



Salud migrante

Propuesta de un seguro binacional de salud

PERSPECTIVAS EN SALUD PÚBLICA
Sistemas de Salud



Instituto Nacional de Salud Pública

Salud Migrante

Propuesta de un seguro binacional de salud

Salud Migrante

Propuesta de un seguro binacional de salud



Miguel Ángel González Block
Sylvia Becker-Dreps
Luz Angélica de la Sierra de la Vega
Pamela York Frasier
Sydney L. Gardner

Luz María González Robledo
Mark A. Grey
Juan Carlos Olivares
Scott S. Robinson
Michele Yehieli

Salud Migrante. Propuesta de un seguro binacional de salud. Salud Migrante. A Proposal
for Binational Health Insurance

Primera edición, abril de 2008

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655,
Santa María Ahuacatlán
62508 Cuernavaca, Morelos, México

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 978-970-9874-81-5

Agradecemos cordialmente la generosa contribución de la Fundación Ford, a través de la Fundación Rostros y Voces, así como la de todos los proveedores de servicios para migrantes y los tomadores de decisiones en políticas, que participaron en las consultas a ambos lados de la frontera.

Grupo técnico

Investigador principal

Miguel Ángel González Block
*Director Ejecutivo, Centro de Investigación en Sistemas de Salud
Instituto Nacional de Salud Pública, Morelos, México*

Co-investigador principal

Scott S. Robinson
*Departamento de Antropología
Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa, México*

Instituto Nacional de Salud Pública, Morelos, México

Luz Angélica de la Sierra de la Vega
Luz María González Robledo
*Investigadoras
Gerencia y Liderazgo en Salud, Centro de Investigación en Sistemas de Salud*

Tonatiuh González Vázquez
César Infante Xibillé
*Investigadores
Determinantes y Retos de los Sistemas de Salud
Centro de Investigación en Sistemas de Salud*

Emanuel Orozco Núñez
*Investigador
Innovación de Servicios y Sistemas de Salud, Centro de Investigación en Sistemas de Salud*

Asociación de Mexicanos de Carolina del Norte, Kinston

Juencio Rocha Peralta
Presidente y Fundador

Children and Family Futures (Futuros para Niños y Familias) Irvine, California

Sydney L. Gardner
Presidente

Universidad de Carolina del Norte Chapel Hill

Sylvia Becker-Dreps
Investigadora en Atención Primaria a la Salud

Pamela York Frasier
*Profesora Asociada y Directora
Working with the Underserved
(Trabajando con los que reciben menos servicios), Departamento de Medicina Familiar*

**Universidad del Norte de Iowa
Cedar Falls**

Mark A. Grey
Profesor y Director

*Iowa Center for Immigrant Leadership and Integration
(Centro de Iowa para el Liderazgo y la Integración de los Inmigrantes)*

Michele Yehieli

Profesora Asociada y Directora

Iowa Center on Health Disparities (Centro para las Disparidades en Salud de Iowa)

**Yakima Valley Farmworkers Clinic
(Clínica de Yakima Valley para Trabajadores del Campo),
Estado de Washington**

Juan Carlos Olivares
Presidente Ejecutivo

Vickie Ybarra
Directora de Planeación y Desarrollo

Glosario

BANSEFI	Banco del Ahorro Nacional y Servicios Financieros
SBS	Seguro Binacional de Salud
CHCs	Community Health Centers
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CSG	Consejo de Salubridad General
DOHMH	Department of Health and Mental Hygiene
EMIF	Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México
ENASEM	Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México
ENE	Encuesta Nacional de Empleo
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares
ER	Emergency Room
FHI	Family Health Insurance
FQCHC	Federally Qualified Community Health Center
GDP	Gross Domestic Product
HIA	Health Initiative of the Americas
CO	Home Town Association
IANEPCA	Iowa-Nebraska Primary Care Association
ICE	Immigration and Customs Enforcement
IDB	Inter-American Development Bank
IID	Iowa Insurance Division
IME	Instituto de los Mexicanos en el Exterior
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Medi-Cal	California's Medicaid Program
NACHC	National Association of Community Health Centers
OWWA	Overseas Worker Welfare Administration
PEMEX	Petróleos Mexicanos
REPS	Régimen de Protección Social en Salud
SN	Salud en el Norte
SP	Seguro Popular
TPA	Third party administrator
VSRS	Programa Vete Sano Regresa Sano
WIC	Women, Infants & Children
WTP	Willingness to Pay
YVFWC's	Yakima Valley Farmer Worker Clinics
FTE	Equivalente del Tiempo Completo

Índice

Resumen Ejecutivo	13
I Introducción	17
2 La necesidad de un seguro binacional de salud (SBS)	21
2.1 Demografía de una población móvil	21
2.1.1 El crecimiento de la población migrante mexicana y la distribución etaria	21
2.1.2 La demografía del seguro de salud para migrantes en los E.U.	22
2.1.3 Residencia migrante, estructura del hogar y estado legal	23
2.1.4 Educación migrante, trabajo y pobreza	24
2.1.5 La migración de retorno	25
2.1.6 Grupos demográficos para un SBS	25
2.2 Las políticas de salud y necesidades de los migrantes mexicanos en E.U.	26
2.2.1 Políticas actuales para un SBS	26
2.2.2 Necesidades de salud de los migrantes	27
2.2.3 El apoyo de las remesas y perspectivas para la protección de un seguro	31
2.3 Los seguros de salud en México	32
2.3.1 La cobertura del seguro de salud en México	32
2.3.2 Cobertura de seguro de salud de hogares de migrantes en México	35
2.3.3 Las remesas y los gastos en salud en México	35
2.4 La cobertura de seguro de salud, acceso, costos y disponibilidad a pagar de los migrantes mexicanos en E.U.	37
2.4.1 La geografía política del seguro de salud	37
2.4.2 Acceso de los migrantes a la atención a la salud	39
2.4.3 Los costos de proveer atención médica a los migrantes	40
2.4.4 La voluntad para pagar por un seguro de salud, de los migrantes en los E.U. y de los hogares de migrantes en México	41
2.4.5 La experiencia con seguros de gastos médicos, binacionales e internacionales, para migrantes	42
2.5 Actores, políticas y regulación de un SBS en E.U.	43
2.5.1 Centros de salud comunitarios	43
2.5.2 Clubes de Oriundos	44
2.5.3 La reforma de la atención a la salud	46
2.5.4 El contexto de las políticas de reforma migratoria	47
2.5.5 Marcos regulatorios y el SBS en E.U.	47
2.6 Conclusiones	48

3	Salud Migrante. Un plan binacional de seguro de salud	51
3.1	La doctrina de los derechos de salud para migrantes	51
3.2	Definición de los paquetes complementarios de atención a la salud	52
3.3	Especificaciones de las políticas de Salud Migrante	53
3.3.1	Salud en el Norte. Paquete de atención primaria en E.U.	53
3.3.2	Atención integral a la salud en México, a través del Seguro Popular	54
3.4	Regulación de Salud Migrante	54
3.5	La Agencia Salud Migrante	55
3.6	La compra de Salud en el Norte y la afiliación al Seguro Popular	56
3.7	Posesión de los fondos, contratación y coordinación del proveedor de servicios de salud	57
3.8	Conclusiones	58
4	Marco para el Desarrollo	59
4.1	La doctrina Salud Migrante	60
4.2	Agencia Salud Migrante y los paquetes de seguros	61
4.3	Aseguradoras sin fines de lucro	63
4.4	Proveedores de Salud en el Norte	63
4.5	Proveedores del Seguro Popular	64
4.6	BANSEFI	64
4.7	Apoyo comunitario para la afiliación al seguro y el monitoreo	65
4.8	Presupuesto	65
4.9	Cronograma de actividades	67
	Referencias	69
	Anexo 1. Participantes en el proceso de consulta	71
	Anexo 2. Análisis del Marco Lógico	73
	Anexo 3. Presupuesto	77
	Anexo 4. Cronograma de actividades	81

Justificación

La Constitución consagra el derecho a la salud de los mexicanos que residen en territorio nacional. Sin embargo, 12 millones de ciudadanos radican en E.U. bajo diversas situaciones migratorias. Contribuyen a la economía nacional hasta 23 mil millones de dólares por año vía remesas, equivalente al 3% del PIB en 2007. El gobierno de México ha manifestado interés por garantizar el derecho a servicios integrales de salud de los migrantes y de sus familiares en México, así como de promover servicios de atención primaria a la salud en E.U.

El Instituto Nacional de Salud Pública está analizando, como parte de su misión, la factibilidad de Salud Migrante como una alternativa de seguro médico binacional. Con el auspicio de la Fundación Ford, un grupo de proveedores de servicios de salud y de analistas e investigadores en ambos lados de la frontera revisaron la literatura, consultaron con actores clave y esbozaron un esquema para coordinar diversos actores públicos y privados no lucrativos.

Diagnóstico

De los 12 millones de migrantes, sólo 43% gozan de documentos migratorios, mientras que 45% tienen acceso a alguna forma de seguro de salud en E.U. El resto contribuye con 13% al total de la población sin seguro en este país. Del lado mexicano, 30% de los hogares con migrantes tiene algún miembro asegurado, aunque generalmente éste no es el propio migrante. La

falta de aseguramiento explica por qué, según lo reporta un estudio reciente bien fundamentado, hasta un tercio de las remesas que envían los migrantes a México se gastan en atención a la salud. Esta suma representa un tercio del gasto privado en salud, y un sexto del gasto total de salud en México.

La falta de aseguramiento de los migrantes es un problema en ambos lados de la frontera pues repercute en gastos no reembolsados en E.U. y lleva a la postergación de la atención médica, al agravamiento de problemas crónicos y a la repatriación forzosa de enfermos. En México, las consecuencias son la realización de un fuerte gasto en servicios privados de salud, los cuales son muy probablemente de baja calidad y eficiencia. Es también muy probable también que los migrantes estén expuestos a gastos catastróficos en ambos lados.

No sorprende, entonces, que se haya constatado un alto interés de parte de los migrantes por acceder a seguros de salud de bajo costo, combinando la atención primaria en E.U. junto con la atención hospitalaria y especializada en México. E.U. cuenta con una amplia red de servicios privados no lucrativos de salud comunitaria y de agencias no lucrativas de seguros médicos que podrían implementar este tipo de seguros. Muchos migrantes están ya vinculados a estos servicios por medio de clubes de oriundos. Por su parte, el Seguro Popular en México tiene el potencial de asegurar a los migrantes en México y de darles acceso a servicios públicos de calidad. Nuestro estudio constató el interés de estas agencias en ambos países por considerar su participación en un seguro binacional de salud.

Propuesta

El estudio demostró la necesidad, a la vez que la posibilidad, de Salud Migrante como un seguro binacional de salud, de amplio beneficio en ambos lados de la frontera. Estaría basado en la coordinación funcional del sistema de salud privado no lucrativo en el lado norte y del sistema público en el sur. Los principales componentes de Salud Migrante serían los siguientes:

Doctrina y política de Salud Migrante. La Secretaría de Salud de México haría explícitos los derechos a la salud de los migrantes y definiría su responsabilidad para promoverlos en E.U. Para ello, la Secretaría especificaría un paquete de intervenciones de atención primaria de acceso garantizado. Este paquete sería financiado en E.U. con base en recursos a ser movilizados dentro del país, principalmente por los propios migrantes y sus empleadores. La Secretaría garantizaría, asimismo, el derecho de los migrantes a complementar su atención a la salud en México. Para ello, se extendería la afiliación al Seguro Popular desde E.U. a fin de brindar acceso a un paquete integral de servicios en México, bajo el esquema de financiamiento ya establecido. Se ofrecería asimismo un seguro de transporte para facilitar las referencias a tiempo y seguras.

Agencia Salud Migrante. La principal innovación propuesta consiste en una agencia articuladora especializada, que podría ser pública o mixta, encargada de implementar la política gubernamental. Tendría el apoyo de un consejo de representantes de autoridades estatales y federales mexicanas, de la comunidad migrante y de los proveedores de servicios médicos en ambos lados de la frontera. Implementaría el paquete de servicios garantizados de primer nivel por medio de un doble mecanismo:

- Un producto de seguros tentativamente denominado Salud en el Norte sería ampliamente promovido y ofertado a la comunidad migrante a precios accesibles. Alternativamente, Salud Migrante podría otorgar licencias de Salud en el Norte a agencias de seguros autorizadas en E.U. para lograr su más amplia oferta.

- Convenios con centros de salud comunitarios no lucrativos en E.U. para garantizar la oferta de servicios pre-pagados y de calidad a los migrantes. Salud Migrante promovería la afiliación al Seguro Popular en ambos lados de la frontera y apoyaría referencias de proveedores de Salud en el Norte a hospitales públicos y servicios especializados en México.

Salud Migrante establecería las plataformas de afiliación, coordinación y referencia, para establecer una red binacional de aseguradoras, proveedores y agencias comunitarias. La agencia promovería también la inversión para crear y fortalecer la infraestructura necesaria entre los participantes y los acreditaría como proveedores de “Servicios de Salud Amigos del Migrante”.

Aseguradoras no lucrativas en E.U. De tomarse la opción de concesionar Salud en el Norte a aseguradoras privadas no lucrativas, estas agencias ampliarían la cartera de productos (Medicaid, SCHIP, etc.) que ya destinan a las comunidades de bajos recursos, ofreciendo un producto destinado a migrantes bajo cualquier situación legal. Salud en el Norte sería auspiciado por los clubes de migrantes, Ventanillas Consulares de Salud y otras agencias sociales. A la misma vez, las aseguradoras podrían promover el Seguro Popular con los migrantes en E.U. como un complemento de Salud en el Norte. Se incluiría un seguro de transporte para facilitar la referencia entre ambos países.

Siguientes pasos

Salud Migrante requiere de un desarrollo gradual de plataformas y de mecanismos con base en análisis, consultas e implementación en entidades seleccionadas. El establecimiento inicial de la agencia articuladora Salud Migrante serviría de plataforma de desarrollo de la política en su conjunto. No obstante, la agencia podría ser emulada al principio con base en un comité de actores interesados y un grupo técnico para el desarrollo del proyecto.

La integración de redes de servicio debería estar lista antes de implementar la afiliación al Seguro Popular. Cada uno de los componentes del seguro, a saber, Salud en el Norte y la afiliación al Seguro Popular, podría desarrollarse de manera relativamente independiente y a su propio paso.

Entre las herramientas y mecanismos a desarrollarse están los siguientes:

1. Bases doctrinarias y de política de Salud Migrante.
2. Salud Migrante. Estructura, funciones, recursos e instrumentos jurídicos para establecer la agencia y lograr su reconocimiento como entidad viable.
3. Proveedores de seguros sin fines de lucro. Mecanismos y productos de la franquicia/concesión.
4. Proveedores de Salud en el Norte. Modelos de contratos y acuerdos.
5. Proveedores de Seguro Popular. Mecanismos de referencia y capacidad para atender a las poblaciones migrantes.
6. Transferencias financieras. Estructura del fondo y de cuentas.
7. Agencias comunitarias de apoyo a la afiliación y monitoreo. Mecanismos de apoyo y capacidades de las agencias para apoyar la afiliación de los migrantes y monitorizar el proceso y calidad de la atención.

El desarrollo de estas plataformas estaría a cargo de un grupo técnico binacional, con el apoyo de un

consejo asesor y bajo la responsabilidad de una agencia de alcance binacional. Se propone dirigir este proceso a cuatro estados en México con niveles altos a moderados de migración y a cuatro estados en E.U. con altos y recientes niveles de migración así como condiciones que faciliten dicho desarrollo.

Conclusión

Salud Migrante aborda los problemas que encaran los migrantes mexicanos y sus familias para acceder servicios de salud tanto en México como en E.U. Asimismo, Salud Migrante reconoce que las soluciones de los problemas de seguros de salud y de migración están interrelacionadas y que son de interés para ambos países. El principal logro de Salud Migrante sería, por tanto, la integración de los sistemas de salud a través de la frontera por medio de la colaboración de los múltiples actores gubernamentales, comunitarios y del sector privado, todos ellos trabajando para el bienestar de la comunidad migrante transnacional.

I. Introducción

México y los E.U. comparten una población transnacional de aproximadamente 12 millones de personas, o 12% de la población de México. Desde la década de 1960, la necesidad económica de migrar ha crecido por factores de tiraje y afloje en ambos países. Las remesas enviadas a México llegaron a 24.7 mil millones de dólares U.S. en 2007, o 2.95% del PIB.¹ Es más, cada dólar de remesas puede contribuir a generar hasta 2.9 dólares adicionales en crecimiento económico para el país.² Las remesas han aumentado en 329% desde el año 2000 y las tendencias a largo plazo sugieren que las remesas seguirán teniendo un papel fundamental en el bienestar familiar y en el desarrollo del mercado regional. También es cada vez más evidente que el crecimiento económico en los E.U. continuará dependiendo de la mano de obra migrante. La población nativa se acerca a cero crecimiento demográfico y está ahora encaminada a trabajos más altamente calificados.

El crecimiento inexorable de la población transnacional ha ocurrido en ausencia de un marco regulatorio o de una política compartida que asegure beneficios mutuos y el bienestar de migrantes y de sus familias y seres queridos, tanto en Estados Unidos como en las comunidades de origen. Esta situación presenta cuestiones serias con respecto a su bienestar, sobre todo el acceso a la salud pública y a los servicios médicos, aunado a retos financieros en ambos lados de la frontera. Las comunidades mexicanas en las cuales ha ocurrido la migración, indican mejoría en el bienestar de su población. Sin embargo, los estilos de vida están cambiando rápidamente. Por ejemplo, el sobrepeso y la obesidad son ahora problemas crecientes y se intensificarán al ir regresando

los migrantes a sus hogares a retirarse. Las estructuras familiares están tirantes, hay más mujeres jóvenes que están migrando y las comunidades pequeñas están viendo un rápido aumento en la demanda de servicios sociales que no se están satisfaciendo adecuadamente.

El seguro binacional de salud (SBS) ha sido propuesto como un medio para mejorar el bienestar de los migrantes mexicanos en los E.U.* El concepto de SBS, como fue desarrollado por la Iniciativa de Salud California-México del Centro de Investigación en Políticas de California (California Policy Research Center), es esencialmente un plan de seguros con opciones de atención a la salud en ambos lados de la frontera México/E.U.³ Está principalmente enfocado a familias que viven y trabajan en ambos lados de la frontera. El SBS aprovecharía a los proveedores en México, cuyos servicios tienen un menor costo y son más competentes en aspectos lingüísticos y culturales, y también cubriría una parte de la atención en E.U., cuando fuera más conveniente.

El presente documento amplía el marco de referencia del SBS analizando la necesidad y factibilidad de una doctrina y de una política de Salud Migrante. De manera particular, se examina el papel que podría cumplir en este esfuerzo una agencia articuladora que

* En algunos vocabularios, “inmigrantes” y “migrantes” se refiere a diferentes grupos en los E.U. hoy en día: los individuos asentados y sus familias, y los trabajadores móviles, respectivamente. Usamos ambos términos de manera intercambiable, mientras que reconocemos que los contextos regionales y los perfiles de empleo definirán mejor al grupo de referencia.

promueva la coordinación entre los proveedores de seguros, los prestadores de servicios de salud y las agencias comunitarias, en ambos lados de la frontera. Salud Migrante responde a los intereses de inmigrantes, sus familias y organizaciones, el gobierno de México, los proveedores de E.U. que están interesados en expandir su cobertura a los migrantes, y los proveedores o sistemas de atención a la salud que están cargando con el peso de la atención no compensada a los inmigrantes. Salud Migrante se enmarca en el contexto de las políticas de inmigración, tanto de México como de E.U., en términos de evitar los escollos latentes y apalancar los apoyos disponibles.

Esta propuesta fue desarrollada a través de un financiamiento otorgado por la Fundación Ford, entre junio del 2007 y marzo del 2008. Este trabajo permitió identificar las necesidades y las opciones viables, así como una coalición de actores públicos y privados en México y E.U., interesados en apoyar un seguro de salud para los mexicanos que están en el extranjero. El desarrollo de Salud Migrante se propone en varias etapas, incluyendo el llevar a cabo un trabajo analítico para determinar el paquete de beneficios así como sus costos y demanda potencial. Se prevé un trabajo importante para establecer las bases para crear Salud Migrante, para vincular esta agencia con el programa del Seguro Popular de México, así como para desarrollar el plan del contrato y la red de proveedores y promotores en estados seleccionados de E.U. Este documento describe las necesidades, los datos disponibles, los componentes y los socios de este ambicioso proyecto.

La propuesta de Salud Migrante que se presenta aquí, ofrece soluciones innovadoras para un SBS, gracias a los siguientes cuatro enfoques estratégicos:

Los migrantes mexicanos como población móvil. La comprensión de las necesidades de salud de los migrantes y de las políticas, implica una completa atención a una población con movilidad internacional, y no sólo a sus implicaciones como migrantes asentados en E.U. La propuesta considera el SBS como uno entre muchos desarrollos de políticas necesario para atraer a los migrantes de regreso al país, en cualquier etapa del proceso y por el mayor tiempo posible. El fortalecimiento de los vínculos con las comunidades de origen se considera como beneficioso para el bienestar de los migrantes, sus familias y sus comunidades, además de que asegura beneficios continuos para la economía en general, de-

rivados de la migración. Si un SBS en verdad fortalece el retorno de los migrantes a México, entonces esta política promoverá las reformas de regularización de la migración laboral que se discutirán próximamente.

El SBS como necesidad en ambos lados de la frontera. Las discusiones previas sobre SBS han asumido la necesidad imperiosa de este mecanismo financiero únicamente en E.U., mientras que el papel de México fue concebido principalmente como un proveedor de servicios de bajo costo. Salud Migrante reconoce que las remesas llevan a gastos de bolsillo ineficientes, para servicios médicos en México, que con frecuencia dan lugar a gastos en salud catastróficos. Por lo tanto, el SBS se necesita igualmente en México, para fortalecer los servicios prepagados y para asegurar el acceso a los servicios en E.U.

La integración del sistema de salud como una estrategia de amplio alcance. Salud Migrante busca la integración funcional de dos sistemas de salud nacionales que son muy diferentes pero complementarios. Las fuerzas y debilidades de cada sistema de salud son reconocidas y se propone su integración funcional para sobreponerse a las debilidades y transferir sus fortalezas. La integración funcional se lograría por medio de las siguientes opciones:

- contratación por una agencia mexicana –que puede ser pública o mixta–, de proveedores de servicios de salud sin fines de lucro, para la provisión de estos servicios bajo planes de seguros de salud para migrantes
- el manejo de productos de seguros de salud innovadores para migrantes, a través de agencias privadas de seguros, sin fines de lucro, en E.U., reguladas a nivel estatal
- promoción del Seguro Popular por agencias comunitarias en ambos lados de la frontera
- afiliación al Seguro Popular de manera directa desde E.U., por medio de una interfase en Internet y de pagos a través de canales de transferencia de remesas regulados por BANSEFI
- afiliación al Seguro Popular por medio de aseguradoras sin fines de lucro en E.U.
- referencia de pacientes a través de fronteras y sistemas, por medio de una comunicación apropiada y sistemas de transporte de pacientes

La fortaleza del mercado sin fines de lucro en E.U., en materia de seguros de salud para los pobres (*Medicaid Managed Care*—Atención Gerenciada Medicaid), así como el compromiso, la eficiencia y la integración del sector de servicios de salud sin fines de lucro, son ampliamente reconocidos. La propuesta también está apoyada en la naturaleza pública del sistema de salud mexicano, y más particularmente, en el Seguro Popular, una innovación reciente sin la cual esta propuesta no sería concebible. La alta calidad de la atención a la salud que caracteriza al sistema de salud en E.U. se considera una fuerza motriz poderosa para los mecanismos de monitoreo de calidad y referencia en México.

La colaboración pública-privada para afiliar a migrantes al Seguro Popular desde E.U. se concibe como una estrategia crítica para aumentar el alcance del Seguro Popular y para empoderar a las comunidades migrantes. Tal colaboración se considera un paso hacia delante, de las alternativas puramente privadas o públicas que han predominado en muchas de las discusiones o en los programas de seguros existentes. De manera importante, Salud Migrante reconoce las limitaciones constitucionales para asignar fondos fiscales dentro de los límites territoriales de cada país.

Los derechos humanos como justificación ética para la acción. La propuesta reconoce los desafíos a los de-

rechos humanos de los migrantes en ambos países y acerca a diversos actores para asegurar que estos derechos sean reconocidos. Salud Migrante reconoce la responsabilidad del gobierno mexicano de promover que los migrantes tengan acceso a la atención primaria a la salud en E.U. y a la atención secundaria e integral en México. La propuesta reconoce los derechos a los servicios de salud de los que gozan algunas categorías de migrantes en E.U. Sin embargo, también reconoce que para tener una mayor protección, se requiere de la participación activa tanto de los migrantes como del gobierno mexicano, particularmente en un contexto de adversidad creciente.

Esta propuesta presenta a Salud Migrante como un enfoque preliminar, basado en una investigación bibliográfica extensa y en consultas con una amplia gama de actores (ver anexo 1). La factibilidad de la arquitectura propuesta ha sido discutida y una coalición de socios ha sido establecida para permitir su análisis profundo y puesta a prueba. Esta propuesta especifica el trabajo requerido para tener los elementos necesarios para la formulación de políticas. Se propone también un marco de desarrollo para preparar y probar los instrumentos de políticas y los mecanismos necesarios para su implementación.

2. La necesidad de un seguro binacional de salud (SBS)

2.1 Demografía de una población móvil

El número total de residentes migrantes mexicanos en E.U. fue de 11.81 millones en 2007, equivalente a 4.0% de todos los residentes y a 30.0% de todos los migrantes en este país. Los residentes migrantes han dado a luz a 4.26 millones de niños en E.U. y éstos son, por lo tanto, ciudadanos de E.U. por nacimiento. La población migrante mexicana y sus hijos, suman 16.06 millones de personas, residiendo en 4.1 millones de hogares. Esta población migrante está directamente relacionada por medio de las remesas con 1.29 millones de hogares en México (5.6% del total en 2005), beneficiando directamente a aproximadamente 5.9 millones de personas en este país. En 2005, 709,000 mexicanos dejaron sus hogares para ir a E.U., mientras que sólo 255,000 regresaron voluntariamente.

La población total que debe considerarse como punto de partida para un análisis de beneficiarios de un SBS, podría ser tan grande como la suma de los migrantes mexicanos y sus hijos en E.U., más sus dependientes en México; o sea, un total de 22.0 millones de personas. Aquellos que saldrían más beneficiados de un SBS serían los que regresan voluntariamente y los hogares que reciben remesas en México. Sin embargo, el SBS haría aumentar este número sustancialmente, ya que se reducirían las barreras a la movilidad. En esta sección, analizaremos la composición de varios grupos, de acuerdo a su ciudadanía y condición social y económica, para enfocar en las poblaciones que estarían más interesadas en ganar acceso al SBS.

La mayor parte de la información en esta sección ha sido obtenida de datos compilados por el Consejo Nacional de Población de México y de la excelente síntesis de Elena Zúñiga y colaboradores “Inmigrantes Mexicanos y Centroamericanos en Estados Unidos. Acceso a Salud”, que muestra las tendencias hasta el 2005.

2.1.1 El crecimiento de la población migrante mexicana y la distribución etaria

La tasa de crecimiento promedio de la inmigración mexicana en E.U., desde el 2000, ha sido de 5.8% al año, aunque la tasa fluctúa acorde a numerosos factores. Mientras que en la década 1970-1980, los migrantes mexicanos contribuyeron a la población de E.U. con un 8.6% del crecimiento total, para el período 2000-2005, los mexicanos contribuyeron con un 26.4% del crecimiento total poblacional. Los migrantes en su totalidad, contribuyeron con un 68.5% del crecimiento de la población en el mismo período.⁴ Para el 2005, los mexicanos eran la primera minoría migrante en 31 estados, y estaban entre las primeras cinco en 43 estados.

La población migrante mexicana es masculina en un 56%, comparado con 48.9% para la población nativa. También, tiene un carácter más adulto: sólo 7.3% del total son niños entre las edades de 0-14 y 5.1% consiste de adultos de 65 años y mayores. Esto contrasta con 22.7% y 12.4% para la población nativa, respectivamente. El grupo etáreo más predominante entre los

inmigrantes mexicanos es el de 30 a 44 años, y es el 38.1% de la población, vs 18.9% para los nativos. Los hogares migrantes mexicanos también son mayores, ya que 67.7% tienen más de tres miembros, comparado con 42.4% para la población nativa.

2.1.2 La demografía del seguro de salud para migrantes en E.U.

Los migrantes de todas las nacionalidades contribuyen grandemente al problema de la falta de una cobertura de seguro en E.U. De los 37.2 millones de migrantes en el 2007, 14.9 millones, o 30%, no estaban asegurados, comparado con 13.2% de la población nativa. Los inmigrantes y sus hijos nacidos en E.U., constituyen el 31.7% del total de personas no aseguradas en E.U. (cuadro 1)⁵ y entre 1998 y el 2003, representaron el 86% del crecimiento de la población no asegurada.⁶ Este incremento se debe parcialmente a una mayor

tasa de pérdida de seguros de salud, entre los migrantes documentados y los indocumentados, comparado con los ciudadanos nativos.⁷

De los 14.8 millones de migrantes indocumentados y sus hijos de todas nacionalidades en E.U. (incluyendo los hijos nacidos en E.U.), 8.3 millones, o 56%, no están asegurados (cuadro 2). Sin embargo, si consideramos a los migrantes sin sus hijos nacidos en E.U. (quienes tienen tasas más altas de seguros), entonces hasta 64% no están asegurados.

Todos los migrantes indocumentados y sus hijos, representan 18% de la población no asegurada de la nación. La mayoría de los niños en familias de indocumentados, son elegibles para una gama completa de prestaciones públicas estatales y federales, debido a su ciudadanía, aún si los padres no son elegibles debido a su falta de capacidad legal.⁸ Sin embargo, el clima anti-inmigrante que existe actualmente en muchos estados, discrimina contra los padres indocumentados de los

Cuadro 1. Cobertura de seguro de salud, por estado

	No asegurados				No asegurados o con Medicaid			
	Inmigrantes y sus hijos*		Nativos y sus hijos [‡]		Inmigrantes y sus hijos*		Nativos y sus hijos [‡]	
	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número
Texas	47.0	2,293	18.6	3,411	61.1	2,983	30.2	5,547
Colorado	45.2	263	13.3	563	58.1	338	21.5	909
Arizona	44.5	549	15.1	761	64.2	794	30.4	1,529
North Carolina	41.8	347	14.4	1,238	56.0	465	28.8	2,310
Georgia	37.0	459	14.8	1,200	53.1	659	26.5	2,152
Florida	35.7	1,537	16.7	2,292	46.9	2,019	26.2	3,600
Virginia	30.6	342	10.3	663	36.3	406	18.1	1,164
Nevada	29.0	185	16.4	311	37.0	237	22.8	433
California	28.4	3,904	12.8	2,887	50.6	6,945	25.0	5,621
L.A. Country	31.7	1,570	13.5	668	55.1	2,732	25.0	1,237
Maryland	28.4	259	11.0	518	35.2	321	19.7	927
New Jersey	27.7	659	10.9	682	37.1	883	18.1	1,134
Illinois	23.6	546	11.9	1,230	36.4	842	22.4	2,315
Washington	21.3	198	10.2	548	40.4	375	21.7	1,168
New York	21.1	1,122	11.2	1,540	47.3	2,511	26.9	3,692
New York City	21.0	795	14.6	631	52.3	1,981	40.6	1,757
Massachusetts	15.6	172	9.3	485	36.2	400	20.7	1,083
Nation	30.0	14,898	13.0	32,095	47.4	25,513	25.0	61,758

* Incluye niños nacidos en EE.UU. (menores de 18 años) de padres inmigrantes

[‡] Excluye niños nacidos en EE.UU. (menores de 18 años) de padres inmigrantes

Fuente: Center for Immigration Studies. (Centro para Estudios de Inmigración), análisis de marzo del 2007. Current Population Survey

Cuadro 2. Cobertura de seguro de gastos de salud para extranjeros ilegales

	Sin seguro (Miles)				Proporción estatal de no asegurados	
	Indocumentados Porcentaje	Indocumentados Número	Indocumentados y sus hijos nacidos en EE.UU. Porcentaje*	Indocumentados y sus hijos nacidos en EE.UU. Número	Indocumentados	Indocumentados y sus hijos nacidos en EE.UU.
Arizona	69	403	58	480	31	37
California	65	1,858	55	2,081	27	31
New Jersey	67	288	61	314	21	23
Texas	70	1,197	62	1,450	21	25
Maryland	59	157	53	165	20	21
Nevada	59	94	53	115	19	23
Florida	68	685	61	779	18	20
Georgia	55	279	51	321	17	19
Colorado	79	134	70	166	16	20
Washington	40	110	34	120	15	16
Virginia	57	148	53	171	15	17
North Carolina	69	232	58	265	15	17
Illinois	52	251	42	266	14	15
New York	67	371	59	397	14	15
Massachusetts	25	56	23	61	9	9
Nation	64	7,251	56	8,267	15	18

* Incluye hijos nacidos en E.U. de padres inmigrantes ilegales

Fuente: Center for immigration Studies (Centro para Estudios de Inmigración). Análisis de la Encuesta Actual (Current Survey) de marzo del 2007

niños ciudadanos, al ejercitar éstos sus derechos a los servicios de salud.

Los inmigrantes mexicanos tienen una tasa mucho mayor de no asegurados que otros grupos migrantes, con 56% de los 11.8 millones de mexicanos en esta condición. El porcentaje de inmigrantes mexicanos no asegurados ha estado incrementando gradualmente desde 1994, cuando estaba en 51.2%. Los migrantes mexicanos no asegurados, por lo tanto, representan 13% de toda la población no asegurada de los E.U.⁹

2.1.3 Residencia migrante, estructura del hogar y estado legal

Los migrantes mexicanos recientes –clasificados como aquellos con diez años o menos de residencia en E.U.– suman 5.38 millones, o 45.5% del total. Este grupo mantiene relaciones más cercanas con sus comunidades de origen y está formado más bien de migrantes “cíclicos” o temporales que hacen viajes frecuentes a México y combinan la residencia en ambos países. Sin embargo,

hasta 85% de todos los migrantes mexicanos envían remesas a México de manera regular, mostrando la naturaleza a largo plazo de tales vínculos.¹⁰ Es más, como se describirá más adelante, la población más establecida también sufre de altas tasas de falta de seguro.

Los migrantes mexicanos en E.U. se agrupan en 4.10 millones de hogares. Los hogares de los migrantes mexicanos son un poco más grandes que los de la población nativa, con 3.8 versus 2.4 miembros por hogar, respectivamente. La mayor diferencia en la estructura del hogar en estos dos grupos está en el número que tienen un solo miembro, con 9.9% del total entre los inmigrantes mexicanos, versus 28.1% para los nativos. De todos los hogares mexicanos, 57% están integrados sólo por los miembros de la familia nuclear, y 20.9% incluyen a un miembro de la familia adicional. En 3.2% de los casos, se incluye también a alguien que no es un pariente, mientras que en 5.2% de los casos, todos los miembros del hogar no están emparentados. Los hogares de los inmigrantes mexicanos tienen una mayor razón de dependencia de la edad (aquellos que son menores de 15

y mayores de 65, dividido entre los que están entre 15 y 65), con 0.6 versus 0.4 para los hogares de la población nativa. La razón de dependencia para los ancianos, en el caso de los hogares de inmigrantes mexicanos, está por debajo de 0.0.

Los datos obtenidos en una encuesta de siete consulados mexicanos, sobre los migrantes que solicitan Matrícula Consular, sugieren que 78.8% de las esposas y 72.7% de los hijos, residen en el mismo hogar que el trabajador. Sólo en 16% de los casos, las esposas viven en México y en 17.9% de los casos, todos los hijos también. En 5.2% de los casos, las esposas viven en otros estados en E.U., mientras que en 9.4% de los casos, algunos niños están con uno de los padres en E.U. y algunos viven en sus hogares en México. En hasta 27.3% de los casos, los migrantes tiene por lo menos un hijo que vive separado de ellos en México.¹⁰

Los migrantes mexicanos tienen tasas de naturalización más bajas que los otros grupos migrantes, con sólo 21% que adquieren la ciudadanía, versus 51% para otras poblaciones migrantes. Entre los migrantes mexicanos más asentados, esta cifra se eleva a 34% y es de sólo 6% para aquellos de más reciente migración. La ciudadanía está cercanamente asociada al seguro de salud, ya que hasta 70% de los ciudadanos migrantes tienen seguro de salud, versus sólo 40% para los que no son ciudadanos. La ciudadanía, junto con la residencia más larga, lleva a una tasa de seguro de 72%, comparado con 60% para los ciudadanos migrantes de estadía más corta. Es más, la brecha importante que existe en las tasas de seguros entre las poblaciones mexicanas migrantes y aquellos de diferentes orígenes nacionales, persiste a pesar de la ciudadanía.¹⁰

La mayoría de los hogares de inmigrantes mexicanos tiene por lo menos un miembro que es ciudadano de E.U. En 58.0% de los hogares, los miembros tienen una ciudadanía mixta y en 17.7%, todos los miembros son ciudadanos. Sólo 24.3% de los hogares de inmigrantes mexicanos, no tiene ningún miembro que sea un ciudadano. Analizando el estado de migración de los miembros individuales de los hogares, es notorio que los 11.8 millones de inmigrantes nacidos en México, que están en E.U., tienen 4.2 millones de hijos nacidos en E.U., con una población total de 16.06 millones de personas. Considerando a esta población como un todo, en los hogares en donde todos son ciudadanos, 7.0% son nacidos en México y naturalizados, 7.2% nacieron en los E.U. y 0.1% tienen otros orígenes. Entre los hogares de

ciudadanía mixta, 37.1% son mexicanos de nacimiento (de los cuales, sólo 4.9% se han naturalizado) y 30.2% nacieron en E.U.

La protección individual de un seguro de salud difiere considerablemente, dependiendo del estado de ciudadanía del hogar. En hogares en donde todos son ciudadanos, sólo 27.1% de los miembros no están asegurados, versus 43.3% en hogares de ciudadanía mixta y 67.9% en hogares sin miembros que cuenten con ciudadanía de E.U.

La mejor estimación de los migrantes mexicanos, documentados e indocumentados, calcula que fueron 5.0 y 6.2 millones en el 2005, respectivamente. Los migrantes indocumentados representan 55% de todos los inmigrantes en esta categoría en E.U. y 56.4% de todos los migrantes mexicanos.¹⁰ Para el mismo año, 90.3% de los migrantes que cruzaron al Norte no tenían documentos de trabajo y 75.5% no tenían documentos para cruzar la frontera. Los inmigrantes nacidos en México fueron 30.7% de todos aquellos nacidos en el extranjero y residiendo en E.U. en el 2006. Hay una clara tendencia creciente en la migración sin documentación. En 1995, 56.6% de los migrantes cruzaron sin documentos de trabajo y 52.4% lo hicieron sin visas. La proporción de migrantes que cruzan la frontera sin tener experiencia previa en E.U., está también aumentando. Mientras que en 1995 estos migrantes eran sólo 35.5% del total, para 2005 eran 79.4%. De la misma manera, la proporción de migrantes que entran a E.U. sin un calendario predefinido, y esperando quedarse el mayor tiempo posible, está aumentando, de 37.1% en 1995 a 66.0% en el 2005.

Los datos sugieren que la gran mayoría de los migrantes en E.U., sin importar la longitud de su estadía, su documentación o ciudadanía, mantiene vínculos estrechos con México. El hecho de que hasta 27% tienen hijos viviendo en este país, es testimonio de la naturaleza cercana de estos vínculos. Dado que hasta el 85% mandan remesas, es probable que la mayoría de los migrantes esté manteniendo a sus dependientes ancianos y a otros miembros de la familia extendida.

2.1.4 Educación migrante, trabajo y pobreza

De todos los migrantes mexicanos, el 49.5% tiene menos de 10 años de educación formal, comparado con sólo 4.6% para los nativos. Los migrantes mexicanos

tienen un salario anual promedio de \$24,270 dls US, vs \$39,575 para los nativos. Hasta un 61.9% de los migrantes mexicanos gana entre \$10,000 y \$29,999 dls US, comparado con sólo 31.8% de los nativos. Los migrantes mexicanos trabajan predominantemente en negocios con menos de 100 empleados, con 60.3% del total, comparado con 41.2% de los nativos. Tal vez el mayor contraste se encuentra en el sector económico del empleo, con 40.6% de los migrantes mexicanos trabajando en el sector de servicios, comparado con sólo 18.5% para los nativos. El empleo en el sector primario ha estado decreciendo sistemáticamente, de 11.9% en 1994, hasta sólo 4.0% en el 2007. Hasta 77.7% de los migrantes mexicanos tiene empleo en labores manuales, vs 28.7% de los nativos. Los migrantes mexicanos se emplean en trabajos de limpieza, trabajo doméstico y preparación de alimentos en 23.3% de los casos.

La pobreza es casi el doble que la de los nativos, estando 22.1% y 12.0% por debajo de la línea de la pobreza, respectivamente. Sin embargo, el porcentaje de migrantes mexicanos que está por debajo de esta línea ha ido disminuyendo gradualmente desde 1994, cuando esta cifra estaba en 35.9%.

De todos los migrantes que cruzaron la frontera hacia E.U. en el 2005, 40.5% eran solteros, 55.7% eran casados o estaban en una relación, mientras que el 3.8% estaban separados, divorciados o viudos. De todos estos migrantes, 4.0% hablan un idioma indígena y 51.9% han terminado por lo menos la secundaria.¹¹

2.1.5 La migración de retorno

Hasta 8% de los 103 millones de habitantes de México ha trabajado en los E.U. en algún momento de su vida y 7.7 % de los mexicanos mayores de 50 años ha migrado a los E.U.^{12,13} Tan solo entre 1987 y el 2002, más de 3.3 millones de migrantes regresaron a México de los E.U. Los migrantes que regresan con frecuencia se establecen en lugares distintos a sus pueblos de origen, buscando mejores oportunidades económicas y servicios sociales.¹⁴ Sin embargo, los migrantes están retrasando su retorno, al volverse más difícil y pesado el cruce de la frontera.

De todos los migrantes que retornan, aquellos forzados a regresar por la Patrulla Fronteriza han aumentado, de 16.8% en 1995 a 43.0% en el 2005. En 1995, los que regresaron debido a razones personales que no son

de trabajo, sumaron un 47.7% del total, mientras que sólo 15.9% regresaron debido a la falta de trabajo. En el 2005, esta última razón representó el 10.1% del total. Otras razones inespecíficas han seguido siendo una proporción alta a través de todo el período analizado, con 19.6% en 1995 y 29.5% en el 2005. Es probable que tales razones incluyan problemas de salud.

Mientras que en 1995 hubo un balance entre los migrantes salientes y los entrantes, para el 2005 hubieron cerca de tres veces más migrantes que salieron, que aquellos que entraron. Así, en 1995, 415,000 salieron y 433,000 regresaron, mientras que en el 2005, 709,000 salieron y sólo 255,000 regresaron voluntariamente.

Los estudios de los migrantes que retornan sugieren diferentes razones para esta decisión: 1) a cuidar a un pariente enfermo en el hogar; 2) problemas crónicos de salud resultantes de riesgos ocupacionales, tales como problemas de espalda y respiratorios; y 3) dificultades para los mayores de 40 años en la búsqueda de empleo, dado que el mercado laboral en E.U. está impulsado por los jóvenes. Estos estudios también comienzan a registrar el regreso de los migrantes que se retiran después de largos períodos de trabajo en E.U.^{14,15}

2.1.6 Grupos demográficos para un SBS

Esta situación demográfica compleja, los diferentes derechos de acceso a servicios de salud de acuerdo a la edad, y la tensión por cuestiones de inmigración, crean cinco diferentes poblaciones para los propósitos de seguro, con diversos intereses en el SBS:

1. Inmigrantes legales
2. Hijos de inmigrantes legales, la mayoría ciudadanos de E.U., incluyendo a los hijos de padres indocumentados.
3. Adultos indocumentados
4. Niños indocumentados
5. Familias con situación mixta, que pueden incluir a uno o más miembros de cada uno de estos cuatro grupos.

Cada uno de estos cinco grupos debe relacionarse a los siguientes factores:

- Acceso a un seguro de salud
- Asentamiento/asimilación en E.U. vs en México

- Nivel de ingresos
- Grupo etario

El SBS debe diseñarse para la población joven adulta, masculina y femenina, predominantemente de llegada reciente, con residencia temporal en E.U. y con familiares dependientes que residan permanentemente en México. Los jefes de familia que estén interesados en el SBS, probablemente no serán ciudadanos de E.U., aunque muchos tendrán hijos u otros dependientes que sean ciudadanos. Tanto los migrantes documentados, como los indocumentados, tendrán un interés por el SBS, ya que los ingresos promedio no muestran grandes diferencias, aunque aquellos con documentos encontrarán más atractiva la propuesta, dada su mayor capacidad de cruzar la frontera. En resumen, habrá mayor probabilidad de que exista interés por el SBS, entre los siguientes grupos, en el orden mencionado:

- Los no asegurados con residencia legal en E.U., con familia y dependientes en México que no están asegurados
- Los que no están asegurados y tienen residencia legal, con familias completamente integradas en E.U.
- Los que están asegurados, con residencia legal en E.U., con familia y dependientes no asegurados en México
- Los residentes en E.U. no asegurados, sin documentos, y que tienen familia no asegurada y otros dependientes en México
- Los asegurados sin documentos en E.U., con familia no asegurada y otros dependientes en México.

En la fase de desarrollo deberá cuantificarse a cada grupo y realizarse análisis de disponibilidad a pagar.

2.2 Las políticas de salud y necesidades de los migrantes mexicanos en E.U.

2.2.1 Políticas actuales para un SBS

El gobierno de México ha expresado estar comprometido con la provisión de atención a la salud a los migrantes en E.U. Su enfoque se centra en asegurar la atención primaria en E.U. y servicios de salud más complejos en México, por medio del Seguro Popular.¹⁶ El Programa Nacional de Salud 2007-2012 considera, bajo

su Estrategia 4 para el desarrollo del sistema de salud, el fortalecimiento de la colaboración y la cooperación con los E.U., junto con la consolidación del programa de la Semana Binacional de Salud y la promoción del Seguro Popular para migrantes en E.U., por medio de los consulados mexicanos.¹⁷

Los tomadores de decisiones, mexicanos, de alto nivel, están en la mejor posición para hacer una contribución positiva a la salud de los migrantes. Es más, tanto el Secretario de Salud como el Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados federal, nacieron en el estado de Guanajuato, un estado que contribuye por lo menos 1.3 millones de migrantes a los E.U. y donde 21% de su población vive en el Norte. Ambos tomadores de decisiones en políticas están, por lo tanto, altamente sensibles a la difícil situación de los migrantes y han apoyado fuertemente las iniciativas que llevan a su bienestar.

El gobierno de Bush también está interesado en apoyar un plan binacional de seguros que permita que más de un millón de retirados americanos que viven en México, puedan usar los servicios de salud mexicanos mientras gozan de los beneficios del plan Medicare. Los Secretarios de Salud de ambos países han acordado establecer comités de estudio para promover sus respectivas propuestas.

La Iniciativa de Salud de las Américas (HIA por sus siglas en inglés, cuyo nombre original fue *California-Mexico Health Initiative* – Iniciativa de Salud de California-México), fue creada en enero del 2001, auspiciada por *California Policy Research Center* (Centro de Investigación en Políticas de California) de la Oficina del Presidente de la Universidad de California, también ha enfocado el debate sobre un SBS. En el Foro Binacional de Políticas de Salud (*Bi-national Health Policy Forum*) de octubre del 2007, patrocinado por HIA y ambos gobiernos federales, se presentó un marco de cuatro páginas para un SBS. Incluyó atención preventiva y ambulatoria en E.U. y cobertura para la provisión en México de atención secundaria y terciaria. El financiamiento se describe como “dependiente de la voluntad para pagar” y vinculado a remesas a través de métodos no especificados.

Los analistas tanto en el ramo legislativo como en el ejecutivo, del gobierno mexicano, ven con cautela el clima actual que afecta a los migrantes en E.U. También les preocupa que el seguro binacional exponga al gobierno mexicano a reclamaciones de gastos no compensados

de los migrantes en E.U. Es más, la Secretaría de Salud está actualmente reforzando la implementación del Seguro Popular, después de seis años de duros esfuerzos legislativos y federales para ganar apoyo para esta importante medida. El Seguro Popular podría proveer la plataforma para el SBS en México; sin embargo, los tomadores de decisiones en políticas también aconsejan contra la introducción de nuevos esquemas de seguros que podrían exponer al Seguro Popular a presión legislativa en el contexto de un Congreso políticamente fragmentado.

Los legisladores federales quieren apoyar el bienestar de los migrantes, pero se dan cuenta que los migrantes con frecuencia culpan al gobierno mexicano por la falta de apoyo hacia ellos y por exacerbar las condiciones que han llevado a la diáspora mexicana. Es más, los legisladores están renuentes a proponer medidas que –como el programa IMSS Migrantes– pueden no ser sostenibles y podrían ser percibidas como que obtienen ganancias de las remesas. Al mismo tiempo, los funcionarios de salud comparten una percepción de que el siguiente gobierno presidencial de E.U. se dirigirá tanto a la reforma de inmigración, como a la de la atención a la salud.

El análisis anterior sugiere que las condiciones están propicias para la implementación del SBS, aunque el gobierno está cauteloso y ha propuesto hasta ahora políticas modestas para promover el Seguro Popular entre los migrantes. Sin embargo, los tomadores de decisiones en políticas en ambos países están altamente sensibles a la necesidad de tener el SBS. Se reconoce el desarrollo de la infraestructura institucional necesaria para proveer acceso asegurado a los servicios en México para los migrantes. Además, la prensa ha dado a conocer que IMSS-Migrantes, un programa formulado en 1990 pero ahora con muy poco impulso, está en proceso de ser terminado. Se requiere, así, una nueva respuesta gubernamental.

2.2.2 Necesidades de salud de los migrantes

No hay un sólo estudio documentado sobre las necesidades en materia de salud de los migrantes mexicanos en E.U., o de sus comunidades de origen en México, aunque se han reportado en la literatura visiones parciales de las fases iniciales en el ciclo de diáspora.

2.2.2.1 Necesidades de salud en las comunidades de origen de los migrantes y durante el tránsito

Las remesas económicas y sociales que fluyen en secuencia hacia las comunidades migrantes, en forma de dinero e influencia social, han mostrado tener primero un efecto negativo y después uno positivo sobre la salud. La evidencia sugiere que en etapas posteriores, los efectos negativos pueden notarse otra vez. En la etapa inicial, se notó un incremento en mortalidad infantil en las familias, como resultado de los efectos disociadores de las migraciones.^{18,19} Sin embargo, en etapas posteriores, las comunidades muestran tasas menores de mortalidad infantil y mayor peso al nacer.²⁰ Esto es porque las familias tienen mejores condiciones de vida en las comunidades de origen, en donde, característicamente, hay servicios limitados de salud, educación y bienestar, así como condiciones de empleo y vivienda por debajo de la norma. De la misma manera, comparten otras desventajas, tales como la falta de recursos personales, sociales y económicos.

Sin embargo, se han atribuido a la migración a E.U., problemas de salud tanto crónicos como agudos. Depresión, ansiedad y “nervios” han sido identificados como problemas en las esposas de los inmigrantes²¹ y se han reportado altas tasas de depresión, ansiedad y somatización, asociados a sentimientos de soledad y a la percepción de no tener recursos adecuados como padre y madre, durante la ausencia del cónyuge. Los hijos de los inmigrantes tienen altos niveles de estrés asociados a la ausencia paterna y presentan un alto consumo de alcohol y drogas. Es por lo tanto probable que los beneficios iniciales de salud para los migrantes –tales como la reducción de la mortalidad infantil– puedan tener menos efecto que las enfermedades crónicas, en etapas posteriores del proceso, particularmente por las “remesas sociales”, esto es, las influencias sobre el estilo de vida provocadas por la migración de retorno. Es más, con la migración de retorno definitiva, es probable que las comunidades receptoras tengan que cargar con el peso de las enfermedades de los ancianos y con los que regresan con debilidades, cuyas enfermedades han sido exacerbadas por la falta de acceso a los servicios de salud en E.U. Cabe notar la ausencia de investigación al respecto.

Las enfermedades infecciosas prevalentes en las comunidades de las que se originan los inmigrantes, son

principalmente la tuberculosis, las infecciones transmitidas sexualmente, incluyendo el VIH. La tuberculosis es “exportada” a las comunidades receptoras por medio de la migración. Los cambios han sido demostrados en la epidemiología del VIH/SIDA en México, en donde se encuentra una relación entre la migración y un aumento en las epidemias en áreas rurales; este aspecto muestra la necesidad de enfatizar los programas de prevención dirigidos a grupos específicos de la población. La tendencia de la tasa de VIH-SIDA, por estado mexicano, puede vincularse a estados con una fuerte migración hacia el exterior. Las tasas a nivel municipal son más altas en las municipalidades que tienen una alta migración.

Se ha señalado la falta de programas de salud sexual y reproductiva que estén especialmente dirigidos a poblaciones en movimiento. También es importante comprender que los migrantes de zonas rurales a urbanas, y los migrantes internacionales, constituyen grupos con necesidades diferentes. Los migrantes de zonas rurales a urbanas tienen menor probabilidad de practicar la anticoncepción que los residentes urbanos. Las cifras de diabetes, hipertensión, sobrepeso y obesidad son más altas en estados fronterizos que tienen una tradición de migración constante. El sobrepeso y la obesidad son problemas que afectan a cerca de 70% de la población mexicana (mujeres 72%, hombres 67%) entre 30 y 60 años de edad, en ambos sexos. Nuestra hipótesis es que existe algún tipo de relación entre la migración y los cambios en el consumo de alimentos, que debe estar desempeñando un papel en esta situación.²²

La vulnerabilidad de los migrantes es más alta entre los indocumentados, no sólo por poner en riesgo su salud, sino también sus vidas, al tratar de cruzar la frontera entre México y E.U. Sólo en el 2006, se reportaron 425 muertes de emigrantes mexicanos en el cruce de la frontera sur de E.U., causadas por deshidratación, insolación, hipotermia, agotamiento, picaduras venenosas, mordeduras de animales salvajes, ahogamientos, accidentes en vehículos y homicidio.²³ Los datos no oficiales muestran que las muertes ocurridas al cruzar la frontera han aumentado en los años recientes debido a la aparición de una política de inmigración más dura en E.U. a mediados de los años 90s.

La repatriación de migrantes gravemente enfermos que no pueden pagar atención médica en Estados Unidos o que están desahuciados y quieren pasar sus últimos días en México, es un problema que todavía

no se ha investigado. Los consulados mexicanos han ofrecido repatriación en casos extremos, cuando no se ha obtenido apoyo familiar y cuando los administradores de hospitales presionan para dar de alta a pacientes no asegurados. Los departamentos de salud en Guanajuato y Michoacán reportan alrededor de 12 a 18 repatriaciones por año respectivamente, mientras el consulado de Nueva York repatria –principalmente a Puebla– cerca de 60 pacientes en el mismo periodo. Ninguna estadística oficial ha estado disponible.*

Las repatriaciones son altamente gravosas tanto para los consulados mexicanos como para los ministerios estatales de salud. Los consulados son incapaces de ofrecer repatriaciones abiertamente porque temen ser sobrepasados por la demanda. Más aún, las secretarías estatales de salud no son capaces de proveer atención gratuita, dejando a los pacientes al cuidado de sus familias. Las causas de repatriación pueden ser rastreadas principalmente a choques automovilísticos y accidentes que dejan a los migrantes imposibilitados de trabajar. Los consulados reportan que los accidentes de trabajo tienden a ser tratados en E.U. gracias al apoyo legal que consiguen para los migrantes que buscan su amparo. Sin embargo, evidencia anecdótica apunta abuso por parte de los patronos para evitar que los empleados tengan acceso a la atención médica a la cual tienen derecho bajo la Ley. Las enfermedades crónicas, principalmente insuficiencia renal, asociadas con complicaciones de diabetes, también están clasificadas entre las principales causas de repatriación. Los consulados reportan que la repatriación resulta con frecuencia de la presión de los hospitales para dar de alta a pacientes gravemente enfermos pero sin recursos para pagar por su atención. Algunos estados tales como Nueva York están mejor preparados para cuidar a estos pacientes según los términos del seguro “Medicaid” de emergencia, más aún otros estados tales como Nueva Jersey, por ejemplo, a menudo buscan apoyo consular.

Las necesidades de salud en rápido aumento que están ahora siendo impuestas a México a través del proceso migratorio atestiguan de la necesidad de respuestas innovadoras en el complejo contexto transnacional. El gobierno mexicano puede desarrollar el SBS para proveer la columna vertebral de integración financiera

* La repatriación de cadáveres es un tema aparte, pero está relacionado.

y del sistema para enfrentarse con estos nuevos retos que amenazan con obstaculizar el logro de las metas nacionales de salud.

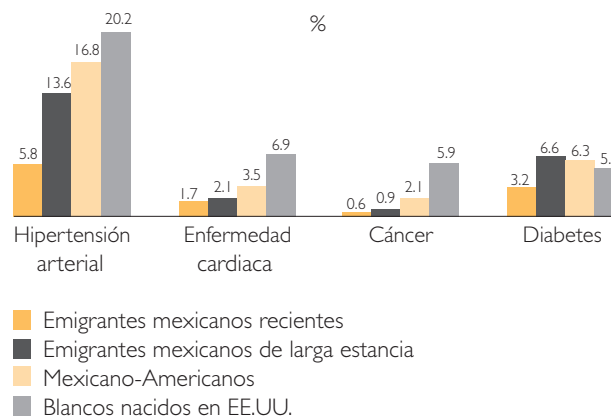
2.2.2.2 Necesidades de salud de los migrantes en E.U.

En general, la población de origen hispano en Estados Unidos tiene tasas de mortalidad más bajas que los blancos.²⁴ Mientras esta ventaja se reduce cuando las estadísticas son ajustadas a la edad, las diferencias son todavía notables, llevando a lo que ha sido llamada la paradoja epidemiológica: mejor salud de poblaciones migrantes a pesar de su nivel socioeconómico más bajo y acceso restringido a los servicios de salud (figuras 1 y 2). La más importante excepción es la diabetes, que es más alta entre los migrantes mexicanos. Las estadísticas ajustadas por edad para el estado de Nueva York (cuadro 3), también sugieren tasas de mortalidad generales más bajas para migrantes que para la población nacida en los Estados Unidos. Este es particularmente el caso con los migrantes mexicanos, con la mitad de la tasa de mortalidad promedio. Sin embargo, como es sugerido por la mucho menor tasa de mortalidad para la diabetes, estas estadísticas esconden el fenómeno del “migrante saludable”, según el cual los migrantes tienden a estar más sanos debido a una auto selección, mientras los enfermos o no migran o bien tienden a regresar a su país y de esta manera bajan las cifras de mortalidad. Es más, la evidencia demuestra que el estado de salud de los migrantes tienden a empeorar a medida que se asimilan a los estilos de vida locales.

Temas de salud de alta prioridad entre los inmigrantes en estados de “nuevo crecimiento” tales como Iowa, Carolina del Norte y Washington incluyen primariamente lesiones de trabajo debido al tipo de trabajo requerido en la industria procesadora de alimentos y de la construcción –el tipo de trabajos que atraen a los migrantes mexicanos. Otros problemas de salud importantes incluyen enfermedades crónicas tales como diabetes Tipo II, enfermedades de transmisión sexual, y abuso de sustancias. Los temas de salud mental son de preocupación, asociados con la aculturación, pérdida cultural, y el estrés asociado con un estatus de clase baja, y –en Iowa y Carolina del Norte– el estrés asociado con ser una “nueva minoría”.

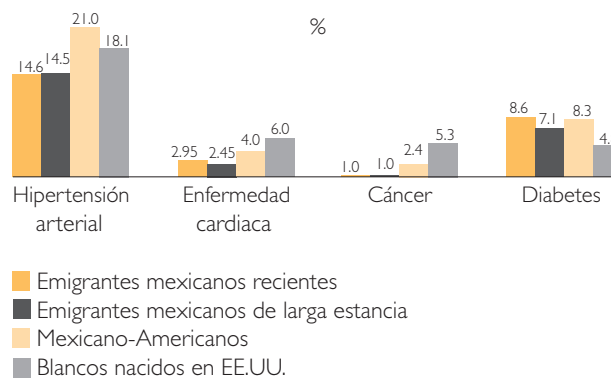
Las condiciones de salud sobresalientes de los migrantes mexicanos en comparación a otros grupos

Figura 1
Prevalencia de condiciones de salud por condición del migrante, comparado con los blancos nacidos en E.U., edades 18-64. E.U. 2005



Fuente:Wallace S. Reunión anual de investigación de la Academia de Salud de Orlando (Academy Health) Orlando, Florida 2007

Figura 2
Prevalencia de las condiciones de salud, por condición migrante, comparada con la de los blancos nacidos en E.U. Ajustada por edad. Edades 18-64. E.U. 2005



Fuente:Wallace S. Reunión anual de investigación de la Academia de Salud de Orlando (Academy Health) Orlando, Florida 2007

de salud han sido consideradas por largo tiempo como objetivos ideales para los seguros de salud. Desde luego, los bajos riesgos en términos generales, entre una población reacia a litigar y con una tradición de autoayuda, colocan a los proveedores y aseguradores en una posi-

Cuadro 3. Causas de muerte entre adultos migrantes y nativos de E.U. Nueva York 2001-2003

Todas las causas/100,000 Causa de muerte	Nacido en E.U.	Nacido en el extranjero	Países de nacimiento, muertes//100,000*				
			República dominicana	China	Jamaica	Guayana	México
Todas las causas	1,073	768	548	618	785	801	520
Cardíacas	438	350	177	206	304	332	146
Cáncer	246	175	128	192	199	163	97
Influenza/pulmonía	47	36	28	39	33	32	55
Cerebro vascular	31	31	27	37	37	41	21
Diabetes	34	23	24	18	43	58	9
Enfermedad obstructiva pulmonar	35	16	10	20	10	10	8
SIDA	41	8	8	0.5	12	10	14

*Ajustado por edad y anualizado

Fuente: Bureau of Vital Statistics, NYC DOHMH, 2001-2003, NYC DOHMH; U.S. Census 2000/NYC Department of Planning

ción relativamente cómoda. Sin embargo, el fenómeno del “migrante sano” puede estar poniendo una carga injusta en los hogares y servicios en México, al regresar a su país los enfermos y débiles. No obstante, ha sido demostrado que la asimilación en Estados Unidos rápidamente cambia el perfil de las necesidades y demandas de servicios de salud. Además, los migrantes enfrentan riesgos específicos y retos de acceso a servicios de salud que tienen que ser abordados por los proveedores de salud. El SBS puede ayudar a abordar estos retos a un costo relativamente menor y con ganancias importantes de bienestar.

2.2.2.3. Programas de salud del gobierno mexicano para migrantes

El gobierno mexicano ha establecido dos iniciativas específicas para la salud de migrantes, además de promover el plan de seguro familiar a través de IMSS Migrantes. Estas dos iniciativas son el programa Vete Sano Regresa Sano (VSRS), y Ventanillas de Salud en los consulados mexicanos.

VSRS es implementado por la Secretaría de Salud de México, sobretodo en estados mexicanos de alta migración, para proveer a los migrantes con la resiliencia necesaria para enfrentar condiciones severas, aislamiento social y cambios de estilo de vida impuestos por la migración. El programa se dirige a las comunidades emisoras y distribuye información en cambios de estilo de vida, riesgos durante el proceso de migración y riesgos de salud en los lugares de residencia en Estados Unidos.

VSRS es particularmente activo a través de ferias de salud en los meses de invierno cuando los migrantes están visitando sus lugares de origen. El programa también mantiene un cierto grado de coordinación con las oficinas estatales de gobierno para asuntos migratorios, así como con la Semana de Salud Binacional promovida por la Iniciativa de Salud de las Américas.

El programa ha tenido un impacto moderado a nivel comunitario, adelantando un alto grado de interés en el proceso migratorio por los proveedores y coordinadores del programa a niveles locales y estatales en E.U. Como resultado, por ejemplo, Puebla y el estado de Nueva York están comprometidos a través de intercambios de personal para sensibilizarse uno al otro en lo que se refiere a las realidades que afectan a los migrantes. En Carolina del Norte, delegaciones de condados impactados por altas tasas de inmigración también se han involucrado con estados mexicanos vecinos y municipalidades. Por ejemplo, Carrboro, Carolina del Norte y Juventino Rosas en Guanajuato han formado una alianza y las iglesias católicas en Chapel Hill, Carolina del Norte y Juventino Rosas en Guanajuato regularmente intercambian delegaciones. Adicionalmente, las ferias de la salud y revisiones médicas son rutinarias en ambos lados de la frontera y primariamente son dirigidas a través de líderes de la comunidad de Juventino Rosas en Guanajuato. Durante los pasados dos veranos, delegaciones de estudiantes y profesores de la Universidad de Carolina del Norte han pasado los veranos trabajando con los líderes locales en Juventino y las comunidades vecinas, para ofrecer revisiones médicas completas. En

muchos casos, los miembros de la familia son vistos en una revisión médica comunitaria en E.U.

El programa de Ventanillas de la Salud fue iniciado como un esfuerzo impulsado por financiamientos del California Endowment en 2003 para apoyar los esfuerzos de promoción comunitaria del consulado de Los Angeles. Actualmente, el programa ha sido completamente adoptado por la Secretaría de Relaciones Exteriores y la Secretaría de Salud y está apuntando a expandir las actuales 12 Ventanillas a 17 para 2008. “Ventanillas” consiste en pequeñas oficinas adyacentes a cuartos de espera en los consulados mexicanos y proveen a aquellos que buscan pasaportes y otra documentación con promociones de salud e información para inscripción en diversos programas de salud pública gratis o de bajo costo. Educadores profesionales de salud proveen el servicio, bajo un acuerdo entre el consulado y una dependencia local. Las necesidades de financiamiento están siendo cubiertas a través de una contribución de 240,000 dólares por la Secretaría de Relaciones Exteriores para operar las 7 Ventanillas disponibles en 2007. También se están buscando fondos en fundaciones privadas. A la fecha, “Ventanillas” no provee información sobre el sistema mexicano de salud, ya que los especialistas en educación no están siendo entrenados para proveer este servicio. Además de “Ventanillas”, los 47 consulados mexicanos en Estados Unidos también participan activamente con las dependencias locales de salud y otras organizaciones comunitarias para promover las ferias de salud, especialmente durante la Semana de Salud Binacional promovida por la Iniciativa de Salud de las Américas.

La Secretaría de Relaciones Exteriores y sus consulados distribuidos en todo el territorio de E.U., reunieron un Consejo de Mexicanos en el Exterior, un órgano asesor del Instituto de los Mexicanos en el Exterior.²⁵ Los integrantes del Consejo son líderes electos de entre la población mexicano-americana o la comunidad migrante. Dicho Consejo se estableció para conjuntar los esfuerzos y la experiencia de los mexicanos en el exterior, con un doble propósito: identificar y analizar los problemas, desafíos y oportunidades que enfrentan, y qué opciones proponer para elevar el nivel de vida de las comunidades mexicanas en el exterior. Durante la 10ª Reunión del Consejo Consultivo del Instituto de los Mexicanos en el Exterior, la principal problemática que despertó preocupación fue incrementar el financiamiento o mejorar los diversos programas de protección

para los migrantes y para el desarrollo comunitario. En la reunión se enfatizaron los siguientes tópicos de salud: la publicación de tarjetas de salud mexicanas vía Internet y su estandarización acorde a sus contrapartes en E.U.; la opción de contar con el Seguro Popular como un instrumento de seguridad social para la población mexicana en E.U.; la revisión y difusión del programa “Vete Sano Regresa Sano” a través de centros locales de salud y, finalmente, la aceptación de equipo médico donado por E.U. con destino a territorio mexicano. Salud Migrante avanzaría sobre la base de estos programas en curso.

Hay una amplia diversidad de políticas y respuestas comunitarias a la salud migrante en E.U. y México. No obstante, dichas acciones se encuentran dispersas y sin coordinación entre los diversos sectores que las originan. Existe la necesidad de tener una política unificadora que fomente la coordinación entre acciones, sectores, gobiernos y comunidades. Este tipo de políticas permitirá el avance creciente de iniciativas exitosas y de nuevas políticas como el SBS.

2.2.3 El apoyo de las remesas y perspectivas para la protección de un seguro

BANSEFI o Banco del Ahorro Nacional y Servicios Financieros, dependiente del gobierno mexicano, promueve la transferencia de remesas con bajo costo y está particularmente interesado en ofrecer servicios a los migrantes que les permitan ahorrar, invertir y acrecentar su patrimonio en México. BANSEFI es una institución pública altamente confiable que lleva operando seis decenios y trabajando a nivel de base. Opera a través de la Red de la Gente, un fideicomiso que reúne recursos de 164 asociaciones privadas, organizaciones sin fines de lucro e instituciones de micro-crédito y cooperativas, obteniendo así la más amplia red de cobertura en el ámbito municipal, en comparación con cualquier institución financiera en México. BANSEFI tiene sucursales en más de 500 municipios y ocupa el segundo lugar, después de BBVA Bancomer, en cuanto al número de sucursales en todo el país.

En E.U., BANSEFI colabora con una red de 150 operadores de transferencia de dinero –unos comerciales y otros sin fines de lucro– y uniones de crédito, que en conjunto incluyen más de 30 mil puntos para envío de remesas y posiblemente hasta 60 mil, si se incluyen las tiendas en la esquina y los kioscos. Esta red recolecta 500

millones de dólares U.S. al año en remesas, apenas por encima de 2% del total del flujo de remesas hacia México. Sin embargo, dada su capacidad para promover el ahorro e inversión mediante una marca altamente confiable, tiene un potencial de crecimiento exponencial.

La iniciativa más importante de BANSEFI en E.U. es Directo a México, un programa que permite que las uniones de crédito y la banca comercial abran cuentas para los migrantes, considerando la Matrícula Consular y un número fiscal. Asimismo, los migrantes pueden abrir con antelación una cuenta bancaria en una sucursal de cualquier banco comercial o de BANSEFI en México, donde, posteriormente, sus parientes pueden activarla para recibir depósitos. Sobre esta base, la infraestructura está en desarrollo para promover esquemas de inversión como hipotecas y fondos de pensión. El seguro de salud se considera una opción interesante para proteger activos y bien podría convertirse en un líder para el desarrollo de inversiones para proteger los activos. BANSEFI ya ofrece a los cuenta habientes en México modestas pólizas de seguro de vida y “Seguro de Ayuda” que proporciona acceso a un *call center* (centro de llamadas) donde los operadores proporcionan asesoría médica y canalización hacia médicos privados.

En BANSEFI se está considerando abrir cuentas de seguros de gastos médicos para proveer servicios de salud en E.U. o México. Salud Migrante ampliaría significativamente el impacto de esta infraestructura ya existente.

2.3 Los seguros de salud en México

2.3.1 La cobertura del seguro de salud en México

México cuenta con dos planes amplios de seguro de salud públicos: aquellos que unificaron a las asociaciones mutuas dependientes del empleo y que constituyen programas nacionales obligatorios de seguridad social como el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), el ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado), y el Seguro Popular, un plan voluntario que inició en 2003 para los autoempleados y para quienes se desenvuelven en el sector informal, tanto para trabajadores urbanos como rurales. El IMSS constituye el esquema obligatorio más grande, seguido por el ISSSTE y más pequeños esquemas específicos con ciertas industrias (por ejemplo, con PEMEX

y CFE). Asimismo, el IMSS maneja un plan voluntario conocido como Seguro de Salud para la Familia (SSF). La cobertura de seguros de gastos médicos privados se limita aproximadamente a 2% de la población.

A la fecha casi 50% de la población en México tiene cobertura de seguro médico. El IMSS cubre a cerca de 35%, el ISSSTE 7% y los seguros privados a cerca de 2%. El Seguro Popular se encuentra en sus inicios y a la fecha su cobertura es de 15%, pero se espera que para 2010 cubra al restante 50% de la población no asegurada. Cada institución aseguradora posee sus propias redes integradas de clínicas y hospitales urbanos y ofrece un paquete comprensivo de servicios. El Seguro Popular opera principalmente a través de la infraestructura de la Secretaría de Salud, aunque está contratando crecientemente los servicios de otros proveedores públicos y privados.

El IMSS también maneja un plan de Seguro de Salud para la Familia que los afiliados costean en su totalidad y cubre a cerca de 370 mil familias²⁶ y 1.07 millones de personas. El Seguro de Salud para la Familia nunca se comercializó ampliamente en México debido a dos razones: 1) el hincapié en extender el plan de seguro obligatorio mediante financiamiento tripartito (patrón, trabajador y el Estado) y 2) la preocupación de que este seguro quedara expuesto a una afiliación selectiva (quienes tienden a afiliarse son en su mayoría enfermos). En efecto, se ha reportado que el Seguro de Salud para la Familia incurre en una pérdida de \$15,195 pesos MX (equivalente a \$1,407 dólares U.S.)* por familia al año.²⁷

La mayoría de los trabajadores migrantes no recibe cobertura de ningún plan de seguro obligatorio en México, como tampoco lo reciben la mayor parte de la población rural ni los trabajadores en el sector informal en las zonas urbanas. No obstante, desde 1990 los esfuerzos para incrementar la afiliación se han centrado en los migrantes internacionales a través del Seguro de Salud para la Familia, cuando se lanzó el programa IMSS Migrantes con apoyo de los sindicatos agrícolas en California.²⁸ En 2007, IMSS Migrante cubría unas 25 mil familias o cerca de 125 mil personas,²⁹ lo cual resulta una cifra

* El tipo de cambio en este documento es de \$10.80 pesos mexicanos por \$1 dólar estadounidense, en febrero de 2008.

insignificante cuando se la compara a los 12 millones de migrantes mexicanos que viven en E.U.

Al programa IMSS Migrante nunca se le hizo verdadera promoción, principalmente porque fue pensado como una medida política en apoyo a los migrantes, al mismo tiempo que enfrentaba los mismos problemas de resistencia de parte de actuarios y problemas de sustentabilidad dentro del IMSS, al igual que el Seguro de Salud para la Familia. Además, este programa enfrentó problemas propios que nunca se han resuelto. Por ejemplo, la afiliación se limitó a los consulados en E.U. debido, principalmente, a obstáculos impuestos por la normatividad estatal en E.U. que prohíbe la venta de programas de seguros no autorizados y que vienen de fuera del país. A ello hay que agregar que la afiliación de migrantes en E.U. y sus familiares en México no permitió ofrecer servicios adecuados debido a que no se dio respuesta a sus necesidades específicas. Los formatos de afiliación para familiares tardaban demasiado en llegar a los domicilios en México, al tiempo que frecuentemente las clínicas se ubicaban lejos de las zonas rurales donde residen muchos familiares de los migrantes en Estados Unidos. Con la crisis financiera que a la fecha pende sobre el IMSS, ha comenzado a escucharse que el Seguro de Salud para la Familia quedará suspendido para 2009. Ante ello las autoridades del IMSS proponen que las familias afiliadas sean transferidas al Seguro Popular.²⁷

El Seguro Popular es un plan voluntario específicamente diseñado para ampliar la cobertura del seguro médico a los autoempleados y a cuantos laboran en el sector informal, evitando con ello que un segmento importante de la población incurra en gastos médicos catastróficos, particularmente cuando una mayoría de dicha población se encuentra cercana a la línea de pobreza. El plan cubre un paquete integral de servicios de atención primaria y hospitalaria (cuadro 4), con cobertura limitada de intervenciones médicas costosas (cuadro 5). Estimaciones de 2004 calculaban que el Seguro Popular contaba con una población potencial de 57.6 millones de personas o 47.2% de las familias identificadas mediante el censo poblacional del 2000 en el país. Esta cifra equivalía a 87% de la población no asegurada en ese momento.³⁰ El incremento anual de familias se estimó en 3.9%. Es importante señalar que la población migrante o las familias que residían en Estados Unidos en el momento que se aplicó el censo poblacional del 2000 no quedaron consideradas como parte del total a ser afiliado, aunque sí se consideró el

impacto neto que tuvo la migración sobre el crecimiento poblacional en tanto que se reflejó en las tendencias de incremento poblacional en el decenio 1990-2000.

Los gobiernos federal y estatal co-financian una parte importante de los costos, y una aportación de parte de las personas, la cual realizan de acuerdo con una escala móvil (cuadro 6) que va de cero para la población en el primer 20% de la distribución, según el ingreso, a cerca de 11 mil pesos mexicanos (1,019 dólares U.S.) para el 10% en la punta de la distribución, según el ingreso. El

Cuadro 4. Paquete integral de 255 intervenciones de atención primaria y hospitalaria cubiertos por el Seguro Popular, según grupo

Servicios preventivos (17)
Atención ambulatoria (84)
Servicios dentales (8)
Salud reproductiva (9)
Atención prenatal y obstétrica (21)
Rehabilitación médica (3)
Sala de emergencias (20)
Hospitalización (24)
Cirugía (69)

Cuadro 5. Cobertura limitada del Seguro Popular para intervenciones médicas de alto costo para enfermedades que se consideran causantes de gastos catastróficos en salud

1. Prematurez
Sepsis bacteriana
Insuficiencia respiratoria
2. Cáncer cervicouterino
3. Tratamiento antirretroviral de pacientes con VIH/SIDA
4. Diagnóstico y tratamiento de cataratas
5. Cáncer infantil
Leucemia linfoblástica aguda en niños
Trasplante de médula ósea
Tratamiento de leucemia mieloblástica aguda
Retinoblastoma
Linfoma no Hodgkin
Enfermedad de Hodgkin
Meduloblastoma
Astrocitoma
Osteosarcoma
Sarcoma de partes blandas
Tumor de Wilms
Neuroblastoma
6. Cáncer mamario

gobierno federal hace una “aportación social” equivalente a 15% de un salario mínimo, esto es 2,477 pesos mexicanos (229 dólares estadounidenses) por familia afiliada al año. Los gobiernos federal y estatal también hacen una “aportación solidaria”. Ésta equivale a 1.5 veces la aportación social del gobierno federal y 0.5 de la aportación de los gobiernos estatales, equivalente a 4,954 pesos mexicanos (459 dólares estadounidenses) al año por familia. La aportación fiscal total está cercana a los 7,500 pesos MX (694 dólares U.S.) anuales por familia. Las aportaciones hechas por los familiares afiliados equivalen, entonces, de 6% a 50% del total de las aportaciones.

El cobro de cuotas a familias en los deciles 3 al 10 se ve complicado por el bajo incentivo que tienen las autoridades de salud para cobrarlas y las familias a pagarlas. En efecto, los beneficios para las autoridades de recibir fondos adicionales por parte de estas familias los supera el riesgo de que la familia no se afilie (debido a que podría considerar que no vale la pena pagar el Seguro Popular), con lo cual dejarían de asignarse a los servicios de salud los recursos estatales y federales aparejados a la afiliación de dichas familias.

Esto podría explicar por qué la vasta mayoría de familias afiliadas en estados como Guanajuato, Michoacán, Puebla y Veracruz se encuentran en las categorías de no contribución (cuadro 7 y 8). Esta situación habrá de corregirse para lograr el pago justo y adecuado del Seguro Popular en un escenario de SBS.

El Seguro Popular lo maneja la Secretaría de Salud en los estados a través del Régimen de Protección Social en Salud (REPSS), es decir, órganos especializados que supervisan la afiliación, calidad del servicio y desarrollo de infraestructura. Dichos órganos proporcionan finan-

Cuadro 6. Distribución de hogares en México que reciben remesas, acorde a deciles de ingresos y costos de primas del Seguro Popular

Grupos de ingresos	% Hogas que reciben remesas	Prima anual familiar para el Seguro Popular Pesos	Prima anual familiar para el Seguro Popular USD
I	0.5	-	
II	1.6	-	
III	2.6	688	64.
IV	3.5	1,349	125
V	4.7	1,999	185
VI	6.1	2,730	253
VII	7.7	3,515	325
VIII	10.4	5,445	504
IX	14.5	7,246	671
X	48.5	10,966	1,015

Fuente: Lozano

ciamiento básicamente a proveedores públicos. Es de esperar que en el futuro cercano se contrate al IMSS y al ISSSTE como proveedores de servicios para el Seguro Popular en ciertos estados. Los REPSS determinan la velocidad de afiliación en el estado, por lo que serían también los responsables de la afiliación de migrantes a través del SBS. Entonces tendrá que evaluar la demanda del Seguro Popular y de los recursos que estarán disponibles y balancear estos factores con la capacidad existente.

Los REPSS en estados con alta migración están deseosos de poner en operación mecanismos de afiliación que reconozcan a la población migratoria como

Cuadro 7. Afiliación a los esquemas contributivo y no-contributivo del Seguro Popular. Guanajuato, Puebla y Michoacán. Segundo semestre del 2007

Estado	No contributivo deciles 1 y 2		Contributivo deciles 3 a 10		Cuota promedio
	Total	%	Total	%	
Nacional	7,064,431	96.8	227,493	3.12	
Guanajuato	502,150	99.2	3,590	0.71	\$278.60
Puebla	315,637	99.6	996	0.31	\$457.00
Michoacán	117,257	99.6	412	0.35	\$578.70
Veracruz	348,469	99.9	196	0.06	\$403.90

Cuadro 8. Cobertura del Seguro Popular. Guanajuato, Puebla, Michoacán y Veracruz. Segundo semestre 2007

	Guanajuato		Puebla		Michoacán		Veracruz	
	Total	Cobertura estatal %	Total	Cobertura estatal %	Total	Cobertura estatal %	Total	Cobertura estatal %
Población afiliada	1,525,889	49.2	1,050,696	27.0	368,869	12.4	1,407,420	29.6
Municipios	46	100	206	94.9	101	89.4	198	93.4
Localidades	5,306	49.7	2,967	39.0	1,482	11.8	4460	17.3
Hospitales generales	12	92.3	43	100	12	80.0	32	97.0
Centros de salud	528	100	541	95.6	232	47.0	674	85.0

un medio para incrementar su satisfacción y apoyar las políticas públicas que promueven su regreso. Al SBS se lo ve como una solución prometedora ya que reconocerá plenamente el papel que el Seguro Popular puede desempeñar en relación con un segmento grande de la población en estados que presentan alta migración. Es muy posible que el SBS permita ampliar la aportación financiera de los gobiernos estatales hacia el Seguro Popular. Sin embargo, el REPSS tendrá que resolver primero el *impasse* actual con respecto a asegurar las cuotas del Seguro Popular que debe cubrir cada grupo de ingreso. Si esto no se resuelve, entonces surgirán los problemas de establecer cuotas para afiliar a migrantes que viven en Estados Unidos.

2.3.2 Cobertura de seguro de salud de hogares de migrantes en México

Los hogares de migrantes se definen en México como aquellos que regularmente reciben remesas de los migrantes que están en el extranjero. Del total de 23 millones de hogares en México, 5.6% reciben remesas, de los cuales 12.3% están en áreas rurales y 3.6% en áreas urbanas. De estos hogares, 26% tiene por lo menos un miembro que tiene protección de un seguro de salud. El IMSS es el proveedor de seguro para dos terceras partes de estos hogares y el Seguro Popular para el 5% de éstos (cuadro 9). El/la migrante no estaría asegurado por IMSS, ISSSTE o programas similares de seguridad social ya que, por definición, el/ella no es un dependiente económico del hogar. Es más, el/la migrante no podría ser un empleado de una empresa o agencia que tenga afiliación obligada a cualquiera de estos esquemas de seguros. Sin embargo, los migrantes estarían cubiertos por esquemas del Seguro Popular o IMSS-Migrantes,

aunque ambos juntos sólo cubrirían aproximadamente a 7% de los hogares asegurados.

Otra cuestión menos visible a la que se enfrenta la afiliación de los migrantes al Seguro Popular es el hecho de que, como se dijo anteriormente, los migrantes que residían en E.U. antes del censo del 2000, no se consideraban parte de la población blanco que se alcanzaría en el 2010. Por lo tanto, los recursos fiscales no fueron asignados ni marcados por la ley para una gradual liberación a los migrantes, para asegurar el acceso universal para este importante grupo de mexicanos. Es probable que un cambio en los lineamientos de la operación del Seguro Popular fuera suficiente para asegurar la liberación de recursos financieros adicionales para una población que tiene completo derecho a la afiliación.

2.3.3 Las remesas y los gastos en salud en México

Las encuestas oficiales sobre ingresos y gastos de los hogares (ENIGH) han reportado aumentos significativos en gastos en salud en los hogares que reciben remesas. En el tercer cuatrimestre del 2002, los hogares con remesas gastaron un promedio de \$1,203 pesos MX (\$111 dls US) en servicios de salud, comparado con \$846 pesos MX (\$78 dls US).² La probabilidad de incurrir en gastos relacionados a la salud, aumenta en los hogares que reciben remesas: de 57% a 69% en gastos generales, 32% a 43% en atención primaria, 2% a 3% para atención hospitalaria y 28% a 34% para medicinas sin receta. Los gastos para embarazo y parto son similares, de 3%. Cabe notar que la media de los gastos no es estadísticamente diferente para los hogares con y sin remesas, excepto por los cuidados para el embarazo, en donde es interesante notar que los hogares

Cuadro 9. Porcentaje de cobertura de seguro para los hogares de migrantes en México, acorde a institución y residencia rural/urbana. México 2004

	Urbano	Rural	Total
IMSS	24	9	16
ISSSTE	6	1	4
Seg. popular	3	8	5
Sin seguro	67	82	74

Fuente: Knaul F. Annual Research Meeting of Academy Health Orlando, Florida 2007

Basado en: ENIGH 2005

con remesas gastan menos, en promedio, que los que no las tienen.

Sin embargo, los hogares con y sin remesas varían en otras dimensiones críticas que determinan sus necesidades de atención a la salud, acceso a los servicios y, finalmente, gastos en salud. Un análisis estadístico de datos de la ENIGH 2002, controlando para estos determinantes clave, así como para factores endógenos que determinan las cantidades de las remesas, identificaron importantes impactos de las remesas sobre los gastos en salud. El estudio diferencia a los hogares acorde a su carácter urbano/rural y si el titular del hogar es hombre o mujer (cuadro 10). Cada peso adicional de las remesas aumenta los gastos en salud del hogar por un monto importante; los gastos de hospitalización, por ejemplo, aumentan entre 12 y 21 centavos. Este estudio muestra que el impacto de las remesas sobre los gastos en salud de todos tipos, está entre 15.9% y 42% del total. Además, es más probable que el ingreso adicional de las remesas se gaste en salud, que el ingreso adicional de cualquier otra fuente, lo cual muestra el papel que juegan las remesas en atenuar los impactos en las familias. Sin embargo, también señala la dependencia de los hogares de migrantes en los proveedores privados de servicios de salud para satisfacer las necesidades no esperadas. Es interesante notar que los hogares en donde el jefe de familia es mujer, gastan una porción considerablemente menor de las remesas en salud, lo cual sugiere que tienen mayores restricciones en su capacidad de decisión que los hombres que son jefes de familia.

Otros estudios confirman el importante impacto que tienen las remesas sobre los gastos en salud. Un

análisis de la ENIGH 2005 estimó que los hogares que reciben remesas, gastan 50% más en salud que los que no reciben, gastando \$1,683 pesos MX, comparado con \$1103 pesos MX.⁹ Sin embargo, estos estudios no controlan para los efectos específicos de las remesas sobre los gastos en salud, ni para las características de los hogares, aparte de los receptores de las remesas que determinan los gastos en salud.

Paradójicamente, los hogares que reciben remesas, reportan una mayor incidencia de gastos catastróficos en salud (definidos como gastos por encima del 30% del ingreso disponible). En un estudio en estados seleccionados, con alta migración de salida, entre hogares con al menos un miembro migrante, 8.5% de los que estaban en la categoría de bajos ingresos, reportaron gastos catastróficos en salud por trimestre, comparado con 3.4% de la población de bajos ingresos en México, en su totalidad.³¹ Este fenómeno podría relacionarse a la entrada de los hogares en el mercado médico privado, gracias a la disponibilidad de fondos de las remesas, lo cual los expone a sobre-gastos con respecto a las familias que utilizan los servicios públicos.

¿Cuáles son las implicaciones de los gastos en salud promovidos por las remesas? En primer lugar, si 31.8% de las remesas se están gastando en salud, esta suma llega a los 7.8 mil millones de dls U.S., o el 0.98% del PIB, considerando el flujo de remesas del 2007, de 24.7 mil millones de dls U.S.³² Esta cifra es equivalente al total de gastos de la Secretaría de Salud, o a casi una sexta parte del total de los gastos en salud del país. A su vez, la cifra representa cerca de una tercera parte de los gastos de bolsillo privados en salud. Estas cantidades considerables no se están organizando por medio de planes médicos que podrían asegurar la calidad y la eficiencia.

El aumento en los gastos en salud por las remesas, su enorme impacto en el mercado privado actual y las limitaciones en las decisiones de las mujeres que son jefes del hogar, señala en su conjunto a la importancia de un SBS como un mecanismo para disminuir los gastos y aumentar el acceso para los hogares encabezados por mujeres. Este patrón también subraya la necesidad de tener incentivos culturales específicos al género en el diseño operativo de Salud Migrante. Sin embargo, el SBS se enfrenta al desafío de ofrecer un servicio de seguro que sea un buen sustituto de los actuales servicios de salud privados, con gasto de bolsillo. Existe la necesidad de investigar más a fondo

Cuadro 10. Estimación de la proporción (%) de las remesas asignadas a varios gastos en salud, acorde a algunas características de los hogares. México, 2002

	Todos	Urbano	Rural	Jefe de familia es mujer	Jefe de familia es hombre
Atención primaria	8.9	9.4	4.9	6.2	8.9
Hospitalización	15.9	20.9	12	8.2	17.5
Embarazo y parto	4.5	7.6	2.1	0.2	0.5
Medicamentos vendidos sin receta	2.5	4.2	1.4	1.3	2.7
Total	31.8	42.1	20.4	15.9	29.6

Fuente: Modificado de Amuedo-Dorantes et al 2007, basado en ENIGH 2002

el grado de satisfacción que los migrantes perciben en cada una de estas opciones.

2.4 La cobertura de seguro de salud, acceso, costos y disponibilidad a pagar de los migrantes mexicanos en E.U.

2.4.1 La geografía política del seguro de salud

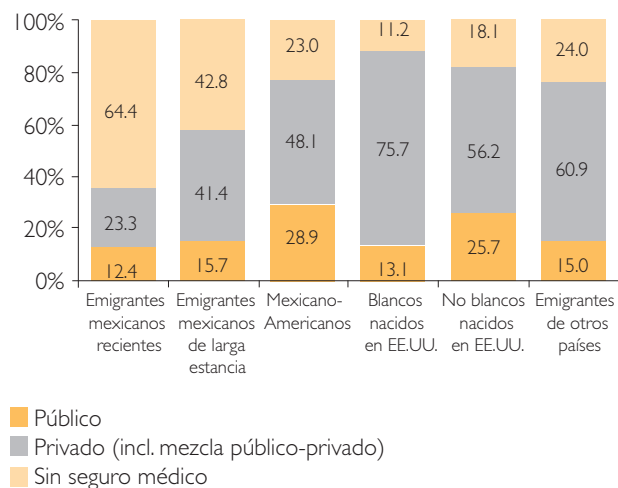
La protección social en salud y el seguro de salud para migrantes varían ampliamente en E.U., debido a las diferencias en cómo la política federal se co-financia y ejecuta al nivel estatal. Además, los factores clave incluyen: cómo responde cada estado a la inmigración, a través de políticas independientes, y cómo los condados responden a las situaciones y necesidades locales, particularmente en grandes estados con una alta densidad de migrantes, tales como California, Arizona y Texas.

En E.U., sólo un 32% de los migrantes recientes, con menos de 10 años de residencia, y 55% de aquellos con una residencia más larga, tienen seguro de salud⁹ (figura 3). Entre los adultos que viven en la pobreza, los migrantes mexicanos son los que tienen menor probabilidad de depender de un seguro público de gastos médicos, con 34%, comparado con 13% para los adultos, blancos, nativos. Los migrantes no asegurados representan alrededor del 27% de los 46 millones de no asegurados en E.U. Es mucho más probable que aquellos que no tienen seguro retrasen la búsqueda de atención médica, menos probable que reciban atención

apropiada, tengan una mayor tasa de incapacidades y muerte, y tiendan más a depender del financiamiento de *Emergency Medicaid* (Medicaid de Emergencia).

La principal razón para la falta de acceso al seguro en E.U. es su alto costo, con un promedio de \$12,000 dls U.S. para una atención comprensiva por familia, por año. Estos costos están más allá de la capacidad de los inmigrantes de pagar, dado que representa alrededor de la mitad del sueldo promedio de los migrantes. Las estimaciones de la capacidad de pago establecen que el seguro de salud no debe exceder el 10% del ingreso disponible³. Los pequeños negocios que emplean a la mayoría de los migrantes también encuentran que las pólizas grupales son demasiado costosas. A los trabajadores migrantes que entran a trabajar en grandes empresas, tales como las empacadoras de carne y compañías de construcción, generalmente se les ofrece un seguro individual de gastos médicos o la compañía les exige que compren un seguro individual de salud. Los planes de seguros familiares se ofrecen de manera opcional, aunque en el caso de los empacadores de carne de Iowa, sólo una tercera parte de los trabajadores ha decidido comprarlo. La falta de voluntad de la mayor parte de los trabajadores para comprar una cobertura familiar, puede

Figura 3
Niveles de cobertura de seguro de salud acorde a la situación migratoria, 2005



Fuente: Wallace et al. 2006. Basado en: Bureau of Census Current Population Survey (Oficina de Censos, Encuesta Actual de Población). Marzo, 2005

deberse a que no hay una percepción de la necesidad (pues las familias no siempre están con ellos), el gasto que implica, el hecho de que los jóvenes miembros de familias migrantes toman riesgos, o la expectativa de conseguir atención a la salud menos costosa en México. También puede deberse a la complicada naturaleza de las pólizas de seguros que, aún cuando se traducen al español, contienen cuestiones muy complicadas sobre deducibles, coaseguro, etc. Otro aspecto podría ser la necesidad de usar identidades clandestinas en el trabajo, lo cual crea barreras a la afiliación de la familia por medio del mismo sistema.

Los inmigrantes indocumentados y los legales, que han estado en E.U. por menos de 5 años, generalmente son excluidos de la elegibilidad de *Medicaid*, excepto por una cobertura limitada para condiciones de emergencia a través de *Emergency Medicaid*.³³ Veintitrés estados con historias más largas de flujo de inmigrantes han decidido usar fondos estatales para proveer atención médica para niños y mujeres embarazadas.³⁴ Quince estados han permitido que los residentes indocumentados sean elegibles para *Emergency Medicaid* para atención prenatal y partos, así como para atención a largo plazo. Texas es la notable excepción, ya que limita la cobertura de la atención a la salud para inmigrantes indocumentados al *Emergency Medicaid* más una cobertura de programas estatales o locales, tales como servicios de salud mental, centros de salud basados en las escuelas y programas de salud pública.³⁵

Las políticas que permiten que los migrantes sean elegibles para *Emergency Medicaid* han surgido por presiones para cubrir los costos de los hospitales, como resultado de la obligación legal de los hospitales, bajo el mandato federal, de atender a los pacientes pobres que no están asegurados, y que acudan a los departamentos de emergencia. Se reporta que la atención no-compensada representa un gasto de \$34 mil millones de dls U.S. o 5.6% del total de los gastos hospitalarios en 2005, incluyendo la atención de caridad y las cuentas no pagadas.³⁶ La cifra representa 1.6% del gasto total de salud de E.U., y equivale al 0.24% del PIB de este país. Esta cifra no ha cambiado en los últimos 20 años, lo cual sugiere que el número de migrantes en E.U., que ha ido en aumento, no es un determinante significativo. No obstante, la percepción pública atribuye a una parte importante de dicho gasto a la atención médica no compensada que es provista a los migrantes.

La Asociación Médica de California, declaró en el 2005 que el costo de esta atención [no pagada] con frecuencia pone presión sobre los presupuestos del hospital y los médicos, y puede amenazar la habilidad del hospital de mantener abierta su sala de emergencia. Este año se espera que el costo de los servicios no-compensados llegue a \$1 mil millones.

Recientemente, los datos de *Medi-Cal* (programa *Medicaid* de California) indican que cerca de 800,000 personas indocumentadas están inscritas en estos servicios, lo cual resulta en costos de aproximadamente \$700 millones anualmente.³⁷ La mayoría de los migrantes pueden no estar conscientes de su derecho a tener acceso a *Emergency Medicaid*.

El uso de *Emergency Medicaid* es principalmente para condiciones relacionadas al embarazo. En Carolina del Norte, 90% de los pacientes fueron elegibles para este servicio, el cual también representó la mayor parte de los gastos totales. Esto fue seguido de lesiones y envenenamientos, que fueron aproximadamente el 5% del total de los gastos. *Emergency Medicaid* tiene demanda principalmente de los residentes indocumentados, como se demostró en Carolina del Norte, donde a pesar de un aumento constante en el uso de *Emergency Medicaid*, los 16,106 pacientes atendidos en el 2004, representan sólo un 5% del total estimado de la población de inmigrantes indocumentados en este estado.

La participación del gobierno estatal, con fondos del gobierno federal, que provee los servicios de *Medicaid* para los indocumentados, tiene una importante relación con la utilización del servicio. En 1996, la atención para el embarazo sin emergencia, fue provista como un beneficio financiado únicamente por el estado, mientras que *Texas Medicaid* no ofreció este tipo de provisión. Como resultado, la encuesta antes mencionada para El Paso y Houston, mostró mínima participación (un 2%) de los indocumentados latinos para el programa *Medicaid*. En contraste, en Los Ángeles, 10% de los latinos indocumentados reportaron inscripción en *Medicaid* y en Fresno se inscribió un 25%. Sin embargo, con una participación en *Medicaid* de 10 – 15% de los dos millones de inmigrantes indocumentados en California, eso representa sólo un 4% del *Medicaid* del estado que está elegible a nivel estatal.

En California, un gran segmento de los programas de servicios sociales y de salud, se ofrece a través de los gobiernos de los condados, los cuales son más robustos

que en otras regiones de la nación. Como resultado, en ocasiones existen 58 diferentes posiciones sobre políticas relacionadas a un programa dado, iniciado por acción federal o estatal, dependiendo de lo que cada condado elija hacer con sus opciones locales. Por ejemplo, varios condados han usado el financiamiento de la Propuesta 10* para desarrollar cobertura de salud suplementaria para niños entre 0-5 años de edad, incluyendo a los inmigrantes.³⁸ Se estima que una gran mayoría —una fuente conocedora dijo, “casi todos”— los 90,000 niños inscritos en este programa (conocido como “Niños Saludables” [*Healthy Kids*] en California), en mayo del 2006, eran niños indocumentados o niños nacidos en E.U., cuyas familias incluían a residentes indocumentados. Las propuestas recientes para expandir este esfuerzo, utilizarían fondos tanto estatales como federales.

Al mismo tiempo, los condados en otros estados y algunas localidades se han ido al otro extremo, de perseguir a los residentes indocumentados, lanzando redadas policíacas, estacionando a agentes del ICE (*Immigration and Customs Enforcement* – Departamento de Ejecución de las Leyes de Inmigración y Aduanas) en las estaciones de policía, delegando poder a la policía local como agentes federales *de facto*, y patrullando las áreas de empleo informal. La presión recientemente anunciada sobre patrones, de reportar números fraudulentos de Seguro Social (que ahora se ha suspendido y queda pendiente, en espera de las decisiones de la corte y los nuevos procedimientos) está también aumentando la preocupación sobre las medidas enérgicas, en respuesta a las presiones del ala conservadora, “nativista” (en pro de la población nativa) del Partido Republicano y de los medios relacionados, después de la falla de las propuestas de reforma migratoria del gobierno de Bush. Una política explícita de “Desgaste por Ejecución de las Leyes” (*Attrition through Enforcement*) ha comenzado, más notablemente en Oklahoma y Arizona, con políticos en otros estados vociferando y exigiendo medidas similares. La especulación de los medios sugiere que los retornos voluntarios a México han aumentado, y un artículo

reciente del New York Times reportó el impacto de las partidas sobre los negocios en Arizona y otras áreas. Sin embargo, también debemos notar que, en septiembre de 2007, el Gobernador de California Schwarzenegger, firmó el AB 976, que prohíbe que las ciudades ejecuten decretos que requieran que los arrendadores les pregunten a sus inquilinos o posibles inquilinos acerca de su estado de inmigración y ciudadanía. Este patrón disperso continuará sin lugar a dudas, hasta que ocurra la reforma de inmigración federal.

Los bajos niveles de seguro de salud que tienen los migrantes, y los derechos fragmentados que benefician a los migrantes son tanto una oportunidad como un desafío para el SBS. Las comunidades migrantes tienen fuertes identidades que los hacen buenos candidatos para establecer grupos de auto-seguros. El SBS, por lo tanto, debe construir sobre esta oportunidad de desarrollar productos y coordinar con los servicios en México, donde los migrantes tienen intereses creados y en donde tienen derecho a la salud en existencia. Sin embargo, no será fácil para las autoridades, los proveedores de salud y la sociedad en general en México, reconocer tales derechos e implementar políticas apropiadas, dado el clima de exclusión en el que los migrantes han vivido durante décadas.

Los servicios de atención primaria que ofrece el SBS en los E.U. deben complementar aquellos que se proveen en los estados. Sin embargo, deben hacerse esfuerzos para que los gobiernos estatales no se vean liberados de sus obligaciones financieras actuales. El SBS debe, por lo tanto, monitorear el financiamiento público de programas y derechos para la salud en cada uno de los estados en donde opera. Con base en esto, el SBS debe estar de acuerdo en pagar sólo por los servicios complementarios que no se estén ya ofreciendo en cada estado. Una opción que debe considerarse en este respecto es la de enfocar el SBS en extender la cobertura a los grupos de población que no están ya cubiertos.

2.4.2 Acceso de los migrantes a la atención a la salud

Los sentimientos y políticas restrictivos han desempeñado un papel importante en la conformación de una visión de que los inmigrantes abusan de las instituciones públicas en E.U., consumiendo grandes cantidades de recursos mientras que buscan entrar a E.U. para ganar

* La propuesta 10 es un impuesto agregado a las ventas de tabaco en California, que genera unos \$600 millones anualmente para programas que atienden a niños de entre 0-5 años de edad y a sus padres. El estado retiene 20% de los fondos, mientras que el resto va a los condados.

acceso a servicios de salud gratuitos.³⁹ Los hechos son bastante diferentes.

Los no ciudadanos, sin importar la longitud de su estadía en E.U., tienen una probabilidad mucho menor de reportar acceso a una fuente local de atención a la salud, que los individuos nacidos en E.U. (razón de momios 0.28 para aquellos que han estado en E.U. durante menos de 5 años).⁴⁰ Sin embargo, los nacidos en el extranjero, los ciudadanos naturalizados que han vivido en E.U. por cinco años o más, no muestran ninguna diferencia en el acceso a las fuentes usuales de atención a la salud en E.U., comparado con las personas nacidas en E.U. Según la Encuesta de Población Actual de E.U., para el 2005, sólo 38% de los hogares encabezados por inmigrantes mexicanos, gozan de cobertura de atención a la salud, comparado con 70% de los hogares encabezados por inmigrantes de otros países y 81% para los hogares de personas nativas.¹⁰ Una encuesta en el Condado de Los Ángeles en el 2000, muestra importantes diferencias en el acceso a la atención a la salud a través de las poblaciones (cuadro 11). Es interesante que sólo 2% de los inmigrantes indocumentados reportaron tener una fuente habitual de atención médica fuera de E.U.

La encuesta de inmigrantes latinos indocumentados en Houston, El Paso, Fresno y Los Ángeles, para 1996/97,⁴¹ mostró resultados similares. Entre 27% y 50% de los inmigrantes latinos indocumentados en las cuatro comunidades, tuvieron una o más visitas médicas ambulatorias en el año anterior, comparado con 66% de los latinos y 75% de la población total de E.U. (datos de 1994).

Entre 1993 y 2003, las visitas a las salas de emergencias de los hospitales aumentaron en un 26%. Aproximadamente una tercera parte de estas visitas fueron clasificadas como no urgentes y podrían concebirse como una búsqueda de atención a la salud por los no asegurados. Al contrario de las percepciones comunes, las comunidades con un alto uso de salas de emergencia, tienen un menor número de personas sin seguro, residentes hispanos y sin ciudadanía.⁴² Los inmigrantes mexicanos dependen menos de las salas de emergencia que otros grupos de la población, con 11% de los recientes y 12% de los migrantes con mayor estancia que los usaron durante el año pasado, vs 23% de los mexicano-americanos y 20% de los blancos nativos.¹⁰

La encuesta del Condado de Los Ángeles mostró que 11% de los indocumentados nacidos en el extranjero, autoreportaron hospitalización en el año anterior,

Cuadro 11. Utilización de la atención a la salud en el Condado de Los Ángeles, por estado migratorio, 2000

Servicio	Indocumentado nacido en el extranjero	Nativo
Vió a un médico el año pasado	58%	80%
Nunca vió a un médico	17%	5%
Tuvo un chequeo/una revisión	32%	13%

Fuente: Goldman et al 2006

comparado con 13% de los nativos. Sólo 2% de los hombres indocumentados nacidos en el extranjero reportaron hospitalización durante el mismo período, comparado con 9% de los hombres nativos. Otros estudios, como la Encuesta del Condado de Los Ángeles, no han encontrado una diferencia significativa en la tasa de hospitalizaciones (excluyendo el parto) en poblaciones de residentes indocumentados y legales.⁴³ Sin embargo, un 2% de la población total tuvo hospitalización asociada al parto en 1994, comparado con aproximadamente 3% de la población latina. Las hospitalizaciones por parto son mayores entre las inmigrantes indocumentadas latinas, debido a una estructura de población más joven y a tasas más elevadas de fertilidad, aunque no se puede descontar que se promueve que los niños nazcan en E.U. para que sean ciudadanos y mejorar así el estado migratorio de los padres.

Los datos muestran una clara oportunidad para que el SBS haga una diferencia en las tasas de acceso a los servicios de salud para migrantes, particularmente para los migrantes indocumentados. Es probable que un mayor acceso a los servicios asegurados de atención primaria reducirá las visitas a las salas de emergencia, aunque los datos sugieren que tales visitas no son más comunes entre la población migrante que entre los otros grupos. También es probable que el SBS pueda proveer a los migrantes mayor respetabilidad dentro del sistema de salud, ya que serán considerados como completamente asegurados y responsables por su salud.

2.4.3 Los costos de proveer atención médica a los migrantes

Un análisis de costos de atención a la salud, por grupos étnicos, muestra que los hispanos tienen sistemática-

mente una menor demanda de atención y menores costos, a través de las líneas de gastos. Mientras que 87% de los blancos que no son hispanos demandan servicios, esta cifra es sólo de 70% para los hispanos – o casi 20% menos. Sin embargo, la diferencia es mucho mayor en términos de gastos generales. Mientras que los gastos promedio per cápita para los blancos no-hispanos es de \$2,832 dls US, los hispanos sólo gastan \$1,749, una cantidad que es 38% menor. Mientras que los gastos en servicios de emergencia, equipo y materiales de apoyo visuales, muestran diferencias por debajo de 6%, aquellos para los medicamentos son 31%, dentales 32%, atención para enfermos internados en el hospital 21% y consulta externa 38%.⁴⁴

Los estudios llevados a cabo en el Condado de Los Ángeles, con datos del 2000, muestran que los adultos nacidos en el extranjero constituyeron el 45% de la población en edades entre 18-64 en el condado, pero representaron 33% del gasto en salud. De la misma manera, los adultos indocumentados constituyeron 12 por ciento de esta población pero sólo representaron el 6% del gasto en salud.⁴⁵ Los autores extrapolaron las cifras para el gasto en salud, de los adultos indocumentados de la nación como un todo, y estimaron el total del gasto médico para adultos indocumentados en \$6.4 mil millones, y sólo el 17% (\$1.1 mil millones) de esta cantidad es pagada por fuentes públicas.

Al comparar los gastos estimados de *Medicaid* en Texas para los inmigrantes indocumentados para los años fiscales 2000 y 2005 (en dólares constantes del 2000), el estado encontró que los costos del programa aumentaron en 98% y el número promedio de recipientes al mes, aumentó en 81%. El Contralor de Texas estima que el costo total para el estado, de la atención a la salud financiada para inmigrantes indocumentados fue de \$58 millones para el año fiscal del 2005. Para el año fiscal 2004, los hospitales de Texas reportaron \$9.2 mil millones en total de atención no compensada, de los cuales 14% fue para inmigrantes indocumentados. Mientras que los datos sugieren que los migrantes indocumentados consumen mucha menos atención no compensada en los hospitales, que lo que afirman los panfletistas anti-inmigrantes, es claro que hace falta una campaña sistemática para el uso de las instalaciones de atención preventiva y de atención primaria a la salud.

2.4.4 La voluntad para pagar por un seguro de salud, de los migrantes en los E.U. y de los hogares de migrantes en México

Una dimensión crítica del SBS es la demanda y la voluntad para pagar (VPP) por los seguros de salud, de los migrantes en E.U. y de los hogares de migrantes en México. Casi todos los gastos en salud que hacen en ambos lados de la frontera los migrantes y sus familias, son gastos de bolsillo. Es más, la evidencia anecdótica sugiere que los migrantes tienen una profunda desconfianza de los servicios públicos en México, así como de los seguros de gastos médicos obligatorios en E.U. Sin embargo, la evidencia señala hacia un alto nivel de voluntad para pagar por un seguro de salud, aunque con diferentes niveles de contribución, dependiendo de si se considera a migrantes o a hogares de migrantes.

Los hogares de migrantes son altamente sensibles a la necesidad de un seguro de salud, con más de 98% con voluntad de inscribirse en cualquier plan, de acuerdo con un estudio en estados seleccionados por su alta tasa de migración.⁴⁶ Los hogares de migrantes perciben a los altos costos de la atención y al temor de ser deportados como las principales barreras a la atención en E.U. Las estrategias para satisfacer las necesidades de salud mientras están en el extranjero, incluyen el uso de remedios caseros, atención a distancia por medio de consultas telefónicas con los parientes, y la recepción de medicamentos por el servicio postal o en las tiendas locales, la búsqueda de atención en los poblados fronterizos antes de cruzar la frontera y el retorno a sus pueblos de origen en busca de atención.

Entre el 37% y el 55% de los respondientes estaban dispuestos a pagar por un seguro de salud, con la contribución media de \$100 pesos MX (\$9.25 dls US) al mes. Dada la distribución de los ingresos de los hogares migrantes, los pagos de afiliación al Seguro Popular estarían principalmente en el rango de \$5,500 pesos MX (\$509 dls US) a \$10,000 pesos MX (\$926 dls US) al año. Los servicios por los cuales están dispuestos a pre-pagar los hogares incluyen atención especializada, cirugías costosas y servicios de emergencia, así como medicamentos y servicios diagnósticos. Los servicios deben ser provistos en un horario amplio, incluyendo

los fines de semana y las noches. La libertad de escoger un médico, de buscar atención por cita, de ser atendidos por el médico en 15 minutos y de buscar atención en otros estados, también son privilegios deseados.

Aunque los hogares de migrantes expresan una gran voluntad de afiliarse, parece haber poca voluntad de pagar por el *Seguro Popular*, un fenómeno que puede demostrarse por los bajos niveles actuales de contribución, aún por las familias que están en los deciles de ingresos de 3 a 9. Sin embargo, también puede estar relacionado con la percepción de la baja calidad de los servicios públicos de salud, de los cuales depende el Seguro Popular hoy en día. Esto es conforme a los requisitos declarados que el Seguro Popular debe respetar para que ocurra la afiliación.

Un estudio comprensivo de *WTP* (*Willingness to Pay* – Voluntad para Pagar), llevado a cabo durante un campeonato de fútbol, con migrantes mexicanos en California, pero que incluyó a residentes de otros 9 estados de E.U., confirmó la demanda de un plan de salud binacional, que incluya la atención preventiva y ambulatoria en E.U. y atención comprensiva en México. Se probaron tres escenarios, incluyendo la atención primaria en E.U., con atención hospitalaria transfronteriza en instalaciones públicas o privadas. El costo de la cobertura de atención comprensiva en México, y una estimación de los costos mancomunados de transportación, fueron agregados al costo de los planes transfronterizos. Los resultados muestran que 62% de la población encuestada estaba interesada en el producto, y 57% estaban dispuestos a pagar USD \$75-\$125 al mes, si los servicios en México eran provistos en hospitales públicos. Sólo un 23% estuvo dispuesto a pagar USD \$150-\$250 al mes por el mismo plan, si los servicios en México se ofrecían por medio de proveedores privados. Los más fuertes predictores de la voluntad para pagar fueron los migrantes que tenían dependientes asegurados en México y que enviaban remesas para gastos de salud.⁴⁶

Se han hecho estimaciones rápidas de qué tan posible es para las poblaciones hispanas en E.U. afrontar el gasto de los diferentes esquemas de seguros de gastos médicos, en vista de sus gastos actuales. Tales estimaciones calculan el costo de las primas entre \$3,000 dls U.S. y \$4,500 dls U.S. por familia, al año, lo cual es cerca del doble de lo que encontró el estudio de voluntad para pagar hecho en el campo de fútbol. Cualquier plan de seguro binacional dependería de los proveedores de atención primaria en E.U. y de la atención hospitalaria

en México, por medio de un rango de opciones que incluyen el Esquema de Seguro Familiar voluntario del IMSS, el Seguro Popular o los proveedores privados con costos similares. Suponiendo como método práctico que las familias no estarán dispuestas a gastar más del 10% de los ingresos disponibles, tales planes serían posibles para un rango entre el 8% y el 25% de las familias migrantes legales que viven en los estados de E.U. que están a lo largo de la frontera sur de E.U. Sin embargo, podrían obtenerse suplementos de los empleadores y de otras fuentes, lo cual haría más posible su adquisición.³ Si los costos de prima actuales representaran la mitad de los cálculos presentados en este estudio, entonces la capacidad de compra oscilaría entre 16 y 50%, una cifra mucho más atractiva para una política de SBS.

El SBS puede proveer el vehículo adecuado para satisfacer las grandes necesidades percibidas de seguro de salud, así como la gran voluntad para pagar, por lo menos en E.U. Es necesario llevar a cabo más estudios *WTP* (de Voluntad para Pagar) en E.U. y en México, para diferenciar los riesgos percibidos en ambos lados de la frontera y establecer una estrategia de afiliación. Los retos a la capacidad de adquisición deben encararse desde la perspectiva de subsidios de los patrones, así como por los grupos de ingresos entre los migrantes y dentro del grupo mancomunado de México en general. El mayor reto al Seguro Popular, como proveedor de un SBS, puede ser la baja calidad percibida de sus proveedores públicos. Sin embargo, con el prospecto de inscribir a un gran número de migrantes, a tasas relativamente altas de contribución, es probable que el Seguro Popular buscará mejores proveedores, incluyendo a los del IMSS o ISSSTE, o aún en el sector privado. Una amenaza importante a este escenario sería la diferenciación de los servicios para migrantes y la posible percepción de un trato injusto de parte de los afiliados al Seguro Popular que no son migrantes. Este sería el caso particularmente si el gobierno es percibido como dando subsidios adicionales a los migrantes para aumentar su capacidad de adquisición del SBS.

2.4.5 La experiencia con seguros de gastos médicos, binacionales e internacionales, para migrantes

Han existido versiones privadas del concepto de un SBS, a través de México y E.U., desde los años '70s. El *Western Growers Association* (Asociación de Productores

del Occidente) usó ERISA – la ley federal que regulaba los planes de seguros de gastos médicos – para pasar de lado la ley del estado de California que hubiera impedido los planes transfronterizos para sus miembros. Más recientemente, después de que California reformó sus códigos de seguros (en 1998) para permitir tales productos, dos planes privados de E.U.⁵ – *Salud con HealthNet* y *BCBS Access Baja* – así como un plan mexicano, SIMSA, han comenzado a operar. Una estimación de los costos promedio es de \$350 dls U.S./mes (grupo, familia), \$75 dls U.S./mes (individual).³

En el 2004, *HealthNet* anunció que tenía la intención de expandir su programa de seguros transfronterizo, lo cual permite que los miembros utilicen su cobertura para pagar por la atención médica tanto en E.U. como en México; la nueva iniciativa tiene como blanco a las empresas pequeñas y medianas en el este de Los Ángeles y por todo el sur de California que son propiedad de migrantes y que emplean fundamentalmente a sus congéneres. *Blue Shield*, la tercera compañía más grande de atención gerenciada en California, opera *Access Baja* y cubre servicios en México, con 2,000 clientes.⁴⁷ Los observadores de las tendencias en California de este tipo de SBS citan la inscripción de aproximadamente 150,000 migrantes como un pico en la demanda de cobertura transfronteriza.⁴⁸ Las dificultades en el cruce de la frontera desde el 11 de septiembre también han sido citadas como una barrera a la expansión de la cobertura.

La experiencia con la protección del bienestar de los trabajadores migrantes internacionales de otra nación exportadora de mano de obra – Las Filipinas – es instructiva.⁴⁹ En 1980 se estableció una agencia del Departamento de Trabajo y Empleo, la Administración de Bienestar para los Trabajadores de Ultramar (*Overseas Worker Welfare Administration - OWWA*). Es la principal agencia del gobierno cuya tarea es proteger y promover el bienestar de los Trabajadores Filipinos de Ultramar (*Overseas Filipino Workers – OFWs*) y a sus dependientes. La OWWA se enfoca en la repatriación de trabajadores con problemas y enfermos y de sus dependientes, así como en seguros de vida, y ha provisto seguro contra accidentes y de incapacidad desde 1994. La membresía está en 1 millón de trabajadores legales en el extranjero, de un total de 3.8 millones. Las remesas de los filipinos en el extranjero son una fuente principal de divisas y se calcularon en más de \$17 mil millones dls U.S. en 2007.

El fondo de *OWWA* tiene un total de \$135 millones dls U.S. y una entrada de \$28 millones dls U.S. al año. El fondo es mancomunado con las contribuciones obligatorias de membresía de \$25 dls U.S. que formalmente deben ser aportados por los empleadores en el extranjero, pero que en la práctica son transferidos a los empleados. Los fondos incluyen también ingresos por inversiones e intereses, así como ingresos de otras fuentes. Hasta un 73% del fondo está conformado de contribuciones de patrones y empleados. El seguro contra accidentes se cubre por medio de una prima opcional de \$18 dls U.S. al año por persona. El seguro de incapacidad se ofrece como complemento de una póliza de seguro de vida y cubre hasta \$2000 dls U.S., un beneficio de una sola vez.

El caso de Filipinas señala la necesidad del gobierno mexicano de evaluar directamente su habilidad de adoptar programas de salud y bienestar en una escala tan enorme y con base en instituciones específicas.

2.5 Actores, políticas y regulación de un SBS en E.U.

2.5.1 Centros de salud comunitarios (CHC)

Los *Federally Qualified Community Health Centers* (Centros de Salud Comunitarios con Calificación Federal-*FQCHC* o *CHCs*) incluyen alrededor de 1,200 proveedores sin fines de lucro en E.U., basados en la comunidad. Se dirigen a la población estadounidense con mayores carencias y no asegurada, atendiendo a 17 millones de personas en 6,300 puntos en todo el territorio de Estados Unidos. Los *FQCHCs* incluyen de 147 *Migrant Health Centers* (Centros de Salud Migrante) que atendieron a más de 800 mil pacientes en 2007; estos centros reciben financiamiento especial proveniente del gobierno federal para satisfacer las necesidades de esta población. Los *CHCs* están enlazados a través de la *National Association of Community Health Centers (NACHC)* así como a través de las asociaciones de proveedores estatales o regionales de servicios de atención primaria a la salud como la *Iowa-Nebraska Primary Care Association (IANEPCA)*. Son pocas las grandes redes de clínicas bajo una sola administración como la *Yakima Valley Farm Workers Clinics* (con 17 unidades en Washington y Oregon) y *Hudson River Healthcare*, con 12 unidades en la Ciudad de Nueva York y 9 condados adyacentes.

El Hudson River Community Health Center (Centro de Salud Comunitario del Río Hudson). Ejemplo de un Centro de Salud Comunitario con Calificación Federal

El Hudson River CHC es un buen ejemplo de un FQHC que también opera como un centro de salud para migrantes. Además de cubrir una gama amplia de servicios de atención primaria, se enfoca en el vínculo con la comunidad y educación mediante servicios culturalmente apropiados. Utiliza toda oportunidad para ampliar sus servicios y atender un mayor número de trabajadores migrantes dentro de sus límites geográficos y hasta donde llega su alcance. Fundado en 1975, lo dirige un Consejo con amplia representación de la comunidad, incluidos los propios migrantes. Cuenta con 12 centros de atención cerca de Manhattan y en la región metropolitana de la Ciudad de Nueva York, tanto en áreas rurales como urbanas. Su base de clientes es 97% de no asegurados y 87% por debajo de la línea de pobreza. Hasta 47% son mexicanos principalmente provenientes de Puebla y Oaxaca, estados con los que el centro tiene acuerdos de colaboración.

Los CHCs tienen mucho interés en apoyar esquemas innovadores de seguro de salud para los trabajadores migrantes, para complementar su financiamiento, lo que les permitiría ampliar sus servicios a las comunidades migrantes más allá de su actual alcance. Los CHCs y sus asociaciones tienen plena conciencia del papel que desempeñan las crecientes comunidades migrantes, particularmente las mexicanas, y están dispuestos a colaborar con esquemas de seguro de salud accesibles que cubran atención primaria, especialidades y urgencias. Asimismo, ven la posibilidad del SBS con aportaciones de los propios migrantes, además de subsidios provenientes de las fuentes habituales de financiamiento de los CHC. El SBS es particularmente atractivo para los CHCs como un medio de hacer accesible la atención de especialidades y urgencias para sus clientes actuales, así como para ampliar sus servicios a un creciente número de migrantes. Dado su enfoque hacia la atención primaria, dan la bienvenida a la oportunidad de vincularse con hospitales en México.

2.5.2 Clubes de Oriundos

Muchos inmigrantes están organizados a través de los Clubes de Oriundos (CO) y, a su vez, a través de federaciones de paisanos que cubren estados mexicanos con altos niveles de migración. Este patrón de organización se basa en la alta concentración de migrantes provenientes de un estado expulsor dado y en un estado receptor dado (cuadro 12). Los CO y las federaciones propor-

cionan servicios sociales, de recreación e información, al tiempo que influyen sobre la política en su lugar de origen.⁵⁰ Estos CO varían en cuanto a su organización y estrategias de afiliación, con mucha frecuencia trasladándose con respecto a los roles ambivalentes que desempeñan, limitando su legitimidad y alianzas políticas. Sin embargo, han probado ser mecanismos idóneos para promover y apoyar seguros de salud.*

Los CO tienen tres tipos de afiliados. Los que llegaron recientemente, que generalmente se les clasifica así cuando tienen menos de cinco años de residencia; los que sobrepasan ese periodo de residencia y los nacidos en Estados Unidos. Quienes llegaron recientemente buscan información básica y apoyo para encontrar trabajo, salir de problemas y evitar abusos en su proceso de legalización. Los veteranos ya aprendieron cómo funcionan las cosas y buscan más apoyo social, también están más interesados en abrir cuentas bancarias, iniciar negocios, aprender cuestiones mercantiles u obtener certificados técnicos en México y conseguir papeles legales. Los residentes legales, al igual que los nacidos en Estados Unidos, buscan apoyo social. En la Ciudad de Nueva York el segundo grupo es el más grande, siendo cerca de 60% de los afiliados en algunos CO, una cifra indicativa del creciente rol que desempeñan los CO en las áreas urbanas. Las regiones rurales en Estados Unidos tienden a carecer de CO activos dado la dispersión de los migrantes y sus distintos lugares de origen en México. Una excepción notable es el CO en la zona poniente de Carolina del Norte, que tiene vínculos muy fuertes con Veracruz.

La cartera de proyectos y programas de salud que tienen los CO es creciente y son actores importantes para proporcionar una red de seguridad, de la cual forma parte el seguro de salud. En la cartera de proyectos y programas se incluyen promoción de la salud y prevención (información sobre VIH-SIDA, violencia familiar, salud reproductiva, cáncer), promoción del seguro de salud (canalización hacia *Medicaid* y *Medi-*

* La reciente Cumbre de Migrantes, www.cumbredemigrantes.org, que se realizó en Morelia, Michoacán, 10-13 de mayo de 2007, indica el creciente poder de las alianzas entre las organizaciones de migrantes y la atención que prestan a diversas agendas, incluidas salud, educación y cuestiones políticas, tanto en su lugar de origen como en el lugar donde ahora viven y trabajan.

Cuadro 12. Origen y destino de los migrantes de Guanajuato, Michoacán y Puebla (%)

	California	Texas	Carolina del sur	Illinois	Georgia	Nueva York	Otros estados	Total
Guanajuato	6	42.40	13	10	6		22.6	100
Michoacán	66.30						33.7	100
Puebla	33					20.80	46.2	100

Estimaciones de CONAPO con base en INEGI, Encuesta Nacional de Empleo (ENE) Módulo de Migración 2002

care) y derechos sociales (información de prestaciones para mujeres, infantes y niños {WIC}). Esta creciente cartera se apoya en financiamiento que aporta el estado y servicios públicos de salud así como agencias privadas sin fines de lucro en busca de alianzas para llegar a los grupos vulnerables. Así, los CO incrementan su manejo de programas y su capacidad de negociación.

Casa Puebla. Una red de Clubes de Oriundos

Casa Puebla es una red no lucrativa compuesta por alrededor de 40 organizaciones comunitarias de base con una doble misión: promover el bienestar social y los derechos humanos de los inmigrantes de origen latino, especialmente los indocumentados en la Ciudad de Nueva York. Casa Puebla opera también como un CO independiente en Manhattan que proporciona información, organiza y educa a los inmigrantes mexicanos y sus familias con respecto a derechos, recursos y procesos, con el fin de generar líderes, organizaciones y comunidades.

Casa Puebla también funciona como una agencia de servicio social para los latinos que no pueden acudir a agencias públicas de la Ciudad de Nueva York, dado que carecen de los documentos apropiados. Muchos inmigrantes hispanohablantes, indocumentados viven en condiciones inhumanas y, no obstante, no son elegibles para la mayor parte de los servicios que proporciona la ciudad. Casa Puebla responde a esas necesidades organizando a los mexicanos para que defiendan sus derechos humanos, educándolos con respecto a esos derechos, y fomentando un sentido de comunidad a través de actividades sociales, económicas y culturales.

Los líderes de los CO están particularmente conscientes de las cuestiones relativas a la protección financiera y el endeudamiento. En particular, atienden solicitudes de sus afiliados pidiendo ayuda para cubrir sus facturas de gastos médicos. En efecto, los migrantes temen estar endeudados, particularmente con hospitales, y les preocupa que su historial crediticio y, especialmente las listas negras de las instituciones públicas pongan en riesgo la regularización de su situación migratoria. Asimismo, los CO promueven a agencias privadas sin

finés de lucro de seguros de salud que afilian a migrantes que cubren los requisitos para *Medicaid* y *Medicare*. Estas agencias buscan a los CO porque los ven como promotores de sus servicios y porque pueden ayudar a superar la desconfianza que los migrantes sienten en relación con los programas públicos. Los CO refieren a las agencias únicamente a los afiliados que cumplen con los requisitos para *Medicaid* y *Medicare*, siendo muy cuidadosos de no exponer a migrantes indocumentados a procedimientos administrativos innecesarios y potencialmente embarazosos.

Los líderes de los CO son sensibles a la necesidad de que sus miembros cuenten con alguna forma de seguro de salud, tanto por los beneficios locales como por la protección de la familia que se quedó atrás en el lugar de origen, especialmente los ancianos y débiles. Algunos líderes señalan incluso algunos beneficios adicionales que esa medida tendría para reducir crecientes niveles de estrés entre los migrantes. Asimismo, hay escepticismo con respecto a los esquemas médicos privados, como los proveedores preferentes que ofrecen atención médica especializada con descuento. Frecuentemente los agentes de seguros de gastos médicos privados lucrativos visitan los CO ofreciendo diversos esquemas; sin embargo, han encontrado que les es difícil promover su negocio.

Los líderes muestran también escepticismo con respecto a la capacidad que tiene el gobierno mexicano para proporcionarles un seguro. Muchos líderes cuentan anécdotas negativas en relación con el programa IMSS Migrantes, al que sienten como una maniobra política. Así, los líderes tienden a utilizar proveedores privados en México, los cuales valoran por encima de los servicios públicos o privados que se ofrecen en Estados Unidos, por lo cual los esquemas de seguro de salud en México no son bien conocidos por ellos.

Los CO están superando dificultades tradicionales para establecer alianzas estratégicas, especialmente con

agencias gubernamentales mexicanas. Hay creciente interés en apoyar inversiones en México tanto en la esfera pública como en la privada. Los CO participan en el programa de fondos 3X1 mediante el cual aportan un peso para apoyar esquemas de desarrollo en sus lugares de origen, mientras que los gobiernos federal, estatal y municipal aportan cada uno un peso. Hay historias exitosas como la construcción de un hospital en Puebla, lo cual se consiguió gracias a un líder político local hábil y confiable. Sin embargo, se considera que el programa 3X1 no tiene mucho futuro debido a la creciente pérdida de confiabilidad, particularmente por la falta de rendición de cuentas de parte del gobierno estatal y federal.

Muchos CO ya contribuyen a la atención a la salud de sus miembros elegibles en servicios administrativos por Medicaid, sobre todo refiriéndolos a las agencias de seguros estatales sin fines de lucro. El SBS sería una herramienta más de desarrollo social en su arsenal para apoyar a sus comunidades y particularmente a los indocumentados, un grupo que hasta ahora se ha quedado al margen de los seguros de gastos médicos. Los CO, en consecuencia, están preadaptados para apoyar al SBS.

2.5.3 La reforma de la atención a la salud

La reforma de la atención a la salud en E.U. no se va a dar en el corto plazo, aún cuando permanece como tema prioritario en la campaña presidencial de 2008. En consecuencia, la legislación, los actores, cultura e instituciones de cada uno de los 50 estados seguirán determinando las oportunidades para diseñar un sistema más racional de financiamiento y provisión de servicios de salud a las familias migrantes mexicanas.⁹ Dos actores clave en Estados Unidos son críticos para el desarrollo del SBS: los Clubes de Oriundos y los *FQHC* (Federally Qualified Health Centers).

El desarrollo del seguro de salud para los migrantes mexicanos necesita responder a dos categorías de estados en E.U.: primero están aquellos como Iowa, Carolina del Norte y Washington donde la población mexicana es significativa y creciente, está concentrada en un puñado de lugares, y donde los gobiernos estatales y de los condados y las agencias de salud han actuado⁵³; segundo, son los lugares de destino de tiempo atrás para los migrantes mexicanos (Arizona, California, Illinois y Texas) que son grandes, étnicamente más diversos y políticamente complejos, y donde –como en el caso de

Arizona– se han desatado violentas políticas contra los inmigrantes.

El proceso de la reforma de la atención a la salud en California es ilustrativo de la complejidad y al mismo tiempo del amplio alcance que pueden tener las políticas federales y estatales para que los inmigrantes mexicanos puedan tener acceso a los servicios de salud. El gobernador y los legisladores se han enfrascado en propuestas separadas: el gobernador insiste en la cobertura obligatoria para todos los residentes, mientras que la mayoría en el legislativo respalda una ampliación pagada por los patrones. El plan de cobertura de salud del gobernador

ampliaría los programas a través de los cuales los inmigrantes indocumentados podrían acceder a la atención... entre 300 mil y 600 mil niños y niñas podrían ser elegibles para recibir plenos beneficios a través de Medi-Cal o HFP... Los adultos indocumentados no serían elegibles para obtener beneficios adicionales a través de Medi-Cal o HFP en el plan del gobernador. Sin embargo, estas personas podrían obtener pólizas de cobertura no subsidiadas mediante adquisición en grupo. Los condados seguirían siendo los responsables de coordinar la atención médica para los inmigrantes adultos indocumentados no asegurados.

La mayoría republicana se opone a cualquier cambio significativo, a pesar de un editorial que resume la situación prevaleciente como sigue:

7 millones de californianos no asegurados, 800 mil de ellos niños, la vasta mayoría de ellos se encuentran aquí legalmente; las primas por gastos médicos se han duplicado desde 2000; más de la mitad de los hospitales del estado operan con pérdidas. (San Jose Mercury News 10/4/07)

Es probable que cualquier consenso para requerir financiamiento del estado sea influido por el creciente déficit fiscal del estado y por la capacidad que tenga la minoría republicana en la legislatura californiana para obstaculizar asignaciones que requieran una votación de dos tercios de la mayoría. Incluso si el gobernador y la legislatura llegan a consenso sobre un paquete, probablemente la solución al problema de los residentes indocumentados esperará la acción en el ámbito federal

de una nueva administración y de la sesión del Congreso federal que inicia en enero de 2009. Si las opciones de cobertura bajo la nueva legislación se dejan a los estados, es muy probable que California incluya alguna forma de cobertura para los menores indocumentados, aunque no para sus progenitores. Sin embargo, los líderes políticos del estado serán muy cuidadosos de cualquier nuevo financiamiento futuro en el corto plazo.

La reforma de la atención a la salud en Estados Unidos es muy compleja y los tomadores de decisiones en los ámbitos federal y estatal evitan cuidadosamente discutir el papel que desempeñan los migrantes en este problema, particularmente los indocumentados. Es probable que los migrantes indocumentados de todas formas languidezcan con cualquier solución, permaneciendo sin cobertura de seguro de salud en el futuro previsible. En consecuencia, el SBS deberá responder a este segmento del problema sin esperar una solución de parte de los gobiernos estatales o del gobierno federal en Estados Unidos.

2.5.4 El contexto de las políticas de reforma migratoria

La facción anti-inmigrante en E.U. es un impedimento importante a las políticas para un SBS y debe ser considerada en cualquier escenario. Esta es alimentada por cargos, generalmente no fundamentados, de que los inmigrantes están saqueando el tesoro público al enviar a sus hijos a las escuelas públicas y llevando a la bancarrota a las salas de emergencia de los hospitales.^{33,52} El inicio de la campaña presidencial del 2008 en E.U. sugiere que una reforma migratoria comprensiva y la cobertura de salud universal⁵³ desempeñarán un papel principal en el siguiente gobierno federal.⁵⁴ La reforma de inmigración puede eventualmente ser puesta en ejecución por el Congreso de E.U., “regularizando” la migración indocumentada en alguna forma todavía no determinada, permitiendo así a muchos migrantes regresar a México a visitar a sus familias y por procedimientos médicos predeterminados, y después volver a sus trabajos, a su propiedad y a sus parientes en E.U.

Está evolucionando rápidamente la comprensión entre México y E.U. sobre el asunto migratorio. Las políticas anteriores de amnistía sólo han aumentado la migración, mientras que los obstáculos fronterizos han probado ser insuficientes para detener el flujo. Como E.U. reconoce la necesidad estratégica de tener mano de

obra inmigrante, la única solución viable hoy en día parece ser la “regularización” de los que están actualmente indocumentados, lo cual aseguraría el reclutamiento de migrantes acorde a la necesidad, así como su retorno a casa después de un período perentorio. Una propuesta del Senado de E.U. para una reforma migratoria, que fue recientemente derrotada,⁵⁵ indica que aproximadamente 12 millones de trabajadores indocumentados (7 millones de mexicanos) serán elegibles para una nueva categoría de visas (visas Z) y que un número variable de visas anuales de inmigrantes temporales (visas Y) serán emitidas. El énfasis de la propuesta del Senado fue de asegurar la circularidad de los migrantes, una posición que anteriormente había sido apoyada por el gobierno mexicano.* No hay duda que algunos aspectos de esta iniciativa de ley del 2007 emergerán en negociaciones futuras de reforma migratoria.

Uno de los argumentos clave que ha descarrilado la política de migración es la posibilidad de que los migrantes con visas temporales puedan no cumplir con los términos del retorno, una vez que se venza el permiso de trabajo, aumentando así el número de indocumentados. El SBS tiene la promesa de proveer incentivos para que los migrantes mexicanos cumplan con los términos de sus visas, sabiendo que tienen completo acceso al sistema de salud mexicano. Se necesita mayor investigación para establecer si el SBS debe verse como un complemento o como un requisito de las políticas de visas temporales.

2.5.5 Marcos regulatorios y el SBS en E.U.

Cada estado en E.U. tiene diferentes leyes regulatorias y procedimientos para las compañías de seguros y las agencias que están dispuestas a vender planes de seguros de gastos médicos fuera del estado y fuera del país. El escenario de “cielos azules” para un SBS se ilustra en el estado de Iowa, cuyos reglamentos de seguros permiten la participación de compañías de seguros de fuera del estado, por medio de administradores de terceras partes (*third party administrators – TPAs*) registrados en el estado.⁵⁶ Basado en un cuestionario aplicado a la

* Este concepto es central en el “Non Paper” (No-artículo) de SRE del 2005, el cual resume las responsabilidades compartidas de México y E.U. en “el establecimiento de nuevos mecanismos para permitir una migración legal, ordenada, segura y humana entre ambos países”.

División de Seguros de Iowa (*Iowa Insurance Division – IID*) – que son los reguladores del estado, las siguientes condiciones están en vigor:

- Las Asociaciones Comerciales (*Trade Associations*) (como se denominan las agencias privadas no-gubernamentales), tales como las COs (Clubes de Oriundos), pueden ofrecer seguros parciales para ser comprados por sus miembros, tales como la atención primaria y de emergencia.
- Una agencia pública o privada mexicana puede vender seguros de salud válidos en el estado y en México, sin regulación de los reguladores de seguros estatales, porque esta agencia no estaría estableciendo un negocio de seguros en Iowa.
- Las Clínicas de Salud Comunitarias (*Community Health Clinics – CHC*) pueden contratar directamente con la compañía de seguros en México, para proveer atención a la salud, sin vigilancia ni regulación de la División de Seguros de Iowa (*Iowa Insurance Division – IID*) ni de otra agencia estatal. Los pagos directos a los CHCs o a los hospitales, no requieren de licencia del *IID* ni de vigilancia.
- La agencia mexicana puede aceptar primas, pero debe usar un TPA para procesar las reclamaciones y administrar los pagos a los proveedores. Un TPA puede operar en uno o en varios estados, o a nivel nacional.
- Los TPAs están registrados en la División de Seguros de Iowa, pero la organización auto-pagada/auto-asegurada que está detrás del plan mismo, no está regulada por el *IID*. Esto incluiría a una compañía mexicana.

Aunque el caso de Iowa ofrece una amplia gama de posibilidades, está el hecho de que si se usara un TPA, los pacientes no tendrían un recurso legal dentro del estado para demandar por la falta de pago por reclamaciones, levantar quejas sobre la cobertura, excepto, por supuesto, a la compañía mexicana. Sin embargo, los pacientes tendrían algún grado de derechos legales para entablar demandas y agravios sobre los servicios del TPA, pero todavía no tendrían ninguna posición legal para entablar demandas con respecto a la compañía mexicana ante (*IID*).

El caso de Nueva York ejemplifica un escenario más complejo, dado su estructura regulatoria de seguros, que es más estricta.⁵⁷ El Departamento de Seguros de

Nueva York (*New York's Insurance Department*) emitió una opinión sobre la capacidad de una compañía registrada de Nueva York de vender cobertura de un seguro de salud privado a los residentes que eran emigrantes de la República Dominicana, para sus familias en su país natal. Basado en esta opinión, en Nueva York:

- Difundir, vender o emitir seguro de salud de parte de un asegurador de salud no autorizada, violaría la Ley de Seguros de N.Y. §2117 (McKinney Supp. 2005).
- En este escenario, la relación entre la agencia mexicana de seguros y los proveedores de salud en Nueva York tendría que ser meramente por contrato, y la compañía pagaría por las reclamaciones de salud de sus clientes.
- Sin embargo, no hay razón para suponer que un *TPA* –ya sea que esté registrado en el estado o fuera de él– no podría ser contratado por la compañía mexicana para recibir, pagar o monitorear las reclamaciones a favor de la compañía.
- Los migrantes necesitarían afiliarse independiente y directamente a la compañía en México. Para esto, tendrían que depender del Internet o de la intermediación de la jurisdicción consular mexicana en el estado.
- Los pagos se harían directamente a la agencia en México, posiblemente a través de órdenes tramitadas por los bancos u operadores de transferencias monetarias.
- Las COs u otras agencias, todavía podrían anunciar y promover los esquemas prepagados de salud y esquemas de seguros en México, siempre y cuando no sostuvieran obligaciones legales con clientes potenciales a favor de tales esquemas.

El desafío que presenta el marco regulatorio del Estado de Nueva York sería la obtención de credibilidad para la legitimidad y la confianza en la agencia de México. Esto dependería de la posición legal y financiera de la agencia, así como de la legitimidad conferida por las *COs* participantes.

2.6 Conclusiones

El SBS es una necesidad, tanto para los migrantes en E.U. como para los hogares migrantes y los migrantes que retornan a México. Existe amplia conciencia en

ambos lados de la frontera de las oportunidades para el SBS, así como las amenazas que implica la falta de un seguro. El marco conceptual adoptado para el análisis del SBS permite delinear varias opciones para superar las barreras impuestas por una política tan ambiciosa.

La evidencia indica que las opciones del SBS deberían diseñarse teniendo en mente el contexto de inmigración y las reformas de la atención a la salud en E.U., así como el apalancamiento que puede proveer el contexto mexicano. La política del SBS debe incluir las siguientes estrategias:

- Diferenciar las opciones de seguros acorde a las poblaciones blanco en México y en E.U., y poner el acceso a la atención a la salud dentro del contexto de la existencia de derechos y oportunidades en cada país.
- Considerar las opciones de seguros que integran los beneficios de salud y los procesos de contratación al mayor nivel posible, evitando las restricciones regulatorias que algunos estados pueden imponer en E.U. Esto implica establecer un fondo de seguro y una agencia de contratación en México, aunque algunos estados en E.U. podrían permitir la participación de compañías de seguros con licencia y de nuevos seguros.
- Debido a la sospecha de los inmigrantes de que cualquier inscripción para recibir beneficios puede estar ligada a la deportación, en medio de un clima de mayor imposición de la ley, ningún esfuerzo dirigido a la comunidad tendrá éxito a menos de que la inscripción en E.U. sea completamente en un sistema privado o a través de contacto directo de los migrantes con agencias en México.
- La promoción del SBS debe hacerse a través de agencias comunitarias de migrantes y los esfuerzos por llegar a la comunidad deben hacerlos las aseguradoras privadas sin fines de lucro. Los consulados mexicanos podrían participar en este esfuerzo, pero no debe haber dependencia de ellos como la única agencia promocional.
- Los trabajadores para vincularse con la comunidad deben ser reclutados directamente con las familias; estos trabajadores deben tener suficiente conocimiento sobre la inmigración actual y las políticas de salud para hacer referencias apropiadas.⁵⁸
- Debe obtenerse un vínculo genuino con la comunidad, con una participación mucho más amplia de los líderes de las organizaciones de base, para el diseño, la implementación y la evaluación de nuevas pólizas de seguro de salud.^{59,60}
- Mientras que la participación del gobierno mexicano es fundamental, se debe tener cuidado para no depender demasiado de los mecanismos burocráticos, dada la confianza y flexibilidad que la póliza debe tener. Los organismos del gobierno mexicano deben promover la política del SBS al más alto nivel, mientras que hacen posible la colaboración entre las agencias públicas locales y las privadas, para que sean principalmente responsables por la afiliación y la provisión del servicio.
- El fortalecimiento de la infraestructura de salud, las capacidades del personal y los sistemas de información, incluyendo las innovaciones tecnológicas, deben ser parte de cualquier política de SBS, para garantizar que un financiamiento adicional se traduzca en acceso mejorado a los servicios.
- Según las políticas estatales sobre el acceso a servicios de salud, por principio, las familias inmigrantes deben demostrar responsabilidad personal a varios niveles, más allá de las medidas heroicas que muchos de ellos ya han tomado para proveer el sustento a sus familias. Estas responsabilidades deben incluir:
 - o Pagar por una porción de los costos de cobertura y co-pago por servicios suministrados.
 - o Cumplir con las medidas preventivas requeridas para padres e hijos en cuestiones de nutrición, inmunización, atención dental y revisiones médicas regulares.
 - o Cumplir con sus citas hasta donde lo permitan el transporte y otras barreras.
 - o Fortalecer el financiamiento de los centros de salud comunitario a través de contribuciones federales, para responder a la creciente demanda a través del SBS y asegurar la contribución justa de ambos gobiernos hacia el bienestar de una población compartida.

3. Salud Migrante. Un seguro de salud binacional

El análisis de la factibilidad y los rasgos deseables del SBS lleva a proponer una política integral, tentativamente denominada Salud Migrante. Se propone que la política incluya una doctrina sobre los derechos de salud de los migrantes. Tal doctrina aportaría una amplia justificación a las políticas y los programas de salud para migrantes, actuales y futuros. Salud Migrante facilitaría el cumplimiento de los derechos de salud, a través de la especificación de paquetes de servicios de salud garantizados y mecanismos binacionales de seguros (figura 4).

La implementación de la política sería a través de la agencia de Salud Migrante, una institución pública o mixta encargada de: definir un paquete de atención primaria a la salud, tentativamente denominado aquí “Salud en el Norte”, para entregarse en E.U., y de facilitar el acceso a servicios comprensivos y asegurados en México a través del Seguro Popular. La agencia Salud Migrante sería capaz de 1) contratar directamente con proveedores de atención primaria sin fines de lucro en E.U., 2) hacer franquicias de empresas sociales a nivel comunitario en México para contratar “Salud en el Norte” y 3) dar la licencia de Salud en el Norte a aseguradoras no lucrativas en E.U. Bajo el primer o segundo escenario, los migrantes en E.U. estarían comprando la póliza de Salud en el Norte a una agencia mexicana, quien entonces contrataría a los proveedores. Esto aseguraría no sólo los costos administrativos más bajos, sino que también facilitaría la afiliación al Seguro Popular. La opción de una licencia de Salud en el Norte para las aseguradoras, facilitaría la promoción en E.U.

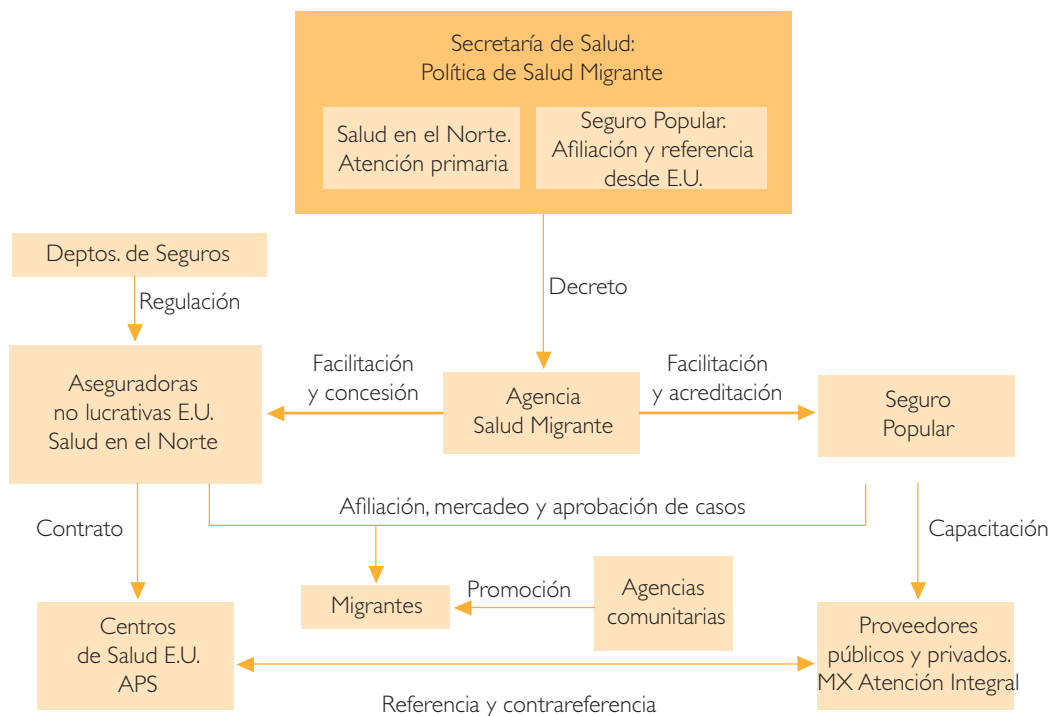
y la responsabilidad de la agencia ante los migrantes, pero aumentaría el costo de administración.

3.1 La doctrina de los derechos de salud para migrantes

La doctrina de los derechos humanos en salud podría delinearse con base en las siguientes realidades sociales y económicas, así como en principios éticos:

1. Los trabajadores migrantes y sus familias tienen residencia temporal en E.U. Ellos regresan a México de manera regular, por períodos de tiempo variados y a satisfacer un amplio rango de necesidades. La movilidad de las poblaciones no debe hacer peligrar sus derechos humanos en su país de origen ni en su país de destino.
2. Los trabajadores migrantes y sus familias hacen contribuciones económicas fundamentales a México, llevando mejorías al bienestar de los hogares migrantes, así como al bienestar de todos los mexicanos.
3. Para proteger completamente los derechos en salud de los migrantes, el gobierno mexicano debe tomar medidas para facilitar el acceso a la atención primaria para los migrantes en E.U., facilitar la afiliación a los planes de seguros médicos en México, para utilizar los servicios de seguros en México, y ser referidos a estos servicios por los proveedores de salud en E.U. cuando sea requerido.
4. Los programas del gobierno en México deben por lo tanto, incluir disposiciones para facilitar la referencia

Figura 4
Arquitectura de Salud Migrante



a la atención primaria en E.U. y a la atención secundaria en México, así como acceso a la atención integral en México, acorde a los derechos constitucionales de los que gozan los ciudadanos mexicanos. Esto implica considerar a la población migrante en E.U. en las estimaciones de disposiciones financieras, desarrollo de infraestructura, selección del personal y servicios de referencia en México, que sean culturalmente apropiados y completamente aceptables para los migrantes.

5. La promoción de los derechos de salud para migrantes en E.U. no debería de ninguna manera comprometer al gobierno de México al pago por los servicios de salud en ese país. Más bien, el gobierno mexicano puede apoyar a los migrantes en sus esfuerzos por movilizar y administrar sus propios recursos para un seguro binacional de salud, acorde a las posibilidades y características de los sistemas de salud en ambos países..
6. El gobierno mexicano debe promover el cumplimiento de los derechos humanos y de salud de los migrantes en E.U., acorde a las leyes de E.U. y a

los tratados internacionales, para asegurar el acceso confidencial y protegido a los servicios esenciales y a servicios de emergencia.

3.2 Definición de los paquetes complementarios de atención a la salud

La política de Salud Migrante definiría dos paquetes de salud con base en intervenciones costo-efectivas y complementarias apropiadas a las poblaciones móviles: atención primaria a la salud por medio de “Salud en el Norte” y atención integral por medio del Seguro Popular en México.

Salud en el Norte y el Seguro Popular se ofrecerían por separado para asegurar que satisfagan las necesidades individuales de los trabajadores migrantes y sus familias y dependientes. Se prevén varios escenarios de demanda:

1. Un trabajador migrante no asegurado en E.U., sin dependientes en México, puede estar interesado en recibir sólo atención en E.U. por medio de Salud

en el Norte, particularmente si tiene altos riesgos de salud o estilos de vida que conduzcan a un aumento en los riesgos de salud. El o ella puede estar interesado en esta póliza dado su bajo costo, el plan de prepagos y la calidad de atención que ofrece.

2. El trabajador puede estar completamente asegurado en E.U. pero no así sus dependientes en México, en cuyo caso la cobertura del Seguro Popular será interesante para el/ella. El trabajador también estaría cubierto durante sus visitas al país.
3. Un trabajador migrante en E.U., con dependientes en México, podría solicitar Salud en el Norte para él mismo o ella misma, así como también el Seguro Popular para los miembros de su familia en México.
4. Un trabajador no asegurado, opuesto a tomar riesgos, con o sin dependientes en este país o en México, podría estar interesado tanto en Salud en el Norte como en el Seguro Popular, como un medio para asegurar la atención comprensiva. Esta opción sería particularmente atractiva para los trabajadores documentados que pueden fácilmente cruzar la frontera. Sin embargo, también servirá a los trabajadores indocumentados que se enfrentan a la posibilidad de sufrir una incapacidad en E.U. y una repatriación forzada por razones de salud.
5. Un trabajador migrante potencial en México puede querer afiliarse a Salud en el Norte antes de su partida. Esto podría ser por una aversión al riesgo, por necesidades de salud o por las exigencias de un programa futuro de visas.

3.3 Especificaciones de las políticas de Salud Migrante

3.3.1 Salud en el Norte. Paquete de atención primaria en E.U.

Salud en el Norte proveería un paquete de intervenciones promocionales, preventivas y curativas que podrían resultar costo-efectivas y demandadas por los trabajadores migrantes rurales y urbanos. Un paquete preliminar ha sido desarrollado para su discusión (cuadro 13). Este paquete, preparado por *Yakima Valley Farm Workers Clinic* (La Clínica de los Trabajadores del Campo del Valle de Yakima) ha sido calculado con un costo marginal de \$40.27 dls por persona por mes y válido para los Centros de Salud Comunitarios Calificados por

Cuadro 13. Paquete de atención primaria a la salud y atención de emergencia en primer nivel para Salud en el Norte. Costos por persona al mes (Versión preliminar)

Categoría	PMPM costo USD \$
Atención primaria	17.86
Consultas	12.10
Cirugía en consultorio	0.50
Radiología	1.75
Laboratorio	2.59
Vacunas	0.09
Examen del niño sano	0.06
Examen físico	0.77
	17.86
Sala de emergencia	8.11
Medicinas	14.29
	40.27

la Federación (*Federally Qualified Community Health Centers – FQCHC*).

Salud en el Norte se vendería sobre una base capitada, individual, a trabajadores migrantes y a sus dependientes, a un precio uniforme, independientemente del estado de origen o el estado de destino. No se consideraría ninguna condición pre-existente como barrera a la afiliación. La póliza se vendería al presentar una identificación válida. Cabe señalar que no habría razón para rechazar afiliados de cualquier nacionalidad, dado que la afiliación al Seguro Popular sería independiente.

Los costos de los paquetes se basan en las siguientes consideraciones:

- Actividad para el año 2006
- Cuota de Medicaid por el servicio equivalente
- No incluye los partos ni las visitas prenatales (que ya son sufragados por otros programas para la gran mayoría de los casos)
- La experiencia sobre la cual estos costos se basan (Cuota Medicaid por los servicios equivalentes) incluye una mezcla de Opciones Saludables (*Healthy Options*) y BPH.

Los beneficios exactos y la composición de la población asegurada están todavía por definirse y ser revisadas por un actuario. Se anticipa que los costos y beneficios

variarán entre los FQCHCs participantes en los estados con diferentes regulaciones de seguros.

La inscripción al plan sería bajo una estructura uniforme de prima per cápita, que asegure la viabilidad financiera y la capacidad de compra, y que haga posible una justa distribución del riesgo en los grupos de la población.

El paquete de servicios de salud ha sido diseñado para ser complementario a los servicios de salud ya provistos gratuitamente por medio de esquemas de seguros públicos o por derechos en E.U. Estos últimos incluirían atención a la salud para niños y atención prenatal, así como atención hospitalaria de emergencia. Las intervenciones para niños y mujeres embarazadas serían financiadas cuando fuera posible, de fondos disponibles para los centros de salud en base a derechos estatales y/o federales.

En vista que la atención hospitalaria de emergencias no sería financiada por la póliza de seguro de Salud en el Norte, los pacientes que necesiten esa atención tendrían que seguir las leyes de atención de emergencias, con la posibilidad de coordinar la continuidad de la atención con centros de salud o con proveedores de salud mexicanos por medio del Seguro Popular.

Un servicio complementario de ambulancia o transporte por aire y terrestre sería provisto por Salud en el Norte, a individuos calificados que también estén inscritos en el Seguro Popular. Este beneficio sería un incentivo para inscribirse en ambos programas. Los servicios por aire y tierra serían reembolsados en ambas direcciones, a través de E.U. y México, dentro de períodos fijos de tiempo y con limitaciones en las obligaciones. El costo de este seguro complementario deberá de ser calculado atendiendo a un análisis actuarial.

3.3.2 Atención integral a la salud en México, a través del Seguro Popular

La póliza de atención integral a la salud en México es concebida como un medio para satisfacer el derecho a la salud que todos los ciudadanos mexicanos tienen en su país, así como para apoyar el cumplimiento de tal derecho para mexicanos en el extranjero cuando son transferidos a México debido a condiciones de salud o mientras estén en México para otros propósitos. Técnicamente, sería el complemento a la póliza de atención básica y de emergencia en los Estados Unidos y estaría

estrechamente coordinada, tanto administrativa como médicamente.

Esta póliza estaría respaldada por el Seguro Popular e incluiría el mismo paquete de intervenciones enlistadas bajo los cuadros 1 y 2 arriba, actualmente provistas por el Seguro Popular en México. El Seguro Popular emitiría la póliza usando procedimientos similares a los que hace para otras familias en México, excepto que a los beneficiarios les serían enviadas sus tarjetas de afiliación a una dirección en Estados Unidos. El costo de esta póliza sería como el que es expuesto en la figura 4 y dependería de un estudio socioeconómico en el hogar del derechohabiente en México o en Estados Unidos, siguiendo los estándares mexicanos.

Aquellos que se afilien sólo al Seguro Popular tendrían la opción de adquirir una póliza de transportación aérea y terrestre para asegurar una apropiada canalización a proveedores en México.

3.4 Regulación de Salud Migrante

La carta constitucional de Salud Migrante especificaría el paquete de servicios primarios y algunos de emergencia que serían cubiertos en Estados Unidos por Salud en el Norte, así como los mecanismos de alto nivel para la coordinación de los servicios con los proveedores financiados por Seguro Popular en México. Con base en este reglamento, Salud Migrante licenciaría y otorgaría franquicias a dependencias o compañías aseguradoras con posibilidades de participar como aseguradoras de Salud en el Norte.

El gobierno mexicano, a través de la carta constitucional de Salud Migrante, proveería todo el apoyo necesario a aseguradoras de Salud en el Norte, ya fuera a través de los consulados mexicanos, así como de otras dependencias del gobierno. Al otorgar licencias o franquicias a compañías aseguradoras, Salud Migrante las proveería con apoyo moral para mejorar su nivel de confianza con los clubes de oriundos y los migrantes como un todo. Esto sería particularmente importante para garantizar coordinación con el Seguro Popular, así como para posibilitar la afiliación de los migrantes por agencias públicas o comunitarias basadas en México que operan a distancia con el apoyo de los clubes de oriundos y de las comunidades de migrantes.

La carta constitucional de Salud Migrante sería redactada y regulada por una autoridad apropiada gu-

bernamental. Una opción podría ser el Consejo de Salud General, el cual ya está encargado de funciones similares para el Seguro Popular, estableciendo aspectos del paquete de servicios que deberían ser cubiertos en el tercer nivel del sistema de salud.

Basándose en esta carta constitucional, el gobierno mexicano establecería la agencia de Salud Migrante a cargo de articular a todos los actores y procesos que están involucrados en esta política.

3.5 La Agencia Salud Migrante

La Agencia Salud Migrante realizaría un conjunto de funciones articuladoras entre instituciones diversas y actores que estarían involucrados en implementar la carta constitucional de Salud Migrante. Las funciones incluirían lo siguiente:

1. Dar a conocer la carta constitucional en México y en E.U. entre los clubes de oriundos, organizaciones de proveedores de servicios de salud, organizaciones interesadas de la comunidad, compañías aseguradoras y la comunidad en su conjunto.
2. Facilitar la construcción de capacidades de aseguradoras y proveedores de salud en ambos lados de la frontera para ofrecer servicios para poblaciones migrantes, garantizando que tengan los requerimientos organizacionales y financieros necesarios de acuerdo con las leyes mexicanas de seguros de salud o, si están basados en E.U., de regulaciones de seguros estatales.
3. Establecer y vigilar los mecanismos de coordinación entre los proveedores. Esto implicaría proporcionar conexiones de telecomunicaciones/telemedicina entre proveedores y proporcionar los incentivos necesarios para las referencias.
4. Asignar franquicias a agencias de contratación en México o autorizar aseguradoras en E.U. para afiliarse a clientes para Salud en el Norte, para contratar con proveedores de atención primaria en E.U. y para actuar como intermediarios para el Seguro Popular.
5. Afiliar directamente a los migrantes y contratar con proveedores de atención primaria (Nota: Mientras sería mejor otorgar franquicias o licencias para estas funciones a agencias comunitarias o de seguros, Salud Migrante podría realizarlas si se estima mejor para simplificar los procedimientos, al menos en la fase de comienzo).

La amplia variedad de actores involucrados en las funciones de aseguramiento requiere de una agencia con una figura legal y un cuerpo de gobierno que pueda abarcarlos de una manera eficiente y políticamente aceptable. No hay una estructura única que pueda acomodarse mejor a estos requerimientos. La agencia debería incluir un cuerpo de gobierno o al menos un comité consultor que incluya a representantes migrantes así como a representantes del Seguro Popular y de los Centros de Salud Comunitarios. La agencia debería también estar bien financiada desde el comienzo para llevar a cabo inversiones clave, particularmente en dar a conocer la carta constitucional, en el establecimiento de los mecanismos de coordinación entre los proveedores, en capacitación y en monitoreo de calidad. La agencia debería también ser suficientemente autónoma para asegurar sus funciones de una manera no burocrática y para evitar interferir con la operación del Seguro Popular.

Consultas y un análisis posterior serán lo que determine la opción más factible. Se pueden prever tres alternativas:

- a) **Agencia mixta público-privada, sin fines de lucro.** Salud Migrante estaría gobernada por una junta de líderes comunitarios de ambos lados de la frontera (en su mayoría) así como funcionarios en función del cargo (*ex-officio*) de agencias clave del gobierno mexicano federal y estatal.

Ventajas: Podría atraer capital fresco más fácilmente, movilizándolo a través de fundaciones nacionales e internacionales. Salud Migrante tendría un rápido inicio y una operación ágil. La agencia disfrutaría de gran confianza, participación y credibilidad de grupos de la comunidad y aseguradoras, llevando a un alto porcentaje de participación y afiliación. Un perfil bajo de una agencia privada sería lo más adecuado a la actual situación política en E.U. Podría coordinar relaciones con una amplia gama de proveedores en E.U. y en México.

Desventajas: Podría distanciarse de las autoridades del gobierno encargado de la carta constitucional (CSG), arriesgando cierta oposición. El Seguro Popular puede no responder efectivamente a los requerimientos de coordinación. Podría también manifestarse el riesgo de luchas internas en los clubes de oriundos en relación a quién “representa” mejor los intereses de la comunidad migrante.

- b) Agencia descentralizada paraestatal.** Gobernada por una junta de características similares a las de a), pero con una mayoría gubernamental.

Ventajas: Podría atraer capital fresco y fomentar la administración eficiente... Estaría en la mejor posición de coordinar a sectores públicos y privados, incluyendo a los consulados y al Seguro Popular. Proveería un papel más claro para gobiernos federales y estatales; de esta manera apoyaría su legitimidad.

Desventajas: La necesidad de negociar dentro del gobierno mexicano llevaría a un inicio lento. Podría perder ventanas de oportunidad. Podría sonar algunas campanas de alarma en Estados Unidos si el gobierno federal en México es percibido como que promueve la migración indocumentada.

- c) Un órgano del Seguro Popular (SP).** Esto entraría dentro del ámbito del ya desconcentrado órgano de la Secretaría de Salud, que tiene oficinas operacionales descentralizadas en cada estado de México.

Ventajas. La agencia podría ser manejada como una nueva subdivisión de seguro de salud para migrantes en Estados Unidos, en cercana coordinación con el SP. El flujo de recursos para ambas políticas estaría fácilmente coordinado nacional e internacionalmente. Las oficinas del SP en cada estado estarían a cargo de la promoción y afiliación. El monitoreo de calidad de las referencias estaría mejor coordinado a lo largo de la frontera entre los centros comunitarios y proveedores en México. Gobiernos estatales y federales mexicanos ganarían legitimidad, llevando a un apoyo político. Los consulados prestarían el mayor apoyo.

Desventajas. Podría encontrarse con baja confianza y aún resistencia de grupos comunitarios y migrantes. No habría un papel claro para la filantropía. Agregaría complejidad a la administración del SP. Puede requerir un nuevo mandato para el SP que sería difícil de obtener.

3.6 La compra de Salud en el Norte y la afiliación al Seguro Popular

La compra y la afiliación ocurrirían de manera diferente si una agencia mexicana lleva a cabo estas funciones, o si una aseguradora las desempeña en E.U. En el primer escenario, se requerirían cuatro pasos:

1. **Información.** Salud Migrante o una franquicia comunitaria de ésta, establecería una plataforma de información e inscripción por Internet, accesible a cualquier persona, en cualquier lugar. La plataforma podría explicar las pólizas y los beneficios, así como las obligaciones. También proveería una lista y reseña general de los proveedores participantes, incluyendo sus localizaciones y características.

2. Inscripción

- a. Usando una computadora con acceso a Internet, el cliente sería invitado a un área confidencial protegida por *password* y encriptada, y con un juramento de confidencialidad de datos de Salud Migrante.
- b. Los datos demográficos y de identificación serían requeridos para el asegurado y sus dependientes, con el fin de pedir los mínimos datos necesarios para proteger la confidencialidad.
- c. Se requeriría la identificación de la ciudad y el condado/municipio de residencia en E.U. y en México.
- d. Se requerirían los datos de identificación de nacionalidad mexicana del asegurado titular, con la estipulación de que tales datos serían verificados por el proveedor de servicios. (De manera opcional, se podría usar la tecnología de huellas digitales para aparear con los registros de la credencial de elector del cliente. Esta tecnología también podría usarse para acceder las cuentas y los servicios).
- e. El cliente podría escoger entre Salud en el Norte y/o el Seguro Popular, indicando los miembros de la familia que tendrán la protección en cada caso.
- f. Si se selecciona el Seguro Popular, se requerirá que el cliente proceda a una prueba de medios para evaluar el nivel de pago de la familia. Esta información sería provista bajo juramento, con la condición de que sería verificada por las autoridades del Seguro Popular en el momento de demandar el servicio en México.
- g. Con esta información, la plataforma podría proveer el costo de los servicios asegurados por un año, y el compromiso de ambas partes de afiliarse al Seguro Popular por un período obligatorio de tres años (siguiendo la práctica del Seguro Popular).

- h. Los proveedores del servicio de salud más cercanos a la ciudad de residencia en cualquiera de los países, sería preseleccionado, seguido por una confirmación de la selección del cliente.
- i. Se preseleccionarían para pago las agencias originadoras de remesas, afiliadas al BANSEFI más cercano, indicando sus direcciones y procedimientos para el pago.
- j. Un número de cuenta confidencial sería generado, para rastrear y dirigir los pagos.
- k. Una póliza preliminar para ambos servicios sería generada, indicando las obligaciones mutuas y los costos.
- l. Salud Migrante envía una copia de los datos básicos a BANSEFI para dirigir los fondos acorde a las pólizas requeridas.

3. Pago

- a. El cliente procedería a hacer un pago de la prima en el originador de remesas afiliado a BANSEFI, indicando el número de cuenta para el depósito. Se proveería un recibo como comprobante del pago.
- b. Siguiendo la solicitud de la póliza, BANSEFI dirigiría el pago a Salud Migrante o a la franquicia, quien a su vez los dirigiría al Seguro Popular. De manera alternativa, BANSEFI dirigiría directamente al Seguro Popular y a Salud Migrante, sólo para cubrir la póliza Salud en el Norte.
- c. Cualquier diferencia o pregunta sobre el pago se enviaría directamente a la cuenta basada en Internet del poseedor de la póliza, con un recordatorio por correo electrónico que tendría los datos mínimos necesarios para proteger la confidencialidad.
- d. Si se hiciera el pago inicial acorde a los términos de la póliza, Salud Migrante o sus franquicias emitirían las pólizas definitivas y abrirían una cuenta para el pago.
- e. El cliente tendría la opción de imprimir esta información, aunque puede preferir no hacerlo por razones de confidencialidad o simplemente para depender de la cuenta de Internet como un espacio personal de archivo.
- f. Los proveedores de salud seleccionados por el cliente recibirían notificación de la afiliación, con los datos básicos necesarios para proteger la confidencialidad.

4. Acceso a los servicios

- a. El cliente procedería a demandar servicios del proveedor de atención a la salud que fue pre-registrado.
- b. El cliente introduciría el número de cuenta personal en la computadora del proveedor por medio de un teclado confidencial o dispositivo de reconocimiento de huellas.
- c. El proveedor confirmaría la elegibilidad y otorga acceso a los servicios.

En el segundo escenario, donde una aseguradora en E.U. tendría a cargo la afiliación al Seguro Popular o la venta de la póliza de Salud en el Norte, el proceso dependería de las mejores prácticas de las agencias. No obstante, se garantizarían de forma similar los aspectos de elección de proveedores y confidencialidad de los clientes.

3.7 Posesión de los fondos, contratación y coordinación del proveedor de servicios de salud

Las funciones de contratación de proveedores y gestión de los fondos que desempeñará Salud Migrante, por medio de franquicias en México o por aseguradoras en E.U., con respecto al paquete de servicios de atención primaria de Salud en el Norte, serían los siguientes:

- a. **Fondos mancomunados.** Cada agencia establecería fondos mancomunados como un medio para garantizar la viabilidad financiera y la eficiencia para responder a las reclamaciones de la póliza de atención primaria a la salud. Los fondos también serían utilizados para pagar por los costos de afiliación, procesamiento de reclamaciones, coordinación del proveedor, monitoreo financiero y de calidad, y para la promoción del esquema de seguros.
- b. **Reaseguro.** Dado que la póliza de Salud en el Norte cubriría solamente los riesgos menores, no se requeriría establecer una garantía financiera demasiado grande o considerar necesidades de reaseguro. Sin embargo, las aseguradoras tendrían libertad para establecer sus propios arreglos de reaseguro.
- c. **Intervención de fondos.** Fondos para transporte y para el Seguro Popular en México serían transferidos a agencias especializadas.

- d. La contratación de proveedores de atención primaria a la salud en E.U.** Los precios de un paquete fijo de servicios serían negociados por Salud Migrante y/o las aseguradoras, con los proveedores individuales, acorde a la oferta y la demanda. Los contratos por pagos prospectivos serían firmados para volúmenes dados y períodos de tiempo.
- e. La contratación de ambulancia y servicios de transporte.** Las agencias/aseguradoras contratarían tales servicios de proveedores en E.U. y México, para cumplir con los requerimientos y las limitaciones establecidas por la carta constitucional de Salud Migrante.
- f. Pago por servicios.** Las agencias/aseguradoras procesarían las reclamaciones acorde a los estándares establecidos por la carta constitucional de Salud Migrante. Las reclamaciones se pagarían sobre una base capitada para cada persona asegurada, inscribiéndose en un centro de atención primaria específico y por un solo año. Una agencia especializada en E.U. o en un tercer país podría hacer el procesamiento. Las reclamaciones serían un medio para verificar los servicios del proveedor y servirían principalmente para el control de calidad de Salud Migrante.
- g. Coordinación del servicio internacional.** Las agencias/aseguradoras administrarían los mecanismos que se harían disponibles por medio de Salud Migrante para coordinar la atención primaria a la salud y la atención de emergencia en E.U., con atención secundaria y continúa en México y con las agencias de servicios de ambulancia.
- h. Monitoreo de la calidad.** Las agencias/aseguradoras recibirían un mandato de Salud Migrante de subcontratar a los clubes de oriundos u otras agencias comunitarias para que actúen como agentes de monitoreo de calidad para los clientes locales. Las es-

tadísticas de salud serían cotejadas por la aseguradora y transferidas a las organizaciones comunitarias y a Salud Migrante, para así asegurar la provisión de la gama de servicios ofrecidos en el paquete de atención a la salud, y para responder adecuadamente.

3.8 Conclusiones

La agencia Salud Migrante sería la institución clave a establecerse para lanzar la política aquí propuesta. Salud Migrante implementaría entonces, de manera gradual, cualquiera de las opciones descritas, ya sea en paralelo una a la otra o de manera secuencial. Por ejemplo, Salud Migrante empezaría a promover sólo el Seguro Popular, entre los COs (Clubes de Oriundos) y por medio de los Centros de Salud Comunitaria. Después, procedería a establecer capacidad para referencias entre los hospitales proveedores en México, para establecer mecanismos de afiliación al Seguro Popular. Mientras tanto, Salud Migrante podría preparar la implementación de Salud en el Norte, una póliza que probablemente podría desarrollarse de manera mucho más independiente, por medio de la participación de las partes interesadas en E.U.

Deben hacerse esfuerzos por establecer la agencia Salud Migrante tan pronto como sea posible y proveerla de credibilidad y de las mejores formas de promoverse como un esfuerzo dirigido por migrantes. Debe buscarse apoyo político para permitir a los migrantes y a los actores comunitarios organizarse para este fin. La filantropía debe desempeñar un papel crítico para facilitar un arranque decidido y poderoso de la iniciativa. La filantropía también podría proveer fondos para inversiones continuas y complementarias e E.U., tales como para la capacitación de agencias comunitarias para el liderazgo en salud y funciones de monitoreo.

4. Marco para el desarrollo

Salud Migrante requiere de una política estatal integral para lograr una implementación exitosa. De hecho, Salud Migrante busca la integración funcional de dos sistemas de salud nacionales en donde los migrantes, proveedores y aseguradores perciban a los dos sistemas como una estructura plenamente integrada en lo que se refiere a la salud de los migrantes con movilidad binacional. Para satisfacer esta condición, Salud Migrante debe llevar al desarrollo de nuevas estructuras, mecanismos y procesos para extender el seguro de salud universal a una población ahora excluida en E.U. y en México.

Esta propuesta se plantea preparar el terreno para la formulación e implementación de la política Salud Migrante, por medio de un proceso participativo cuidadosamente desarrollado, bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud de México, la coordinación técnica de una institución idónea con alcance binacional y la participación de una coalición binacional de interesados y expertos.

Se propone enfocar el marco de desarrollo en cuatro entidades mexicanas de alta y moderada migración, y en cuatro estados en E.U. de reciente alta migración y con buenas condiciones para el desarrollo.

El marco para el desarrollo Salud Migrante propone emular y modelar todos los componentes de la política, justo antes del establecimiento formal de la Agencia Salud Migrante y de la inscripción de los grupos migrantes pioneros, en varias opciones de seguros. El marco para el desarrollo propone tareas alineadas en dos procesos principales en paralelo, a lo largo de un período anual: a) trabajo analítico a profundidad y desarrollo de instrumentos, y b) intervenciones para probar y emular varios componentes de la póliza y de los instrumentos.

Este capítulo provee la meta y los resultados esperados del marco para el desarrollo para cada uno de los siete elementos clave de la política: 1. la doctrina Salud Migrante por la Secretaría de Salud de México, 2. la agencia Salud Migrante como agencia articuladora y contratadora, 3. las compañías de seguros privadas, sin fines de lucro en E.U., 4. los proveedores del Seguro Popular en México, 5., Centros de Salud Comunitaria sin fines de lucro en E.U., 6. los Clubes de Oriundos (COs) y organizaciones comunitarias y 7. BANSEFI como el intermediario financiero.

La opción de establecer franquicias de Salud Migrante en México no es considerada en esta etapa. Proponemos que las encargadas de la contratación de Salud en el Norte en un principio, sean la propia agencia o bien agencias de seguros no lucrativas en E.U.

Una vez que se haya especificado la meta y el resultado esperado, se establecerán los procesos generales del marco para el desarrollo, las tareas, suposiciones e indicadores de monitoreo, para cada componente. Se propone un marco lógico (anexo 2) para integrar estos elementos en una matriz única para facilitar la comprensión de la razón fundamental del marco para el desarrollo y su manejo hacia ese fin. Los perfiles técnicos han sido especificados para facilitar el análisis de las habilidades y los recursos humanos requeridos a través de toda esta etapa. Finalmente, se hizo una estimación de los recursos financieros requeridos, considerando costos en México y en E.U. (anexo 3) El presupuesto total es de 1,066,000 dls U.S. (cuadro 14).

El cronograma de actividades se presenta en el anexo 4. Está desarrollado por fases con el propósito

de organizar las tareas y acciones necesarias para cubrir todos los requerimientos del proyecto.

4.1 La doctrina Salud Migrante

- a) **Meta.** Se haría un borrador del informe oficial y se publicará
- b) **Resultado esperado.** El documento resumiría los derechos humanos y constitucionales que protegen el acceso a los sistemas de salud y los servicios para los migrantes mexicanos en E.U. Con base en esto, el documento propondría la posición que el gobierno mexicano podría tomar para justificar de una forma integral sus actuales y futuras iniciativas de protección de los migrantes.
- c) **Proceso.** El borrador del documento se prepararía en un período de un mes. Los funcionarios de alto nivel seleccionados en la Secretaría de Salud revisarían el borrador y se reunirían para discutir sus opiniones. El documento final se sometería a este equipo una vez más, para obtener los comentarios del Secretario de Salud.
- d) **Indicador de éxito.** La doctrina sería presentada por el Secretario de Salud a alto nivel ministerial o en un foro de gobierno.
- e) **Tareas**
 - i) Hacer un borrador con base en los acuerdos y las declaraciones sobre derechos humanos de los migrantes, con particular referencia al acceso a los sistemas de salud.61

Cuadro 14. Resumen del presupuesto

Concepto	Unidad de medida	Tiempo dedicado al Proyecto	Costo unitario \$USD	Número	Total
FASE 1 Análisis de la Información					219,230
Recursos Humanos	Día	240	Entre 100 y 300	15	95,000
Reuniones Grupo Binacional Salud Migrante (3 reuniones al año)*	Día	1,5	41.410	3	124,230
FASE 2 construcción de instrumentos y mecanismos					77,150
Recursos Humanos	Día	180	Entre 100 y 300	19	43,750
Licencias de software para la operación de las plataformas informáticas para Salud Migrante					10,000
Taller de capacitación para la operación de software de afiliación Agencias comunitarias (formación de instructores para talleres)*	Día	1,5	12.400	1	12,400
Taller de capacitación para la operación de software de referencia y transmisión de información confidencial Hospitales SP (formación de instructores para talleres)*	Día	1,5	11.000	1	11,000
FASE 3 Implementación piloto					87,350
Recursos Humanos	Día	175	Entre 100 y 300	19	43,000
Talleres de capacitación Proveedores de Salud en el Norte (EE.UU) Formación de instructores para los talleres	Día	2	15.650	1	15,650
Talleres de capacitación Proveedores de Seguro Popular Formación de instructores para los talleres	Día	2	13.750	1	13,750
Talleres de capacitación Agencias comunitarias para la vigilancia de la calidad y afiliación al seguro (EE.UU) Formación de instructores para los talleres	Día	2	14.950	1	14,950
FASE 4 Validación de la prueba piloto					61,010
Reunión validación Prueba Piloto Programa Salud Migrante	Día	2	61.010	1	61,010
Cordinación del Programa Salud Migrante	Mes	12		6	234,000
Cuerpo Asesor Permanente	Mes	12		10	225,000
Reuniones mensuales equipo coordinador vía WEBEX	Mes	12	1.000	12	12,000
Reuniones Equipo Coordinador (3 en el año)*	Día	2	41.410	3	124,230
Material y Equipo					26,000
Total					1.065,970

ii) Consulta sobre el borrador con actores clave mexicanos en México y E.U.

- *Requisitos técnicos*
 - o Experto en migración y salud
 - o Experto en formulación de políticas y reformas en el sector salud
 - o Consultor sobre derechos humanos de emigrantes.
- *Recursos*
 - o Honorarios de consultoría para cubrir 60 días de varios expertos.

4.2 Agencia Salud Migrante y los paquetes de seguros

- a) **Meta.** Identificar la estructura, las funciones y los recursos, preparar instrumentos legales y asignar los recursos necesarios para el establecimiento de Salud Migrante como una agencia reconocida y vigorosa.
- b) **Resultado esperado.** Toda la documentación necesaria, especificaciones de los seguros y compromisos políticos para el establecimiento formal de la agencia Salud Migrante.
- c) **Proceso.** Las funciones de gobierno de la agencia Salud Migrante serían emuladas por medio de un consejo consultor del proyecto, que se reuniría periódicamente para revisar la estructura y el desarrollo de instrumentos y para probarlos en función de su idoneidad para el propósito. El consejo consultor reportaría a las autoridades de salud mexicanas y a los interesados en ambos países. También se llevarían a cabo talleres de construcción de capacidad con los tomadores de decisiones del Seguro Popular.
- d) **Indicador de éxito.** Se tomarían las decisiones para establecer la Agencia Salud Migrante y para ofrecer la gama de seguros, con una estructura bien definida, recursos, poblaciones blanco y cronograma.
- e) **Tareas**
- i) Establecer un grupo binacional de partes interesadas con capacidad de orientar el diseño y la operación de la agencia. Este grupo emularía al Comité Consultor de Salud Migrante (o la Junta de Gobierno, en el escenario de una agencia mixta).

- *Requisitos técnicos*
 - o Un líder mexicano de alto nivel y un co-líder de E.U. con capacidades transculturales.
- *Recursos*
 - o Participación de 24 tomadores de decisiones estratégicos, de forma voluntaria
 - o Tres reuniones de un día, cada cuatro meses, cara a cara, en el 2008 - dos en México y una en E.U.
 - o Gastos de transporte y per diem para todos los participantes, más los costos del lugar de reunión
 - o Secretaria para cuestiones de logística y para preparar agendas, minutas y acuerdos en dos idiomas.

ii) Desarrollar las funciones de Salud Migrante

- 1) Salud en el Norte
- o Identificar el mercado para Salud en el Norte por medio de un análisis demográfico detallado en estados selectos, así como más generalmente para los estados migrantes tradicionales
 - o Identificar los subsidios de atención primaria federales y estatales de E.U., y los derechos que benefician a la población blanco en estados selectos
 - o Identificar costos de paquete basados en un análisis actuarial
 - o Identificar las poblaciones blanco beneficiarias principales para Salud en el Norte, por medio de análisis detallados de necesidades, segmentación de mercado, sustitución de producto, estudios WTP (Voluntad para Pagar) y otros métodos.
- *Requisitos técnicos*
 - o Un demógrafo con experiencia en migración E.U.-México
 - o Un experto en el sistema de salud de E.U., con énfasis en los derechos para los pobres y en las poblaciones migrantes, para analizar los datos existentes
 - o Consultores actuarios con experiencia en la evaluación de riesgos de las aseguradoras sin fines de lucro, para analizar los datos existentes

- o Un demógrafo/geógrafo experto en la estructura familiar de los migrantes y el análisis geográfico de la localización y los flujos
 - o Un economista de la salud, experto en costeo de servicios de salud y derechos para las poblaciones migrantes y pobres, para compilar y analizar datos de los centros de salud
 - o Un economista de la salud experto en evaluación de la demanda de paquetes de seguros, para llevar a cabo una evaluación de necesidades y demanda entre las poblaciones blanco en los E.U. y México, por medio de trabajo de campo.
- *Recursos*
 - o Honorarios de consultoría para cubrir 100 días de varios expertos
 - o Una encuesta entre poblaciones migrantes en E.U. y México que incluya a 5,000 individuos en 16 localidades (dos localidades contrastantes por cada uno de ocho estados en ambos países).
- 2) El Seguro Popular y los proveedores en México
- o Identificar el mercado para el Seguro Popular entre los migrantes en E.U. y sus familias en México, a través de un análisis demográfico detallado en estados selectos, así como de manera más genérica para los estados con tradición de migración.
 - o Identificar la carga de casos esperados, costos y la capacidad de infraestructura en México.
 - o Identificar los compromisos para recursos, flujos y fondos, con metas de expansión.
 - o Definir las características del fondo y los mecanismos de posesión de fondos para las contribuciones migrantes de E.U. que serán pagadas al Seguro Popular.
 - o Establecer el mecanismo de contribución por medio de operadores de transferencia de dinero afiliados a BANSEFI y por Directo a México.
- *Requisitos técnicos*
 - o Un demógrafo con experiencia en migración E.U.-México
 - o Un economista de la salud con experiencia en costeo de intervenciones hospitalarias
- o Un experto en el financiamiento del Seguro Popular y en la estructura legal del fondo
 - o Un experto en instituciones de la banca social y en arquitectura financiera.
- *Recursos*
 - o Honorarios de consultoría para cubrir 80 días de varios expertos.
- 3) Para cada una de las dos opciones de la aseguradora sin fines de lucro y de la contratación directa, y considerando el desarrollo de las capacidades necesarias para lograr la operación, tanto de Salud en el Norte como del Seguro Popular:
- o Analizar los costos administrativos para la aseguradora/Salud Migrante
 - o Desarrollar mercadeo conjunto y mecanismos de afiliación
 - o Desarrollar la plataforma de informática para la afiliación y el seguimiento
 - o Desarrollar la plataforma de informática para referencias médicas.
- *Requisitos técnicos*
 - o Un experto en análisis de la estructura de la administración pública
 - o Un experto en mercadeo social del seguro de salud
 - o Experto en informática en el área de afiliación
 - o Un experto en informática en los campos de registros médicos y transferencia de información confidencial.
- *Recursos*
 - o Honorarios de consultoría para cubrir 60 días de expertos varios
 - o Licencias de software y costos de desarrollo.
- ii) Desarrollar mecanismos para construir/fortalecer la capacidad de los proveedores, SP y aseguradores, para atender a las poblaciones migrantes.
- o Diseñar evaluaciones de línea de base
 - o Desarrollar mecanismos de monitoreo y acreditación para aseguradoras, SP y proveedores.
 - o Diseñar y costear estrategias de fortalecimiento de las capacidades.

- *Requisitos técnicos*
 - o Un experto en la evaluación de los procesos y resultados de los servicios de salud
 - o Un experto en la acreditación de los servicios de salud
 - o Un experto en la construcción/fortalecimiento de la capacidad administrativa.
 - *Recursos*
 - o Honorarios de consultoría para cubrir 60 días de varios expertos
 - o Identificar la estructura legal más apropiada para el propósito
 - o Redactar los decretos, leyes y reglamentos internos necesarios para el lanzamiento
 - o Hacer un plan de acción a un año, y un plan de desarrollo general a cinco años
 - o Formular los perfiles y los términos de referencia para la gobernanza clave y las posiciones ejecutivas
 - o Identificar los costos administrativos de la agencia
 - o Identificar a los donantes potenciales para establecer la infraestructura de la agencia.
 - *Requisitos técnicos*
 - o Analista legal
 - o Experto en planeación de la administración pública
 - o Experto en movilización de recursos
- operar concesiones/franquicias de Salud en el Norte, acorde a las regulaciones estatales
 - ii) Desarrollar a Salud en el Norte, como una franquicia/concesión mercadeable
 - iii) Construir capacidad de la aseguradora
 - iv) Acreditar a las aseguradoras
 - v) Firmar cartas de entendimiento entre aseguradoras sin fines de lucro y la agencia líder de la Secretaría de Salud para entablar una relación de negocios con Salud en el Norte.
- *Requisitos técnicos*
 - o Un experto en operaciones de aseguradoras sin fines de lucro
 - o Un experto en reglamento de seguros de salud.
 - *Recursos*
 - Honorarios de consultoría para cubrir 40 días de expertos.

4.3 Aseguradoras sin fines de lucro

- a) **Meta.** Construir productos y mecanismos de franquicia/concesión para la promoción y la venta de Salud en el Norte.
- b) **Resultado esperado.** Definición del producto, plan de negocios y lineamientos regulatorios.
- c) **Indicador de éxito.** Las aseguradoras sin fines de lucro firman cartas de interés para negociar con Salud Migrante por concesiones/franquicias de Salud en el Norte.
- d) **Proceso.** Trabajo analítico, con consultorías con aseguradoras sin fines de lucro y reguladores estatales de E.U. en estados selectos.
- e) **Tareas**
 - i) Identificar interés y capacidades de parte de los proveedores de seguros sin fines de lucro para

4.4 Proveedores de Salud en el Norte

- a) **Meta.** Desarrollar modelos, y estructuras de convenios y contratos.
- b) **Resultados esperados.** Contratos modelo y lineamientos de contrato especificando los requisitos del proveedor, los términos y las condiciones, fórmulas de costos y la calidad.
- c) **Proceso.** Trabajo analítico con consultas y talleres para el desarrollo de capacidades, con centros de salud comunitarios y asociaciones estatales/regionales de centros de salud.
- e) **Indicador para el éxito.** Las agencias de salud comunitarias firmarían cartas de interés para negociar contratos de seguros con las aseguradoras sin fines de lucro y con el sustituto de la agencia Salud Migrante
- e) **Tareas**
 - i) Identificar el interés y la capacidad de los centros de salud comunitarios y de las asociaciones estatales/regionales, de contratar Salud en el Norte con aseguradoras/Salud Migrante.
 - ii) Desarrollar a Salud en el Norte como un paquete de servicios de salud mercadeable.
 - iii) Fortalecer la capacidad del centro de salud de trabajar en el marco de Salud en el Norte.

- iv) Acreditar a los centros de salud comunitarios como “Amigables con Salud Migrante” en estados selectos.
- v) Firmar cartas de acuerdos con la Agencia líder de la Secretaría de Salud para participar en una relación de negocio con las aseguradoras de Salud en el Norte.
- *Requisitos técnicos*
 - o Un experto en desarrollo de los centros comunitarios de salud
 - o Un capacitador para cada una de los cuatro centros/asociaciones de salud comunitaria.
- *Recursos*
 - o Honorarios de consultoría para cubrir 40 días de varios expertos
 - o Taller para capacitar a los capacitadores
 - o Talleres de capacitación en cada uno de los centros de salud comunitarios.

4.5 Proveedores del seguro popular

- a) **Meta.** Incrementar el acceso de poblaciones migrantes a servicios de atención continua de proveedores de atención primaria y secundaria que estén geográficamente separados.
- b) **Resultados esperados.** Formatos de referencia y procedimientos, directorio de proveedores en red, criterios de elegibilidad, lineamientos para referencia y una capacidad operativa fortalecida.
- c) **Indicadores de éxito.** Proveedores en estados con alta emigración que incrementan su concientización de las necesidades de los migrantes en cuestiones de salud y que desarrollan mecanismos para atenderlos por medio de redes binacionales coordinadas.
- e) **Proceso.** Trabajo analítico con consultas y talleres de desarrollo de capacidad con proveedores públicos de salud.
- e) **Tareas**
 - i) Identificar el interés de parte de los proveedores del Seguro Popular y las autoridades estatales de proveer servicios para poblaciones migrantes.
 - ii) Implementar mecanismos de referencia médica en unidades selectas.
 - iii) Construir capacidad del proveedor dentro de los marcos de Salud en el Norte y Salud Migrante.

- iv) Acreditar a proveedores en estados selectos.
- v) Firmar convenios con secretarías de salud estatales, en estados con alta migración, para coordinar las referencias y la información con centros de salud comunitarios en estados selectos.

- *Requisitos técnicos*
 - o Experto en desarrollo/acreditación de los proveedores del Seguro Popular (servicios de la Secretaría de Salud del Estado)
 - o Un capacitador por cada uno de las cuatro autoridades estatales de salud.
- *Recursos*
 - o Honorarios de consultoría para cubrir 40 días de varios expertos.
 - o Taller para la capacitación de los capacitadores.
 - o Talleres de capacitación en cada una de las secretarías de salud en estados selectos.

4.6 BANSEFI

- a) **Meta.** Desarrollar una estructura de fondos y cuentas.
- b) **Resultados esperados.** Se establecerían fondos completamente funcionales para cuentas de Salud en el Norte y el Seguro Popular, con mecanismos de transferencia a las agencias contratantes/afiliadoras. Se abrirían cuentas simuladas en ambos fondos.
- c) **Indicadores de éxito.** BANSEFI establecería nuevas estructuras de cuentas como parte de su estrategia de construcción de patrimonio.
- d) **Procesos.** Los fondos de prueba serían estructurados y probados con cuentas ficticias, así como pagos y transferencias simulados hechos a Salud Migrante y al Seguro Popular.
- e) **Tareas**
 - i) Crear fondos que estén listos para recibir fondos de Salud en el Norte y el Seguro Popular
 - ii) Desarrollar estructura de cuentas para Salud en el Norte y el Seguro Popular y mecanismos de transferencia de cuotas.
 - iii) Identificar la localización de operadores de transferencia de dinero/sucursales bancarias de Directo a México, que colaboren con BANSEFI, y relacionarlas con localidades en donde hay centros de salud.

iv) Firmar cartas de acuerdos con la Secretaría de Salud para participar en una relación de colaboración.

- *Requisitos técnicos*

Un experto en arquitectura de fondos BAN-SEFI.

- *Recursos*

Honorarios de consultor para cubrir 20 días de experto.

4.7 Apoyo comunitario para la afiliación al seguro y el monitoreo

a) **Meta.** Desarrollar y probar mecanismos de apoyo comunitario y capacidades.

b) **Resultados esperados.** Paquetes de herramientas de mercadeo social y monitoreo de la calidad para Salud Migrante, en ambos idiomas y adaptados al contexto transnacional.

c) **Indicadores de éxito.** Las agencias comunitarias en los cuatro estados selectos en E.U. y las organizaciones de apoyo a migrantes en estados con alta migración acuerdan participar en estrategias de mercadeo social y monitoreo.

d) **Procesos.** Desarrollo de paquetes de herramientas para el mercadeo social y el monitoreo, por medio del análisis etnográfico y la observación, junto con talleres de construcción de capacidades.

e) **Tareas**

i) Identificar el interés y la capacidad de parte de las agencias comunitarias en estados selectos, de proveer servicios de referencia de la aseguradora y el monitoreo de la calidad, para poblaciones migrantes.

ii) Desarrollar paquetes promocionales culturalmente apropiados, instalaciones de apoyo a la afiliación y mecanismos de monitoreo de la calidad.

iii) Construir capacidad de la agencia comunitaria de trabajar dentro de los marcos de Salud en el Norte y Salud Migrante.

iv) Acreditar a las agencias comunitarias como “Amigables con Salud Migrante” en estados selectos.

v) Firmar cartas de acuerdo entre la agencia líder de la Secretaría de Salud y agencias comunitarias para participar en la evaluación y el monitoreo.

- *Requisitos técnicos*

- o Un antropólogo/sociólogo experto en agencias de apoyo comunitario en E.U.

- o Un experto en mercadeo social de productos de seguros para los pobres en E.U.

- *Recursos*

- o Honorarios de consultoría para cubrir 40 días de varios expertos

- o Taller de capacitación de capacitadores

- o Talleres de capacitación con la participación de hasta 24 representantes de apoyo comunitario en E.U. y México.

4.8. Presupuesto

El presupuesto se realizó siguiendo la misma estructura propuesta para la implementación del proyecto (Cuadro 14).

En general, las actividades, recursos y costos pueden agruparse en cuatro grandes rubros:

1. Contratación de Recurso Humano altamente calificado: consultores e investigadores expertos en diversas áreas, líderes de reconocida trayectoria para coordinar el programa, expertos para conformar el cuerpo asesor permanente y personal de apoyo.
2. Talleres de capacitación tanto para personal de instituciones de seguros y proveedores de SN y SP como para representantes de agencias comunitarias en el norte para entrenarlos como instructores de los diversos procesos necesarios para la operación del programa.
3. Reuniones de seguimiento, monitoreo y evaluación de las diversas actividades y etapas del proyecto.
4. Pago de licencias de software y desarrollo de plataformas informáticas.

Fase I. Análisis de la información

1. Contratación de expertos en diversas áreas tanto en E.U. como en México para analizar la información con vistas a definir el segmento de población migrante objeto del programa, la estructura financiera, los costos del seguro y del paquete de beneficios y el análisis de la capacidad operativa de la red de

prestadores de servicios de salud tanto en el Norte como en México, entre otros.

2. Reuniones Grupo Binacional Salud Migrante. Se propone realizar 3 reuniones al año con el fin de efectuar seguimiento y monitoreo a las acciones contempladas en el marco para el desarrollo. Esto permitiría detectar dificultades y proponer soluciones que permitan el desarrollo adecuado del programa. Se espera conformar un equipo binacional integrado por representantes de las agencias de seguros sin fines de lucro, centros de salud comunitarios y agencias comunitarias de E.U. (un representante por cada institución de los 4 estados selectos -12 en total-), así como 3 personas por estado selectos de México representando los hospitales que atenderían usuarios del seguro Salud Migrante y autoridades de salud (12 en total). De la misma manera en este grupo participarían los coordinadores del proyecto, expertos e investigadores asociados al mismo.

Fase 2. Construcción de plataformas para la operación

1. Contratación de expertos e investigadores en diversas áreas tanto en E.U. como en México para la elaboración de documentos, diseño, construcción y desarrollo de mecanismos, instrumentos y plataformas informáticas necesarias para la operación de programa.
2. Trámite y pago de licencias de software para el desarrollo y operación de las plataformas informáticas. La Secretaría de Salud de México y algunas otras entidades privadas y de la sociedad civil sin fines de lucro disponen de sistemas de información en línea que el programa podría adaptar para los fines que se persiguen sin necesidad de asumir los costos de las licencias.
3. Talleres de capacitación. En esta etapa se contempla realizar dos talleres para entrenar instructores que repliquen la información en sus estados:
 - a) Para representantes de agencias comunitarias en el manejo de los formularios de afiliación en Internet para ayudar a los migrantes a realizar este proceso. Se considera realizar una reunión en uno de los estados selectos de E.U. con la participación de dos expertos mexicanos y dos

representantes de agencias comunitarias de cada uno de los estados selectos. Duración del taller un día y medio.

- b) Para personal de los hospitales de referencia en México en el manejo del sistema de referencia y contra-referencia en línea. Se contempla la participación de dos expertos mexicanos y dos representantes de hospitales por cada uno de los estados selectos. Duración del taller un día y medio.

Fase 3. Implementación de plataformas

1. Contratación de expertos en diversas áreas tanto en E.U. como en México para: a) coordinar la implementación del marco para el desarrollo del programa, b) desarrollar capacidades de las agencias de seguros sin fines de lucro, centros comunitarios, agencias comunitarias y hospitales de la red pública de México para trabajar en el marco Salud en el Norte y Salud Migrante y, c) para acreditar las diversas organizaciones participantes en el programa.
2. Talleres de capacitación de instructores. En esta etapa se contempla realizar tres talleres para entrenar instructores que repliquen la información en sus estados: proveedores de SN y SP y agencias comunitarias. El propósito de los talleres es crear capacidades en estas organizaciones para trabajar en el marco de Salud en el Norte y Salud Migrante. Se considera realizar dos talleres en E.U. en uno de los estados selecto y otro en México. Se considera la participación de dos expertos mexicanos y dos representantes de cada una de las organizaciones de cada estado selecto.

Fase 4. Validación de plataforma

Reunión de validación de resultados. Se contemplan costos de personal para la elaboración de los informes, transporte, viáticos y alimentación para los invitados de E.U. y México, gastos de coordinación logística y sede del evento, así como la participación de autoridades de salud y expertos en el tema y las publicaciones derivadas de las conclusiones.

Coordinación del programa

1. Contratación de un equipo interdisciplinario coordinado por un líder altamente capacitado en sistemas de salud y migración y un co-líder en E.U. para fungir como responsables del programa y coordinar las acciones necesarias para el adecuado desarrollo del proyecto. Este recurso invertirá 10% de su tiempo laboral para esta tarea durante un año. También se contempla la contratación de un Director Ejecutivo en México de tiempo completo, un Asistente Ejecutivo en E.U. de medio tiempo y personal de apoyo para los dos países.
2. Grupo asesor. Constituido por 10 expertos de alto nivel (5 de México y 5 de E.U.) cuyas funciones serían

de asesoría y revisión de documentos elaborados en la fase piloto del proyecto. Se contempla que inviertan 15% de su tiempo laboral durante un año.

El presupuesto detallado se presenta en el anexo 3.

4.9. Cronograma de actividades

El cronograma de actividades a desarrollar se presenta por fases con el propósito de organizar las tareas y acciones necesarias para cubrir todos y cada uno de los requerimientos del proyecto. Se presenta el cronograma detallado en el anexo 4.

5. Referencias

1. The World Bank, "Migration and Remittances Factbook", 2008. http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1110315015165/RemittancesData_Nov07.xls
2. Amuedo C, Sainz T, Pozo S." Remittances and healthcare expenditure patterns of population in origin communities:evidence from Mexico." INTAL, Argentina 2007.
3. Tim Waidmann & Saad Ahmad. Improving Access In a Binational Population. The Potential Role for Binational Health Insurance. Academy Health Research Meeting, Orlando, FL. 2007.
4. CONAPO, Series sobre migración. Basadas en U. S. Census Bureau, 15-percent sample 1970, 5-percent sample 1980, 5-percent sample 1990, 5-percent sample 2000 y American Community Survey, 2005. http://www.conapo.gob.mx/mig_int/s2008/material/03_01_01.xls
5. Center for Immigration Studies analysis of March 2000 and 2007 Current Population Survey.
6. Frostin Paul. The impact of immigration on health insurance coverage in the United States. EBRI notes 2005; 26 (6):2-8. http://www.ebri.org/pdf/notespdf/EBRI_Notes_06-2005.pdf
7. Prentice Julia, Pebley Anne, Sastry Narayan. Immigration status and health insurance coverage: who gains? Who loses? American Journal of Public Health 2005; 95(1): 109-116.
8. Capps R, Fortuny K, The Characteristics of Unauthorized Immigrants in California, Los Angeles County, and the United States. The Urban Institute. 2007
9. Zúñiga E, Castañeda X, Giorgulli S, Wallace S. Inmigrantes Mexicanos y Centroamericanos en Estados Unidos -- Acceso a la Salud. SSA, Iniciativa de Salud México-California, University of California, Center for Health Policy Research, 2006.
10. Wallace et al. Inmigrantes mexicanos y centroamericanos en Estados Unidos. Acceso a salud. Berkeley, University of California, Secretaría de Salud, 2006.
11. CONAPO, Series sobre migración. Basadas en la Encuesta de Migración de la Frontera Norte (EMIF) de El Colegio de la Frontera Norte. 1995-2005.
12. Wong, Espinoza. In Mexico's National Study of Health and Ageing (Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENAS-EM)), using a sample of Mexicans born before 1951.; 2002.
13. IPSOS-BIMSA/ El Universal, 2007.
14. Liliana Rivera, personal communication; Cuernavaca, Mor; marzo 2008.
15. Rivera Sánchez, Liliana. El eslabón urbano en el trayecto interno del circuito migratorio Mixteca-Nueva York-Mixteca: los migrantes de Nezahualcōyotl, Estado de México. Ponencia presentada en el Congreso Internacional Migraciones Globales: Población en movimiento, familia y comunidades migrantes, Mazatlán, Sinaloa, México, 21-24 de marzo de 2007.
16. Mexico Health Official Discusses Migrant Worker Health Care During Visit to Bay Area [Apr 25, 2007] http://www.kaisernet-work.org/daily_reports/rep_index.cfm?DR_ID=44506 Plantean seguro médico para los inmigrantes, (19 junio 2007), http://www.eluniversal.com.mx/nacion/vi_151899.html and (18 June 2007) <http://www.iht.com/articles/ap/2007/06/18/americ/LA-GEN-Mexico-US-Migrant-Health-Care.php>
17. Secretaría de Salud, México .Programa Nacional de Salud 2007-2012.
18. Kanaiaupuni, MS, Donato KM. Migradollars and mortality. The effects of migration on infant survival in Mexico. Demography, 36. 3, 1999.
19. Frank R. Hummer RA, The other side of the paradox. The risk of low birth weight among infants of migrant and non-migrant households within Mexico. International Migration Review, 36, 3, 2002.
20. United Nations development program. México 2006-2007.
21. Salgado N, González T, Bojorquez I, Infante C. Social vulnerability, health and migration México-United States. Public Health of Mexico. 2007; vol. 49, special edition, XII Public Health Research Congress: 8-10.
22. Moya J, Uribe M. Migration and health in México: Approximation to research perspectives; 1996-2006. Pan-American Health Organization.
23. Foreign Relations Secretariat. Available in: <http://www.ifai.org.mx/resoluciones/2007/2284.pdf>
24. Wallace S. Access to Health Insurance & Care among Mexican Binationals: Reality & Potential. Academy Health Research Meeting, Orlando, FL. 2007.
25. Consejo Consultivo del IME. Disponible en www.ime.gob.mx/ccime/.
26. IMSS, Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, junio, 2005
27. Diario Milenio. Véase: <http://www.milenio.com/mexico/milenio/nota.asp?id=582166>
28. Arboleda-Flores J. Healthier S. Freeman P. González-Block M.A. Acceso a los servicios de salud en el marco del TLC/Access to Health Services under NAFTA. Washington, D.C. 1999 Organización Panamericana de la Salud.
29. Entrevista con el Vice-presidente de la Fundación Paisano.
30. Suárez Valdés-Ayala, A, González-Vilchis, JJ, Muradás-Troitinio MC, Lozano-Asencio, R. Población no asegurada y Núcleos Familiares

- sujetos de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud. Síntesis ejecutiva. Secretaría de Salud, México, 2004.
31. G Nigenda, Pastor Bonilla, Jacqueline Alcalde, José Arturo Ruiz, Rosa Bejarano, Iván Gómez Seguro Popular de Salud para familias con migrantes en Estados Unidos Cuernavaca, INSP, 2007.
 32. Informe sobre Desarrollo Humano México 2006-2007: migración y desarrollo humano.
 33. DuBard CA and Massing MW, Trends in Emergency Medicaid Expenditures for Recent and Undocumented Immigrants, *JAMA*. 2007; 297:1085-1092.
 34. Fremstad S, Cox L. Covering new Americans: A review of federal and state policies related to immigrants' eligibility and access to publicly funded health insurance. Washington, DC Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2004.
 35. Strayhorn CK, Texas Comptroller of Public Accounts. Undocumented Immigrants in Texas: A financial Analysis of the Impact to the State Budget and Economy. Special Report Pub no. 96-1224, December 2006.
 36. American Hospital Association. Annual Survey Data, 2006. Washington, AHA, 2006.
 37. Legislative Analyst's Office. The 2007-08 Budget: Perspectives and Issues Report from the Legislative Analyst's Office to the Joint Legislative Budget Committee; 2007.
 38. Arpawong TM, Feifer C, Stevens GD, and Cousineau MR. Outcomes From Children's Health Initiatives In California. Center for Community Health Studies, University of Southern California, August 2007.
 39. King ML, Immigrants in the U.S. Health Care System. Five Myths That Misinform the American Public. Center for American Progress, 2007. www.americanprogress.org.
 40. Durden ET and Hummer RA. Access to healthcare among working-aged Hispanic adults in the United States. *Social Science Quarterly* 87(5):1319-1343, 2006.
 41. Berk ML, Schur CL, Chavez LR and Frankel M. Health care use among undocumented Latino immigrants. *Health Affairs* 19(4): 51-64, 2000.
 42. Cunningham P. What accounts for differences in the use of hospital emergency departments across U.S. Communities? *Health Affairs* 25:w324-w336, 2006.
 43. Marc L. Berk, Claudia L. Schur, Leo R. Chavez, and Martin Frankel. Health Care Use Among Undocumented Latino Immigrants. Is free health care the main reason why Latinos come to the United States? A unique look at the facts. *Health Affairs* 19(4): 2000.
 44. Department of Health and Human Services. Medical Expenditure Panel survey.
 45. Goldman DP, Smith JP and Sood N. Immigrants and the cost of medical care. *Health Affairs* 25(6):1700-1711, 2006.
 46. Vargas-Bustamante A, Ojeda G, Castañeda X. Willingness to pay for cross-border health insurance between the United States and Mexico. *Health Affairs* 27, no. 1 (2008): 169-178
 47. <https://www.blueshieldca.com/producer/largegroups/products/health/baja/>
 48. Len M. Nichols, Peter Harbage, and Cindy Zeldin. Ensuring health coverage for California's Immigrant children. New American Health Policy Program. November 2005.
 49. Agunius, Rannveig D and Neil G, Ruiz. Protecting Overseas Workers: Lessons and Cautions from the Philippines. Migration Policy Institute, 2007.
 50. Robert Smith. México Nueva York. Vidas transnacionales de los migrantes mexicanos entre Puebla y Nueva York. Zacatecas, Universidad Autónoma de Zacatecas, 2006.
 51. G. Anrig, Jr. y T.A. Wang, Immigrations' New Frontiers – Experiences From The Emerging Gateway States, The Century Foundation, Nueva York, noviembre, 2006. <http://www.tcf.org/list.asp?type=PB&pubid=593> Véanse los capítulos escritos por Mark A. Grey (The New Iowa – Ellis Island of the Midwest) y Lourdes Gouveia (Nebraska: One of Immigration's New Frontiers).
 52. http://www.kenan-flagler.unc.edu/ki/reports/2006_HispanicStudy/ and <http://www.cis.org/articles/2007/back1007.html>
 53. Ku L, Papademetriou. Access to health care and health insurance: immigrants and immigration reform. Securing the future – U.S. immigration integration policy – A reader, migration policy Institute, Washington, D.C., 2007. pp 83-106.
 54. Cohn's J, Sick. The Untold Story Of America's Health Care Crisis And The People Who Pay The Price, New York, HarperCollins, 2007.
 55. Border Security and Immigration Reform Act of 2007 draft legislation.
 56. Interview with Iowa State Insurance Commissioner directing the Iowa Insurance Division (IID) which regulates insurance activity in Iowa.
 57. State of New York Insurance Department. Opinion of the New York State Insurance Department. Albany, 2005.
 58. Ha S, Larson M and Pennbridge J. Increasing Enrollment and Retention in Children's Health Insurance Statewide Programs through Trained Assistors. National Health Foundation, January 2006.
 59. Overton L. Simplify, Automate, and Follow the Leader: Lessons on Expanding Health Coverage for Children. California Health Care Foundation Policy Brief, 2006. <http://www.chcf.org/topics/healthinsurance/index.cfm?itemID=127290>
 60. Policy Framework for Outreach, Enrollment, Retention and Utilization for Health Care Coverage in California <http://www.calendow.org/reference/publications/pdf/access/Policy-FrameworkOERUFINAL2.pdf>
 61. www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/7session/H-HRC-7-12-Add2.doc; Also, recent doc. On human rights and health systems.

Anexo I. Participantes en el proceso de consulta

País	Estado	Nombre	Cargo	Dependencia	Tipo de organización
EE.UU.	New York	Rodolfo de la Garza	Eaton professor of administrative law and municipal science	Columbia University Mailman School of Public Health	Académico
EE.UU.	New York	Lourdes Hernández	Staff Associate, Community Research Group	Columbia University Mailman School of Public Health	Académico
EE.UU.	New York	Regina Cortina	Associate Professor of education	Columbia University Teachers college	Académico
EE.UU.	New York	Hirsch Jennifer	Associate professor	Columbia University Institute for research of women & gender	Académico
EE.UU.	New York	Carballo-Dieguez Alex	Professor of Clinical Psychology	Columbia University Department of psychiatry	Académico
EE.UU.	New York	Wilfredo Morel	Director of Latino & Community Relations	Community health Hudson River HealthCare, Inc.	Centro de salud comunitario
EE.UU.	New York	Anne Nolon	Presidenta y directora general	Community health Hudson River HealthCare, Inc.	Centro de salud comunitario
EE.UU.	New York	Vilma R. Velez	Director Binational & Immigrant initiatives	Community health Hudson River HealthCare, Inc.	Centro de salud comunitario
EE.UU.	New York	Alejandro Ramon	Executive Director	United States-Mexico Chamber of Commerce Cámara de Comercio México-Estados Unidos	Económico
EE.UU.	New York	Jesús Flores Martínez	Representante del Gobierno del Estado de Puebla en New York	Gobierno del estado de Puebla	Oficina de atención al migrante estatal
EE.UU.	New York	Carmelo Maceda	Presidente	Casa Puebla en Nueva York	ONG
EE.UU.	New York	Joel Magallán	Director	Organización Tepeyac	ONG
EE.UU.	New York	Juanita Lara	Health Access Coordinator	Latin American Integration Center	ONG
EE.UU.	New York	Guillermo Chacón	Vicepresidente	Latino Commission on AIDS	ONG
EE.UU.	New York	Liliana Rañón	NLAAD Coordinator	Latino Commission on AIDS	ONG
EE.UU.	New York	Padre Tomás Bobadilla	Sacerdote	Sociedad Guadalupe	ONG
EE.UU.	New York	Josana Tonda	Responsables de las Ventanillas de Salud	Consulado Mexicano en Nueva York	Relaciones Exteriores
EE.UU.	New York	Yolanda Castro Escudero	Departamento de Protección. Agragada administrativa "A"	Consulado Mexicano en Nueva York	Relaciones Exteriores
EE.UU.	New York	Emb. Ramón Xilotl-Ramírez	Cónsul	Consulado Mexicano en Nueva York	Relaciones Exteriores
EE.UU.	New York	Eric Manheimer	Network Medical Director	Bellevue Hospital Center South Manhattan Healthcare Network	Salud
México	Federal	Jaime González Aguadé	Director General	BANSEFI	Financiera
México	Federal	Pedro Guazo	Director General Adjunto de Banca Institucional	BANSEFI	Financiera
México	Federal	Éctor Jaime Ramírez Barba	Presidente de la Comisión de Salud	Camara de Diputados	Legislativo
México	Federal	Graciela Orozco/Mercedes González-Casanova	Presidenta	Fundación Solidaridad mexicano-americana	ONG
México	Federal	José Francisco Anza Solís, Atala Pérez Rodríguez	Dirección adjunta de planeación del IME	Secretaría de Relaciones Exteriores	Relaciones Exteriores
México	Federal	Eleazar Benjamín Ruiz y Ávila	Secretario Ejecutivo de la Comisión de Salud Fronteriza México-EEUU	Comisión de salud fronteriza México-Estados Unidos	Salud

País	Estado	Nombre	Cargo	Dependencia	Tipo de organización
México	Federal	Eduardo González Pier y Héctor Peña Baca	Unidad de análisis económico	Secretaría de Salud	Salud
México	Federal	Mauricio Bailón y Enrique Ríos	Dirección de relaciones internacionales	Secretaría de Salud	Salud
México	Federal	Gabriel Martínez	Secretario general de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social	Conferencia interamericana de Seguridad Social	Salud
México	Federal	Ma de los Ángeles Fromow	Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social	Secretaría de Salud	Salud
México	Guanajuato	Familiares de migrantes		Localidad Mineral de la Luz	Comunitario
México	Guanajuato	Organización de artesanas		Localidad El Gusano	Comunitario
México	Guanajuato	Susana Guerra Vallejo	Directora	Dirección de atención a comunidades migrantes, gob de Gto.	Oficina estatal de atención al migrante
México	Guanajuato	Adriana Cortés Jiménez	Directora	Fundación comunitaria del Bajío	ONG
México	Guanajuato	Pablo Moreto	Director	Fundación comunitaria Dishaní	ONG
México	Guanajuato	Senorina Medina	Representante	Casa Guanajuato Cortazar, administrador del CS Cortazar, Director de desarrollo económico Cortazar	ONG
México	Guanajuato	Teresa Martínez Delgado		Centro de desarrollo agropecuario (CEDESA)	ONG
México	Guanajuato	Mario Ruiz	Director; exdirector de relaciones médicas	International Health Services, Hospital privado en San Antonio	Privado
México	Guanajuato	Ma Antonieta García	Apoyo del Programa Vete Sano Regresa Sano	Secretaría de Salud	Salud
México	Guanajuato	Armando Pérez	Subdirector de Epidemiología	Secretaría de Salud	Salud
México	Michoacán	Reveriano Orozco	Presidente de la Comisión de Migración	Cámara de Diputados	Legislativo
México	Michoacán	Eneida Reynoso Acosta	Subdirectora de Coordinación Interinstitucional	Instituto Michoacano de los Migrantes en el Extranjero	Oficina estatal de atención al migrante
México	Michoacán	Padre Marcos Linares	Director General	Asociación Michoacana de Promotores de la Empresa, A.C. (AMPES)	ONG
México	Michoacán	Neyra Moreno Zavala	Administradora	Sanatorio La Luz	Privado
México	Michoacán	Lic. Malco Gibrán González, Lic Enrique Romero	Delegado y Director de Protección	Secretaría de Relaciones Exteriores	Relaciones Exteriores
México	Michoacán	Gerardo Rodríguez, Gabriela Mendoza		Jefe de Servicios de Afiliación y Cobranza	IMSS Salud
México	Michoacán	María Luisa Tapia	Responsable del Programa de Salud del Migrante	Secretaría de Salud	Salud
México	Puebla		Director; secretario de investigación y coordinadora de la MASS	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	Académico
México	Puebla		Migrante con transplante		Comunitario
México	Puebla	Carlos Olamendi	Comisionado estatal para la atención del migrante poblano	Comisión para la atención del migrante poblano	Oficina estatal de atención al migrante
México	Puebla	Mario Riestra	Vicepresidente	Fundación paisano	ONG
México	Puebla	David Espinoza	Ex presidente municipal de Chietla, Migrante		Político
México	Puebla	Diana Carpio	Subdirectora de Epidemiología	Secretaría de Salud	Salud
México	Puebla	Carmen Morán	responsable del Programa Vete sano Regresa Sano	Secretaría de Salud	Salud
México	Puebla	Gira de poblanos en NY	Gira de poblanos en NY	Servicios de Salud de Puebla	Salud

Anexo 2. Análisis del Marco Lógico

	Resumen Narrativo	Indicadores Medibles	Métodos de Verificación	Presunciones Importantes
Meta	Contribuir a mejorar la protección en salud de la población migrante y sus familias tanto en E.U. como en México.	100% de la prueba piloto del programa Salud Migrante desarrollada.	Informe final de resultados programa piloto	Interés de los migrantes para adquirir un seguro de salud
Propósito	Desarrollar una propuesta piloto de Seguro Binacional en salud (E.U./México).	100% de los mecanismos de afiliación funcionando 100% de la red de prestadores de servicios de Salud en el Norte conformada 100% de la red de prestadores de servicios de Seguro Popular conformada 100% de mecanismos de mercadeo probados 100% de mecanismos de referencia funcionando Agencias comunitarias de salud en E.U. acreditadas para trabajar en el marco de Salud Migrante	<ul style="list-style-type: none"> Documento Doctrina Salud Migrante Documento Informe final de resultados de la prueba piloto del seguro binacional. Instrumentos y mecanismos desarrollados 	Financiamiento otorgado para iniciar el desarrollo de la propuesta piloto en mayo de 2008
Resultados	1. Doctrina Salud Migrante. White Paper escrito y publicado. 2. Salud Migrante. Agencia de seguros y paquetes. Estructura, funciones recursos e instrumentos jurídicos desarrollados para la creación de la agencia y su reconocimiento como organismo viable	Documento publicado <ul style="list-style-type: none"> Integración del Grupo binacional para coordinar el desarrollo de la fase piloto del proyecto. Estudio de mercado de migrantes y sus familias en E.U. y México. Número y clase de subvenciones en salud para población migrante en E.U. Monto de recursos federales y estatales en México disponibles para la atención de migrantes y sus familias. Costos del paquete de beneficios en SP y SN. Costos administrativos del programa para las diversas instituciones. Decretos, leyes y reglamentos para la operación del programa No. Donantes que apoyen la infraestructura de Salud Migrante. No. de plataformas informáticas desarrolladas 	1. Medio Físico: libro 2. Medio electrónico: documento disponible en Internet <ul style="list-style-type: none"> Acta de instalación del Grupo Binacional y minutas de reunión. Documento de estudio de mercado y segmentación de posibles beneficiarios del seguro binacional para la población migrante y su familia en E.U. y México Informe sobre subvenciones en salud en E.U. para población migrante. Informe financiero SP Informe estimación de costos del paquete de beneficios SP y SN. Versiones preliminares de Decretos, leyes y reglamentos para la operación del programa Manuales de operación de las Plataformas informáticas. 	Disponibilidad de datos e información para el análisis de los diversos procesos.
	3. Proveedores de seguros sin fines de lucro. Mecanismos y productos de la Franquicia/ concesión elaborados.	<ul style="list-style-type: none"> Número de Proveedores de seguros sin fines de lucro interesados en la concesión o franquicia. Proveedores de seguros sin fines de lucro capacitados para manejar el seguro. Proveedores de seguros sin fines de lucro en E.U. acreditadas Número de Cartas firmadas entre Proveedores de seguros sin fines de lucro y la Secretaría de Salud de México para entrar en relación comercial con Salud Migrante. 	<ul style="list-style-type: none"> Directorio de Proveedores de seguros sin fines de lucro en E.U. interesados en la concesión o franquicia Informe de la coordinación del Proyecto. Informe de los capacitadores en torno al desarrollo de capacidades de estas empresas para el manejo del seguro 	Interés de las empresas de seguros sin fines de lucro en E.U. en comercializar el producto. Autorización de las diversas instancias gubernamentales para comercializar el seguro.

Resumen Narrativo	Indicadores Medibles	Métodos de Verificación	Presunciones Importantes
4. Proveedores de Salud en el Norte. Modelos de contratos y acuerdos desarrollados.	<ul style="list-style-type: none"> Número de proveedores de servicios de salud en E.U. interesados en prestar servicios a la población migrante asegurada. Total de proveedores de servicios de salud en E.U. con capacidad de oferta y de respuesta para prestarle servicios a la población migrante asegurada. Proveedores de Salud en el Norte capacitados para trabajar en el marco Salud Migrante. Proveedores de Salud en el Norte acreditados Número de Cartas firmadas entre Proveedores de Salud en el Norte y la Secretaría de Salud de México para referir a los migrantes que así lo requieran. 	<ul style="list-style-type: none"> Directorio de prestadores de servicios de salud en EE.UU. interesados en prestar servicios a la población migrante asegurada. Informe de la coordinación del Proyecto. Informe de los capacitadores sobre el desarrollo de capacidades de estas empresas para prestar los servicios del paquete de beneficios y/o referir a los usuarios a Hospitales en México. 	Interés de las instituciones prestadoras de servicios de salud para ofrecer a los migrantes los servicios establecidos en el paquete de seguro.
5. Proveedores de Seguro Popular: Mecanismos de referencia y capacidad para atender a las poblaciones migrantes desarrollados.	<ul style="list-style-type: none"> Autoridades estatales mexicanas interesadas en prestar servicios de salud a población migrante asegurada. Total de centros de salud y hospitales con capacidad de oferta para atender a la población migrante y sus familias en el marco de Salud Migrante. Proveedores de Seguro popular capacitados para trabajar en el marco Salud Migrante. Proveedores de Seguro Popular acreditados. 	<ul style="list-style-type: none"> Directorio de proveedores de Seguro Popular interesados en prestar servicios a la población migrante asegurada. Informe de la coordinación del Proyecto. Informe de los capacitadores sobre el desarrollo de capacidades de los proveedores de SP para trabajar en el marco de Salud Migrante 	Financiamiento otorgado para atender población migrante en 2008 Se cuenta con la voluntad política de las autoridades estatales para el desarrollo del Programa.
6. BANSEFI. Estructura del fondo y de cuentas desarrolladas.	<ul style="list-style-type: none"> Creación del fondo para la recepción y manejo de los dineros de los afiliados a Salud Migrante Desarrollo cuentas SP 	Informe de resultados BANSEFI	Autorización de la instancia pertinente para el manejo de los recursos de SP
7. Agencias comunitarias de apoyo a la afiliación y monitoreo. Mecanismos para apoyar y construir las capacidades de las agencias de afiliación para migrantes y monitorizar el proceso y calidad de la atención.	<ul style="list-style-type: none"> Número de Agencias comunitarias interesadas en apoyar el programa Salud Migrante. Agencias comunitarias capacitadas para apoyar a los migrantes en la afiliación y monitoreo de la prestación de los servicios de salud Agencias comunitarias en E.U. acreditadas para trabajar con Salud Migrante Número de Cartas firmadas entre agencias comunitarias y Salud Migrante . 	<ul style="list-style-type: none"> Directorio de Agencias Comunitarias en E.U. interesados en apoyar el programa Salud Migrante Informe de la coordinación del Proyecto. Informe de los capacitadores en torno al desarrollo de capacidades de estas agencias para cumplir con las funciones propuestas. 	Interés de las Agencias comunitarias en apoyar el programa Salud Migrante. Las agencias cuentan con los recursos necesarios para apoyar el programa.
Actividades	Recursos	Documento Doctrina salud Migrante	
1. Doctrina de Salud Migrante	<ul style="list-style-type: none"> Investigador principal INSP experto en Sistemas de Salud y Migración Dos Co- investigadores INSP expertos en sistemas de salud Co- investigador INSP experto en poblaciones migrantes Consultor especial Comisionado Especial de Naciones Unidas para los derechos humanos de los migrantes 		
a) Borrador en base a los acuerdos de derechos humanos y declaraciones, con particular referencia a los accesos a los sistemas de salud.			
b) Consulta del borrador con actores clave en los EU. y México.			
2. Agencia de Salud Migrante y paquetes de seguros.	Recursos	<ul style="list-style-type: none"> Acta de instalación del Grupo Binacional y minutas de reunión. Documentos elaborados por los diversos expertos en los temas analizados. Manuales de funcionamiento de las plataformas informáticas desarrolladas para el programa Guías de usuario de las plataformas informáticas 	Disponibilidad financiera para la contratación de los consultores expertos. Disponibilidad de los datos para los diversos análisis
a) Establecer un grupo binacional de las partes interesadas con capacidades para orientar el diseño y operación de la agencia. Este grupo emularía el comité consejero de Salud Migrante (o la junta de gobierno en el escenario de la agencia privada).	<ul style="list-style-type: none"> Grupo binacional <ul style="list-style-type: none"> Líder mexicano de alto nivel y co-líder de EEUU con habilidades interculturales. Participación de 24 ejecutores de decisiones estratégicos, con una participación voluntaria. 3 encuentros trimestrales, personales de un día durante 2008, dos en México y uno en los EEUU. Viáticos y per diem para todos los participantes más gastos locales. Secretarías para logística y para preparar agendas, minutas y acuerdos en los dos lenguajes. Construir funciones de Salud Migrante y otros Experto en el sistema de salud de EEUU con énfasis en derechos para poblaciones pobres y migrantes para analizar los datos existentes. Consultores actuariales con experiencia en evaluación de riesgos de aseguradoras sin fines de lucro para analizar los datos existentes. Experto demógrafo/geógrafo en estructura de la familia migrante y análisis geográfico de locaciones y flujos. Experto economista en salud en costos de servicios de salud y derechos para pobres y poblaciones migrantes para compilar y analizar datos de centros de salud. Experto economista en salud en evaluación de demanda de paquetes de seguros para llevar a cabo evaluaciones de necesidades y demanda entre 		
b) Construir las funciones de Salud Migrante			
• Salud en el Norte			
o Identificar subsidios de atención primaria de EEUU federales y estatales y derechos que beneficien a las poblaciones objetivo en los estados piloto.			
o Identificar costos basados en análisis actuariales.			
o Realizar análisis de mercado y beneficiarios prioritarios a través de análisis de necesidades, segmentación de mercado, estudios WTP y otros métodos.			
• Seguro Popular			
o Identificar carga esperada del caso, costos y capacidad de infraestructura			
o Identificar recursos comprometidos, flu-			

Resumen Narrativo	Indicadores Medibles	Métodos de Verificación	Presunciones Importantes
<p>jos y fondos, con metas de expansión.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Definir las características del fondo y mecanismos de posesión de fondos para el Seguro Popular para proveer para Salud Migrante. o Establecer los mecanismos de contribución a través de operadores de transferencia de dinero afiliados a BANSEFI y Directo a México. <ul style="list-style-type: none"> • Para cada una de las dos opciones de aseguradoras sin fines de lucro y de contratación directa, y considerando la construcción de capacidades necesaria para lograr la operación tanto para Salud en el Norte como para Seguro Popular: <ul style="list-style-type: none"> o Analizar costos administrativos para la aseguradora/Salud Migrante. o Desarrollar mecanismos conjuntos de mercadotecnia y afiliación. o Desarrollar la plataforma de informática para la afiliación y seguimiento. o Desarrollar la plataforma de informática para las referencias médicas. o Desarrollar mecanismos para construir/ fortalecer capacidades para proveedores, SP y aseguradoras para atender a poblaciones migrantes. o Evaluaciones de diseño de líneas de base o Desarrollar mecanismos de monitoreo y acreditación para aseguradoras, SP y proveedores o Estrategias de construcción de capacidades de diseño y costo o Identificar la estructura legal más apropiada para el propósito. o Hacer borradores de los decretos, leyes y reglamentos necesarios para iniciar. o Hacer el borrador del plan de acción para el primer año, y el plan de desarrollo general a cinco años o Hacer borradores de perfiles y términos de referencia para puestos clave del gobierno y puestos ejecutivos 	<p>las poblaciones objetivo en los EEUU y México a través de trabajo de campo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experto en financiamiento de Seguro Popular y estructura legal del fondo. • Experto en instituciones de banca social y arquitectura financiera. • Experto en análisis de estructura de administración pública • Experto en mercadotecnia social de seguros médicos • Experto en informática en el área de afiliación • Experto en computación en registros médicos y transferencia de información confidencial • Experto en procesos de servicios de salud y evaluación de resultados • Experto en acreditación de servicios médicos • Experto en construcción/fortalecimiento de capacidades administrativas • Analista legal • Experto en planeación de administración pública • Experto en movilización de recursos • Costos de licencias y desarrollo de software. 		
<p>3. Aseguradoras sin fines de lucro</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identificar intereses y capacidades de parte de las aseguradoras sin fines de lucro para operar concesiones/franquicias de SN b) Desarrollar Salud en el Norte como una franquicia/concesión comercializable c) Construir capacidad de la aseguradora d) Acreditar a las aseguradoras e) Firmar cartas de intención con la Secretaría de Salud para entrar en una relación de negocios con Salud en el Norte 	<p>Recursos</p> <p>Experto en aseguradoras sin fines de lucro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de capacitadores para desarrollar capacidades en estas agencias para manejar el seguro. • Resultados de visitas de acreditación 	<p>Los proveedores de seguros no lucrativos tienen interés y capacidad para ofrecer el seguro a la población migrante de México.</p>
<p>Actividades 4. Proveedores de Salud en el Norte</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identificar intereses y capacidades de parte de centros de salud comunitarios y asociaciones estatales/regionales para contratar para SN con aseguradoras/Salud en el Norte b) Desarrollar el SN como un paquete de servicios de salud comercializable c) Fortalecer la capacidad de los centros de salud para trabajar dentro del marco de SN d) Acreditar centros de salud comunitaria como "Amigables con Salud Migrante" en estados piloto e) Firmar cartas de intención con la Secretaría de Salud para entrar en una relación de trabajo con Salud en el Norte/aseguradoras 	<p>Recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experto en el desarrollo de centros de salud comunitarios • Un entrenador por cada uno de los cuatro centros de salud comunitarios/asociaciones en el piloto • Taller de entrenamiento de capacitadores • Talleres de entrenamiento en cada uno de los cuatro centros de salud comunitarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de capacitadores para desarrollar capacidades en estas instituciones para prestar los servicios de salud contemplados en el paquete de seguro. • Resultados de visitas de acreditación 	<p>Los centros comunitarios poseen la capacidad de oferta y resolución para prestar los servicios de salud ofrecidos por el seguro para migrantes.</p>

Resumen Narrativo	Indicadores Medibles	Métodos de Verificación	Presunciones Importantes
<p>5. Proveedores de Seguro Popular</p> <ol style="list-style-type: none"> Identificar intereses de parte de proveedores de SP y autoridades estatales para proveer servicios para las poblaciones migrantes Implementar mecanismos de referencia médica en unidades piloto Construir capacidad de proveedores para trabajar con los esquemas de Salud en el Norte y Salud Migrante Acreditar proveedores en estados piloto Firmar cartas de intención con la Secretaría de Salud para entrar en una relación de proveedor con centros de salud comunitarios 	<p>Recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> Experto en desarrollo/acreditación de proveedores de Seguro Popular (servicios de la Secretaría de Salud estatales) Un capacitador por cada una de las cuatro autoridades estatales de salud estatales en el piloto Taller de entrenamiento de capacitadores Talleres de entrenamiento en cada una de las cuatro secretarías de salud estatales piloto 	<ul style="list-style-type: none"> Informes de referencias y contra-referencias de usuarios. Informes de capacitadores para desarrollar capacidades en estas instituciones para prestar los servicios de salud a los migrantes y sus familias en el marco de Salud Migrante Resultados de visitas de acreditación 	<p>La red de prestadores de salud de SP cuenta con la capacidad de oferta y resolución para prestar los servicios de salud a los migrantes y sus familias en el marco de Salud Migrante.</p>
<p>6. BANSEFI</p> <ol style="list-style-type: none"> Crear fondos listos para recibir fondos de SN y SP Desarrollar estructura de cuentas de SN y SP y mecanismos de transferencia de cuotas Identificar la ubicación de los operadores de transferencias de dinero/las sucursales bancarias de Directo a México que colaboran con BANSEFI y vincularlos con la ubicación de los centros de salud Firmar cartas de intención con la Secretaría de Salud para entrar en una relación colaborativa. 	<p>Recursos</p> <p>Experto en la arquitectura de los fondos de BANSEFI</p>	<p>Informe de BANSEFI</p>	<p>Interés de la institución bancaria de manejar los recursos del seguro Popular en el marco de Salud Migrante</p>
<p>7. Apoyo comunitario para la afiliación al seguro y monitoreo</p> <ol style="list-style-type: none"> Identificar intereses y capacidad de parte de las agencias comunitarias en estados piloto para proveer servicios de referencia a aseguradoras y monitoreo de calidad para poblaciones de migrantes Desarrollar paquetes promocionales culturalmente apropiados, instalaciones para apoyo de afiliación y mecanismos de monitoreo de calidad. Construir capacidades de las agencias comunitarias para trabajar dentro de los esquemas de Salud en el Norte y Salud Migrante Acreditar agencias comunitarias como "Amistosas con Salud Migrante" en estados pilotos Firmar cartas de intención con agencias comunitarias para participar en evaluación y monitoreo. 	<p>Recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> Experto antropólogo/sociólogo en agencias de apoyo comunitario en los EEUU Experto en comercialización social en productos de seguros para los pobres en los EEUU Taller de entrenamiento de entrenadores Talleres de entrenamiento, con la participación de hasta 24 representantes del apoyo a la comunidad de EEUU y México. 	<ul style="list-style-type: none"> Informes de capacitadores para desarrollar capacidades en estas instituciones para prestar los servicios de salud contemplados en el paquete de seguro. Resultados de visitas de acreditación 	<p>Interés de las asociaciones comunitarias de trabajar en los marcos de Salud en el Norte y salud Migrante.</p>

Anexo 3. Presupuesto

Concepto	Unidad de medida	Tiempo dedicado al Proyecto	Costo unitario \$USD	Número	Total
FASE I Análisis de la Información					
Recursos Humanos					95,000
Salud Migrante Agencia de seguros y paquetes					
Construcción de las funciones de Salud Migrante					
<i>Salud en el Norte y Seguro Popular</i>					
Experto en el sistema de salud de E.U con énfasis en los derechos de los pobres y las poblaciones migrantes	Día	20	300	1	6,000
Empresa consultora actuarial con experiencia en la evaluación de los riesgos de agencias de seguros sin fines de lucro (E.U.)	Día	20		1	40,000
Demógrafo/geógrafo experto en estructura de la familia migrante y análisis de la ubicación geográfica (E.U.)	Día	20	300	1	6,000
Economista de la Salud experto en evaluación de demanda de paquetes de seguros (E.U. y México)	Día	20	300	1	6,000
Economista de la Salud experto en cálculo de costos de servicios de salud y derechos de los pobres y las poblaciones migrantes (E.U.)	Día	20	300	1	6,000
Economista de la Salud experto en cálculo de costos de las intervenciones hospitalarias (SP)	Día	20	200	1	4,000
Experto en financiamiento de Seguro Popular y estructura jurídica de los fondos.	Día	20	200	1	4,000
Experto en instituciones de banca social y arquitectura financieras.	Día	20	200	1	4,000
<i>Para cada una de las dos opciones agencia de seguros no lucrativa o contratación directa, y considerando el desarrollo de la capacidad necesaria para lograr el funcionamiento de ambos Salud en el Norte y el Seguro Popular</i>					
Economista de la salud experto en el análisis de costos administrativos de empresas aseguradoras sin fines de lucro (E.U.)	Día	15	300	1	4,500
<i>Proveedores de seguros sin fines de lucro</i>					
Experto en operación de agencias de seguros sin fines de lucro (E.U.)	Día	10	300	1	3,000
Experto en regulación de seguros en salud	Día	10	300	1	3,000
<i>Proveedores Salud en el Norte y Seguro Popular</i>					
Experto en el desarrollo de centros de salud comunitarios	Día	10	300	1	3,000
Experto en sistemas de Salud y SP en México	Día	10	200	1	2,000
BANSEFI					
Expertos en la estructura de fondos de BANSEFI	Día	10	200	1	2,000
Ayuda comunitaria para la vigilancia y la afiliación al seguro					
Antropólogo o sociólogo experto en agencias de apoyo comunitario en E.U.	Día	15	100	1	1,500
Reuniones Grupo Binacional Salud Migrante (3 reuniones al año)*					124,230
Transporte E.U-México-E.U	Boleto avión	1	600	12	7,200
Transporte Interior de la República	Boleto avión	1	500	12	6,000
Transporte terrestre	Gasolina/caseta	1	60	16	960
Viáticos	Hospedaje/noche	2	150	40	12,000
Alimentación	Comida-cena/Día	2	75	40	6,000
Coodinador de logística de las reuniones	Día	45	150	1	6,750
Gastos de la sede de la reunión	Día	1.5			2,500
Total para una reunión					41,410

*Reunión de un día y medio

Concepto	Unidad de medida	Tiempo dedicado al Proyecto	Costo unitario \$USD	Número	Total
FASE 2 construcción de instrumentos y mecanismos					
Recursos Humanos					43.750
Doctrina Salud Migrante					
Investigador principal INSP experto en Sistemas de Salud y Migración	Día	15	300	1	4.500
Co- investigador INSP experto en sistemas de salud	Día	15	100	2	3.000
Co- investigador INSP experto en poblaciones migrantes	Día	10	150	1	1.500
Consultor especial Comisionado Especial de Naciones Unidas para los derechos humanos de los migrantes.	Día	5	300	1	1.500
<i>Salud Migrante Agencia de seguros y paquetes</i>					
Analista jurídico	Día	5	150	1	750
Experto en planificación de la administración pública	Día	5	200	1	1.000
Expertos en la movilización de recursos	Día	10	300	1	3.000
<i>Para cada una de las dos opciones agencia de seguros no lucrativa o contratación directa</i>					
Expertos en mercadeo social de seguro de salud	Día	15	300	1	4.500
Expertos en Informática para el área de afiliación	Día	20	200	1	4.000
Expertos en Informática en registros médicos y transferencia de información confidencial.	Día	10	100	1	1.000
<i>Desarrollar mecanismos para construir y fortalecer la capacidad de los proveedores, SP y seguros para atender a las poblaciones migrantes</i>					
Expertos en evaluación de procesos y resultados de servicios de salud	Día	5	300	1	1.500
Experto en acreditación de servicios de salud	Día	5	200	1	1.000
Expertos en fortalecimiento de la capacidad administrativa	Día	5	200	1	1.000
<i>Proveedores de seguros sin fines de lucro</i>					
Experto en regulación de seguros en salud	Día	20	300	1	6.000
<i>Proveedores Salud en el Norte y Seguro Popular</i>					
Expertos en acreditación de centros comunitarios (E.U)	Día	5	300	1	1.500
Expertos en acreditación de proveedores de Seguro Popular	Día	5	300	1	1.500
BANSEFI					
Expertos en la estructura de fondos de BANSEFI	Día	10	200	1	2.000
Ayuda comunitaria para la vigilancia y la afiliación al seguro					
Experto en mercadeo social de productos de seguro para los pobres en E.U.	Día	15	300	1	4.500
Licencias de software para la operación de las plataformas informáticas para Salud Migrante					
					10.000
Taller de capacitación para la operación de software de afiliación para Agencias comunitarias (formación de instructores para talleres)*					
					12.400
Transporte E.U-México-E.U	Boleto avión	1	600	2	1.200
Transporte al interior de E.U	Boleto avión	1	400	8	3.200
Viáticos	Hospedaje/noche	2	200	10	4.000
Alimentos	Comida-cena/Día	2	75	10	1.500
Gastos de la sede de la reunión	Día				2.500
Taller de capacitación para la operación de software de referencia y transmisión de información confidencial para Hospitales SP (formación de instructores para talleres)*					
					11.000
Transporte al interior de México	Boleto avión	1	500	8	4.000
Viáticos	Hospedaje/noche	2	150	10	3.000
Alimentos	Comida-cena/Día	2	75	10	1.500
Gastos de la sede de la reunión	Día				2.500

*Reunión de 1 día y medio

Concepto	Unidad de medida	Tiempo dedicado al Proyecto	Costo unitario \$USD	Número	Total
FASE 3 Implementación del marco para el desarrollo					
Recursos Humanos					43.000
Salud Migrante Agencia de seguros y paquetes					
Establecer un grupo binacional de las partes interesadas					
Líder Mexicano de alto nivel con capacidades trans-culturales	Día	30	300	1	9.000
Co-líder en E.U. con capacidades trans-culturales.	Día	30	200	1	6.000
Coordinador de reuniones y logística	Día	30	100	1	3.000
Proveedores de seguros sin fines de lucro					
Expertos en fortalecimiento de la capacidad administrativa	Día	10	200	1	2.000
Proveedores Salud en el Norte y Seguro Popular					
Un entrenador por cada uno de cuatro centros de salud comunitarios	Día	5	200	4	4.000
Un entrenador por cada una de las cuatro autoridades estatales de salud	Día	5	200	4	4.000
Experto en acreditación de centros comunitarios (E.U)	Día	20	200	1	4.000
Experto en acreditación de proveedores de Seguro Popular	Día	20	150	1	3.000
Ayuda comunitaria para la vigilancia y la afiliación al seguro					
Un entrenador para las asociaciones comunitarias por cada estado	Día	5	200	4	4.000
Experto en acreditación de asociaciones comunitarios (E.U)	Día	20	200	1	4.000
Talleres de capacitación Proveedores de Salud en el Norte (E.U)					15,650
Formación de instructores para talleres*					
Transporte E.U-México-E.U	Boleto avión	1	600	2	1.200
Transporte al interior de E.U	Boleto avión	1	400	8	3.200
Viáticos	Hospedaje/noche	3	200	10	6.000
Alimentos	Comida-cena/Día	3	75	10	2.250
Gastos de la sede de la reunión					3.000

*Reunión de 2 días

Talleres de capacitación Proveedores de Seguro Popular					13.750
Formación de instructores para talleres*					
Transporte al interior de México	Boleto avión	1	500	8	4.000
Viáticos	Hospedaje/noche	3	150	10	4.500
Alimentos	Comida-cena/Día	3	75	10	2.250
Gastos de la sede de la reunión					3.000

*Reunión de 2 días

Talleres de capacitación a Agencias comunitarias para la vigilancia de la calidad y afiliación al seguro (E.U)					14.950
Formación de instructores para talleres*					
Transporte E.U-México-E.U	Boleto avión	1	600	2	1.200
Transporte al interior de México	Boleto avión	1	500	8	4.000
Viáticos	Hospedaje/noche	3	150	10	4.500
Alimentos	Comida-cena/Día	3	75	10	2.250
Gastos de la sede de la reunión					3.000

*Reunión de 2 días

Concepto	Unidad de medida	Tiempo dedicado al Proyecto	Costo unitario \$USD	Número	Total
FASE 4 Validación de plataforma					
Reunión para la validación Salud Migrante*					61.010
Elaboración de documento de resultados (3 investigadores INSP)	Día	15	80	3	3.600
Transporte E.U.-México-E.U.	Boleto avión	1	600	12	7.200
Transporte Interior de la República	Boleto avión	1	500	12	6.000
Transporte terrestre	Gasolina/caseta	1	60	16	960
Viáticos	Hospedaje/noche	3	150	40	18.000
Alimentos	Comida-cena/Día	3	75	40	9.000
Coodinador de logística de la reunión	Día	60	150	1	9.000
Gastos de la sede de la reunión					3.250
Publicación de resultados del programa					4.000

*Reunión de dos días

Coodinación del Programa Salud Migrante					459.000
Lider de proyecto en México @ 10% FTE	Meses	12	1000	1	12.000
Co-Lider proyecto E.U.@ 10% FTE	Meses	12	1000	1	12.000
Coordinador Ejecutivo en México @ 100% FTE	Meses	12	7000	1	84.000
Asistente de coordinador ejecutivo E.U. @ 50% FTE	Meses	12	4500	1	54.000
Secretaria Mexico @ 100% FTE	Meses	12	3000	1	36.000
Secretaria E.U. @ 50% FTE	Meses	12	3000	1	36.000
Cuerpo Asesor Permanente					
5 asesores E.U.@ 15% FTE	Meses	12	2250	5	135.000
5 Asesores México @ 15% FTE	Meses	12	1500	5	90.000
Reuniones mensuales equipo coordinador vía WEBEX	Reuniones		1000	12	12.000
Reuniones Equipo Coordinador (3 en el año)*					124.230
Transporte E.U.-México-E.U.	Boleto avión	1	600	12	7.200
Transporte Interior de la República	Boleto avión	1	500	12	6.000
Transporte terrestre	Gasolina/caseta	1	60	16	960
Viáticos	Hospedaje/noche	2	150	40	12.000
Alimentos	Comida-cena/Día	2	75	40	6.000
Coodinador de logística de la reunión	Día	45	150	1	6.750
Gastos de la sede de la reunión	Día				2.500
Total una reunión					41.410

*Reunión de 1 día y medio

Material y Equipo					26.000
Gasto de Equipo			4000	4	16.000
Insumos de oficina					5.000
Servicios (teléfono, fax, Internet)					5.000
Total					1.065.970

Anexo 4. Cronograma de actividades

Actividad	Mes												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
FASE 1 Análisis de la información													
1. Salud Migrante Agencia de seguros y paquetes													
2. Proveedores de seguros sin fines de lucro													
3. Proveedores Salud en el Norte y Seguro Popular													
4. BANSEFI													
5. Ayuda comunitaria para la vigilancia y la afiliación al seguro													
FASE 2 Desarrollo de instrumentos y mecanismos para la operación del modelo													
1. Doctrina Salud Migrante													
2. Salud Migrante Agencia de seguros y paquetes													
3. Proveedores de seguros sin fines de lucro													
4. BANSEFI													
5. Ayuda comunitaria para la vigilancia y la afiliación al seguro													
FASE 3 Implementación de plataforma													
1. Salud Migrante Agencia de seguros y paquetes													
2. Proveedores de seguros sin fines de lucro													
3. Proveedores Salud en el Norte y Seguro Popular													
4. BANSEFI													
5. Ayuda comunitaria para la vigilancia y la afiliación al seguro													
FASE 4 Validación de la plataforma													
1. Elaboración de documento con resultados del piloto del programa													
2. Reunión de expertos para la evaluación de los resultados de la prueba piloto													
3. Consensos y Acuerdos													
4. Ajustes al programa													
5. Publicación de resultados del programa													

Salud Migrante
Propuesta de un seguro binacional de salud

Se terminó de imprimir en mayo de 2008.
La edición consta de 500 ejemplares y estuvo
al cuidado de la Subdirección de Comunicación
Científica y Publicaciones del INSP.