

LA SALUD COMO MOTIVO DE RETORNO DE MIGRANTES A MÉXICO

Luz Angélica de la Sierra de la Vega*

Miguel Ángel González Block**

Yetzi Rosales Martínez***

Juan Carlos Cruz Valdez****

Introducción

La migración entre México y Estados Unidos es un fenómeno multidimensional con diversas repercusiones en los niveles individual y social (Pries, 2002; Arias *et al.*, 2009). La migración de retorno se ha vinculado con las condiciones del migrante en el lugar receptor y con los cambios estructurales en el contexto económico y político de ambos países. El momento de retorno varía según su causa y su condición voluntaria o forzada (Durand, 2004). Se calcula que una tercera parte de los migrantes regresan a su lugar de origen; de ellos, un 18 por ciento lo hace después de cinco años y el 22 por ciento después de diez años (Van Hook y Zhang, 2011); el cuidado de la salud es uno de los principales motivos (Newland, 2009).

Según la teoría del migrante saludable (*healthy immigrant effect*), las personas que deciden emigrar tienen un mejor estado de salud que la población en general (Ruvalcaba *et al.*, 2008; Antecol, 2005). Esta condición se mantiene por poco tiempo debido en parte al tipo de trabajo que realizan, las condiciones y estilos de vida, la falta de seguridad social y el limitado acceso a servicios de salud (Benach *et al.*, 2011).

En el caso de la atención médica de los migrantes mexicanos, el estatus migratorio, las barreras socioculturales, la condición de género y la capacidad de pago son factores que retrasan la búsqueda oportuna de atención médica en Estados Unidos (Pew Hispanic Center, 2009), lo que deriva en un diagnóstico tardío de enfermedada-

* Dirección de Salud Ambiental, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública, <luz.delasierra@insp.mx>.

** Director de Diseño de Políticas y Programas de Salud, Pricewaterhouse Coopers, investigador asociado, Cátedra PwC de Investigación en Sistemas de Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac, <mgonzalezblock@gmail.com>.

*** Conacyt-El Colegio de la Frontera Norte, <romy@colef.mx>.

**** Contralor, Electropura, <juan.valdez@insp.com>.

Este estudio contó con el financiamiento de Conacyt. Agradecemos a los servicios estatales de salud de Morelos, Guanajuato, Michoacán, Jalisco, Zacatecas, Tamaulipas, Sonora, Baja California, Hidalgo, Aguascalientes, San Luis Potosí, Puebla y Guerrero su apoyo para realizar las entrevistas; a la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) y a la Secretaría de Salud Federal por el acceso a la información.

des (González-Block *et al.*, 2008; Leite y Castañeda, 2008) y un tratamiento más costoso e insostenible tanto para los migrantes como para los hospitales. En este escenario, los migrantes se ven obligados a buscar atención médica fuera de territorio estadounidense (Wallace y Castañeda, 2008; Nigenda *et al.*, 2009). Nigenda y sus colaboradores (2009) identificaron que la atención médica de los migrantes ocurre en los siguientes escenarios: 1) atención en Estados Unidos; 2) traslado a la frontera y 3) atención en sus comunidades de origen en México.

Los trabajos realizados sobre la búsqueda de servicios médicos en México se han abocado únicamente hacia una perspectiva local en la región fronteriza. En Laredo Texas, Landeck y Garza (2002) encontraron que el 41.2 por ciento de los hogares latinos utilizaba servicios médicos en México. Investigadores en California han reportado que hasta el 28 por ciento de los asistentes a las ferias de la salud compra medicamentos y/o busca atención médica en México (Macías y Morales, 2001); este fenómeno implica 250 000 cruces mensuales por la frontera San Diego, California-México (Guzmán *et al.*, 2007). Más de la mitad son migrantes mexicanos que en su mayoría hacen largas estancias (Wallace *et al.*, 2009).

González-Block y De la Sierra (2011) estimaron que entre un 0.9 por ciento y un 1.18 por ciento de los egresos de hospitales públicos de la Secretaría de Salud (ss) son migrantes repatriados por motivos de salud, población que atiende hasta el 20.4 por ciento de sus necesidades hospitalarias en México; sin embargo, a su retorno a su país, los migrantes se enfrentan con las dificultades de un sistema de salud segmentado. Por un lado, el sector público está constituido por instituciones de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social —IMSS—, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado —ISSSTE—, Secretaría de la Defensa Nacional —Sedena—, etc.) para trabajadores en la economía formal; y por el otro, la Secretaría de Salud (ss), que presta servicios al resto de la población (el 54.9 por ciento) (Hargreaves, 2006).

El Seguro Popular de Salud (SPS) es un seguro médico voluntario creado en el año 2003 por el gobierno federal, con el propósito de mejorar el acceso a la población sin seguridad social y disminuir los catastróficos gastos por salud. La atención de los afiliados es otorgada en las unidades de la ss. El sector privado tiene una importante participación, ya que atiende a todos los sectores de la población y los migrantes de retorno tienen predilección por estos servicios. Habida cuenta de que los migrantes mexicanos no tienen una relación laboral en México, buscan la atención médica en el sector privado y en las unidades de la ss, tanto en la frontera como en sus comunidades de origen (Nigenda *et al.*, 2009). Las autoridades de salud están promoviendo la preafiliación al SPS de migrantes en los consulados en Estados Unidos, además de que las reglas de éste permiten la afiliación de los pacientes al momento de la hospitalización.

El propósito de este trabajo es identificar y describir las trayectorias de retorno y búsqueda de atención médica de los migrantes en México, fenómenos hasta hoy poco documentados, a fin de contribuir al desarrollo de estrategias y políticas para mejorar el acceso a la salud por parte de los migrantes.

Material y métodos

Se realizó un estudio exploratorio de corte transversal con un abordaje metodológico multimétodos. Se incluyeron la revisión y el análisis de fuentes secundarias y primarias de información; se emplearon entrevistas a informantes clave y revisión documental durante los meses de abril a junio de 2009 y junio y agosto de 2010.

El estudio se desarrolló en hospitales públicos de la ss y privados en municipios de alta y muy alta intensidad migratoria, así como en otros en la frontera norte de México y en los hospitales de referencia en los estados con muy alta intensidad migratoria. La información se complementó con los registros de los pacientes repatriados por el Programa de Repatriación de Connacionales Enfermos Graves y entrevistas a personal de las delegaciones estatales de la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE). El análisis se realizó considerando tres unidades de exploración: 1) entrevistas a funcionarios de hospitales y delegaciones de la SRE y a pacientes hospitalizados (véase cuadro 1); 2) pacientes repatriados por el Programa de Repatriación de Connacionales Enfermos Graves y 3) diagnósticos médicos de repatriación.

En el caso de los funcionarios, los criterios de selección de los informantes fueron haber accedido voluntariamente a participar y estar laborando en el hospital como director, subdirector, administrador, jefe de enfermería o trabajador social y, en la SRE, como delegado o funcionario encargado de protección consular. Para los pacientes hospitalizados, los criterios fueron haber vivido en Estados Unidos durante el año previo a la entrevista y que el padecimiento por el que se encontraban internados se hubiera manifestado en aquel país o lo hubieran adquirido durante el intento de cruzar la frontera.

El testimonio de la fuente puede conllevar sesgos debido a la memoria de los informantes. Para limitar este sesgo en los hospitales, se seleccionaron informantes del área de trabajo social, quienes mantienen un contacto más cercano con los migrantes. Se diseñaron tres guías de entrevista semiestructurada, aprobadas por la Comisión de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP). Se contó con el consentimiento oral de los participantes.

Para identificar los mecanismos de retorno se indagó sobre los actores involucrados y la forma en que participan en los procesos de referencia de migrantes, así como las características del ingreso al hospital. Se preguntó, asimismo, sobre las enfermedades más frecuentes que presentan los migrantes.

CUADRO 1
 TOTAL DE ENTREVISTAS POR ENTIDAD FEDERATIVA, TIPO DE INSTITUCIÓN Y ACTOR

<i>Estado</i>	<i>Total de entrevistas</i>				
	<i>Hospitales privados</i>	<i>Hospitales públicos</i>		<i>Migrantes repatriados</i>	<i>Delegaciones/ consulados SRE</i>
		<i>Generales</i>	<i>Referencia</i>		
Aguascalientes	-	3	-	1	-
Baja California	2	2	-	1	-
Guanajuato*	4	5	1	1	1
Guerrero	-	1	-	-	-
Hidalgo	-	1	-	-	-
Jalisco*	5	7	1	2	1
Michoacán*	2	2	1	1	1
Morelos (piloto)	1	1	-	-	-
Puebla	-	2	-	2	-
Querétaro	-	1	-	1	-
San Luis Potosí	-	1	-	-	-
Sonora	1	1	-	1	-
Tamaulipas	3	4	-	2	-
Zacatecas*	2	1	1	-	1
Nueva York**	-	-	-	-	1
Total	20	32	4	12	5

* Estados de muy alta intensidad migratoria.

** Se incluyó la entrevista con el consulado de México en Nueva York.

FUENTE: Elaboración propia a partir del trabajo de campo realizado en los meses de abril a junio de 2009 y de junio a agosto de 2010 en estados seleccionados.

Los datos fueron sistematizados y analizados con el software Atlas ti V.5 utilizando un esquema de cuatro categorías analíticas previamente creadas. Se construyeron matrices para establecer vínculos entre categorías y determinar posibles patrones de conducta y/o casos atípicos. La interpretación de los datos se hizo por institución, tipo de control del hospital (público o privado), actor y región (interior o frontera).

Adicionalmente, para triangular la información, se analizaron los datos sobre el número de migrantes mexicanos repatriados por medio del Programa de Repatriación de Connacionales Enfermos, por entidad federativa, 2008-2009, coordinado por la SRE y los principales diagnósticos médicos de repatriación.

Resultados

En todos los hospitales públicos visitados y en el 85 por ciento de los privados se constató que existe demanda de servicios por parte de migrantes mexicanos. En esta sección se presentan los resultados organizados en tres apartados: 1) Trayectorias de retorno, 2) Principales demandas de atención de la población migrante y, 3) Respuesta de las instituciones gubernamentales a las necesidades de salud. En este último se presentan de forma separada los resultados de los registros del Programa de Repatriación de Connacionales Enfermos Graves.

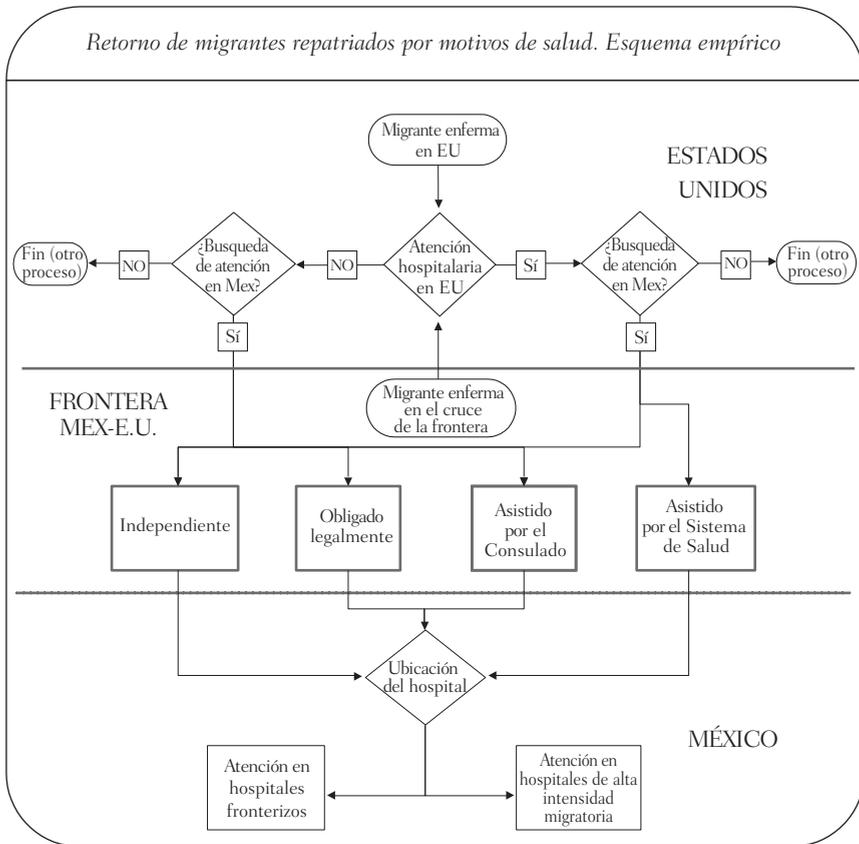
TRAYECTORIAS DE RETORNO

Por medio de las entrevistas se identificaron cuatro tipos de trayectorias de retorno de migrantes mexicanos por motivos de salud. La tipología se formuló según el carácter autónomo o institucional del proceso de retorno, así como el tipo específico de actor institucional involucrado. A partir de estos criterios, las trayectorias pueden clasificarse en: *a)* independiente, *b)* asistida por el consulado, *c)* obligado legalmente y *d)* asistida por el sistema de salud (véase el esquema 1).

a) Repatriación independiente. Esta trayectoria se da cuando el migrante retorna a México en busca de atención médica en hospitales sin la participación de alguna institución u organización. El traslado es sufragado por el paciente y ocurre cuando el padecimiento le permite estar en condiciones físicas de viajar. Los entrevistados reportaron esta variante en todos los hospitales visitados. Las principales temporadas de búsqueda de atención médica se registran durante la época decembrina y/o cercana a la fecha de la “fiesta del pueblo” de su localidad. Una migrante internada en un hospital público comentó: “la atención en Estados Unidos era cara [...], me quise regresar porque allá me sentía solita, aquí estoy más tranquila porque estoy en mi tierra” (Paciente 1).

b) Repatriación asistida por el Consulado. La repatriación humanitaria se lleva a cabo mediante el Programa de Repatriación de Connacionales Enfermos Graves operado por la SRE en coordinación con la SS federal y los servicios estatales de salud. La repatriación es solicitada al consulado por el propio migrante, sus familiares, asociaciones de apoyo a migrantes, por el sistema legal o por el propio hospital. La trayectoria abarca desde el apoyo logístico-institucional, traslados aéreos —en casos graves—, hasta el contacto del migrante con sus familiares en México.

ESQUEMA 1



FUENTE: Elaboración propia a partir del trabajo de campo realizado en los meses de abril a junio de 2009 y de junio a agosto de 2010 en estados seleccionados.

c) *Repatriación por obligación legal.* Aquí se incluyen tanto a los migrantes deportados que enferman en el cruce de la frontera, como a aquellos que se encuentran detenidos por haber cometido algún ilícito en Estados Unidos y presentan algún problema de salud. Generalmente estos repatriados son migrantes indocumentados que cometieron algún delito menor y el sistema judicial de aquel país decide repatriarlos por el alto costo que representa su atención médica. La trabajadora social de un hospital de referencia señaló: “en un año, recuerdo a dos señores que estaban en la cárcel y casi llegaron directo al hospital [...] siguen aquí, a ellos inmediatamente se les afilió al sps [...] se vinieron sin nada, sin dinero” (Público 1).

En cuanto a los migrantes detenidos en la frontera, son canalizados por el Grupo Beta¹ a los hospitales públicos fronterizos o llegan por su propio pie.

d) Repatriación asistida por el Sistema de Salud. Esta trayectoria de retorno ocurre en el marco de gestión de hospitales ubicados en ambos países, en donde el consulado puede, o no, ser intermediario. Los migrantes enfermos son estabilizados en hospitales de Estados Unidos y son remitidos lo antes posible a hospitales en México, cuyo personal directivo autoriza el ingreso del paciente. En este caso, los migrantes pueden tener o no documentos. “cuando estaba saltando el muro, me jalaron los de la Patrulla y me rompí el tobillo... Allá me operaron, me pusieron estos clavos y me mandaron para acá [México]... Llevo dos días en este hospital” (Paciente 2).

PRINCIPALES DEMANDAS DE ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN MIGRANTE

Según los testimonios recabados, los motivos de hospitalización de los migrantes en México que se mencionan con mayor frecuencia se presentan en el cuadro 2. En los hospitales públicos de la frontera, los principales motivos de atención son originados por el esfuerzo físico, el clima extremo y la violencia. El director de un nosocomio público manifestó: “Los [problemas] más comunes son, en primer lugar, problemas músculo-esqueléticos como dolor de piernas, luxaciones; luego, que se deshidratan; también vienen por infecciones de vías respiratorias y digestivas, y también es frecuente encontrar mujeres de las que se ha abusado sexualmente” (Público 2).

Para el caso de los nosocomios públicos en municipios de muy alta intensidad migratoria, se presenta el testimonio del director de uno:

lo que más tenemos son gente que se accidenta en el camino [...] y por enfermedades. En algunas ocasiones nos han solicitado que atendamos a gente que tiene enfermedades crónicas, por ejemplo, pacientes que regresan de Estados Unidos con VIH, pacientes que han tenido un problema neurológico en algún accidente y están parapléjicos” (Público 3).

Los directivos de los hospitales privados de ambas regiones mencionaron como el principal motivo de consulta las cirugías electivas. “te pudiera decir que a lo mejor la mitad son cirugías programadas, y la otra mitad son enfermedades crónico-degenerativas: una diabetes, una hipertensión, un cáncer [...] Vienen a operarse a México porque es más barato y también por el idioma” (Privado 1).

¹ Grupo perteneciente al Instituto Nacional de Migración (INM), cuyo principal objetivo es salvar la vida de los migrantes en peligro en las zonas de riesgo.

CUADRO 2
 PORCENTAJE DE HOSPITALES QUE REPORTARON CADA DIAGNÓSTICO
 ENTRE LOS MIGRANTES REPATRIADOS POR TIPO DE HOSPITAL, 2008

	Total	PÚBLICOS				PRIVADOS		
		Referencia		General		Total	Interior	Frontera
		Total		Interior	Frontera			
Traumatismos	56.4	83.9	100	80	100	5	7.1	0
Complicaciones de diabetes	38.2	48.4	25	56	0	30	35.7	16.7
Cirugía electiva	36.4	22.6	25	24	0	70	57.1	100
VIH-SIDA	20	32.3	0	32	33.3	5	7.1	0
Insuficiencia renal crónica	18.2	32.3	75	28	0	0	0	0
Cáncer	18.2	29	50	28	0	5	7.1	0
Otras enfermedades crónicas	14.5	16.1	25	4	50	15	14.3	16.7
Enfermedades respiratorias	12.7	19.4	0	8	66.7	5	0	16.7
Picadura de insectos y deshidratación	7.3	12.9	0	0	66.7	0	0	0
Enfermedades psiquiátricas	3.6	6.5	25	0	16.7	0	0	0

FUENTE: Elaboración propia a partir del trabajo de campo realizado en los meses de abril a junio de 2009 y de junio a agosto de 2010 en estados seleccionados.

RESPUESTA DE LAS INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LOS MIGRANTES

Según los testimonios, el Programa de Repatriación de Connacionales Enfermos Graves es la única instancia que registra el retorno de migrantes por motivos de salud. El programa es operado en coordinación por la SS y la SRE tanto a nivel federal como en las entidades federativas; no obstante, la capacidad de respuesta institucional llega a ser, en ocasiones, limitada. A este respecto, un funcionario de la SRE manifestó: “Hay la voluntad, pero no hay [suficiente] capacidad; es un problema estructural. Hay tres casos que necesitan diálisis y los tenemos parados... está saturado” (SRE 1).

Existen otras acciones institucionales aisladas; sin embargo, no generan registros oficiales. Tal es el caso de los migrantes que son detenidos por la Patrulla Fronteriza y presentan problemas de salud que impiden su deportación inmediata. Éstos

se tratan en hospitales de Estados Unidos donde se estabilizan, y luego son remitidos a hospitales mexicanos en la frontera. Si los migrantes deportados están enfermos, pero no ameritan hospitalización, existen módulos de asistencia médica en las principales garitas fronterizas, como se constató en Tijuana.

Cuando los migrantes se encuentran detenidos en alguna cárcel, las autoridades judiciales de Estados Unidos gestionan con el consulado mexicano la repatriación, y se sigue el mismo proceso del Programa de Repatriación de Connacionales Enfermos Graves. Finalmente, hay casos en que los migrantes sufren accidentes laborales en Estados Unidos y, en ocasiones, las empresas contratantes cubren los costos de su atención médica y el traslado. En relación con el pago efectuado por su empleador, un migrante señaló: “así no se meten ellos en problemas legales, ni con el trabajador ni con nadie” (Paciente 3).

PROGRAMA DE REPATRIACIÓN DE CONNACIONALES ENFERMOS GRAVES

En el análisis de los registros de este programa, se encontró que la SRE realizó cuatrocientas cuarenta y tres repatriaciones en 2008, en coordinación con la SS en los niveles federal y estatal. En 2009 esta cifra alcanzó un total de 394 (véase cuadro 3). La SS a nivel federal se ocupó de setenta y nueve de los casos, pues consideró, principalmente, que el problema de salud ameritaba ser atendido en hospitales de tercer nivel ubicados en la capital del país.

Por su parte, el análisis de las causas de repatriación por enfermedad (véase el cuadro 4) arroja que el principal diagnóstico de los migrantes repatriados en el 2008 fue la insuficiencia renal crónica (el 28 por ciento), seguido de las enfermedades cerebrales (el 23 por ciento) y paraplejia (el 10 por ciento).

Discusión

Dado el diseño exploratorio del estudio, los resultados presentados son aplicables únicamente a los hospitales visitados. Las trayectorias de repatriación por enfermedad identificadas en la investigación responden principalmente a la percepción de los funcionarios entrevistados de los hospitales y de la SRE, y a la de los propios migrantes.

El retorno por razones de salud tiene fuertes raíces en las disparidades de cobertura y acceso a servicios médicos en Estados Unidos entre los migrantes mexicanos (Uiters *et al.*, 2009). Los motivos de retorno de los migrantes a sus comunidades de origen se encuentran íntimamente vinculados con las barreras culturales, que se expresan en problemas de comunicación, aislamiento social, así como privaciones

CUADRO 3
 REPATRIACIÓN DE MIGRANTES MEXICANOS MEDIANTE EL
 PROGRAMA DE REPATRIACIÓN DE CONNACIONALES ENFERMOS GRAVES, 2008-2009

	2008			2009		
	SS <i>federal*</i>	SS <i>estatales</i>	Total**	SS <i>federal*</i>	SS <i>estatales</i>	Total**
Aguascalientes	0	2	2	1	5	3
Baja California	1	6	7	0	5	2
Baja California Sur	0	0	0	0	0	0
Campeche	0	2	2	0	0	0
Chiapas	1	16	17	0	7	3
Chihuahua	1	20	21	0	12	7
Coahuila	0	1	1	0	7	3
Colima	0	1	1	0	1	0
Distrito Federal	43	0	43	18	7	22
Durango	1	12	13	2	5	3
Edo. de México	4	17	21	7	15	16
Guanajuato	4	11	15	1	14	11
Guerrero	0	27	27	3	29	23
Hidalgo	2	18	20	1	17	12
Jalisco	4	20	24	1	10	7
Michoacán	1	22	23	7	19	19
Morelos	2	8	10	0	11	7
Nayarit	0	3	3	0	8	3
Nuevo León	0	7	7	0	6	2
Oaxaca	3	21	24	6	28	26
Puebla	3	20	23	6	14	15
Querétaro	0	3	3	0	10	6
Quintana Roo	0	0	0	0	1	0
San Luis Potosí	1	9	10	0	10	6
Sinaloa	0	9	9	0	8	4
Sonora	2	11	13	1	8	6
Tabasco	0	7	7	0	5	1
Tamaulipas	1	13	14	0	7	4
Tlaxcala	1	3	4	1	6	4
Veracruz	3	27	30	0	25	19
Yucatán	0	1	1	1	4	2
Zacatecas	0	4	4	0	8	8
Desconocido	1	46	34	1	82	27
Total	79	367	433	57	394	271

* Secretaría de Salud, Dirección General para la Salud del Migrante.

** Secretaría de Relaciones Exteriores, Dirección General de Protección Consular.

sociales y económicas (Hargreaves, 2006; Nigenda *et al.*, 2009). Los testimonios recabados atribuyen a dichas barreras la notable preferencia que tienen los migrantes por acudir a los servicios de salud en su país de origen, aun cuando algunos de ellos dispongan de seguro médico en Estados Unidos. De acuerdo con esta percepción, la preferencia se basa en tres motivos principales: el costo comparativamente menor al establecido en Estados Unidos; el vínculo del migrante con su familia en México, y las barreras culturales y de comunicación.

CUADRO 4
DIAGNÓSTICOS DE LOS PACIENTES REPATRIADOS POR EL PROGRAMA
DE REPATRIACIÓN DE CONNACIONALES ENFERMOS GRAVES, 2008

<i>Diagnóstico</i>	<i>Número de pacientes</i>	<i>%</i>
Insuficiencia renal crónica	22	28
Enfermedades cerebrales	18	23
Paraplejia	8	10
Cáncer	7	9
Enfermedades mentales	6	8
Otras enfermedades	18	23
Total*	79	100

FUENTE: Secretaría de Salud, Dirección General para la Salud del Migrante.

*El total excede el 100 por redondeo.

A partir de los resultados podemos concluir que, a pesar de la intervención de diversas instituciones en los procesos de retorno, la interacción entre ellas no ha tomado un carácter formal y sistemático. Hasta el momento, la resolución de problemas vinculados con los migrantes enfermos adopta formas improvisadas y sin recursos específicos para ello. La única instancia que registra el retorno de migrantes por motivos de salud es la SRE, por medio de los consulados y las delegaciones estatales, y la SS.

Por otro lado, las necesidades de servicios de salud por parte de los migrantes evidencian la carencia de recursos asignados para su tratamiento. A pesar de ser incluidos en el sps, algunas causas de hospitalización (como la insuficiencia renal crónica) no están incluidas en el catálogo de intervenciones, lo que significa una llamada de alerta para fortalecer la protección financiera que cubra tratamientos de diálisis y hemodiálisis, así como la discapacidad crónica derivada de los traumatismos. Ya que estos últimos son de los principales diagnósticos reportados por los hospitales, cabría fortalecer la capacidad del sistema de salud en México para recuperar los costos de

atención por parte de las autoridades responsables en Estados Unidos, tal y como lo establece la normatividad de la oficina de Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (Occupational Safety [OSHA] Health Administration de OSHA, 2010) de ese país.

Finalmente, el reto de mejorar y ampliar la capacidad instalada del sistema de salud mexicano encuentra sustento en las disposiciones legales recientes. La nueva Ley de Migración otorga a los migrantes el derecho de recibir atención médica gratuita de cualquier tipo sin importar su situación migratoria, lo que conlleva necesarias modificaciones presupuestales que hagan factible su cumplimiento (DOF, 2011).

Conclusiones

Las trayectorias de repatriación descritas representan tipos ideales que denotan matices y relaciones entre sí. Su propósito es ayudar a identificar los procesos de migración y proponer respuestas para mejorar la calidad y coordinación de la atención hospitalaria de un grupo de mexicanos que, sin embargo, hace grandes sacrificios para lograr una importante contribución a sus hogares y, así, a la economía del país.

Para ello, resulta urgente fortalecer la coordinación entre las autoridades e instituciones públicas y privadas que participan en las diversas trayectorias de repatriación por razones de salud. Dicha coordinación supondría centrarse fundamentalmente en tres medidas: 1) el incremento de la capacidad de respuesta del sistema de salud en México y de los hospitales en particular; 2) la difusión y afiliación al SPS por parte de los migrantes y sus familiares en Estados Unidos; y 3) el establecimiento de vínculos efectivos entre los servicios de atención primaria en Estados Unidos —a los cuales los migrantes ya acceden— y los hospitales en México. Diversos estudios y proyectos piloto han dejado ver ya la factibilidad de este tipo de estrategias, tendientes a establecer un seguro binacional de salud (Landeck y Garza, 2002; González-Block y De la Sierra, 2011).

Se requiere generar información sistemática y coordinada a nivel nacional que proporcione un panorama completo del fenómeno de repatriación por razones de salud, y que permita el diseño y puesta a prueba de acciones de fortalecimiento, con especial énfasis en los estados de mayor migración y en el financiamiento con base en recursos ya existentes, como los del SPS y de determinados programas en Estados Unidos.

Fuentes

ANTECOL, B. HEATHER

2005 “Unhealthy Assimilation: Why Do Immigrants Converge to American Health Status Levels?”, Institute for the Study of Labor (IZA), Discussion Paper, no. 1654.

BENACH, JOAN, CARLES MUNTANER, CARLOS DELCLOS *et al.*

2011 “Migration and ‘Low-Skilled’ Workers in Destination Countries”, Public Library of Science Medicine (PLOS Med) 8, no. 6: 1-4.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO)

1997 “Síntesis del Estudio Binacional México-Estados Unidos sobre Migración”, año 1, no. 4 (noviembre-diciembre).

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (DOF)

2011 “Ley de Migración”. México, 25 de mayo.

DURAND, JORGE

2004 “Ensayo teórico sobre la migración de retorno. El principio del rendimiento decreciente”, *Cuadernos geográficos* 35, no. 2: 103-116.

GONZÁLEZ-BLOCK, MIGUEL ÁNGEL y LUZ ANGÉLICA DE LA SIERRA

2011 “Health Care Utilization by Mexican Migrants Returning to Mexico Due to Il-Health”, *BioMed Central (BMC) Public Health* 11, no. 241 (abril).

GONZÁLEZ-BLOCK, MIGUEL ÁNGEL, LUZ ANGÉLICA DE LA SIERRA, LUZ MARÍA

GONZÁLEZ, SYLVIA BECKER, PAMELA YORK, SYDNEY GARDNER *et al.*

2008 *Salud migrante: propuesta de un seguro binacional de salud*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

GUZMÁN, GRACE C. DE, MURDOC KHALEGHI, ROBERT H. RIFFENBERG *et al.*

2007 “A Survey of the Use of Foreign-Purchased Medications in a Border Community Emergency Department Patient Population”, *Journal of Emergency Medicine* 33, no. 2 (agosto): 213-221.

HARGREAVES, SALLY

2006 “Impact on and Use of Health Services by International Migrants: Questionnaire Survey of Inner City London A&E Attenders”, *BMC Health Services Research* 6, no. 153 (noviembre): 1-7.

HOOK, JENNIFER VAN y WEIWEI ZHANG

2011 “Who Stays? Who Goes? Selective Emigration among the Foreign-Born”, *Population Research and Policy Review* 30, no. 1 (febrero): 1-24.

LANDECK, MICHAEL y CECILIA GARZA

2002 “Utilization of Physician Health Care Services in Mexico by U.S. Hispanic Border Residents”, *Health Marketing Quarterly* 20, no. 1 (agosto): 3-16.

LEITE, PAULA y XÓCHITL CASTAÑEDA

2008 “Mexicanos en Estados Unidos: (falta de) acceso a la salud”, *La situación demográfica de México*, Consejo Nacional de Población (Conapo): 117-128, en <<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2008/08.pdf>>, consultada el 15 de julio de 2012.

MACÍAS, EDUARDO P. y LEO S. MORALES

2001 “Crossing the Border for Health Care”, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 12, no. 1 (febrero): 77-87.

NEWLAND, KATHLEEN

2009 “Circular Migration and Human Development”. Washington, D. C.: Migration Policy Institute, United Nations Development Programme, Human Development Reports Research Paper 19 225: 1-26, en Munich Personal RePEc Archive (MPRA) <http://mpa.ub.uni-muenchen.de/19225/1/MPRA_paper_19225.pdf>, consultada en enero de 2010.

NIGENDA, GUSTAVO, J.A. RUIZ-LARIOS y R.M BEJARANO-ARIAS

2009 “Análisis de las alternativas de los migrantes mexicanos en Estados Unidos de América para atender sus problemas de salud”, *Salud pública de México*, 51, no. 5 (septiembre-octubre): 407-416.

OCCUPATIONAL SAFETY & HEALTH ADMINISTRATION (OSHA)

2010 *Occupational Safety & Health Administration* (junio), en <<http://www.osha.gov/>>, consultada el 8 de diciembre de 2012.

PEW HISPANIC CENTER

2009 *Mexican Immigrants in the United States 2008. Fact Sheet*, 1-5. <<http://pew-hispanic.org/files/factsheets/47.pdf>>, consultada el 25 de junio de 2013.

PRIES, LUDGER

2002 “La migración transnacional y la perforación de los contenedores de Estados-nación”, *Estudios demográficos y urbanos* 3, no. 17: 571-597.

RUVALCABA, LUIS N., GRACIELA TERUEL, DUNCAN THOMAS *et al.*

2008 “The Healthy Migrant Effect: New Findings from the Mexican Family Life Survey”, *American Journal of Public Health* 98, no. 1 (enero): 78-84.

SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES (SRE)

2009 Dirección General de Protección Consular/DGPME. Casos de protección atendidos en la red consular de México en Estados Unidos, septiembre.

SECRETARÍA DE SALUD (SS)

2009a *Anuario estadístico Sinais* (Sistema Nacional de Información en Salud). México, en <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html>, consultada en diciembre de 2012.

2009b Seguro Popular de Salud. México (17 de junio), en <<http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/>>, consultada el 8 de diciembre de 2012.

2009c Dirección General para la Salud del Migrante, Repatriación de connacionales enfermos 2009.

UITERS, ELLEN, WALTER DEVILLE, MARLEEN FOETS, PETER SPREEUWENBERG
y PETER GROENEWEGEN

2009 “Differences between Immigrant and Non-immigrant Groups in the Use of Primary Medical Care; A Systematic Review”, *BMC Health Services Research* 9, no. 76: 1-10.

WALLACE, STEVEN y XÓCHITL CASTAÑEDA

2008 *Demographic Profile of Mexicans in the United States. Health Initiative of the Americas*. Berkeley: School of Public Health, University of California, Berkeley, en <<http://hia.berkeley.edu>>, consultada el 20 de noviembre de 2012.

WALLACE, STEVEN P., CAROLYN MENDEZ-LUCK y XÓCHITL CASTAÑEDA

2009 “Heading South: Why Mexican Immigrants in California Seek Health Services in Mexico”, *Medical Care* 47, no. 6 (junio): 662-669.