

COVID-19: GOBERNANZA, SOSTENIBILIDAD EN LOS SISTEMAS DE SALUD Y LABORAL EN LA FRONTERA NORTE Y BUENAS PRÁCTICAS

José María RAMOS GARCÍA*

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Propuesta de política de salud de la nueva administración federal, 2018-2020.* III. *Modelo de APS-I y el INSABI y los retos de la agenda post COVID-19.* IV. *Modelo de GpR y elementos de gestión.* V. *Contexto de la pandemia y sus impactos nacionales y en las fronteras de estudio.* VI. *Iniciativa México y Estados Unidos para combatir la pandemia de COVID-19.* VII. *Factores de contagio en la frontera México-EEUU y los flujos transfronterizos.* VIII. *Gestión inclusiva, sanitaria, laboral y económica en la industria maquiladora.* IX. *Conclusiones.* X. *Bibliografía.*

I. INTRODUCCIÓN

El objetivo general es presentar el aporte y relevancia de la Gobernanza por Resultados (GpR) de los sistemas de salud, según ciudades de la frontera noroeste en materia del COVID-19 y una agenda post COVID-19. Se propone la hipótesis en el sentido de que la ausencia de un modelo de GpR ha dificultado una eficaz coordinación interinstitucional y, con ello, no se ha fortalecido la sostenibilidad de los sistemas de salud en especial los del sector público ante el COVID-19. Por tanto, existirán dificultades para gestionar la resiliencia de una agenda post COVID-19 del mediano (tres meses) y largo plazo (un año).

La *importancia* de las ciudades de estudio se refleja en el siguiente cuadro, destacando tres ciudades de la frontera noroeste en contagios y muertes, en parte, por la intensidad de los flujos transfronterizos, la movilidad urbana y la ausencia de políticas multinivel y transversal.

* Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6440-6470>.

Defunciones y casos confirmados por COVID-19
en ciudades de la noroeste de México

<i>Ciudad</i>	<i>Defunciones</i>	<i>Contagios</i>
Tijuana	483	1 976
Mexicali	190	2 097
Hermosillo	11	556
Ciudad Juárez	230	880
Tapachula	15	216
Tuxtla Gutiérrez	23	528
San Cristóbal de las Casas	6	114
Villahermosa	243	1 949
Cancún (Benito Juárez)	243	1 262
Playa del Carmen (Solidaridad)	49	278

FUENTE: Gobierno de México (2020), datos COVID-19 al 27 de mayo.

El anterior escenario podría aumentar con base en que se concibe que la epidemia en México se encuentra en crecimiento y cercana a la zona del pico de la curva. Se estima en alrededor de 176,800 el número total de positivos identificados y alrededor de 17,680 el número de defunciones al término de la enfermedad, entre agosto y septiembre.¹

En este escenario, es fundamental el aporte de un modelo de GpR² que les permita contar con una eficaz gestión reactiva, preventiva y estratégica de la política sanitaria, con la finalidad de reducir un mayor contagio y muertes y los efectos colaterales de una agenda post COVID-19: aumento de contagios por enfermos asintomáticos, a causa de una limitada aplicación de tests y por medidas de confinamiento flexibles a partir de junio de 2020; impacto epidemiológico de las personas contagiadas y la deficientes atención médica.³ Y los efectos de posibles contagios por una cierta flexi-

¹ Miramontes, O., “Entendamos el COVID-19 en México”, México, UNAM, Instituto de Física, 2 de junio de 2020, disponible en: <http://scifunam.fisica.unam.mx/mir/corona19/covid19.pdf>.

² Falcao, H. y Marini, C., Una guía de gobernanza para resultados en la administración pública, Brasilia, Publix Editora, 2010; Moore, 2011.

³ Serrano, E. *et al.*, “¿Y después de la fase aguda de la COVID-19 qué?”, *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 2020, disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2628; Wheeldon, T., “For Some Survivors, Coronavirus Complications Can

bilidad en las políticas de normalidad y, en el caso de la frontera norte, la ausencia de eficaces protocolos sanitarios en el cruce fronterizo desde Estados Unidos (285, 686 personas contagiadas) hacia las ciudades fronterizas mexicanas (21, 190 personas contagiadas) al 14 de junio de 2020.

En estos dos escenarios (ampliación de la pandemia y los efectos post COVID-19) es fundamental articular el modelo de GpR con el Modelo de Atención Primaria de Salud Integral (APS-I) y con las políticas del es el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABIN).

Centralización y descentralización del sistema nacional de salud: contexto y alternativas

A manera de antecedentes, el desafío en materia de sistemas de salud en América Latina es enorme, debido a la combinación letal de Estados débiles y sistemas de salud frágiles, con altos niveles de pobreza, desigualdad, informalidad y discriminación hacia prestadores de servicios de la salud y pacientes. Además, existen amplios sectores de la población que trabajan por cuenta propia (53%), que carecen de seguro de desempleo (vigente en solo seis países de la región), que no cuentan con seguro médico (43% de la población), que son muy vulnerables frente a la pandemia y seguramente vivirán momentos muy difíciles.⁴

En el caso mexicano, la descentralización asociada al seguro popular o SPSS del sexenio del presidente Vicente Fox (2000-06) generó de forma inicial —un sexenio— un fortalecimiento de los recursos económicos para las entidades federativas y así se pudo aumentar la cobertura de la población abierta o sin seguridad social, pasando de 10-17% (1974-2000) a 51.1-82.3% entre los años 2006-2015.

Sin embargo, los objetivos del SPSS⁵ de asegurar la atención primaria a la salud no se cumplieron totalmente, porque la decisión de las nuevas inversiones sanitarias (clínicas, personal e insumos) se condicionaron por

Last a «Lifetime», *France24*, 2020, disponible en: <https://www.france24.com/en/20200402-for-some-survivors-coronavirus-complications-can-last-a-lifetime>.

⁴ Bitar, Sergio y Zovatto, Daniel, “El impacto del coronavirus en el futuro de América Latina”, 23 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.idea.int/es/news-media/news/es/el-impacto-del-coronavirus-en-el-futuro-de-america-latina>.

⁵ El 30 de abril de 2003, el Congreso aprobó la reforma a la Ley General de Salud (SPSS). Esta reforma sienta las bases para promover una mayor equidad en el financiamiento de la salud y para extender el aseguramiento público a la población sin acceso a la seguridad social, mediante la institucionalización del Seguro Popular de Salud.

decisiones políticas estatales, lo que generó acciones de discrecionalidad. De esta manera, no se establecieron las bases para articular un eficaz sistema de salud basado en una GpR.⁶

Entre rasgos estructurales de la atención a la salud en México se pueden mencionar los siguientes: desarticulación del sistema entre instituciones y programas; cobertura insuficiente y desigual; insuficiencia de recursos presupuestales; desequilibrios financieros entre los subsistemas; baja eficacia en la asignación de los recursos; mala utilización de las unidades y la infraestructura; desigual distribución de la infraestructura de salud en el territorio nacional.⁷

La inversión en salud no solo es menor a la requerida y esperada para un país con el nivel de desarrollo y necesidades del nuestro y que se han agudizado los efectos sanitarios del COVID-19, aunado a que el financiamiento tiene deficiencias y su distribución no contribuye a reducir las disparidades en los indicadores de salud.⁸

Se puede considerar que los anteriores déficits obedecían a la importancia/necesidad sanitaria de un proceso de GpR. Después de tres sexenios, el SPSS descentralizado era irreconocible y tuvo problemas financieros por deudas y gastos innecesarios, por una ineficaz GpR y, en especial, por una deficiente gestión estratégica financiera. Este contexto, obligó a la nueva administración de López Obrador (2019-2020) a promover la transición del SPSS al INSABI, lo que plantea algunos desafíos de gobernanza y política sanitaria para enfrentar la actual crisis sanitaria y la agenda post COVID-19.

II. PROPUESTA DE POLÍTICA DE SALUD DE LA NUEVA ADMINISTRACIÓN FEDERAL, 2018-2020

La nueva administración federal ha detectado irregularidades en la compra de medicamentos, hospitales abandonados y muerte de personas por problemas en los servicios sanitarios. Estos problemas asociados con la actual pandemia de coronavirus ha hecho más difícil atender la emergencia. Desde la perspectiva gubernamental, parte del problema es que los gobiernos anteriores dejaron de hospitales inconclusos, lo cual obligó a las autoridades

⁶ Falcao, H. y Marini, C., *op. cit.*; Moore, 2011, *cit.*

⁷ Lomelí, L., “Retos para garantizar el derecho a la salud”, en Cordera, R. y Provencio, E., *Cambiar el rumbo, el desarrollo tras la pandemia*, UNAM, 2020, p. 97.

⁸ *Idem.*

sanitarias a establecer un plan de emergencia para cubrir las carencias. Otro problema es el sistema de compra y distribución de medicamentos, que según las autoridades se concentró en unos cuantos proveedores.

En ese contexto, se justifica el papel de las APS-I como una alternativa viable para prevenir enfermedades y contagios en los estratos populares que carecen de un servicio médico. En suma, el sistema de salud en México ha acumulado en las últimas tres o cuatro décadas un enorme rezago en aspectos fundamentales para garantizar el derecho a la protección de la salud y, por tanto, tener la capacidad institucional de evitar un aumento de la pandemia por COVID-19.

III. MODELO DE APS-I Y EL INSABI Y LOS RETOS DE LA AGENDA POST COVID-19

Se considera que el fortalecimiento del modelo (APS-I) (Secretaría de Salud, 2019), promovido por la actual administración federal, considera la prevención, detección y tratamiento de enfermedades como una alternativa para reducir los efectos post COVID-19, si se fortalece con una eficaz GpR en materia de salud, vigilancia epidemiológica y prevención de enfermedades.

El INSABI que inicio funciones el primero de enero de 2020 como un órgano descentralizado de la Secretaría de Salud. El nuevo Instituto brinda servicios de salud gratuitos y de calidad a todas las personas que se encuentren en el país y no cuenten con seguridad social; se hará bajo criterios de universalidad, igualdad e inclusión.⁹

El INSABI implica un nuevo esquema de coordinación con las entidades que, entre otras cosas, evitará la duplicidad o dispersión de plazas médicas, permitirá lograr ahorros y combatir la corrupción en la compra de medicamentos, lo cual se hará de manera consolidada con la SHCP, además que dará oportunidad a una mejor planeación y ejecución de recursos para la infraestructura médica.¹⁰

Se cuestiona si la creación de un nuevo programa no abona en la segmentación de los servicios públicos de salud, en la heterogeneidad de sus

⁹ Los beneficiarios del INSABI recibirán servicios médicos sin restricciones porque habrá atención universal para todos los padecimientos, incluidos aquellos que generan gastos catastróficos, para lo cual se ha creado el Fondo de Salud para el Bienestar; también recibirán medicamentos gratuitos y demás insumos requeridos para sus tratamientos. INSABI, "Instituto de Salud para el Bienestar", 2020, disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/articulos/instituto-de-salud-para-el-bienestar-230778>.

¹⁰ *Idem*.

prestaciones y en la ineficiencia operativa del sistema nacional de salud.¹¹ Sin duda la prioridad presupuestal que reciba este nuevo organismo, aunado a un adecuado diseño organizacional e institucional, son requisitos indispensables para que pueda cumplir con su propósito fundacional.

IV. MODELO DE GpR Y ELEMENTOS DE GESTIÓN

Por lo anterior, si bien se reconoce que “es complejo apostar a un sistema integral en un contexto de heterogeneidad tecnológica y de cambios de fondo en la operación del sistema de salud”, se considera que es positiva la centralización administrativa, si ésta es eficaz y basada en un modelo de GpR y que genera redes (rendición de cuentas, insumos médicos y no médicos, y, sobre todo: *i*) un eficaz manejo de los recursos humanos y las decisiones de en dónde construir establecimientos de salud guiados por estudios de mercados y no con criterios políticos), aunque es fundamental, por la heterogeneidad sanitaria y tecnológica, que las gobernanza en salud se ejerza de forma descentralizada, adaptada a las circunstancias de cada región/Estado. Lo que en la práctica ha sucedido con la gestión de la pandemia, en especial por el papel destacado que han tenido los estados de Nuevo León, Jalisco, Coahuila, Chihuahua y Tamaulipas.

Desde esa perspectiva, el modelo de GpR considera los siguientes elementos de gestión del nuevo sistema de salud asociado a las APS-I:

- *Visión* de una gobernanza articulada a la pertinencia, accesibilidad y prevención del sector salud y asociada al APS-I.
- *Modelo de dirección transversal*; la dirección impacta en diferentes dimensiones (financiero, política, sanitaria, social).
- *Liderazgo estratégico* para generar consensos diversos que permitan la viabilidad de las políticas.
- *Agenda estratégica*, se definen las prioridades de intervención, acorde al impacto pertinencia transversal.
- *Coordinación intraorganizacional e interinstitucional*, con actores gubernamentales, personal médico, sociedad civil y empresarial bajo una visión social y sanitaria compartida y acciones focalizadas consensuadas.
- *Estrategias transversales* para el fomento de las APS-I, se implementan diversas estrategias en distintas dimensiones (social, médico, género).

¹¹ Lomelí, L., *op. cit.*, p. 99.

- *Contractualización*; se establecen convenios para incentivar las buenas prácticas o un mejor desempeño institucional, organizacional y laboral.
- *Implementación transversal* de políticas para la salud, ejecución de diversas políticas.
- *Viabilidad financiera, política y legal* para alcanzar los objetivos prioritarios previstos.
- *Planificación estratégica* articulada con Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA).
- *Evaluación de los impactos del modelo transversal* para salud, identificación de los resultados e impactos sociales de las políticas.
- *Monitoreo de las políticas transversales*; seguimiento integral de las políticas verificando logros y resultados en materia de salud, que impactan en una mejor convivencia humana y, en general, en el desarrollo.
- *Indicadores de gestión en materia de salud con desarrollo humano, institucionales y de gestión* para la implementación de una política integral.¹²

El modelo de GpR integra a los elementos anteriores de gestión de acuerdo a una agenda, prioridades, disponibilidad de recursos, tipo de necesidades y el impacto esperado.¹³ En las experiencias de gestión del COVID-19 en México y, en general, internacionales, se han destacado una adecuada gestión y planificación de esos elementos, al igual que una eficaz coordinación interinstitucional.

V. CONTEXTO DE LA PANDEMIA Y SUS IMPACTOS NACIONALES Y EN LAS FRONTERAS DE ESTUDIO

Hasta el 27 de mayo del 2020, México formalmente había registrado 78 023 personas contagiadas de las cuales han fallecido 8 597 pacientes COVID-19, y se han recuperado 54 383.¹⁴ Al 14 de junio México tiene 150 264 personas contagiadas y 17 580 personas fallecidas. Es decir, en dos semanas se registró

¹² Adaptado con base en Agranoff, R., “Las relaciones y la gestión intergubernamental”, en Bañón R. y Carrillo, E., *La nueva administración pública en España*, Madrid, Alianza, 1997; Moore, *cit.*, y Falcao y Marini, *op. cit.*

¹³ Moore, *cit.*

¹⁴ Worldometer, “COVID-19 Coronavirus Pandemic”, 2020, disponible en: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.

un aumento del cerca del 50% en contagiados y fallecimientos. Con lo cual el país se ubica entre los 14 países con mayores contagios a nivel internacional.¹⁵

A diferencia de otros países afectados, en el caso de México, uno por cada nueve pacientes enfermos de COVID-19 fallece.¹⁶ Por ejemplo, si se compara la tasa de letalidad nacional por COVID-19 con la de Estados Unidos, con más de 1.7 millones de enfermos, registra este país una defunción por cada 17 pacientes enfermos.¹⁷

Esta es una cifra preocupante, que es reflejo de una diversidad de causas, entre ellas, las limitaciones de una eficaz gobernanza de la política sanitaria y la atención que reciben los pacientes por contagio a causa de limitados protocolos, falta de equipo y las limitaciones de la política de atención primaria. Este contexto explicaría la escasa prioridad de aplicar tests de detección del COVID-19 que aplica México según la OECD,¹⁸ pues los recursos financieros son limitados y, con ello, se agudizan las restricciones para recuperar personas contagiadas.

Relevancia de la frontera noroeste de México

La relevancia de la frontera noroeste de México radica en que formalmente registró 208 defunciones para el 25 de abril. Un mes después, se registraron 1 014 defunciones y 6 844 casos confirmados. Es decir, una octava parte de las víctimas fatales se concentran en esta área.¹⁹

TABLA 1. Defunciones y casos confirmados de COVID 19 en las fronteras mexicanas (mayo 2020)

<i>Situación</i>	<i>Frontera noroeste</i>	<i>Frontera sur</i>	<i>% Diferencia</i>
Defunciones	1 014	753	26%
Casos confirmados	6 844	5 921	14%

FUENTE: Google (2020), Mapa de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), datos hasta el 27 de mayo.

¹⁵ Google, Mapa de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), 2020, disponible en: <https://google.com/covid19-map/?hl=es>; *idem*.

¹⁶ *Idem*.

¹⁷ *Idem*.

¹⁸ OECD, "Testing for COVID-19: A Way to Lift Confinement Restrictions", 2020, disponible en: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=129_129658-l62d7lr66u&title=Testing-for-COVID-19-A-way-to-lift-confinement-restrictions.

¹⁹ Google, Mapa de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), *cit*.

La diferencia del número de personas contagiadas al 25 de abril entre los estados de la frontera norte (2 299) y los de la frontera sur (73 850) de Estados Unidos, se modificó significativamente un mes después, al registrar para el 27 de mayo, 10 029 casos en el norte de México y 168 718 en la frontera sur de Estados Unidos (tabla 2). Al 14 junio 2020 en el contexto nacional, los Estados Unidos tiene 2 113 366 personas contagiadas y 116 135 fallecimientos.²⁰

En el caso de los estados de la frontera del sur de Estados Unidos van 285 666 contagios, por 21 190 contagios en la frontera mexicana al 14 de junio de 2020.²¹ Las diferencias binacionales obedecen a la prioridad de la aplicación de tests en Estados Unidos en comparación con México.²² La deficiente identificación de personas contagiadas en México implicará un potencial problema de salud.

El número de personas contagiadas es bajo en los estados de la frontera sur americana, si se toma en consideración el promedio nacional, lo que explicaría la eficacia de las políticas de prevención previas implementadas, en particular, en el estado de California (151 000 contagiadas/5 089 fallecimientos) cuya problemática es muy inferior a la de Nueva York (384 000 contagiadas/24, 5 fallecimientos) al 14 de junio 2020.²³

TABLA 2. Defunciones y casos confirmados COVID-19 en sur de Estados Unidos, México y Guatemala (mayo 2020)

<i>Situación</i>	<i>Frontera norte de México</i>	<i>Frontera sur de Estados Unidos</i>	<i>Frontera sur de México</i>	<i>Guatemala y Belice</i>
Defunciones	1 224	6 329	753	65
Casos confirmados	10 029	168 718	5 921	3 972

FUENTE: Google (2020), Mapa de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), 27 de mayo.

VI. INICIATIVA MÉXICO Y ESTADOS UNIDOS PARA COMBATIR LA PANDEMIA DE COVID-19

El día 21 de marzo de 2020 se estableció la Iniciativa México y Estados Unidos para combatir la pandemia de COVID-19, la cual establece el cierre parcial de

²⁰ *Idem.*

²¹ *Idem.*

²² OECD, “Testing for COVID-19: A Way to Lift Confinement Restrictions”, *cit.*

²³ Google, Mapa de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), *cit.*

la frontera México-Estados Unidos por tres meses —se renueva cada mes— a los residentes fronterizos mexicanos con visa estadounidense. En ese marco, la iniciativa conjunta pudo haber planteado un modelo de protocolo sanitario que redujera la vulnerabilidad de contagios, con base en una eficaz cooperación y coordinación en materia de sanidad binacional, que en su conjunto hubiera impactado con un menor cierre de la frontera para los residentes fronterizos mexicanos. La ausencia de protocolos sanitarios y el hecho de que se mantenga el flujo de personas desde Estados Unidos hacia las ciudades fronterizas mexicanas es una de las causas del número de contagios en el caso de Tijuana.

Una opción que se pudo haber considerado es el papel que tienen los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés), que operan estaciones de cuarentena en El Paso y en San Diego, al igual que los cruces fronterizos terrestres entre los Estados Unidos y México. Estos centros podrían haber establecido un protocolo sanitario mínimo en el cruce fronterizo de autos procedente de Estados Unidos hacia las ciudades fronterizas mexicanas. Sin embargo, la argumentación del CDC²⁴ es sesgada hacia los flujos provenientes del lado mexicano, dejando de lado los potenciales efectos de los flujos provenientes de Estados Unidos.

De igual forma, la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos²⁵ pudo haber expresado una opinión técnica acerca de los riesgos de la ausencia de un protocolo sanitario en el cruce vigente procedente de Estados Unidos. La Comisión es un organismo binacional, creado en julio de 2000 mediante un acuerdo binacional, con la finalidad de identificar y evaluar los problemas de salud que afectan a la población fronteriza, así como facilitar las acciones para la atención de los mismos.²⁶

Otros ejemplos de cooperación binacional en materia de crisis de salud se remontan al SARS 2002-2004 y las pandemias de H1N1 de 2009. En el 2007 se crea el Plan de América del Norte para la Gripe Aviar y Pandémica (NAPAPI) que se actualizó en 2012 después de la pandemia de H1N1.²⁷ El NAPAPI es un ejemplo exitoso de colaboración trilateral que impidió la propagación de brotes virales desde fuera de la región y entre los tres paí-

²⁴ U. S. Department of Health and Human Services, “Order Suspending Introduction of Certain Persons from Countries where a Communicable Disease exists”, Centers for Disease Control and Prevention, Order under Sections 362 & 365 of the Public Health Services Act (42 U. S. C. §§ 265, 268), 2020.

²⁵ CSFMEU, 2020.

²⁶ Secretaría de Salud, “Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos (CSFMEU)”, 2020, disponible en: <https://www.saludfronterizamx.org/es/acerca-comision/composicion>.

²⁷ Rudman, A. y Wood, D., *Pandemics and Beyond: The Potential for U. S.-Mexico Cooperation in Public Health*, Mexico Institute, Washington, D. C., marzo de 2020.

ses.²⁸ En consecuencia, en la actual coyuntura se dejó de lado la excelente coordinación transfronteriza en materia de H1N1 en 2009. Particularmente porque la frontera México-Estados Unidos implica problemas y desafíos de salud complejos, como la actual pandemia, que afectan a las poblaciones con problemas de salud subyacentes (Lee, 2020). De ahí que se considere que la respuesta bilateral al H1N1 en 2009 se destaca como un ejemplo eficaz de gobernanza multinivel e interinstitucional de cooperación transfronteriza entre Estados Unidos y México en un tema público urgente.

VII. FACTORES DE CONTAGIO EN LA FRONTERA MÉXICO-EEUU Y LOS FLUJOS TRANSFRONTERIZOS

Entre los factores determinantes de posibilidades de contagio, se pueden mencionar los siguientes: al día 14 junio 2020 en el contexto nacional, los Estados Unidos tiene 2 113 366 personas contagiadas y 116 135 fallecimientos. En el caso de los estados de la frontera del sur de Estados Unidos van 285 666 contagios, por 21 190 contagios en la frontera mexicana.

Las diferencias del número de contagios y personas fallecidas entre ambas poblaciones de la frontera norte mexicana y sur de Estados Unidos se deben a diferentes capacidades institucionales, que se caracterizan por la ausencia de una planificación eficaz de *tests* y a la ausencia de protocolos primarios de lado mexicano. Su ausencia o limitada aplicación no permitirá una reducción efectiva de la pandemia del lado mexicano en el mediano plazo y no genera certezas de la efectividad de las medidas preventivas implantadas.

México figura como el último lugar en aplicación de pruebas de COVID-19, entre los países de la OCDE. México solo aplica 0.2 pruebas por cada 1000 habitantes, muy por debajo del promedio en países de OCDE que es de 15.2 y sumamente atrás de Islandia, que aplica 105.9 por cada millar de ciudadanos: “Para reducir el riesgo de nuevos brotes, los países deberán aumentar considerablemente su capacidad de prueba”.²⁹

¿Cuáles son los riesgos de la ausencia de los protocolos sanitarios en los cruces fronterizos desde Estados Unidos hacia México y que pudieran explicar el aumento de contagios en las ciudades fronterizas mexicanas y, en especial, en Tijuana y Mexicali, con mayores contagios-fallecimientos a nivel nacional? La respuesta está en función de los siguientes flujos transfronterizos que se mantienen vigentes del lado de Estados Unidos hacia México a pesar de la implementación del acuerdo conjunto:

²⁸ *Idem.*

²⁹ OECD, “Testing for COVID-19: A Way to Lift Confinement Restrictions”, *cit.*

- a) Transmigrantes mexicanos y estadounidenses que viven en México y que habitualmente cruzan a trabajar en Estados Unidos y luego regresan a territorio mexicano.
- b) Población de origen mexicano que vive en Estados Unidos y que visitarían a sus familiares habitualmente. Cerca de 15 mil residentes mexicanos en un día.
- c) Turistas estadounidenses y de origen mexicano que visitarían a las ciudades fronterizas mexicanas.
- d) Migrantes irregulares detenidos y deportados por autoridades estadounidenses hacia México.
- e) Migrantes centroamericanos en situación de espera de su respuesta de asilo y en espera de audiencia en las ciudades fronterizas mexicanas.

Estos flujos transfronterizos representan un alto riesgo de contagio, considerando que son poblaciones móviles, en donde si bien en las ciudades fronterizas de Estados Unidos existen mejores protocolos sanitarios que en México, la posibilidad es latente. Especialmente, considerando el mayor número de contagios en los estados de la frontera sur estadounidense (285, 666), que representarían cerca del diez por ciento del total nacional.

Esta frontera se enfrenta a la posibilidad de un tercer cierre parcial de la frontera (20 junio al 20 julio 2020) por el COVID-19, que cuestiona al modelo de la Frontera en el Siglo XXI (fortalecer control terrorista y agilización de los cruces fronterizos: autos, personas y comercio) que ha estado vigente en los últimos 19 años. Por ello, se plantea el argumento de fortalecer una eficaz gobernanza de una frontera segura, a partir del cual se concilien las prioridades en materia de salud, competitividad, crecimiento económico y cruces fronterizos. En consecuencia, sería ideal integrar un enfoque regional con base de una gestión integral del COVID-19.

VIII. GESTIÓN INCLUSIVA, SANITARIA, LABORAL Y ECONÓMICA EN LA INDUSTRIA MAQUILADORA

Un problema actual complejo en la frontera norte mexicana es la apertura de maquiladoras para integrarse en una agenda de seguridad nacional estadounidense en el contexto de un aumento en los contagios tanto en Estados Unidos (cerca de dos millones de contagios y 116, 135 fallecimientos al 14 de junio 2020) como en las ciudades fronterizas mexicanas, en particular Tijuana (2,456 contagios/726 fallecimientos y Mexicali, 3738 contagios con

648 fallecimientos),³⁰ en donde se concentra cerca del 60 por ciento de la actividad maquiladora a nivel nacional. Con lo cual tanto Estados Unidos como ambas ciudades fronterizas se consideran epicentros de la pandemia a nivel internacional y nacional respectivamente.

Originalmente, las instancias gubernamentales nacionales habían establecido que la mayor parte de las actividades de ensamblaje de las maquiladas se consideraban como no esenciales desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud. Por ello, la Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) procedió a la clausura de algunas empresas, por no contribuir a mitigar la emergencia sanitaria e incorporar el producto médico para el Sistema Nacional de Salud. Lo cual se contraponía con las prioridades de producción industrial asociadas a la seguridad nacional de Estados Unidos, pero en particular con la dinámica económica transfronteriza y, en particular, de la industria maquiladora.

Entonces, los logros del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) y el próximo inicio del T-MEC plantean la necesidad de fortalecer los protocolos sanitarios en la clase trabajadora, la productividad del sector y quizá la reorientación de una parte de la producción de los productos médicos hacia las necesidades locales y nacionales. El equilibrio en estas políticas deberá ser una prioridad para el presente y futuro inmediato, con la finalidad de lograr condiciones mínimas de protección laboral, sanitarias y mantener el crecimiento económico en un contexto de agenda post COVID-19: necesidad de reactivar las actividades económicas sin menoscabo de una política preventiva sanitaria.

Sin embargo, la ausencia de los protocolos sanitarios, será la limitación central de las políticas de relocalización industrial hacia las ciudades fronterizas mexicanas. Si se considera que existe una coincidencia de concentración de maquiladoras y también de mayores casos confirmados de COVID-19 en las ciudades fronterizas mexicanas. Por esta relación es fundamental fortalecer mejores prácticas sanitarias en el marco del inicio del T-MEC, tanto de tipo preventiva e inclusiva hacia la población de escasos recursos que labora en la industria maquiladora. Si en Estados Unidos es una práctica habitual la aplicación de tests preventivos o de identificación de contagio, esta práctica también podría trasladarse a los trabajadores mexicanos de la maquila.

El problema se agudiza porque se carece de información oficial de cuántas personas que trabajan en este sector han resultado infectadas, aunque se estima que la epidemia se ha concentrado en dichos municipios fronterizos y en una población de entre los 21 y 60 años, rango en donde predomina la

³⁰ Google, Mapa de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), *cit.*

mayor parte de la mano de obra de las maquiladoras. La aplicación de tests y una política sanitaria hacia este grupo vulnerable será un ejemplo de justicia social y laboral, como fue una petición de algunos legisladores demócratas para avalar la firma del T-MEC.

La propuesta de un protocolo sanitario en la industria maquiladora podría formar parte de un plan binacional o transfronterizo en el que se priorice una agenda sanitaria según necesidades de cada región y donde la evidencia científica sea lo medular de la regulación de las políticas post COVID-19. En este sentido, el papel que tienen los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC en inglés), pudo haber sido una alternativa para promover mejores prácticas preventivas de salud, tal como lo propone la Iniciativa México y Estados Unidos para combatir la pandemia de COVID-19. La cual estableció el cierre parcial de la frontera México-Estados Unidos por tres meses (marzo a junio, y quizá hasta julio 2020) a los residentes fronterizos mexicanos con visa estadounidense. En ese marco, la iniciativa conjunta pudo haber planteado un modelo de protocolo sanitario que redujera la vulnerabilidad de contagios, con base en una eficaz cooperación y coordinación en materia de sanidad binacional, que en su conjunto hubiera impactado en una mejor política preventiva binacional y en particular en el flujo de autos procedentes de Estados Unidos hacia México.

La agenda post COVID-19 se caracterizará bajo la premisa de que la prevención sanitaria deberá formar parte de la agenda gubernamental y de una cultura personal y ciudadana. Esta agenda institucionalizada le da mayor sentido a un escenario post COVID-19: riesgos de mayor número de contagios en las ciudades fronterizas mexicanas y en especial en la población de más marginada o en la población afectada por enfermedades crónicas: diabetes, obesidad e hipertensión arterial.

1. *La GpR en el estado de Nuevo León y la planificación estratégica y el COVID-19*

En el caso de México, uno de los mejores ejemplos de GpR hacia el COVID-19 es el modelo de Nuevo León, el cual tiene 2,546 casos de contagio al 14 de junio 2020, en comparación a los 6,895 casos de Baja California. La propuesta de política es integral y considera cinco ejes: monitoreo y decisiones, detección de casos, pacientes críticos, personal de salud, insumos y un consejo. “Las acciones coordinadas están enfocadas en tres áreas prioritarias: mitigar y suprimir el número de contagios, otra área prioritaria es coordinar la distribución de insumos y el equipo de protec-

ción de personal y cómo debemos de trabajar en la expansión de la capacidad hospitalaria y del personal”.³¹

Es decir, se apuesta a una eficaz gestión de la infraestructura, equipo y protección. Un rasgo fundamental es el fortalecimiento las medidas de prevención (uso de cubre bocas, la utilización de caretas, incrementar el número de pruebas y filtros entre todo el personal de seguridad, para en caso de que resulten contagiados se les atiende debidamente).³²

Como se puede apreciar el gobierno de Nuevo León cuenta con varios elementos de un modelo de GpR, que le han permitido ser uno de los estados con menos contagios en la frontera norte y una de las mejores prácticas de gestión en el ámbito nacional.

2. *La experiencia coreana de GpR del COVID-19*

Entre las experiencias internacionales de GpR en el combate al COVID-19 destaca la de Corea del Sur. En cambio, los contagios han aumentado a un ritmo mucho más rápido en los Estados Unidos y Brasil que en los países asiáticos que tomaron la amenaza más en serio.³³

La República de Corea fue uno de los primeros países que abordó la crisis de la COVID-19 y es considerada una de las mejores prácticas de GpR en el ámbito internacional. Ante un aumento rápido y exponencial de las infecciones después de identificar el primer caso positivo el 20 de enero, el país tomó medidas decisivas para contener el virus.³⁴

Otros tres elementos fundamentales del proceso de gobernanza en Corea del Sur fueron: el proceso de planificación estratégico desde el gobierno central y dirigir los esfuerzos de respuesta; una eficaz coordinación con los gobiernos provinciales y municipales, así como con los hospitales especializados. Además, se crearon centros subnacionales para contramedidas epidémicas en los gobiernos locales, y bajo una coordinación interinstitucional. Y resta mencionar, la promoción de alianzas público-privadas para aprove-

³¹ De la O Cavazos, M., “Gobierno del Estado espera llegar a mil pruebas diarias para aplanar curva de casos”, 19 de abril de 2020, disponible en: <https://abcnoticias.mx/replica-nl-metodo-coreano-para-frenar-covid-19/164090>.

³² *Idem*.

³³ Diehl, J., “The Winners and Losers of the Coronavirus’s Global Test of Governance”, 1o. de abril de 2020, disponible en: <https://www.washingtonpost.com/es/post-opinion/2020/04/01/los-gobiernos-ganadores-y-perdedores-en-el-combate-al-coronavirus/>.

³⁴ Chung D. y Soh, H. S., “Respuesta de Corea a la COVID-19 (coronavirus): enseñanzas iniciales para ayudar a combatir la pandemia”, 23 de marzo de 2020, disponible en: <https://blogs.worldbank.org/es/datos/respuesta-de-corea-ante-el-coronavirus-lecciones-iniciales>.

char la tecnología en pro de mejores resultados sanitarios.³⁵ La relevancia de una eficaz coordinación central y local es clave de un proceso de gobernanza institucional y los consensos básicos entre los actores según prioridades comunes y orientados con una planificación estratégica central.³⁶ En donde la transparencia y rendición de cuentas es fundamental.³⁷

Estas dos experiencias de GpR nos llevan a una conclusión general: sin pruebas no es posible identificar los riesgos, amenazas y desafíos por atender y sobre todo la reducción sustancial de pandemia. La ventaja de aplicación de los tests es que permite una rápida identificación y aislamiento de los casos sin tener que restringir ampliamente la movilidad de las personas o cerrar los negocios. En este proceso tuvo un papel fundamental la política gubernamental de innovación a través del uso de la inteligencia artificial y su impacto en la identificación, control y reducción de la pandemia.

Otra experiencia exitosa es la de Medellín, con dos millones y medio de residentes. A medida que aumentan los casos de coronavirus en América Latina, la ciudad está logrando mantener un número notablemente bajo. En la actualidad, solo hay 741 casos confirmados en toda la ciudad y solo 10 pacientes hospitalizados en UCI con COVID-19.³⁸ La metrópoli recientemente pasó cinco semanas sin una sola muerte de COVID-19; esto es contradictorio si se considera que la ciudad es densa y hogar de muchos residentes pobres. Sin embargo, Medellín tiene uno de los mejores sistemas de salud pública y de gobernanza y planificación urbana en América Latina, a pesar de su ubicación orográfica.

Al igual que las experiencias de GpR exitosas en Medellín, implementaron una estrategia de innovación preventiva y desarrollaron una aplicación novedosa que conectó a los residentes necesitados con alimentos y dinero en efectivo.³⁹ Estas estrategias permitieron recopilar datos importantes, que

³⁵ *Idem.*

³⁶ Agranoff, R., *op. cit.*

³⁷ El Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Corea usó procedimientos de emergencia a fin de acelerar la producción de pruebas para detectar el virus. Corea puede realizar ahora hasta 18 000 exámenes por día y está exportando kits de prueba a otros países. Se estima que más de 316 000 personas fueron evaluadas (hasta el 20 de marzo), y Corea registra una de las tasas más altas de exámenes per cápita (*ibidem*, 2020). Esta es otra estrategia fundamental que implica la toma de decisiones con el conocimiento.

³⁸ Armario, C., “Colombia’s Medellín Emerges as Surprise COVID-19 Pioneer”, 13 de junio de 2020, disponible en: https://www.washingtonpost.com/world/the-americas/colombias-medellin-emerges-as-surprise-covid-19-pioneer/2020/06/13/c7387986-ad7f-11ea-a43b-be9f6494a87d_story.html.

³⁹ La estrategia implementada se llama: “Medellín me cuida”, una aplicación que ofrece ayuda a quienes se inscribieron y solicitaron ayuda. Se lograron integrar 1.3 millones de familias, unas 3.25 millones de personas en total, de Medellín y sus alrededores registradas; *idem*.

luego ayudaron a rastrear los casos, y un eficaz sistema médico para tratar a los enfermos previamente con un modelo similar al de APS-I. En otras palabras, una articulación eficaz entre gestión, gobernanza, coordinación y planificación del sector salud con innovación tecnológica.

Los críticos del alcalde Daniel Quintero temen que los inmensos datos que se recopilan sobre los ciudadanos equivalgan a una grave invasión de la privacidad:⁴⁰ “Es imposible combatir el virus sin información”.⁴¹ Esta preocupación también se presentó en el caso de la gestión china del COVID-19, lo que acentuó las preocupaciones de mayor control gubernamental sobre la democracia y transparencias en las decisiones.

En las últimas dos décadas, Medellín ha experimentado una transformación urbana, dejando atrás los días estropeados por la violencia e impulsando la educación, las bibliotecas, los parques y otros proyectos cívicos. Pero el virus ha traído nuevos obstáculos. El desempleo en el área metropolitana es ahora del 17.3%, el más alto en 18 años.⁴²

El modelo de Medellín se ubica en el marco del Informe Mundial de Ciudades 2016,⁴³ en el cual se concibe que “las ciudades bien planeadas pueden ser la solución a algunas de las grandes crisis que afronta la humanidad. Inequidad, cambio climático, informalidad o inseguridad”, problemas que solo podrán ser superados con una eficaz gobernanza urbana de parte de las autoridades locales y nacionales.

IX. CONCLUSIONES

El objetivo general es presentar el aporte GpR de los Sistemas de Salud, según ciudades de la frontera noroeste en materia del COVID-19 y una agenda post COVID-19. Se planteó la hipótesis en el sentido de que la ausencia de un modelo de GpR ha dificultado una eficaz coordinación interinstitucional y con ello no se ha fortalecido la sostenibilidad de los Sistemas de Salud en especial los del sector público ante el COVID-19. Un indicador de tal debilidad institucional se refleja en el hecho de que hasta el 27 de mayo del 2020, México formalmente había registrado 78,023 personas contagiadas de las

⁴⁰ En Medellín, los trabajadores médicos examinan a cualquier persona sospechosa de tener COVID-19 en su hogar. Aquellos que dan positivo reciben un oxímetro gratis. Si sus niveles de oxígeno en la sangre bajan, las enfermeras llevan oxígeno a sus hogares. Los que no mejoran son llevados al hospital.

⁴¹ Armario, C., *op. cit.*

⁴² *Idem.*

⁴³ WCR, 2016.

cuales han fallecido 8,597 pacientes COVID-19.⁴⁴ Al 14 de junio México tiene 150,264 personas contagiadas y 17,580 personas fallecidas. Es decir, en dos semanas se registró un aumento del cerca del 50 % en personas contagiadas y fallecimientos. Con lo cual el país se ubica entre los 14 países con mayores contagios a nivel internacional.⁴⁵

El INSABI implica un nuevo esquema de coordinación con las entidades que, entre otras cosas, evitará la duplicidad o dispersión de plazas médicas, permitirá lograr ahorros. Sin embargo, se cuestiona si la creación de un nuevo programa no abona en la segmentación de los servicios públicos de salud.

En ese marco, la Iniciativa Conjunta pudo haber planteado un modelo de protocolo sanitario que redujera la vulnerabilidad de contagios, con base de una eficaz cooperación y coordinación en materia de sanidad binacional. Sin embargo, prevaleció un criterio de seguridad nacional de parte de los Estados Unidos, marginando las experiencias de cooperación transfronteriza. Por ejemplo, la respuesta bilateral al H1N1 en 2009, que se concibe como un ejemplo eficaz de gobernanza multinivel e interinstitucional de cooperación transfronteriza entre Estados Unidos y México en un tema público urgente.

Un problema actual complejo en la frontera norte mexicana es la apertura de maquiladoras para integrarse en una agenda de seguridad nacional estadounidense en el contexto de un aumento en los contagios tanto en Estados Unidos a fines de mayo y junio de 2020.

La agenda post COVID-19 del futuro inmediato se caracterizará bajo la premisa de que la prevención sanitaria puede garantizar la sostenibilidad económica hacia la construcción de una frontera segura, en la perspectiva de la frontera en el siglo XXI (control antiterrorista y agilidad de los cruces fronterizos).

X. BIBLIOGRAFÍA

AGRANOFF, R., “Las relaciones y la gestión intergubernamental”, en BAÑÓN R. y CARRILLO, E., *La nueva administración pública en España*, Madrid, Alianza, 1997.

ARMARIO, C., “Colombia’s Medellín Emerges as Surprise COVID-19 Pioneer”, 13 de junio de 2020, disponible en: <https://www.washingtonpost.com>.

⁴⁴ Worldometer, “COVID-19 Coronavirus Pandemic”, *cit.*

⁴⁵ Google, Mapa de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), *cit.*

com/world/the_americas/colombias-medellin-emerges-as-surprise-covid-19-pioneer/2020/06/13/c7387986-ad7f-11ea-a43b-be9f6494a87d_story.html.

BITAR, Sergio y ZOVATTO, Daniel, “El impacto del coronavirus en el futuro de América Latina”, 23 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.idea.int/es/news-media/news/es/el-impacto-del-coronavirus-en-el-futuro-de-america-latina>.

CHUNG D. y SOH, H. S., “Respuesta de Corea a la COVID-19 (coronavirus): enseñanzas iniciales para ayudar a combatir la pandemia”, 23 de marzo de 2020, disponible en: <https://blogs.worldbank.org/es/datos/respuesta-de-corea-ante-el-coronavirus-lecciones-iniciales>.

DHHS, “U. S. Government COVID-19 Response Plan”, 2020, disponible en: <https://int.nyt.com/data/documenthelper/6819-covid-19-response-plan/d367f758bec47cad361f/optimized/full.pdf>.

DIEHL, J., “The Winners and Losers of the Coronavirus’s Global Test of Governance”, 1o. de abril de 2020, disponible en: <https://www.washingtonpost.com/es/post-opinion/2020/04/01/los-gobiernos-ganadores-y-perdedores-en-el-combate-al-coronavirus/>.

DE LA O CAVAZOS, M., “Gobierno del Estado espera llegar a mil pruebas diarias para aplanar curva de casos”, 19 de abril de 2020, disponible en: <https://abcnoticias.mx/replica-nl-metodo-coreano-para-frenar-covid-19/164090>.

ENSOR, Richard, “A Chat with Mexico’s Coronavirus Czar en Medium”, disponible en: https://medium.com/@richardensor_50805/a-chat-with-mexicos-coronavirus-czar-e2117a3a4757.

FALCAO, H. y MARINI, C., Una guía de gobernanza para resultados en la administración pública, Brasilia, Publix Editora, 2010.

GOOGLE, Mapa de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), 2020, disponible en: <https://google.com/covid19-map/?hl=es>.

INSABI, “Instituto de Salud para el Bienestar”, 2020, disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/articulos/instituto-de-salud-para-el-bienestar-230778>.

LEE, E., Crossborder Collaboration on Public Health: The 2009 U.S.-Mexico Response to H1N1, Mexico Institute, Washington, D. C., junio de 2020.

LOMELÍ, L., “Retos para garantizar el derecho a la salud”, en CORDERA, R. y PROVENCIO, E., *Cambiar el rumbo, el desarrollo tras la pandemia*, UNAM, 2020.

MIRAMONTES, O., “Entendamos el COVID-19 en México”, México, UNAM, Instituto de Física, 2 de junio de 2020, disponible en: <http://scif.unam.fisica.unam.mx/mir/corona19/covid19.pdf>.

MOORE, M., Gestión estratégica y creación de valor en el sector público, Barcelona, Paidós, 1998.

- OECD, “Testing for COVID-19: A Way to Lift Confinement Restrictions”, 2020, disponible en: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=129_129658-162d71r66u&title=Testing-for-COVID-19-A-way-to-lift-confinement-restrictions.
- OMS, Plan estratégico de preparación y respuesta para la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), Pautas para la planificación operativa de la preparación y la respuesta de los países, versión preliminar, 12 de febrero de 2020, disponible en: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/post-2015:6-de-junio-de-2016>.
- ONU HABITAT, “World Cities Report 2016”, United Nations Human Settlements Programme, 10 de junio de 2016, disponible en: <http://wcr.unhabitat.org/main-report/>.
- RUDMAN, A. y WOOD, D., *Pandemics and Beyond: The Potential for U. S.-Mexico Cooperation in Public Health*, Mexico Institute, Washington, D. C., marzo de 2020.
- SECRETARÍA DE SALUD, Atención Primaria de Salud Integral e Integrado México (APS-I Mx) en las entidades federativas, Gobierno de México, marzo de 2020.
- SECRETARÍA DE SALUD, “Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos (CSFMEU)”, 2020, disponible en: <https://www.saludfronterizamx.org/es/acerca-comision/composicion>.
- SERRANO, E. *et al.*, “¿Y después de la fase aguda de la COVID-19 qué?”, *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 2020, disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2628.
- U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, “Order Suspending Introduction of Certain Persons from Countries where a Communicable Disease exists”, Centers for Disease Control and Prevention, Order under Sections 362 & 365 of the Public Health Services Act (42 U. S. C. §§ 265, 268), 2020.
- WHEELDON, T., “For Some Survivors, Coronavirus Complications Can Last a «Lifetime»”, *France24*, 2020, disponible en: <https://www.france24.com/en/20200402-for-some-survivors-coronavirus-complications-can-last-a-lifetime>.
- WORLD BANK, “The Economy in the Time of COVID-19”, 2020, disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33555/9781464815706.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.
- WORLDOMETER, “COVID-19 Coronavirus Pandemic”, 2020, disponible en: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.