremiados. Lo anterior pudiera estar vinculado a eventos como, el desarrollo de la Reunión Anual de la AFMES en cierto estado fronterizo, produciendo con esto un número mayor de socios en el estado sede de la reunión; o tal vez al desarrollo de programas en ciertas áreas de la frontera.

- La asimetría operativa entre los COBINAS localizados a lo largo de la frontera debe ser un punto a considerar en el desarrollo de cualquier iniciativa de cooperación binacional. La asimetría entre COBINAS incluye diferencias en la formación de capacidades técnicas de sus miembros que les impide acceder a los recursos económicos disponibles en la región. A este respecto la AFMES se presenta como una institución de vanguardia en la formación de capacidades técnicas en el área de las enfermedades infecciosas y esto se demuestra por el rol protagónico que esta teniendo en los programas de la CDC a nivel nacional. Faltaría establecer los puentes para que estos programas de formación de recursos humanos sean accesibles para el conjunto de los COBINAS pero principalmente para los COBINAS más pequeños.
- La asimetría en las oportunidades de reunirse a discutir los problemas de salud comunes a la frontera es otro componente a considerar. A este respecto es necesario que la AFMES retome su rol de enlace entre las autoridades de salud de alto nivel y las agencias locales de salud. Algunos de los COBINAS que en el pasado eran muy activos no pueden concretizar su trabajo binacional debido a que algunos Jefes Estatales de salud no tienen una agenda de salud binacional bien definida. Esta situación impide que los miembros de los COBINAS pueden reunirse con su contraparte fronteriza, lo que limita el desarrollo de cualquier iniciativa de salud en el área.

La asimetría interna entre COBINAS es otro componente que preocupa a los que creen firmemente en el trabajo binacional. Debe existir un balance entre las partes para que los programas, proyectos y los beneficios de cualquier iniciativa de salud sean equitativos. Hay que estimular la participación de los diferentes sectores sociales y promover que el desarrollo de las reuniones de los COBINAS se distribuyan entre ambos países.

Resumiendo, los objetivos de una red de salud pública en la frontera Sonora-Arizona deben contemplar los siguientes aspectos:

- a) La identificación de una agenda común de salud y de medio ambiente para las comunidades de la frontera Sonora-Arizona;
- b) La identificación de las fortalezas y debilidades de las agencias locales en el desarrollo de programas y proyectos en el área de salud y en el área de medio ambiente a lo largo de la frontera Sonora- Arizona;
- c) El desarrollo de iniciativas tendientes al fortalecimiento de las capacidades locales que contribuyan a eliminar las asimetrías en la capacidad de respuesta a las ofertas de recursos financieros y de colaboración en la zona;
- d) Eliminar las barreras institucionales, geográficas y culturales que reducen las oportunidades de cooperación binacional;
- e) Contribuir en la identificación de liderazgos locales y apoyar el desarrollo de sus capacidades para que estas sean usadas en beneficio del trabajo binacional;

- f) Facilitar el desarrollo de iniciativas binacionales que promuevan el intercambio de recursos (información, bienes y servicios) entre agencia de ambos lados de la frontera; y
- g) Fortalecer las iniciativas desarrolladas por los Consejos Binacionales de Salud en la zona rescatando las experiencias exitosas de colaboración que puedan ser replicadas en otras áreas de la frontera Sonora-Arizona.

Pensando en términos de la integración de una red de salud pública binacional, sería pertinente pensar en los siguientes aspectos:

- Definir con precisión las características profesionales de los posible miembros de la red de salud pública;
- Definir cuales serán los incentivos para atraer y retener dichos miembros;
- Ofrecer un liderazgo versátil, es decir que tenga la capacidad de negociar entre las agencias de salud públicas y privadas y puentear entre éstas;
- Presentarse como una instancia que puede contribuir en la formación de recursos humanos en el área de la planeación, promoción y evaluación de los programas de salud y medio ambiente.
- Promover la búsqueda equitativa de recursos financieros para el conjunto de los actores de la región Sonora-Arizona. Inicialmente el énfasis pudiera ser en las áreas más aisladas, así como aquellas de alto crecimiento poblacional. Cualquier iniciativa que pretenda realizarse a nivel regional necesita tomar en cuenta las disparidades regionales. La posible influencia que la red de salud pública busque tener en la frontera Sonora- Arizona debe buscar el equilibrio de sus iniciativas entre el conjunto de las ciudades fronterizas y evitar que estas se concentren en un sólo punto geográfico.

REFERENCIAS

AFMES

_____. 1996. A frontera compartida: problemas de salud similares; estrategias de salud unidas. El Paso, TX.

_____. 2000a. Informe Anual 1999-2000. Pp. 19. El Paso, TX: AFMES.

_____. 2000b. Reglamento de los Consejos Binacionales de Salud de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud. Pp. 8.

_____. 2001. Informe Anual del Secretariado, 2000-2001. Pp. 32: AFMES.

_____. 2004. Informe Anual 2003-2004, Secretariado. Pp. 35. El Paso, TX: AFMES.

_____. 2007. Los Consejos Binacionales de Salud. El Paso, TX.

Brennan, B. 2004. US-Mexico Border: Historical Agreement for Health: PAHO.

OPS

_____. 2002. Sesenta años de compromiso por la salud fronteriza. Pp. 115: OPS Oficina de Campo de la Frontera México-Estados Unidos

USMBHA

_____. 1997. Executive Director's Annual Report, 1996-1997. Pp. 23. El Paso, TX: USMBHA

_____. 1998. Annual Report 1997-1998. Pp. 23. El Paso, TX: USMBHA.