

La protección social y la salud, nuevo reto frente a la migración México- Estados Unidos

Mtra. Gabriela Andrea Luna Ruiz*

Mtro. Carlos Cruz Rivero*

Mtra. Raquel Morales Barrera**

*Académicos de tiempo completo e investigadores del Departamento de Economía en el área de Economía de la Salud

** Profesora invitada del Departamento de Economía en el área de Economía de la Salud

La protección social y la salud, nuevo reto frente a la migración México-Estados Unidos

Mtra. Gabriela Andrea Luna Ruiz

Mtro. Carlos Cruz Rivero

Mtra. Raquel Morales Barrera

Una prioridad en el diseño y justificación de políticas sociales debe ser la búsqueda de respuestas ante las necesidades de la población en términos de salud y de pensiones para el retiro. En general los eventos de enfermedad son imprevistos y en la mayoría de los casos no se tienen las condiciones económicas o de seguridad social que brinden acceso a los servicios de salud, para afrontar estas eventualidades las familias incurren en gastos catastróficos por motivos de salud¹ y por otro lado, hay incertidumbre económica asociada al momento del retiro, pues los escenarios más frecuentes son pensiones muy bajas o la búsqueda de trabajos mal remunerados para adultos mayores a fin de complementar el ingreso.

Los niveles de vulnerabilidad de las familias están asociados por un lado con el acervo de recursos y activos de las mismas y, por otro, con las estructuras sociales y oportunidades; por ello para poder reducir el margen de incertidumbre de los individuos frente al futuro, en términos financieros, se debe recurrir a la seguridad social que ante un escenario de jubilación, pensión o eventos imprevistos de enfermedad logra disminuir la vulnerabilidad de las familias, en términos económicos

De esta manera la seguridad social cobra importancia, paulatinamente, en todos los países desarrollados y en los que deseen caminar hacia el desarrollo; por factores como el incremento de la incidencia de enfermedades crónico degenerativas y el aumento progresivo de la esperanza de vida en la población, que vuelven apremiante la implementación de una perspectiva de la Seguridad Social ampliada en las políticas públicas que incorpore, bajo un enfoque integrado, la congruencia entre los principales componentes que actúan como determinantes de la salud: la atención médica, la

¹ Cruz, C. et al. Políticas públicas sectoriales e intersectoriales para mejorar los niveles de salud: Gasto privado y gasto de bolsillo por motivos de salud en México. Nuevos Documentos de Trabajo. UIA. Año 2 No. 2. 2007

educación, el empleo, la previsión, el combate a la pobreza y a la desigualdad, la seguridad y el desarrollo social.²

Además de las carencias en términos de seguridad social se han identificado en el desarrollo histórico de las sociedades diferencias entre sus miembros, al abrirse brechas entre los diversos grupos que las conforman, provocando que algunos de ellos se hayan constituido como grupos vulnerables socialmente³. Estas diferencias se marcan y profundizan por diferentes atributos tales como género, edad (niños y ancianos), preferencia sexual, condición de migración, grupo étnico, etc., dado el papel que se les ha otorgado socialmente. Por ello desde mediados del siglo XX organismos nacionales e internacionales así como ONG's y algunos gobiernos se han dado a la tarea de buscar medios para subsanar las diferencias y proteger a grupos minoritarios, a través de programas focalizados, que buscan reivindicar la posición de estos grupos que históricamente han sido vulnerables.

Sin embargo, éstas premisas no son fundamento de la política social en la mayoría de los países, menos aún en los que están en desarrollo donde se presenta una dificultad adicional para aplicar estos conceptos de política social, al enfrentarse al fenómeno de los flujos migratorios; que se ha constituido como un problema binacional que por sus propias características debería generar una responsabilidad compartida entre los países expulsores y receptores.

Con este escenario se pretende exponer en el presente capítulo dos visiones al respecto: la protección social ampliada y la vulnerabilidad en las poblaciones migrantes, en particular, en los flujos poblacionales México-EU; de manera que muestre la vulnerabilidad de la población migrante que al arribar al país destino se enfrenta a nuevos estilos de vida y a una baja o nula probabilidad de acceder a los servicios médicos y en general a un esquema de protección social, que los hace doblemente vulnerables; primero por ser migrante y segundo por la falta de un esquema de protección social que le permita tener atención médica y certezas frente al retiro.

² CEPAL, *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Trigésimo primer periodo de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Montevideo, marzo, 2006.

³ Ver Delor M. Hubert M. (2000). "Revisiting the concept of 'vulnerability'" *Social Science & Medicine*. 50. pp.1557-1570.

1. Características de la migración de un país en desarrollo a un país desarrollado

Para entender la dificultad en la aplicación de los fundamentos de la protección social en grupos migrantes, se presenta una revisión somera sobre ¿qué es y qué motiva la migración?

Algunos trabajos de investigación sobre la migración nacen de trabajos como el de Lewis (1954)⁴, que establece que el desarrollo económico está basado en una oferta ilimitada de mano de obra; explica que la oferta ilimitada de mano de obra en los sectores tradicionales de los países menos avanzados puede ser absorbida en un sector moderno mediante la acumulación de capital y el ahorro. Por otra parte, los modelos neoclásicos plantean que la migración de zonas rurales a zonas urbanas se explica por los salarios, sin embargo, el modelo no ha explicado de manera contundente este fenómeno, puesto que la migración se mantiene a pesar del creciente desempleo prevaeciente en las zonas urbanas; otros modelos explican que la movilidad del factor trabajo se debe al diferencial de salarios y en las expectativas de ingreso en el país destino ⁵. Con base en los argumentos precedentes, no quedan claras las razones por las cuales los emigrantes potenciales toman la decisión de migrar. Por ello, la nueva literatura tiene un viraje sobre los determinantes e impactos de la migración.

La Nueva Economía de la Migración Laboral (NEML; Stark, 1991 y Stark y Blomm, 1985)⁶ sustenta que la decisión de migrar no sólo se remite a una decisión individual sino que se discute en un contexto más amplio, generalmente entre varias personas, además del entorno social en el que se vive, porque incorpora la idea de que así se maximiza el ingreso y en contraparte se minimizan los riesgos. Precisamente, por estas

⁴ Lewis W. A. 1954. Economic development with unlimited supplies of labour. Manchester School of economic and social studies 22:13 9-91.

⁵ Por ejemplo en los trabajos de Todaro, M. P. 1969. A modelo f migration and urban unemployment in less-development countries. The American Economic Review 59:13 8-48

Todaro, M. P. 1980. Internal migration developing countries: a survey, in population and economic change in developing countries. R. A. Easterlin (ed.) London and Chicago: University of Chicago Press. Pp. 361-402.

⁶ Stark, O. 1991. The migration of labour. Cambridge, NM, USA: Brasil Blackwell. Y Stark, O. & Bloom, D. 1985. The new economics of labour migration. American Economic Review, 75:173-8.

razones los individuos que deciden migrar, no cortan las relaciones afectivas con la familia, porque a veces, es la misma familia quien costea la migración, razón por la cual los hogares se ven obligados a reestructurar sus patrones de consumo y generalmente, esperan que el miembro de la familia que emigra comparta parte de sus ingresos, a través del envío de remesas⁷. De esta manera, los emigrantes juegan un papel de intermediarios financieros para sus hogares de origen, porque les permite tener liquidez a través del envío de remesas.

Con estas nociones teóricas de trabajos previamente realizados, se percibe que la migración de mexicanos a Estados Unidos es multicausal y sus consecuencias diversas, entre ellas la demanda por servicios de salud, vale la pena entonces abundar sobre qué retos sociales trae consigo este fenómeno para ambos países, tanto en términos de capital humano como en términos de la provisión de servicios públicos que requieren.

2. Características y tendencias generales de la migración México- EU

- **Números y tendencias**

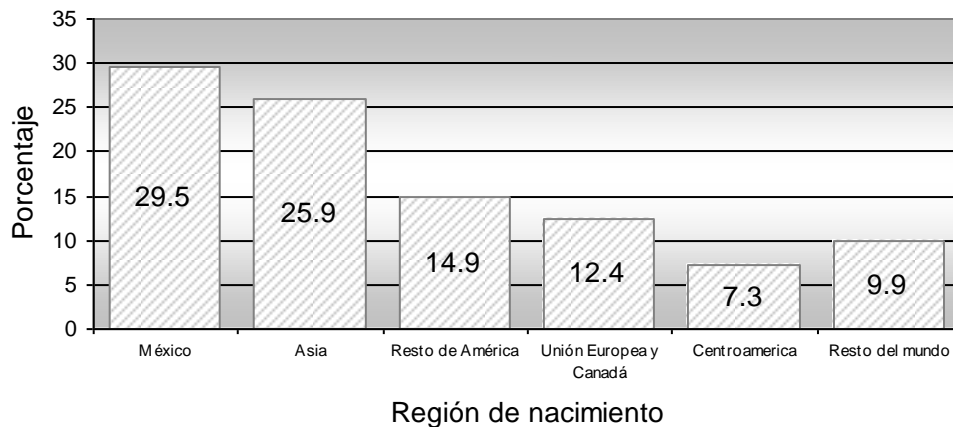
El movimiento de individuos de un lugar a otro, es un fenómeno cada vez más importante para explicar los cambios demográficos. Las razones por las cuales se presenta la migración de mexicanos a Estados Unidos tiene diversas causas y consecuencias, sin embargo, vale la pena explicar la tendencia cuantitativa de esta migración, es decir, cuánta gente nacida en México vive ahora en Estados Unidos, y en un segundo momento qué retos sociales trae consigo este fenómeno para ambos países, sea en términos de capital humano o bien en términos de la provisión de servicios públicos a los inmigrantes en Estados Unidos.

Estimaciones de la Universidad de California y la Secretaría de Salud (SSA) de 2005 reportan que la afluencia de la población inmigrante en Estados Unidos ascendía a 37.4 millones, de los cuales 11 millones eran mexicanos, lo que representa alrededor de 3.8

⁷ J. Edgard Taylor. Migración: nuevas dimensiones y características, causas, consecuencias e implicancias para la pobreza rural. Depósito de documentos de la FAO. Fecha de consulta 22 de septiembre de 2006 <http://www.fao.org/DOCREP/003/X9808S/x9808s07.htm>

millones de la población total; esta cifra muestra la magnitud de la presencia de mexicanos en la unión americana; cifra que también puede interpretarse en términos de migración extranjera en la que conforma el 29.5 por ciento del total⁸. La tendencia es creciente, puesto que datos reportados en 2004⁹, mostraron que la población mexicana ya era considerable, pues en 1970 los mexicanos nacidos en México y residentes en Estados Unidos representaban alrededor de 879 mil personas, mientras que para 2004 la población mexicana ya constituía 10.2 millones. Al considerar dentro de la estimación a los descendientes de inmigrantes; la cifra asciende a 26.8 millones. Es claro entonces que predomina la presencia de la población mexicana dentro de la migración extranjera en Estados Unidos (29.5%), le sigue la migración asiática (25.9) y la del resto de América con 14.9% (Gráfica 1).

Grafica 1
Población nacida en México y en otras regiones del mundo residente en Estados Unidos, 2005



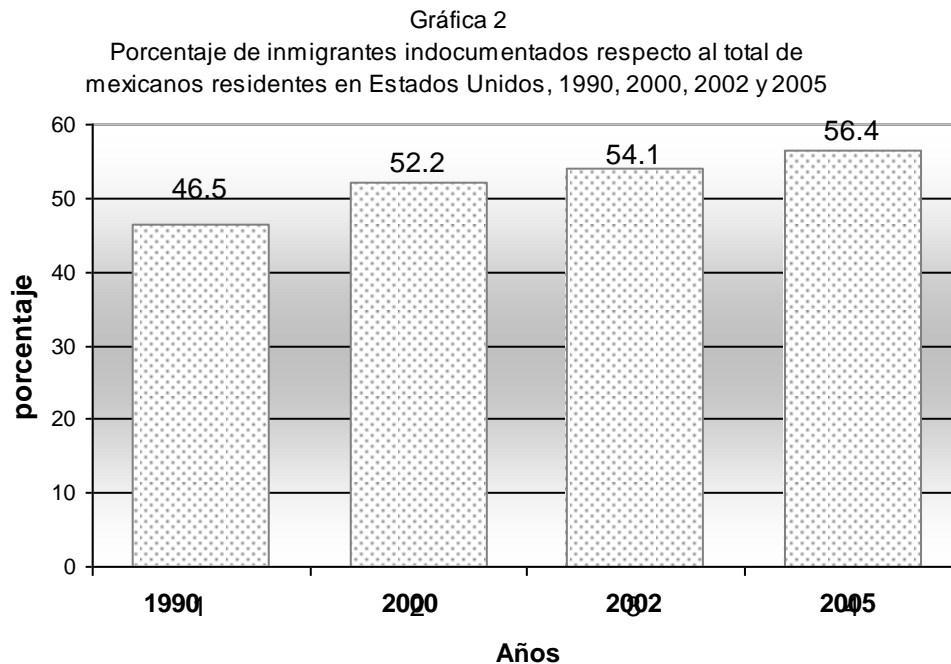
Fuente: Regents of the University of California y Secretaría de Salud (SSA). Inmigrantes mexicanos y centroamericanos en Estados Unidos, acceso a salud. México, 2006.

Como se observa en la Gráfica 2, al desagregar la cifra total de migrantes, se determinó que la población nacida en México y que tiene una estancia irregular en los Estados

⁸ Regents of the University of California y Secretaría de Salud (SSA). Inmigrantes mexicanos y centroamericanos en Estados Unidos, acceso a salud. México, 2006. pág 11

⁹ Migración México-Estados Unidos. Temas de salud. Consejo nacional de población. Octubre 2005, primera impresión

Unidos representa alrededor de 6.2 millones de personas¹⁰, es decir, más de la mitad del total de inmigrantes mexicanos son indocumentados. Estos datos arrojan que la población mexicana que reside en Estados Unidos, se incrementó de 46% en 1990 a 52% en el año 2000 y ya para 2005 se estimó que constituye el 56%¹¹ del total de inmigrantes indocumentados.



Fuente: Regents of the University of California y Secretaría de Salud (SSA). Inmigrantes mexicanos y centroamericanos en Estados Unidos, acceso a salud. México, 2006

Otro punto que queda por abordar es que no sólo importan los flujos migratorios sino también qué miembros del hogar realizan la migración y cómo este evento fragmenta a la familia. En la Encuesta de Migrantes Mexicanos¹² se reporta que el 16 por ciento de las personas unidas o casadas entrevistadas, residía en México al momento de la entrevista, mientras que el 27 por ciento tenía al menos a uno de sus hijos residiendo en el país de origen¹³.

¹⁰ Passel, Jeffrey y R. Suro. Risk, Peak and Decline: Trend in U.S. Immigration 1992-1994, Pew Hispanic Center Report, Septiembre de 2005. pág. 12

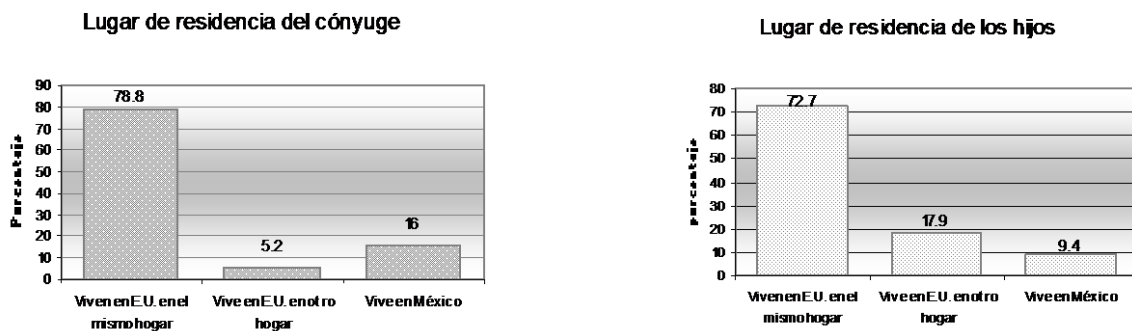
¹¹ Ibidem, pág 13

¹² Realizada por el Pew Hispanic Center y el Instituto de los mexicanos en el Exterior (IME) y la Universidad del Sur de California.

¹³ Inmigrantes mexicanos y centroamericanos, pág 19

Gráfica 3

Distribución de inmigrantes mexicanos según lugar de residencia del cónyuge y de los hijos



Fuente: Regents of the University of California y Secretaría de Salud (SSA). Inmigrantes mexicanos y centroamericanos en Estados Unidos, acceso a salud. México, 2006

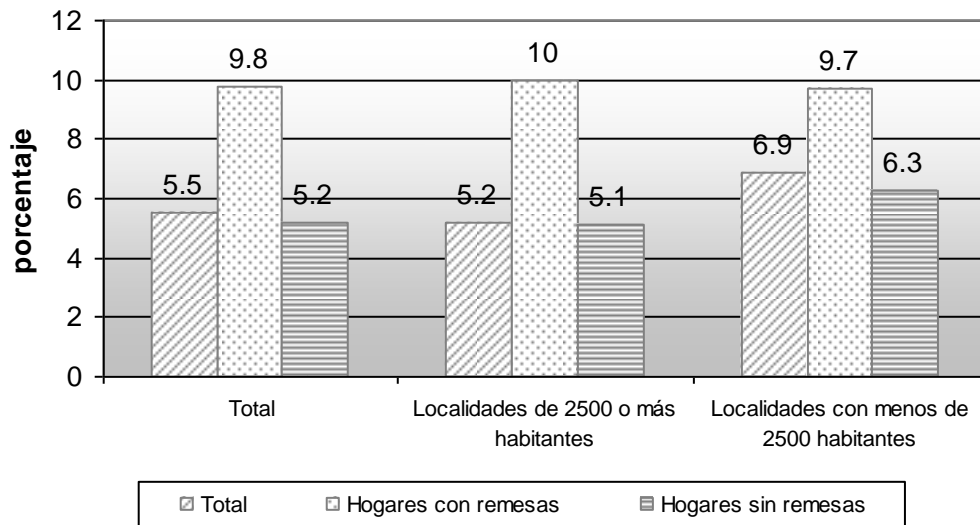
Como lo explicó la NEML, existen vínculos entre migrantes, familia y amigos, de manera que mantienen lazos muy fuertes entre ellos, como se aprecia en la Gráfica 3. La expresión a través de la cual se refleja tal relación es el envío de remesas al país de origen, mismas que en la mayoría de las veces permiten el sostenimiento del hogar y en otras son la única fuente de ingresos de los que residen en el país de origen.

Para el caso que nos interesa abordar, se debe precisar que es difícil determinar qué porcentaje de las remesas enviadas se destinan a atender el cuidado de la salud. Una cifra provista, recientemente, establece que “los hogares receptores de remesas destinan 50 por ciento más de recursos económicos para cubrir gastos en salud que los hogares no receptores (1683 pesos contra 1103 en promedio anual). Estos montos representan 8 por ciento del gasto total que realizan los hogares que reciben remesas, cifra que casi duplica el gasto realizado por las unidades domésticas que no las reciben (4.2%)”.¹⁴ Y como se observa en la Gráfica 4, la diferencia urbano/rural, en la utilización de fondos de remesas en salud, es mínima; situación que podría tener más de una explicación, pues si son los integrantes de la familia más “aptos” (sanos y mejor alimentados) son quienes migran, los familiares que se quedan pueden tener mayores

¹⁴ Ibidem, pág.23

necesidades de atención a la salud, tales como: menores de edad, adultos mayores o discapacitados.

Gráfica 4
 Porcentaje que representa el gasto en salud respecto al gasto total monetario según condición de percepción de remesas y tamaño de la localidad. México. 2004



Fuente: Regents of the University of California y Secretaría de Salud (SSA). Inmigrantes mexicanos y centroamericanos en Estados Unidos, acceso a salud. México, 2006

Sin embargo, no se tienen datos confiables sobre el porcentaje de ingreso que gastan en salud los migrantes que residen en Estados Unidos, para poder afirmar que efectivamente son saludables y por ello sus demandas por servicios de salud son mínimas; y no por su condición migratoria.

- **Cobertura de los servicios médicos**

En una estrategia de reducción de pobreza y fomento al crecimiento económico, se debe considerar a la salud como un bien final, en el que se debe invertir a lo largo del tiempo¹⁵. Esta perspectiva llevará a un círculo virtuoso que romperá con las inercias

¹⁵ Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud. Macroeconomía y salud invertir en salud para el desarrollo económico. Secretaría de Salud, México, 2006.

negativas dentro de los sectores más pobres de la población, que implica una mejoría en sus condiciones materiales de vida y en sus estilos de vida.

La salud es un factor detonador de la capacidad productiva de los individuos que beneficia no sólo a los migrantes mismos sino también a sus familias, además de las implicaciones sociales y económicas que genera tanto en el país de origen como en el país de destino.

Es pertinente incorporar al análisis el hecho de que una de las consecuencias mediatas que genera la población migrante es que ejerce una demanda por servicios públicos, sin embargo, la condición de indocumentado dificulta o restringe el acceso a los servicios públicos, por ejemplo, cuando se enfrentan a un evento de enfermedad. El dinamismo de la migración ha generado innumerables debates al respecto y algunos resultados de estas discusiones se han dirigido a establecer, cada vez más, restricciones en el acceso a los servicios públicos. Los argumentos para la implementación de estas políticas han sido diversos; uno de los más utilizados es el posible deterioro de las finanzas públicas del país receptor, sin embargo, se reconoce la amplia contribución de los trabajadores en la generación de producto¹⁶ y en el pago de impuestos, que son utilizados para financiar al gobierno¹⁷, por lo cual el argumento del deterioro en las finanzas públicas no es evidente, por el contrario podría ser un indicador de la derrama positiva que dejan los migrantes.

Para el caso que nos ocupa: la provisión de los servicios de salud, conviene decir que en el sistema de salud americano predomina la seguridad médica privada, aproximadamente 7 de cada diez cuentan con un seguro médico privado. En tanto que el seguro médico público sólo atiende a la población más desprotegida, sea por edad o por condición de pobreza; el acceso a este tipo de seguro se hace a través del empleo, y de instituciones como *Medicaid* y *Medicare*; que en conjunto atienden sólo a 16 por ciento de la población residente.

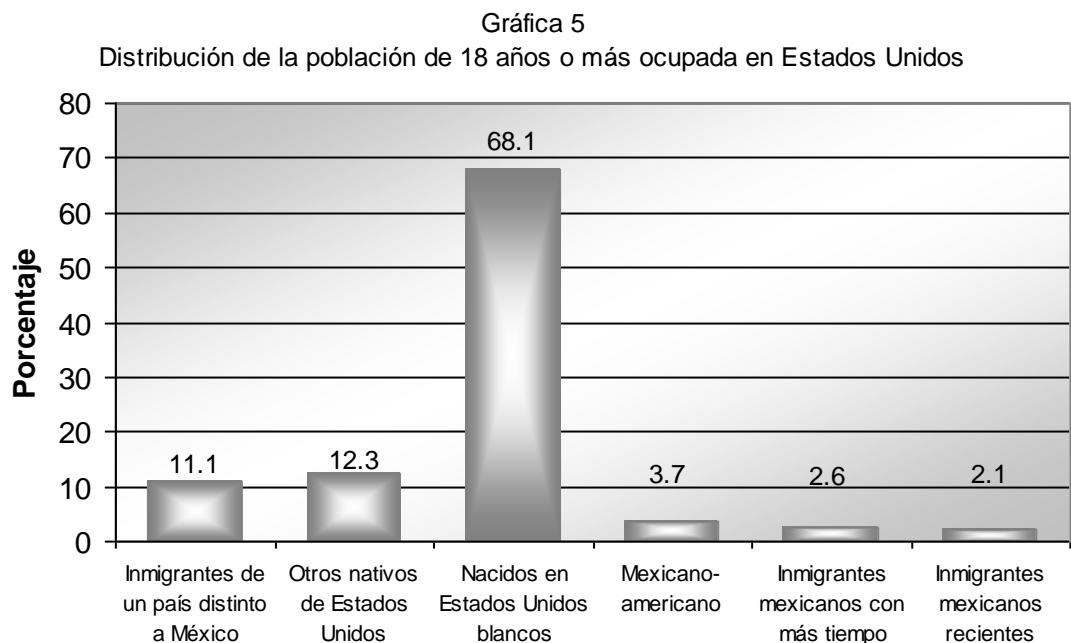
Se ha dicho en párrafos precedentes que la condición de migrante indocumentado restringe el acceso a los servicios de salud, sin embargo, habría que agregar que

¹⁶ Suro, R. "Attitudes toward immigrants and immigration policy: survey among US latinos and in Mexico". *Pew Hispanic Center Report*, Agosto 16, 2005.

¹⁷ Alonso, José Antonio (comp) . Emigración, pobreza y desarrollo. Ed. Catarata, Instituto Complutense de Estudios Internacionales, Madrid, España, 2004. o en su defecto a Lelio Mármora. Las políticas de migraciones Internacionales. Ed. Paidós, Argentina, 2002

mantienen una relación laboral desventajosa porque los mexicanos migrantes se incorporan, en una mayor proporción, en actividades poco calificadas y de baja remuneración, las cuales no incluyen prestaciones que los beneficien, sin embargo, sí contribuyen con impuestos. Estos datos muestran la profunda condición de vulnerabilidad y las desventajas asociadas a los mexicanos migrantes en Estados Unidos en cuanto al acceso a los servicios de salud y en general a los servicios públicos.

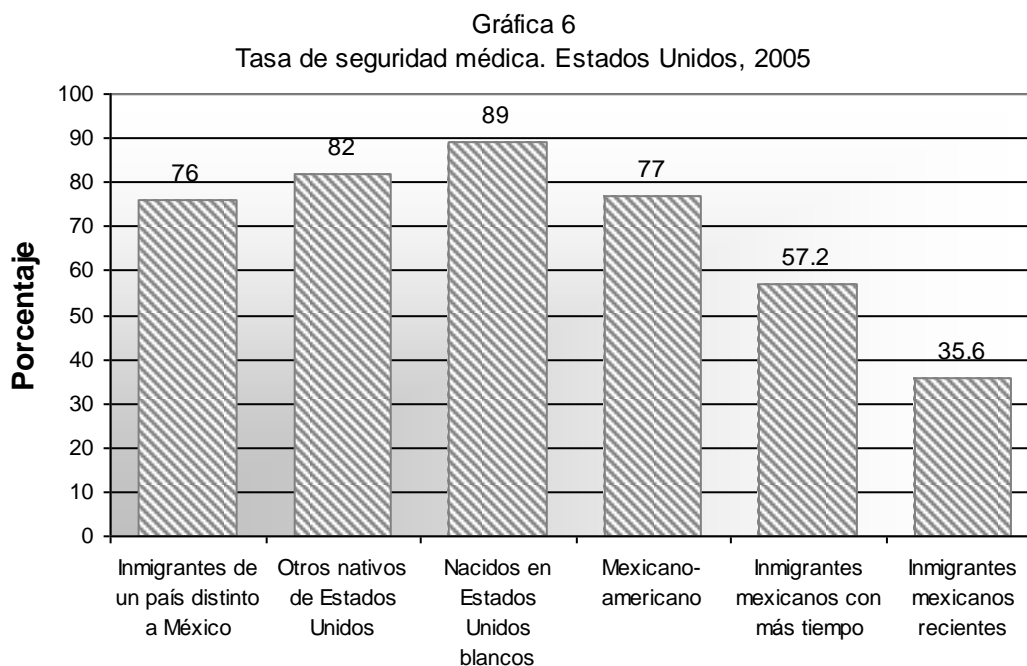
Otro punto a tratar en este apartado es que el acceso a un seguro médico privado representa para el migrante una situación de crisis financiera pues en el caso de que se enfrente a un evento de enfermedad y que ello implique la asistencia a los centros hospitalarios, hará que tienda a postergar hasta el límite el tratamiento o su asistencia a alguna institución o en el peor de los escenarios a vivir con la enfermedad; dado el costo elevado que representa adquirir un seguro privado o bien la existencia de restricciones que tienen para acceder a un servicio de salud público.



Fuente: Regents of the University of California y Secretaría de Salud (SSA). Inmigrantes mexicanos y centroamericanos en Estados Unidos, acceso a salud. México, 2006

El sistema de salud de Estados Unidos cubre al 84 por ciento de la población residente, y al interior de la población inmigrante, se observa en la Gráfica 5, que la población blanca nacida en Estados Unidos es la que tiene un mayor nivel de obertura médica (89%), le sigue los nativos del país (82%) y los mexicano-americanos (77%)¹⁸.

La mayoría de la población mexicana migrante carece de una seguridad social, las cifras estimadas de la población que migró en la última década, reportan que dos de cada tres carece de servicios de salud¹⁹, que en números significa que 3.5 millones de personas se encuentran ante la imposibilidad de atenderse ante un evento de enfermedad en el sistema de salud. Aunque, si la estancia del migrante es prolongada se estima que cerca de 57.2 por ciento cuenta con un seguro médico. Finalmente, la mayor cobertura médica se presenta en cuanto el migrante cambia su estatus, es decir, en cuanto recibe la ciudadanía estadounidense el cual constituye un factor que determina favorablemente la cobertura de salud.



Fuente: Regents of the University of California y Secretaría de Salud (SSA). Inmigrantes mexicanos y centroamericanos en Estados Unidos, acceso a salud. México, 2006

¹⁸ Ibidem, pág.31

¹⁹ Ibidem, pág. 31

En relación a la cobertura de seguridad social por grupo de edad se tiene que la población más envejecida y los menores de edad gozan de una mayor cobertura de seguridad social (99 y 89 por ciento respectivamente), mientras que en el grupo de edad productiva (18-44 años) la cobertura es de 76 por ciento, seguido del grupo de edad de 45 a 64 años con una cobertura de 86 por ciento. Lo anterior difiere en relación a la migración mexicana, porque las tasas más bajas de seguridad médica se encuentran en los grupos de adultos jóvenes (40%) en tanto que entre los menores de edad la cobertura médica es de 49 por ciento. Se debe subrayar que en todos los grupos etáreos, la cobertura médica de los mexicanos es menor hasta en 30 y 40 puntos porcentuales respecto a la cobertura médica que registra la población blanca en ese país, con excepción de los adultos mayores de 65 años, grupo de edad en el que la brecha se reduce a 11 puntos porcentuales.²⁰

En resumen, la falta de un seguro médico conduce a los migrantes mexicanos a una situación de vulnerabilidad financiera ya que en caso de presentar un cuadro clínico grave tienen que recurrir a los centros hospitalarios y enfrentar un gasto relativamente elevado en la atención médica, que se profundiza si no se ejerce un gasto en salud. Lo anterior porque la falta de cobertura de seguridad social proviene de los requisitos institucionales asociados a la seguridad social.

3. La vulnerabilidad, definiciones (marco teórico)

De acuerdo a definiciones de vulnerabilidad social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), ésta no se explica como un fenómeno aislado de finales de milenio, sino que desde principios del Siglo XX cuando se fundan los ministerios o Secretarías de Estado, tales como: educación, salud y trabajo, cuyo nacimiento fue acompañado de políticas incluyentes que tendían a la universalización; pretendieron dar una respuesta institucional los estados a los grupos menos favorecidos con los procesos de industrialización. Asimismo, también a mediados del siglo anterior se dio un fenómeno demográfico importante, acentuado en la década de los setenta: la migración del campo a las ciudades, que implicó población sin vivienda fija ni regular,

²⁰ Ibidem, pág. 35

ante esta necesidad social las respuestas estatales de índole institucional se quedaron atrás, aun cuando sólo dependía de un país.

Después con las crisis económicas mundiales y la llamada década perdida (los ochenta) se vieron mermadas las políticas sociales universales, la población amplió sus brechas sociales y económicas, por lo que en la actualidad se requiere de una nueva institucionalidad gubernamental; que se hace más evidente cuando se trata de migraciones entre países, donde las políticas de orden binacional deberían procurar una mayor inclusión²¹. La vulnerabilidad entonces es un rasgo social, agravado en los migrantes que se desplazan a Estados Unidos en busca de trabajo, mejora en sus condiciones de vida y mejores expectativas de desarrollo.

El concepto de vulnerabilidad puede ayudar a comprender la condición de indefensión social, jurídica y física que padecen los migrantes, así como el debilitamiento de los recursos de capital humano y social. Entre lo problemas más evidentes que se generan están problemas en el acceso a los cuidados de la salud de las poblaciones móviles y el estado de salud que guardan al ser identificado como uno de los grupos más vulnerables, por el simple hecho de ser migrantes²². Entonces “la vulnerabilidad social es el resultado de los impactos provocados por el patrón de desarrollo vigente pero también expresa la incapacidad de los grupos más débiles de la sociedad para enfrentarlos, neutralizarlos u obtener beneficios de ellos. Por tanto, desde el enfoque de la vulnerabilidad se podrían impulsar iniciativas de política pública que apunten a potenciar los recursos y a complementar las estrategias que tienen las propias familias, y la sociedad civil en general, para posicionarse de mejor manera frente al patrón de desarrollo vigente”²³.

4. La falta de protección social, un factor adicional de vulnerabilidad en poblaciones migrantes

²¹ Pizarro, Roberto. La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos. CEPAL. Santiago, 2001.

²² Delor M. Hubert M. (2000). “Revisiting the concept of ‘vulnerability’ ”. *Social Science & Medicine*. 50. pp.1557-1570.

²³ Ibid.

La relación entre el estado de salud y la movilidad de personas es trascendente, no sólo porque se afecta la salud de las personas en movimiento sino también la salud de los lugares destino que los reciben, y de las comunidades a las cuales se reincorporan a su regreso. De acuerdo a la Gráfica 6, se pone el énfasis en que los migrantes que no tienen más de 10 años de estancia en Estados Unidos (más de la mitad de ellos en condiciones de ilegalidad), no alcanzan una cobertura de salud de más del 36%; y entre los que tienen una estancia mayor, a penas el 57% tiene protección en salud.

Como una respuesta institucional, ante las cifras reportadas, la Secretaría de Salud (SSA); diseño e implementó una serie de programas con el objetivo de proveer de protección social a los migrantes, de manera que tengan acceso a la protección social tanto en su lugar de origen, como en el lugar en donde decidan trabajar. Los programas²⁴ que les permiten el acceso a los servicios médicos son los siguientes:

- Programa de acción “vete sano, regresa sano”²⁵
- Seguro popular de salud para familias migrantes²⁶
- Repatriación de connacionales enfermos²⁷
- Comisión de salud fronteriza México-Estados Unidos²⁸
- Grupo nuclear de salud del migrante²⁹

Ante el enorme dinamismo de los flujos poblacionales, diversas instituciones como la Organización Internacional de Seguridad Social (OISS) han lanzado una serie de acuerdos para que los países destino reconozcan los derechos de los migrantes y en consecuencia su derecho a tener prestaciones sociales, una pensión, etc., en general que no se limiten sino que se apoye a los grupos más vulnerables; sin embargo estas

²⁴ Para mayor conocimiento de los programas consulte la página de Internet http://www.ime.gob.mx/consejo_nacional/secretarias.htm, consulta el 08 de septiembre de 2006.

²⁵ Tiene como propósito preservar la salud de los migrantes en su lugar de origen, durante el traslado, así como en su lugar de destino, a través de información, atención preventiva y atención a la salud.

²⁶ Es un esquema que brinda protección financiera a la población mexicana no derechohabiente de la seguridad social (como el IMSS o el ISSSTE) mediante un seguro de salud, público y voluntario, orientado a reducir los gastos médicos y fomentar la atención oportuna a la salud. Los mexicanos que se encuentren en el extranjero podrán afiliarse a sus familiares en México, siempre que cumplan los requisitos y cubran las cuotas de afiliación correspondientes.

²⁷ En coordinación con la SRE se canaliza a aquellos nacionales enfermos a las instituciones del sector salud que puedan atenderlos.

²⁸ Establecida en julio de 2000, tiene como propósito crear un marco binacional que permita atender de manera conjunta los problemas de salud que se presentan en la frontera.

²⁹ Como resultado de los trabajos de la Comisión Binacional México-Estados Unidos este grupo tiene como objetivo avanzar en la investigación de temas como las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA, la salud ambiental, la tuberculosis y la salud de la mujer.

propuestas aun no se reflejan en mejores tasas de cobertura en salud ni en una planeación adecuada de sistemas de fondo de ahorro para pensión y retiro.

5. Posibles impactos económicos de la falta de protección social

Estos flujos internacionales de personas ya no se dan sólo para consumir un determinado servicio, sino con fines de trabajo legal o ilegal, de estudio, de entrenamiento o por cambio de residencia por motivos varios.

Del flujo de mexicanos hacia los Estados Unidos, se destaca la presencia de más de 10 millones de trabajadores migrantes que requieren de una nueva forma de gestionar su salud y de hacer valer sus derechos ciudadanos en materia de salud, así como de un nuevo entorno para conseguir la protección y seguridad social de ellos y sus familias. Se requiere hacer valer de forma transfronteriza los derechos ciudadanos en aseguramiento de la salud, y trabajar ambos países de manera conjunta, para que aseguradoras como *Medicare* puedan acreditar proveedores de salud en México para otorgar servicios médicos de calidad a los ciudadanos estadounidenses y eventualmente que mexicanos afiliados al Seguro Popular o protegidos por la Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc) posean la portabilidad transfronteriza de su seguro en salud.

Algunos estudios empíricos como el de Ross, Pagán y Polsky (2005), muestran que el acceso restringido a los servicios de salud está directamente relacionado con el nivel de vida de los migrantes, puesto que el acceso a la seguridad social se obtiene a través de un trabajo formal, sin embargo, se enfrentan a la incertidumbre de tener o no una pensión cuando algunos de los migrantes retornan a su comunidad de origen, pues considerando que estuvieron fuera del mercado laboral hace que no tengan posibilidades de acceder a la seguridad social en el país de origen, en este caso México.

El estudio se basa en la cobertura la seguridad social y las pensiones como soporte de la migración y el aseguramiento social para los mayores de 65 años. Los resultados reportaron que 87.7 por ciento de la población migrante son hombres, y 66 por ciento son casados al tiempo que reportaron tener un estado de salud deteriorado comparado con los migrantes.

Utilizaron un modelo logit para estimar la probabilidad de que el migrante tenga seguro médico y tenga posibilidades de recibir una pensión. Los resultados obtenidos mostraron que la probabilidad de tener acceso a los servicios de salud decrece 8% por cada año que invierte en la seguridad social en Estados Unidos respecto a su comparativo: los no migrantes. Es decir, sugiere que los migrantes que tienen una estadía de más de ocho años son menos propensos a tener una cobertura médica. Por otra parte, los migrantes tienen la misma probabilidad de recibir una pensión y se incrementa 4% por cada año que invierte en la seguridad social en Estados Unidos respecto a los no migrantes. Finalmente, se tiene que 30.3 por ciento de los migrantes que reciben pensión la obtienen de la seguridad social de Estados Unidos, lo que sugiere que mientras se tenga ciudadanía o residencia permanente existe la posibilidad de gozar de una pensión.

En resumen, mientras que existe un impacto negativo la estancia en Estados Unidos sobre la seguridad social, hay un impacto positivo sobre la probabilidad de tener una pensión, lo que refleja un resultado directo de los beneficios ganados por trabajar de manera legal en los EU.

6. Propuestas en protección social.

La presencia de más de 10 millones de trabajadores migrantes en Estados Unidos que requieren de una nueva forma de gestionar su salud y de hacer valer sus derechos ciudadanos en materia de salud, así como de un nuevo entorno para conseguir la protección y seguridad social de ellos y sus familias. Derecho que obtienen por su contribución al ingreso gubernamental a través de los impuestos que pagan tanto por nómina como por consumo; sin dejar de observar la contribución que hacen con su mano de obra y trabajo al crecimiento del producto interno bruto del país que los recibe. Por ello es inaceptable la exclusión de los trabajadores migrantes de los sistemas de protección social.

Algunos, de los aspectos que se deben considerar en el diseño de los esquemas de seguridad social pueden ser los siguientes:

- Considerar que la población migrante mexicana es numerosa y demanda servicios de salud.

- Los esquemas de seguridad social deben ser flexibles para que la cobertura de la familia nuclear sea completa, y así evitar que algún miembro de la familia que desprotegido ante los eventos de enfermedad inesperados.
- Implementar un mecanismo tal que no sólo provea de seguridad social al migrante sino también a los miembros de su familia que permanecen en el país de origen.
- Existe una gran afluencia de remesas al país de origen, mismas que pueden ser un vehículo para financiar el estado de salud.
- En general, los sueldos y salarios de los migrantes, son bajos y por ende les dificulta adquirir un seguro médico privado.
- Se debe procurar a la población masculina que es la que tiende a estar más desprotegida, dado que las mujeres y los jóvenes tiende a calificar y obtener los beneficios de los programas sociales.

Desde la perspectiva de fondos de pensiones y jubilación habría que fomentar la existencia de acuerdos binacionales, donde los trabajadores pudieran tener una portabilidad absoluta de su fondo y, en caso de retiro, éstos pudieran hacerlos cobrable en el lugar donde ellos decidieran residir en su jubilación o por motivos de invalidez. Las remesas que envían los migrantes, hasta el momento sólo han servido para lograr mejoras en las familias receptoras y en algunas comunidades donde la densidad de remesas es elevada, sin embargo, no han logrado permear con beneficios sociales reales ni se han propuesto esquemas de fondo de ahorro para el retiro con las mismas. Cabe la pregunta ¿qué tan ético es en términos de responsabilidad social que trabajadores que incrementan el PIB en Estados Unidos y envían un volumen elevado de remesas a México, no tengan certidumbre financiera para su retiro? Son cuestionamientos que deberían dirigir las discusiones de la reforma migratoria aún pendiente. Dado que los acuerdos que se logren deben buscar como fin último el desarrollo del Seguro Social para Trabajadores Mexicanos Migrantes.

Bibliografía

1. Alonso, José Antonio (comp). Emigración, pobreza y desarrollo., Instituto Complutense de Estudios Internacionales Ed. Catarata, Madrid, España, 2004.
2. Consejo Nacional de Población (Conapo). Migración México-Estados Unidos. Temas de salud. Primera impresión, Octubre 2005.
3. Holzmann, Robert. y Jorgensen Steen. "Manejo social del riesgo: un Nuevo marco conceptual para la protección social y más allá". *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, enero-junio, vol. 21, número 1. Universidad de Antioquia, Colombia, 2003.
4. Instituto de los Mexicanos en el Exterior. http://www.ime.gob.mx/consejo_nacional/secretarias.htm, consulta el 08 de septiembre de 2006
5. Lewis W. A. 1954. "Economic development with unlimited supplies of labor". *Manchester School of economic and social studies* 22:13 9-91.
6. Mármora, Lelio. Las políticas de migraciones Internacionales. Ed. Paidós, Argentina, 2002
7. Passel, Jeffrey y R. Suro. "Risk, peak and decline: trend in U.S. immigration 1992-1994". *Pew Hispanic Center Report*. Septiembre, 2005.
8. Regents of the University of California y Secretaría de Salud (SSA). Inmigrantes mexicanos y centroamericanos en Estados Unidos, acceso a salud. México, 2006
9. Ross, Sara; Pagán José y Polsky Daniel. "Mexican Migration to the US and Access to Health Care". *Population aging Research Center. University of Pennsylvania*. PARC Working Paper Series WPS 05-11. Julio, 2004
10. Secretaría de Salud. Salud Migrante: acciones, actividades y programas para la salud del migrante :<http://www.saludmigrante.salud.gob.mx>
11. Stark, O. *The migration of labor*. Brasil Blackwell, Cambridge, MA, USA. 1991.
12. Stark, Oded. & Bloom, David. "The new economics of labor migration". *The American Economic Review*, 75 (2):173-8. 1985.
13. Suro, R. "Attitudes toward immigrants and immigration policy: survey among US latinos and in Mexico". *Pew Hispanic Center Report*, Agosto 16, 2005.
14. Taylor, J. Edward. "Migración: nuevas dimensiones y características, causas, consecuencias e implicancias para la pobreza rural". *Depósito de documentos*

de la FAO. Fecha de consulta 22 de septiembre de 2006
<http://www.fao.org/DOCREP/003/X9808S/x9808s07.htm>

15. Todaro, M. P. "A modelo f migration and urban unemployment in less-development countries". *The American Economic Review*, 59:13 8-48. 1969.
16. Todaro, M. P. *Internal migration developing countries: a survey, in population and economic charge in develping countries*. R. A. Easterlin (ed.) London and Chicago: University of Chicago Press, pp. 361-402, 1980.
17. Brandon, J.E., Crespín, F.H., Levy, C., & Reyna, D.M. (1997). Border health issues. IN: J. Bruhn and JE Brandon's (Eds) *Border health: Challenges along the U.S.-Mexico Border*. NY: Garland Press.
18. Committee on Health and Social Implications of Increased Trade along the Border Region. (1994). Preliminary recommendations for the 1994 border governors' conference. Tijuana, Baja California.
19. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. (1990). A permanent U.S.-Mexico border environmental health comission. *Journal of the American Medical Association*, 263(24), 3319-3321.
20. Crespín, F.H., & Kalishman, N. (1991). New Mexico's health status: A natural experiment in border industrialization. Border Health Conference. McAllen, TX.
21. Furino, A., & Muñoz, E. (1991). Health status among Hispanics: Major themes and new priorities. *Journal of the American Medical Association*, 265(2), 255-257.
22. Pizarro, Roberto. *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos. CEPAL. Santiago, 2001.
23. Pan American Health Organization (1990). *US-Mexico border health statistics*. El Paso, TX: El Paso Field Office, PAHO.
24. Reavis, R. (1989). *Border health conference proceedings*. Pan American Health Organization, El Paso Field Office, El Paso, TX, 23-24.
25. United States General Accounting Office (1988). *Health care: Availability in the Texas- Mexico border area*. (GAO Document # HRD-89-12). Washington, DC: Governmental Accounting Office.

26. United States-Mexico Border Health Association (1991). Project Consenso Final Report. El Paso, TX: Pan American Health Organization, El Paso Field Office.
- United States-Mexico Border Health Association (1994). Sister communities health profiles: United States-Mexico border, 1989-1991. El Paso, TX: Pan American Health Organization, El Paso Field Office.
27. Warner, D.C. (1991). Health issues at the US-Mexican border. *Journal of the American Medical Association*, 265, 242-247.