

Indicadores de gobernanza para el desarrollo de estrategias binacionales de protección social en la salud de los migrantes¹

Governance indicators for the development of bi-national strategies on social protection for the health of immigrants

Armando Arredondo López

Pós-doutor en Políticas de Salud y Economía. Profesor Titular de la Escuela de Salud Pública de México. Instituto Nacional de Salud Pùblicas-México.

Dirección: Av Universidad # 655, Cuernavaca Morelos, CP 62508, México.

E-mail: armando.arredondo@insp.mx

Emanuel Orozco Núñez

Maestría en Antropología Social. Profesor Titular de la Escuela de Salud Pública de México. Instituto Nacional de Salud Pública-México.

Dirección: Av Universidad # 655, Cuernavaca Morelos, CP 62508, México

E-mail: emanuel.orozco@insp.mx

Steven Wallace

Doctour en Sociología. Profesor de la Universidad de California en Los Angeles. Director Adjunto del UCLA Center for Health Policy Research.

Dirección: 10960 Wilshire Blvd. 1550, Los Angeles, CA, 90024, USA.

E-mail: swallace@ucla.edu

Michael Rodríguez

Professor and Vice Chair for Research. Department of Family Medicine. David Geffen School of Medicine at UCLA

Dirección: 10880 Wilshire Blvd. Suite 1800, Los Angeles, CA, 90024, USA.

E-mail: mrodriguez@mednet.ucla.edu

¹ Los autores agradecen la ayuda financiera del programa PIMSA de California University.

Resumen

Este artículo presenta resultados de un estudio cuyo principal objetivo fue identificar los actores clave, sus roles, coaliciones y los espacios de interacción para el desarrollo de protección social en la salud de los migrantes. Se identificaron 10 categorías de actores clave para estrategias de salud para emigrantes, así como metas de política y estrategias binacionales de salud con diferentes niveles de factibilidad y efectividad. Un seguro público binacional de salud para emigrantes indocumentados es factible pero requiere una gran inversión y movilización de recursos públicos. Para ello se deberán desarrollar nuevas iniciativas dirigidas a resolver los problemas de equidad y acceso en la salud de los migrantes.

Palabras clave: Gobernación; Protección social; Migrantes; México; EE.UU.

Abstract

This article presents results from a study where the main objective was to identify key actors, roles, coalitions and opportunities for the development of social protection in the health of immigrants. We identified coalitions, interactive spaces and 10 categories of key actors for immigrant health strategies. New strategies for bi-national social protection for the health of undocumented immigrants are of high priority. We found that a bi-national public health insurance for undocumented immigrants is feasible, but will require greater investment and resource mobilization than Mexico currently has. An initiative to address the health of immigrants is needed and should include strategies to improve equity and health care access problems facing immigrants.

Keywords: Governance; Social Protection; Immigrants; Mexico; United States.

Introducción

En el ámbito de las reformas con respecto a la financiación y provisión de servicios de salud durante los últimos 10 años, la democratización de la salud, planteada como la necesidad de mayor acceso, equidad y participación social, pasó a ser una de las principales políticas a desarrollar en México (SSA, 2001, 2009). En efecto los dos últimos programas nacionales de salud plantearon la relevancia de todos los actores sociales involucrados en la generación de acciones en salud para población desprotegida de seguridad social (SSA, 2009). Como parte del proceso de democratización de la salud, también se incorporó la variable de gobernación, entendida ésta como la identificación de los actores sociales, los procesos, sus interacciones y las reglas del juego que determinan la provisión de servicios de salud (Arredondo et al., 2011).

En tal contexto, el análisis de gobernación y protección social en salud para emigrantes mexicanos y sus familias en México y EE.UU, tomó mayor vigencia como uno de los ejes temáticos de las políticas sanitarias de carácter binacional (Cochran, 1997). Por lo tanto, el desarrollo de indicadores de gobernación en torno a la demanda y al otorgamiento de servicios de salud para población no asegurada (donde se incluye a migrantes y a sus familiares), se plantea como una necesidad prioritaria, con miras a la identificación de barreras, oportunidades, desafíos y escenarios de factibilidad que permitan el desarrollo de programas de protección social en salud para grupos vulnerables (Arredondo et al., 2011).

El tema de la desprotección en seguridad social y salud, cobra mayor relevancia porque más de la mitad de los migrantes mexicanos de 18 a 64 años de edad no cuentan con un seguro de salud ni en México ni en California (California Health Care Foundation, 1999). En este contexto, la estrategia para el desarrollo de un Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), plantea líneas de acción que garanticen un mayor acceso a los servicios, en función de las necesidades de atención a la salud de emigrantes mexicanos. Se han analizado al respecto situaciones que sugieren barreras de acceso cultural, geográfico y económico a los servicios y seguros médicos públicos y privados en los lugares de origen y destino

(Bronfman y Díaz Polanco, 2003). Diversos análisis sobre el acceso a servicios preventivos y curativos de salud por parte de migrantes y sus familiares, han mostrado que la provisión de servicios de protección social en salud es objeto de un amplio debate tanto en México como en EE.UU. (Arredondo et al., 2011; Wallace et al., 2008).

La información disponible sobre la oferta de servicios muestra que más de la mitad de los migrantes mexicanos de 18 a 64 años de edad no tenían seguro médico en 2000 (ISMECAL, 2003; Hall y Rivera, 1997). Con base en ello se ha promovido la creación de programas binacionales de salud y seguros médicos públicos o privados, pero su instrumentación, implementación y posibles escenarios de implantación han sido poco documentados (Tuirán, 2000; ANM, 1994).

Existen iniciativas orientadas a realizar eventos que promuevan acceso y mejoría de la salud entre los habitantes de origen mexicano que viven y trabajan en los EE.UU. y que no cuentan con seguro médico, como la Semana Binacional de Salud (ver: <http://hia.berkeley.edu>). El programa Vete Sano Regresa Sano, donde participa el Instituto de los Mexicanos en el Exterior, órgano desconcentrado de la Secretaría de Relaciones Exteriores (SSA, 2006, 2011, 2012). Sin embargo en algunos estudios se ha evidenciado que desde la implementación del TLC, todos estos programas enfrentan resistencias desde lo cultural, hasta lo político, legal y administrativo (Homedes y Ugalde, 2004; Gómes et al., 1997; Frenk et al., 1994).

También se han desarrollado iniciativas para ampliar la oferta de servicios de salud para esta población, particularmente en la zona fronteriza. Tal es el caso de organismos como *Health Net* (Health Net, 2003) y la *Ventanilla de Salud* de los consulados mexicanos en diversas ciudades de EE.UU. (SSA, 2011). Estos mecanismos de oferta de servicios de salud representan para el presente proyecto una oportunidad para caracterizar mecanismos de gobernación relacionados con el acceso a los mismos, sobre todo por parte de emigrantes ilegales en California. Este abordaje busca identificar oportunidades que favorezcan la gobernación en salud mediante la protección social y el otorgamiento de servicios de salud a población vulnerable en un escenario de alta factibilidad.

El tema de acciones sobre protección social en salud, dirigido a emigrantes mexicanos ha sido planteado en múltiples foros llevados a cabo durante las reuniones de la “Semana Binacional de Salud” (SSA, 2009), al tiempo que se ha utilizado con diversos fines en las agendas políticas de México y EE.UU., a favor en un caso y supeditado a circunstancias del entorno político y económico en el otro. Sin embargo, se requiere de mayor información, nuevos indicadores y la construcción de escenarios de alta factibilidad, para identificar acuerdos y arreglos necesarios para poder avanzar en la creación de un sistema de protección social en salud de carácter binacional, así como a establecer sus alcances en el escenario actual (Holzman, 2003; Canales, 2002, Cámara de Diputados, 2004).

Para dimensionar la problemática relativa a la gobernación y protección social en salud de los migrantes, tal como se planteó anteriormente, se considera relevante establecer el mapa de actores (los marcos normativos, los procesos, sus interacciones, etc.) vinculados a la creación y promoción de servicios de salud (Orozco, 2008; Boismenu y Alain, 1995). Para ello se plantea la revisión de acuerdos comerciales en programas, servicios y seguros médicos y un análisis de los marcos jurídicos que sustentan la oferta y el acceso a servicios de salud en ambos países, incorporando indicadores económicos de equidad y acceso en salud (Wallace et al., 2008; Arredondo y Najera, 2006). Por otra parte también es de suma importancia la identificación de los actores sociales involucrados, así como la tipología de interacciones y espacios de interacción entre los diferentes actores sociales del sistema de salud. Esta información resulta estratégica en la medida en que se favorezca la identificación de indicadores de gobernación y su relación con las oportunidades y desafíos para una política pública de mayor protección social en salud (Arredondo y Orozco, 2008; Hufty, 2006).

Resumiendo, a partir del estudio de gobernación y protección social en la población migrante, el objetivo de este artículo es presentar los principales resultados sobre los actores clave, sus roles, coaliciones y los espacios de interacción para el desarrollo de estrategias de protección social en la salud de los migrantes.

Metodología

Se desarrolló un diseño de investigación evaluable de tipo cualitativo, basado en análisis documental, entrevistas profundas y estudios de caso en localidades de Guanajuato, México y de California, EE.UU. Los procedimientos metodológicos incluyeron tres etapas:

Etapla 1: Análisis documental de tratados comerciales y acuerdos migratorios (35 fuentes de información). Entrevistas con informantes clave para caracterizar oportunidades y desafíos entre tomadores de decisiones, líderes de ONGs y usuarios de servicios de salud.

Etapla 2: Realización de los estudios de caso mediante trabajo de campo etnográfico en comunidades de origen de los emigrantes en México y en las comunidades de destino en California, en los EE.UU. En la selección de informantes se establecieron prioridades en función de las comunidades a seleccionar. Se emplearon criterios de saturación para establecer una cuota pertinente en el número estimado de redes e informantes clave.

Etapla 3: Apoyados en los software ATLAS-Ti y POLICY-MAKER, se realizó el análisis integral de resultados para identificar los principales indicadores de gobernación, así como los determinantes y condicionantes de la factibilidad de un seguro binacional de salud de los migrantes. Mediante la aplicación de un logaritmo de factibilidad se determinaron las oportunidades y barreras así como los escenarios de factibilidad política, financiera y técnica.

Para alcanzar los objetivos y contrastar las expectativas empíricas planteadas, utilizando el modelo de análisis de gobernación en sistemas de salud, se aplicaron entrevistas profundas con actores clave integrando los resultados al desarrollo de un estudio de caso sobre los actores sociales, sus roles, sus interacciones y las reglas de operación en el ámbito del sistema de protección social en salud. En un primer caso se procedió a realizar una transcripción de las entrevistas y notas de campo para su análisis mediante el uso del programa ATLAS-Ti; este procedimiento permitió ordenar temáticamente los temas de las entrevistas mediante el uso de códigos creados ex profeso. El segundo procedimiento consistió en la realización de un mapeo político de los actores cla-

ve mediante el uso del programa POLICY MAKER; como parte de este ejercicio se analizaron retos y oportunidades referidos por los informantes para la definición de estrategias y su grado de factibilidad. También se emplearon técnicas del análisis político aplicado.

Se caracterizaron como actores políticos en el proyecto a individuos, agrupaciones e instancias con capacidad para incidir en las metas de política o con alguna forma de vinculación con el fenómeno migratorio. El análisis realizado se centró en tres dimensiones: posición, poder y características generales. La posición de los actores se derivó del análisis de las entrevistas de campo respecto a la definición de esquemas de seguridad de carácter binacional para emigrantes indocumentados y sus familias. El poder de los actores se definió en función de su capacidad para movilizar recursos e influir en la toma de decisiones en distintos niveles. Las características generales refieren tipo de actor y el sector al que pertenece. La asignación del status de los actores consideró dos criterios: el de grupos de interés y el de actores clave. La diferencia entre ambas tipologías radicó en que los primeros tienen menor capacidad de incidir en la formulación y conducción de políticas públicas.

Resultados

Indicadores de gobernación: características, identificación, relaciones, interacciones y transacciones entre los actores sociales involucrados en el estudio

Las características de los actores identificados se presentan en la quadro 1. En el nombre del actor se incluyen dependencias, agrupaciones e individuos a los que se asigna una abreviatura, la cual es de gran utilidad para la presentación del material gráfico y diagramas en este apartado. Los valores presentados en las columnas de posición y poder se definen automáticamente por el POLICY MAKER mediante un logaritmo que combina valores en función del compromiso del actor con las metas de política, los recursos ofertados a favor de las metas, la disponibilidad para apoyar las metas y, los recursos organizacionales que pueden favorecer las metas y mecanismos de interacción.

Quadro 1 - Posición, poder y tipo de sector de los principales actores políticos

Nombre del Actor	Posición	Poder	Tipo / Sector
Comisión de Salud del Congreso (ComSaDip)	+++	+++	Sub unidad del sector Político
Comisión de Salud Fronteriza (SRE)	+++	+++	Sub unidad del sector gubernamental
Fundación Comunitaria	+++	+	Organización no gubernamental
Departamento de Epidemiología (SSG)	+++	+++	Sub unidad del sector gubernamental
Dirección de Asuntos Internacionales SSA	+++	+	Sub unidad del sector gubernamental
Embajadores del Servicio Exterior Mexicano	+++	++	Individuos del sector internacional
Fundación Comunitaria del Bajío (Guanajuato)	++	++	Organización no gubernamental
Internacional Health Services (IHSOING)	++	+	Organización no gubernamental
Casa del Migrante (Cortazar, Guanajuato)	++	++	Sub unidad del sector gubernamental
Oficina de Asuntos Migratorios Guanajuato	++	++	Sub unidad del sector gubernamental
Comisión de Grupos Vulnerables del Congreso	++	+++	Sub unidad del sector político
Centro de Estudios de Opinión del Congreso	++	++	Sub unidad del sector político
Comisión de Seguridad Social del Senado	++	+++	Sub unidad del sector político
Centro de Desarrollo Agropecuario	+	+	Organización no gubernamental
Programa de Salud del Migrante (SSG)	+	+	Sub unidad del sector gubernamental
Asociación de Bordadoras de El Gusano	+	+	Organización no gubernamental
Parientes de emigrantes (Mineral de la Luz, Gto.)	+	+	Grupo del sector social
Comisión de Asuntos Fronterizos del Senado	+	+++	Sub unidad del sector político

ESCALA: +++ = Alto; ++ medio; + = bajo

Fuente: Arredondo A, et al, Gobernación y Protección Social en la Salud de los Migrantes. Informe Técnico, INSP, Cuernavaca Mex. 2010.

Fueron analizados 18 actores, de los cuales el 33% tuvo una posición de alto apoyo, 39% de mediano apoyo y 28% de bajo apoyo, resultando notable no haber encontrado actores que hayan expresado algún grado de oposición. El grupo de actores con una posición de alto apoyo incluye actores de los sectores gubernamental, político y ONGs; el de mediano apoyo de los sectores gubernamental y político; por su parte, los actores con una posición de bajo apoyo corresponden al sector gubernamental, político, ONGs y sector social.

La quadro 2, muestra las características de los principales actores identificados: ONGs, Grupos comunitarios, Representantes del Poder Legislativo, Representantes del Poder Ejecutivo Federal y Representantes de los poderes estatales. Los resultados sobre el status permitió identificar a los actores denominados ONGs y Grupos comunitarios como grupos de interés, mientras que los actores clasificados como Poder Legislativo, Poder Ejecutivo Federal y Poderes estatales fueron clasificados como actores clave.

Los espacios de intervención muestran para el caso de las ONGs que éstos se vinculan con redes sociales, con el ámbito comunitario, y con márgenes de influencia con alcances regionales. El caso de los grupos comunitarios fue similar, si bien este grupo de actores puede movilizar recursos a partir de las relaciones de parentesco. En el caso del Poder Legislativo, se estableció que sus espacios de intervención se vinculan con la formulación de leyes, la representación y negociación política y la intermediación de grupos de interés por ellos representados ante las Cámaras. Para el caso del poder ejecutivo federal se estableció que le compete como espacio de intervención el ámbito de lo público, así como la provisión de servicios, la representación de sectores especializados (salud, relaciones exteriores) y la protección de derechos sociales. Los actores clasificados bajo el rubro de Poderes estatales expresan espacios de intervención similares al actor anterior, si bien su relación con estos espacios se vincula más al otorgamiento de servicios y a la implementación y conducción de políticas de bienestar social.

Quadro 2 - Características de los actores en el ámbito de la salud

Características de los Actores	Actor I	Actor II	Actor III	Actor IV	Actor V
Tipo	ONG	Grupos comunitarios	Poder legislativo (Diputados y Senadores)	Poder ejecutivo federal (SSA, SRE)	Poderes estatales (SSG, SEDESOL, Ayuntamiento)
Status	Grupo de interés / Formal	Grupo de interés / Formal	Actor estratégico / Formal	Actor estratégico / Formal	Actor estratégico / Formal
Espacio de intervención	- Red Social - Comunitario - Regional	- Red social - Parentela - Comunitario	- Formulación de leyes - Representación política - Negociación política - Intermediación	- Público - Provisión de servicios - Representación social - Protección de derechos sociales	- Público - Provisión de servicios - Protección de derechos sociales
Modo de expresión (por tipo de respuesta)	- Pro activo	- Pasivo - Coyuntural	- Normativo - Dinámico - Coyuntural - Pro activo	- Normativo - Dinámico - Coyuntural - Pro activo - Prescriptivo	- Normativo - Dinámico - Coyuntural - Pro activo - Prescriptivo
Intereses declarados	- Facilitar el desarrollo regional - Favorecer la economía local - Vocación de servicio	- Recibir Atención Médica - Demanda de protección social - Apoyo social	- Defender los derechos de representados y de grupos de interés - Formular leyes - Agenda partidista	- Salvaguardar el derecho a la salud - Identificar necesidades y priorizar acciones - Coordinar la respuesta social	- Salvaguardar el derecho a la salud - Identificar necesidades y priorizar acciones - Coordinar la respuesta social
Ideología, visión	- Colectivista - Igualitarista	- Colectivista - Individualista	- Colectivista - Igualitarista - Sectaria (izquierda, centro, derecha)	- Colectivista OSC - Incluyente	- Colectivista -Sectaria (izquierda, centro, derecha) - Incluyente
Recursos controlados	- Cultura -Capital social - Comunes	- Cultura -Capital social - Comunes	- Capital político - Cultura - Capital social -Marcos normativos	- Organizaciones públicas - Cultura - Capital social -Marcos normativos	- Organizaciones públicas - Cultura - Capital social - Colectivos - Comunes
Importancia percibida	Media	Baja	Alta	Alta	Alta

Fuente: Arredondo A, et al., Gobernación y Protección Social en la Salud de los Migrantes. Informe Técnico, INSP, Cuernavaca Mex. 2010.

Con respecto a los modos de expresión, las ONGs muestran patrones más proactivos, mientras que los grupos comunitarios refirieron patrones más pasivos y coyunturales. Los actores clave presentan facetas un tanto más dinámicas, observándose que los actores del Poder Legislativo expresan patrones de corte más normativo, al estar vinculados con la formulación y promulgación de leyes y marcos normativos; por las dinámicas observadas en las Cámaras de Diputados y Senadores se estableció que el modo de expresión de estos actores es dinámico, si bien el tema del desarrollo de estrategias de protección social en salud con carácter binacional fue planteado por legisladores ambos recintos como coyuntural, ante lo cual se estableció que algunas comisiones pueden tener un carácter más proactivo a este respecto a partir de evidencias sociales que propicien su movilización.

Los actores que representaron en el estudio al Poder Ejecutivo Federal mostraron igualmente modos de expresión normativos, en sentido que sus acciones atienden mandatos públicos de diverso orden; la respuesta de estos actores es dinámica, pero puede ser coyuntural ante demandas que afecten el interés público, hacia las cuales muestran una respuesta prescriptiva que se enmarca en el quehacer y procedimientos específicos de cada dependencia. Para el caso de los actores del Poder Ejecutivo a nivel estatal y municipal, los modos de expresión son similares al actor anterior. No obstante, es importante considerar que correspondió a los niveles locales la instrumentación y conducción directa de programas gubernamentales, ajustándose sus acciones a marcos prescriptivos que delimitan el carácter de las acciones a desarrollar y los procedimientos específicos para desarrollarlas.

Con respecto a los intereses declarados, representantes de las ONGs expresaron su compromiso para incidir en el desarrollo regional y la economía de las comunidades en donde llevan a cabo sus actividades; para el caso de estos actores, se expresó la importancia de la vocación de servicio. Los grupos comunitarios expresaron la importancia de tener acceso a servicios de salud, en un contexto donde se observaron cambios organizacionales y de regionalización de servicios de salud. Para este grupo de interés, la protección social de la salud se torna más

relevante en un escenario de emigración porque los segmentos en que se escinde la red familiar enfrentan distintos riesgos y problemas de salud, así como un acceso diferenciado a servicios de salud; ante situaciones de este tipo, estos actores expresaron la relevancia del apoyo mediante el despliegue de estrategias de ayuda particulares.

Los actores del Poder Legislativo expresaron la relevancia de su quehacer en defensa de los derechos de sus representados, así como la formulación de leyes, atendiendo las agendas y los intereses de los partidos políticos a que pertenecen. Los actores del Poder Ejecutivo Federal expresaron su interés por salvaguardar el derecho a la salud, así como por documentar necesidades para la priorización de acciones en un marco donde se consideró relevante la coordinación de la respuesta social. Respecto a los intereses declarados de los actores de los poderes estatales, éstos corresponden con los del ejecutivo federal, asumiendo mayor orientación hacia la atención de las demandas locales en un marco de atención a prioridades por demanda y vinculación con agentes locales para potenciar la capacidad de respuesta. Con respecto a las posturas ideológicas de los actores, las ONGs expresaron posturas de índole colectivo e igualitario, al expresar la relevancia de atender ciudadanos que viven en condiciones de vulnerabilidad económica y social. Los grupos comunitarios expresaron igualmente valores de tipo colectivista, si bien su postura tuvo rasgos individualistas al buscar respuesta a demandas propias o de familiares cercanos. Los actores del Poder Legislativo manifestaron valores igualmente colectivos e igualitarios, si bien los orientan a partir de las posiciones ideológicas representadas por sus partidos políticos en las Cámaras (izquierda, centro, derecha). Los informantes del Poder Ejecutivo Federal manifestaron posturas colectivistas e incluyentes, aunque en un marco de corte eficiente dirigido a la focalización de acciones, mientras que los actores de los poderes estatales expresaron valores similares, si bien orientados a partir de posiciones un tanto sectarias.

La misma quadro 2, muestra que los recursos controlados por los grupos de interés, ONGs y grupos comunitarios, se relacionaron con aspectos culturales y de capital social expresado en respuestas soli-

darias y colaboradoras ; adicionalmente, los actores de las ONGs y grupos comunitarios manifestaron grados de control sobre recursos comunales. Para el caso de los actores del Poder Legislativo, éstos ejercen control sobre el capital político, desplegando prácticas culturales de interacción con sus pares y sus representados; estos actores controlan también recursos de capital social y los marcos normativos al formularlos y promulgarlos. Los actores del Poder Ejecutivo Federal manifestaron grados de control sobre organizaciones públicas encargadas de atender necesidades ciudadanas, para lo cual expresaron contar también con prácticas culturales de acceso, capital social que respalda la naturaleza y calidad de sus respuestas, así como la formulación de marcos normativos que transfieren a instancias ejecutoras nacionales y estatales. Para el caso de los poderes estatales, los recursos controlados fueron similares, aunque estos actores se ubicaron más en la esfera de la implementación y conducción de políticas.

Con respecto a la importancia percibida, es notorio observar que los grupos de interés tuvieron un promedio (ONGs) bajo (grupos comunitarios), mientras que los grupos clasificados como actores clave tuvieron una importancia alta. El respaldo de este argumento está representado en la quadro 2, la cual muestra que los actores clave tienen mayor formalidad en su organización, tienen mayores intereses declarados, pero sobre todo, controlan recursos estratégicos para la formulación de estrategias de protección social en salud con carácter binacional. Un tema de reflexión de gran relevancia en este contexto sería que los grupos de interés, particularmente los grupos comunitarios, son los que enfrentan de manera más directa la falta de esquemas de protección de salud y las consecuencias de ello. No obstante, este sector es al mismo tiempo el de menor capacidad para movilizar el apoyo e involucrar los recursos de los actores clave en función de sus necesidades.

Para el abordaje de los resultados sobre tipo y magnitud de las transacciones en el contexto del sistema de salud, se establecieron como transacciones centrales la negociación, la dirección, la distribución y la reciprocidad, por considerarlas clave en el involucramiento de los actores y en la conducción de políticas públicas de bienestar social (ver quadro

3). El balance general de las transacciones entre los actores del sistema de salud se analizó a partir de la capacidad en las funciones de financiación, rectoría y provisión de servicios. En estos casos, las transacciones con mayores ponderados fueron negociación, dirección y reciprocidad, con un índice de capacidad mediano, exceptuando el rubro correspondiente a distribución.

En la misma quadro 3, se observa también que la función de rectoría y regulación tuvo un comportamiento más heterogéneo. Las transacciones de negociación y reciprocidad reportan las capacidades más bajas, lo cual evidencia la falta de capacidades con respecto a la participación reportada en la literatura para el caso mexicano. En contraste, la transacción de dirección tuvo alta capacidad, lo cual se refleja en la promulgación de diversos marcos normativos durante la presente década para favorecer el derecho a la protección de la salud de los mexicanos. La transacción de distribución muestra una capacidad mediana, cada vez que la política de salud en México se ha propuesto corregir las brechas con respecto a la atención de la salud de la población que no cuenta con acceso a esquemas de seguridad pública.

Otro aspecto analizado como parte de este mapeo dirigido a la formulación de coaliciones de actores para el impulso de las estrategias se refiere a la densidad de las relaciones entre los actores, la cual es descrita en la quadro 4. Se puede observar que esta densidad tiende a ser menor en torno a la vinculación entre grupos de interés y actores clave, observándose que ésta tiende a ser más baja en los grupos comunitarios. En contraste, las ONGs parecen tener mayor vinculación no sólo con el otro grupo de interés, sino también con el resto de actores clave, particularmente con los poderes estatales.

Los resultados del quadro 4, sugieren que los actores clave están más vinculados, lo que ha posibilitado en buena medida las modificaciones recientes a los marcos legales y normativos con tendencia a fortalecer las políticas de protección social de la salud en México dirigidas a poblaciones que carecen de seguridad social. Bajo este principio se han abierto los debates nacionales sobre la portabilidad de los seguros públicos, con lo cual habrá de fortalecerse la capacidad de respuesta de estados fronterizos ante la eventual repatriación de emigrantes indocumen-

Quadro 3 - Tipo y magnitud de las transacciones entre actores por funciones del Sistema de Salud

Tipo de Transacción	Funciones del Sistema		
	Financiamiento y Aseguramiento	Rectoría y Regulación	Provisión de servicios
Negociación	++	+	++
Dirección	++	+++	++
Distribución	+	++	+
Reciprocidad	++	+	++

Baja Capacidad +

Media Capacidad ++

Alta Capacidad +++

Fuente: Arredondo A, et al, Gobernación y Protección Social en la Salud de los Migrantes. Informe Técnico, INSP, Cuernavaca Mex. 2010.

Quadro 4 - Gradiente de la densidad de las relaciones entre los actores

Relaciones entre actores/densidad de relaciones	Actor I (ONG)	Actor II (Grupos comunitarios)	Actor III (Poder legislativo - Diputados y Senadores-)	Actor IV (Poder ejecutivo federal, -SSA, SRE-)	Actor V (Poderes estatales -SSA, SEDESOL, Ayuntamiento-)
Actor I	+++	++	+	+	++
Actor II	++	++		+	+
Actor III	+		+++	+++	+
Actor IV	+	+	+++	+++	++
Actor V	++	+	+	++	+++

Baja densidad +

Media densidad ++

Alta densidad +++

Fuente: Arredondo A, et al, Gobernación y Protección Social en la Salud de los Migrantes. Informe Técnico, INSP, Cuernavaca Mex. 2010.

tados que vivan con alguna necesidad de salud que les impida desplazarse hacia sus lugares de origen. Esta tabla muestra adicionalmente que los actores de los poderes estatales tienen una densidad más baja que los Poderes Legislativo y Ejecutivo Federal, si bien estos actores tienen una densidad más alta con el ejecutivo federal.

En el quadro 5, los resultados sugieren que para las transacciones descritas anteriormente, las mayores capacidades se ubican en el primer nivel de atención, donde el valor más alto se ubica en la reciprocidad, al recibir los usuarios de este nivel mayor retribución que en el resto de los niveles de atención. Al mismo tiempo, es en el primer nivel donde se presentan valores medianos para distribución y negociación, pero donde se observa el valor más bajo en la dirección.

Se sugiere también que las transacciones de los grupos de interés con los actores clave se limitan más hacia el segundo y el tercer nivel de atención

(ver quadro 5). En el caso del segundo nivel, se observa el valor más alto para dirección, y los más bajos para el resto de las transacciones con una capacidad baja. En el tercer nivel aparecen las transacciones más limitadas, destacando la más alta capacidad en dirección y la más baja en reciprocidad. En este nivel no se identificaron capacidades en relación de negociación y distribución.

Los resultados del quadro 6, muestran que la mayor capacidad de transacción se observa en el sector público, el cual constituye uno de los ejes más relevantes del análisis de gobernación, debido a que la protección social en salud implica la oferta de seguridad pública dirigida a poblaciones en condiciones de pobreza y riesgo de empobrecer por concepto de gasto privado en salud. En este sector se observa que la capacidad más alta se reporta para distribución, lo cual refleja el esfuerzo gubernamental para corregir las brechas de equidad en el sistema mexicano de salud.

Quadro 5 - Las transacciones entre actores por nivel de atención en el sistema de salud

Tipo de Transacción	Niveles de atención		
	Primario	Secundario	Terciario
Negociación	++	+	-
Dirección	+	++	+++
Distribución	++	+	-
Reciprocidad	+++	+	+

Baja Capacidad +

Media Capacidad ++

Alta Capacidad +++

Nula Capacidad -

Fuente: Arredondo A, et al, Gobernación y Protección Social en la Salud de los Migrantes. Informe Técnico , INSP, Cuernavaca Mex. 2010.

Quadro 6 - Tipo y magnitud de las transacciones por nivel de atención entre actores por tipo de sector del sistema de salud

Tipo de Transacción	Sectores		
	Público	Privado	Relación Público / Privado
Negociación	++		+
Dirección	++	+++	+
Distribución	+++	+	++
Reciprocidad	++		+

Baja Capacidad +

Media Capacidad ++

Alta Capacidad +++

Fuente: Arredondo A, et al, Gobernación y Protección Social en la Salud de los Migrantes. Informe Técnico , INSP, Cuernavaca Mex. 2010.

Quadro 7 - Tipo y magnitud de las transacciones entre actores por área geopolítica

Tipo de Transacción	Estructuras territoriales			
	Municipal	Estatad	Regional	Nacional
Negociación	+	++	++	+++
Dirección	+	++	++	+++
Distribución	++	++	+	++
Reciprocidad	+	+	++	++

Baja Capacidad +

Media Capacidad ++

Alta Capacidad +++

Fuente: Arredondo A, et al, Gobernación y Protección Social en la Salud de los Migrantes. Informe Técnico , INSP, Cuernavaca Mex. 2010.

Estos valores contrastan con las capacidades observadas para el sector privado, en donde se identificaron vinculaciones únicamente en dirección y distribución, siendo alta la primera y baja la segunda. La relación público privada refleja un escenario más favorecido, lo cual podría atribuirse a las facultades que confiere la reforma de 2003 a la Ley General de Salud para favorecer procesos de extensión de cobertura y reducción de barreras de acceso a servicios de salud. En este caso, distribución presenta el valor más alto (mediano) y el resto de las transacciones capacidad baja.

El quadro 7, muestra que las transacciones entre actores por área geopolítica presentan los valores más altos para el nivel nacional, particularmente en negociación y dirección, y medios para distribución y reciprocidad. Este dato es relevante porque se complementa con lo reportado al principio de esta sección, en el sentido que son los actores clave los que muestran mayores capacidades de vinculación y control de recursos significativos. Se observa que las capacidades tienden a decrecer conforme el nivel geopolítico es más desagregado y operativo. Así, niveles intermedios como el regional y el estatal reportan capacidades medianas para las transacciones de negociación y dirección. En estos niveles se observa una ligera variación para los casos de

distribución y reciprocidad.

En el quadro 8, se identifican las relaciones entre actores a partir de nodos de vinculación e interacción. En este caso, los actores clasificados como grupos de interés (ONGs y grupos comunitarios) muestran menores transacciones y pesos relativos en su vinculación con los denominados actores clave (Poder Legislativo, Poder Ejecutivo Federal y poderes estatales). En este contexto, las transacciones de los actores I y II tienen un fuerte contenido de distribución y reciprocidad. Al mismo tiempo, son las ONGs las que reflejaron mayores transacciones con otros actores en comparación con la situación de los grupos comunitarios.

Resulta relevante que una buena parte de las transacciones de los denominados actores clave tiendan a concentrarse en el Poder Ejecutivo Federal. Esta caracterización sugiere que este actor es de gran relevancia por mantener transacciones directas o indirectas con todos los actores del análisis. Al mismo tiempo, podría argumentarse que la tradición centralista de México influye en la centralidad del Actor IV, al interactuar directa o indirectamente con todos los actores del sistema. Asimismo, esta tabla refleja igualmente que los grupos comunitarios son los que menor relación reportan para los nodos y transacciones con el resto de los actores.

Quadro 8 - Tipo de relaciones entre actores y articulación de principales nodos de interacción

Transacciones entre actores	Actor I (ONGs)	Actor II (Grupos comunitarios)	Actor III (Poder legislativo -Diputados y Senadores-)	Actor IV (Poder ejecutivo federal -SSA, SRE-)	Actor V (Poderes estatales -SSA, SEDESOL, Ayuntamiento-)
Actor I	Reciprocidad (35%)	Distribución (25%)	Distribución (10%)	Distribución (5%)	Distribución (20%) Reciprocidad (5%)
Actor II	Distribución (30%)	Reciprocidad (30%)	Distribución (5%)	Dirección (5%) Negociación (10%) Distribución (10%)	Reciprocidad (10%)
Actor III	Distribución (10%)	Dirección (25%) Distribución (15%)	Reciprocidad (25%)	Negociación (15%)	Reciprocidad (10%)
Actor IV	Reciprocidad (5%) Distribución (5%)	Dirección (5%) Negociación (5%)	Negociación (20%)	Negociación (10%) Dirección (10%) Distribución (10%) Reciprocidad (10%)	Reciprocidad (10%) Negociación (10%)
Actor V	Reciprocidad (30%)	Distribución (20%)	Reciprocidad (10%)	Negociación (20%)	Negociación (20%)

Nota: El porcentaje indica el peso relativo de la transacción.

Fuente: Arredondo A, et al, Gobernación y Protección Social en la Salud de los Migrantes. Informe Técnico, INSP, Cuernavaca Mex. 2010.

Es importante resaltar que los principales nodos de interacción entre actores se presentan en la interacción entre poder ejecutivo estatal y grupos comunitarios, siguiéndole en orden de importancia poder ejecutivo federal con legisladores y finalmente ONGs con grupos comunitarios. Esto es de alta relevancia porque es a partir de la interacción de estos actores que se generan coaliciones entre actores así como diferentes posicionamientos de cada actor respecto a la necesidad de desarrollar estrategias de protección social para los migrantes.

Los resultados vertidos en la quadro 9, permiten respaldar los argumentos presentados para la situación descrita en la quadro anterior. En efecto, en la quadro 9, se observa que los grupos de interés (ONGs y grupos comunitarios) están más vinculados localmente, cada vez que las acciones de las ONGs entrevistadas están dirigidas a mejorar la situación socioeconómica de los actores comunitarios. No obstante, los grupos comunitarios se presentan como receptáculos de las acciones tanto de las ONGs como del resto de los actores clave. En este caso, resulta igualmente significativa la vinculación de los grupos comunitarios con los poderes estatales, particularmente para la implementación y conducción de iniciativas de desarrollo comunitario y proyectos gubernamentales.

Estos resultados sugieren que los actores clave tienen los mayores nodos y espacios de interacción dirigidos sobre todo a atender la situación de los actores clasificados como grupos comunitarios. En este sentido, los nodos más relevantes en estos casos corresponden a iniciativas de desarrollo comunitario y proyectos gubernamentales. Adicionalmente, el Poder Legislativo muestra como nodos específicos de su naturaleza la formulación de leyes y la promulgación de marcos normativos dirigidos a ampliar la accesibilidad a servicios de salud para los grupos comunitarios. Este actor concentra al mismo tiempo el mayor capital político.

En el caso del Poder Ejecutivo Federal, algunos de los nodos más relevantes se perfilan a partir de procesos de negociación con los actores del poder legislativo con respecto a la formulación de marcos normativos y de asignación de presupuesto. En este caso, este actor resulta igualmente relevante por su articulación con los poderes estatales, los cuales se

perfilan como instrumentadores y conductores de iniciativas federales y las propias.

A manera de conclusión, este apartado muestra que los grupos de interés tuvieron menor control y evidenciaron menor capacidad de propuesta y negociación para la formulación de estrategias de protección social de salud con carácter binacional. No obstante, los actores clave analizados tienen una importante vinculación y orientación para atender la situación de los grupos comunitarios, particularmente mediante el apoyo a los poderes estatales.

Es importante establecer que los alcances de gobernanza de estas matrices sugieren la necesidad de mayor empoderamiento y desarrollo de capacidades por parte de los grupos de interés, sobre todo los grupos comunitarios. En este sentido, los actores gubernamentales muestran algunos avances importantes a partir de las reformas que ha impulsado recientemente el gobierno mexicano. Como ejemplo de ello basta resaltar nuevos programas y estrategias con amplia participación social de los usuarios y grupos de interés, como las Ventanillas de Salud en los Consulados, el Seguro Popular de Salud, Reuniones de autoridades de salud y líderes de redes sociales de apoyo a familias de migrantes, programa Vete Sano Regresa Sano, entre otros. Los mayores alcances de estas reformas son de índole territorial nacional o estatal, lo que apunta a la necesidad de fortalecer las capacidades nacionales de protección social en salud. Dado que estas iniciativas no tienen alcances extraterritoriales, habrá que definir estrategias para mayor despliegue y fortalecimiento de estrategias de alcance binacional fundamentadas en el desarrollo de capacidades nacionales, en caso que la demanda de servicios de los connacionales fuese atendida en México.

Posición de los actores respecto a metas, mecanismos y coaliciones

Una vez presentadas metas y actores, el mapeo político posibilita una ponderación de la posición de los actores para cada meta y mecanismo presentados en la quadro 10. Este ejercicio permite en un primer momento identificar la variabilidad del apoyo, y es el proceso previo al análisis de las oportunidades y las barreras referidas por los informantes en las entrevistas.

Quadro 9 - Identificación de Nodos a partir de los espacios de interacción entre actores

Actores/ Nodos	Actor I (ONGs)	Actor II (Grupos comunitarios)	Actor III (Poder legislativo -Diputados y Senadores-)	Actor IV (Poder ejecutivo federal -SSA, SRE-)	Actor V (Poderes estatales -SESA, SEDESOL, Ayuntamiento-)
Actor I	<ul style="list-style-type: none"> - Redes comunitarias - Iniciativas de desarrollo comunitario - Proyectos gubernamentales 	<ul style="list-style-type: none"> - Demanda Servicios de salud - Iniciativas de desarrollo comunitario - Proyectos gubernamentales 	<ul style="list-style-type: none"> -Formulación de leyes - Iniciativas de desarrollo comunitario - Proyectos gubernamentales 	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciativas de desarrollo comunitario - Proyectos gubernamentales 	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciativas de desarrollo comunitario - Proyectos gubernamentales
Actor II	<ul style="list-style-type: none"> - Demanda de servicios de salud - Iniciativas de desarrollo comunitario - Proyectos gubernamentales 	<ul style="list-style-type: none"> - Demanda Servicios de salud - Iniciativas de desarrollo comunitario - Proyectos gubernamentales - Redes de apoyo comunitario 	<ul style="list-style-type: none"> -Formulación de leyes - Iniciativas de desarrollo comunitario - Proyectos gubernamentales - Reglas de acceso 	<ul style="list-style-type: none"> - Demanda de servicios de salud - Oferta de servicios de salud - Distribución de servicios de salud - Reglas de accesos 	<ul style="list-style-type: none"> - Demanda de servicios de salud - Oferta de servicios - Distribución de recursos a nivel comunitario - Atención de necesidades especiales - Iniciativas de desarrollo comunitario - Proyectos gubernamentales
Actor III	<ul style="list-style-type: none"> - Formulación de leyes - Iniciativas de desarrollo comunitario - Proyectos gubernamentales 	<ul style="list-style-type: none"> -Formulación de leyes - Iniciativas de desarrollo comunitario - Proyectos gubernamentales - Reglas de acceso 	<ul style="list-style-type: none"> - Red de relaciones y acuerdos políticos - Procesos de negociación para la formulación de leyes - Establecimiento de consensos 	<ul style="list-style-type: none"> - Red de relaciones y acuerdos políticos - Procesos de negociación para la formulación de políticas sociales - Consenso y aplicación de marcos normativos - Negociación del financiamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación de acuerdos políticos - Implementación de políticas sociales - Aplicación de marcos normativos - Negociación del financiamiento
Actor IV	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciativas de desarrollo comunitario - Proyectos gubernamentales 	<ul style="list-style-type: none"> - Demanda de servicios de salud - Oferta de servicios de salud - Distribución de servicios de salud - Reglas de accesos 	<ul style="list-style-type: none"> - Red de relaciones y acuerdos políticos - Procesos de negociación para la formulación de políticas sociales - Consenso y aplicación de marcos normativos - Negociación del financiamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Red de relaciones y acuerdos políticos - Procesos de negociación para la implementación de políticas sociales - Consenso y aplicación de marcos normativos - Negociación del financiamiento - Red inter gubernamental 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación de acuerdos políticos - Transferencia de políticas sociales - Transferencia de marcos normativos - Negociación del financiamiento - Red de relaciones y organizaciones políticas y ONGs
Actor V	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciativas de desarrollo comunitario - Proyectos gubernamentales 	<ul style="list-style-type: none"> - Demanda de servicios de salud - Oferta de servicios - Distribución de recursos a nivel comunitario - Atención de necesidades especiales - Iniciativas de desarrollo comunitario - Proyectos gubernamentales 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación de acuerdos políticos - Implementación de políticas sociales - Aplicación de marcos normativos - Negociación del financiamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación de acuerdos políticos - Transferencia de políticas sociales - Transferencia de marcos normativos - Negociación del financiamiento - Red de relaciones y organizaciones políticas y OSC 	<ul style="list-style-type: none"> - Red de relaciones y acuerdos políticos - Procesos de implementación de políticas sociales - Aplicación de marcos normativos - Negociación del financiamiento - Red inter gubernamental - Atención de necesidades especiales - Iniciativas de desarrollo comunitario - Proyectos gubernamentales

Fuente: Arredondo A, et al, Gobernación y Protección Social en la Salud de los Migrantes. Informe Técnico , INSP, Cuernavaca Mex. 2010.

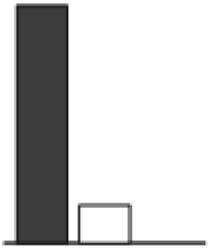
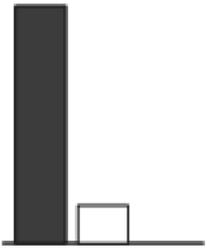
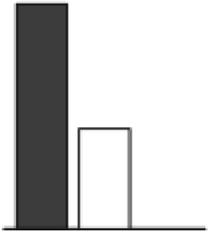
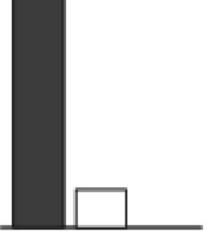
El análisis de la posición de actores respecto a metas y mecanismos busca anticipar retos relacionados con la factibilidad de un seguro binacional de salud para emigrantes indocumentados, desde la perspectiva de los actores entrevistados. Esta posición representa al mismo tiempo la suma del posicionamiento de todos los actores respecto a las metas y los mecanismos. La quadro 10 presenta el promedio del apoyo derivado de la posición de actores respecto a metas y mecanismos.

Si bien no se encontraron posiciones en contra, hay una proporción alta de movilización para la meta de establecer la problemática de las reglas de gobernación para definir escenarios favorables para un seguro binacional de salud. Esta tendencia es consistente con datos de campo en donde se encontraron posiciones escépticas de actores políticos y gubernamentales, así como cierto desconocimiento de los marcos legales para fundamentar la creación de un seguro binacional de salud. En cambio, estos mismos actores refirieron situaciones que representan

retos a esta iniciativa, tales como barreras legales de accesibilidad a servicios públicos para emigrantes indocumentados y temor de esta población para utilizar servicios de salud en EE.UU. Respecto al mecanismo de esta meta, fue más amplia la factibilidad, habiendo sido escasa la referencia a la falta de interés por vincularse con otros actores e instancias que apoyaron el desarrollo de capacidades gubernamentales para la creación de un seguro binacional de salud.

Respecto a la meta de ampliar la accesibilidad a servicios de salud para emigrantes indocumentados, se tuvo evidencias de mayor factibilidad derivada de una posición de mayor apoyo por parte de los actores entrevistados. Esta situación es muy similar a la tendencia establecida para el mecanismo, habiéndose encontrado pocas referencias que cuestionaran la creación de un seguro binacional de salud. En campo, estas posiciones se registraron con actores comunitarios que estaban atravesando por un conflicto con autoridades sanitarias por el retiro del apoyo médico en su localidad.

Quadro 10 - Factibilidad de metas y mecanismos a partir de las metas de política propuestas

Metas de política	Factibilidad de la meta	Mecanismos de política	Factibilidad del mecanismo
Mejorar la accesibilidad a servicios de salud de población emigrante en sus lugares de origen y destino, identificando oportunidades en el entorno sociopolítico para la oferta y utilización de tales servicios		Creación de un seguro binacional para emigrantes indocumentados	
Caracterizar la problemática de gobernanza y protección social em salud para definir escenarios dirigidos a la implementación de servicios de salud de carácter binacional para emigrantes indocumentados mexicanos en Estados Unidos		Vinculación de actores y desarrollo de capacidades gubernamentales em México	

■ Apoyo □ Sin posición ■ Oposición

Fuente: Arredondo A, et al., Gobernación y Protección Social en la Salud de los Migrantes. Informe Técnico, INSP, Cuernavaca Mex. 2010.

instancias estatales en donde se ofreció un espacio de participación denominada Consejo de Emigrantes Emprendedores de Guanajuato.

Las ONGs se ubicaron con el potencial más diferenciado. En un primer grupo se identificaron aquéllas vinculadas con proyectos de desarrollo comunitario. En dos de estos casos, se refirió una vinculación indirecta con proyectos de salud; en cambio, se ofreció apoyo para acceder a grupos y comunidades con quienes estas organizaciones tienen proyectos productivos y de desarrollo comunitario. No obstante, se encontró un caso que, por su ámbito de competencia, no manifestó interés por apoyar la iniciativa de estudio.

Los diferentes indicadores de gobernación permitieron fortalecer la factibilidad de nuevas estrategias para el avance de protección social en la salud de los migrantes. Entre los principales actores políticos involucrados, comparando los actores sociales del nivel federal versus nivel estatal, fueron los de nivel federal los mejores posicionados y de mayor poder. En efecto, los miembros de las comisiones legislativas de diputados y senadores así como de directivos de la Secretaría de Salud y Secretaría de Relaciones Exteriores, resultaron los actores sociales mejor posicionados y de mayor poder para la salud de los migrantes. No dejó de llamar la atención aún cuando se trabajó con redes de familia y servicios a nivel estatal, los actores del nivel estatal tuvieron menor poder. Mas aún llamó la atención del bajo posicionamiento y poder de ONGs o redes comunitarias a favor de los migrantes a nivel estatal. La parte positiva es que ya existen estos actores sociales y habría que desarrollar programas o actividades para promover que se conviertan en actores más preactivos en acciones concretas de protección social de los migrantes y sus familiares.

Sobre las características de los actores sociales involucrados, el primer aspecto que llama la atención es el rol pasivo y coyuntural de los grupos comunitarios, seguramente ésto está estrechamente relacionado con la ausencia de una cultura de participación social activa en el contexto social mexicano en general y en este tipo de grupos en lo particular. Sobre las ONGs, es importante resaltar su rol proactivo como facilitadores en el desarrollo regional, a pesar de que aún no son los actores mejor

posicionados en materia de protección social en la salud de los migrantes. Sobre los actores gubernamentales del poder legislativo y ejecutivo, queda de manifiesto el rol tan dinámico que juegan en el desarrollo del marco legal y de las acciones dirigidas al avance de la protección social de los migrantes. Evidentemente estos actores sociales son los que controlan todos los recursos y mayores espacios de intervención, tanto en el nivel federal, estatal, regional e internacional.

Esto último es de suma relevancia, porque los actores que representan el gobierno federal son los únicos que entran de manera preactiva en los espacios de nivel internacional, espacio de alta relevancia en el desarrollo de políticas y programas sociales dirigidos a los migrantes. Sobre los espacios de intervención y acción por parte de las ONGs y grupos comunitarios es importante resaltar los vínculos que estos actores establecen en el ámbito comunitario de redes de familiares de migrantes, con márgenes de alta influencia a nivel estatal e interestatal y en algunos casos recientes en ambos lados de la frontera, sobre todo cuando existen las redes de parentesco entre habitantes de California y Guanajuato.

En el caso de los EE.UU., la migración y las relaciones internacionales son responsabilidad exclusiva del nivel federal, por lo que las cuestiones de salud binacional se complican por el sistema de gobierno, el cual confiere a cada estado la responsabilidad en la regulación y supervisión de la atención médica. El gobierno federal participa en la financiación de algunos programas de seguro de salud para poblaciones específicas, incluyendo Medicare para los ancianos y Medicaid para las familias de más bajos ingresos. La aprobación de los planes privados de seguro es la responsabilidad de cada Estado. Como resultado, los seguros privados de salud binacional disponibles en California tales como Salud con Health Net, no están disponibles para su compra fuera de California. Los legisladores de Texas han rechazado la legislación que permitiría a este estado crear planes similares. Esta división de responsabilidades para la migración y la atención médica entre los gobiernos federal y estatal en los EE.UU. hace más complicado el desarrollo de un seguro de salud binacional, sea bajo financiación

pública o privada. Como resultado, los esfuerzos que se centran en un solo estado, como es el caso de California, es más probable que tenga éxito al principio.

Sobre el control de recursos y la ideología de cada actor, son elementos de suma relevancia para identificar posibles puntos de conflicto e incrementar la sinergia en el propio manejo de los recursos. Por ejemplo existen escenarios donde redes comunitarias, ONGs, actores del legislativo o del ejecutivo presentan conflicto ideológico o de partido político, generando más puntos de desencuentro y conflicto que de colaboración y donde la falta de sinergia poco favorece la coalición de actores para el apoyo de políticas, en todo caso los niveles de gobernación pueden ser muy bajos.

Respecto a las transacciones entre los actores involucrados, es necesario resaltar la importancia de los hallazgos de este estudio en la financiación, rectoría y regulación de nuevas estrategias de protección social desde el sistema público de salud, con un alto nivel de demanda en el primer nivel de atención. Las mismas interacciones, también dejaron evidencia de bajo compromiso del sector privado con respecto a los principios de reciprocidad, distribución y negociación para el desarrollo de nuevas estrategias de protección social en la salud de los migrantes. En el sector privado también quedó en evidencia la percepción de alta capacidad en dirigir recursos para servicios de salud bajo sus propios principios de dirección de insumos dependiendo de la rentabilidad que dejará el consumo de servicios de salud por familiares de migrantes.

Las transacciones entre actores favorecen más una promoción de la mezcla público-privado, sobre todo a partir de sistemas de prepago bajo esquemas de servicios públicos y corresponsabilidad financiera entre usuario y proveedor de servicios de salud. Respecto a las transacciones por área geopolítica, lo más interesante del estudio es que se puede identificar el ámbito de acción de cada actor y a partir de este indicador se pueden desarrollar actividades y responsabilidades por tipo de actor a partir de su nivel y capacidad de influencia a nivel local, estatal, regional, nacional e internacional.

En lo referente al tipo de relación entre actores e identificación de nodos, lo más relevante de este indicador es poder establecer el tipo de relación de un actor con otros, con quienes interactúan y como

se construyen espacios de sinergia y colaboración o bien espacios de conflicto y bloqueo en el desarrollo de acciones conjuntas que favorezcan la protección social en la salud de los migrantes. Los nodos o espacios de interacción que permitan sinergia y colaboración pueden desagregarse para identificar si la colaboración puede tener mayor impacto en la reciprocidad, la distribución, la negociación o la dirección de los recursos para acciones en salud. Finalmente, es importante resaltar el hecho de altos niveles de distribución, reciprocidad y negociación por los actores del poder ejecutivo a nivel federal. La identificación de nodos es de suma relevancia porque el tipo de interacción que se presente en tales espacios es lo que determinará el tipo de actividades y la identificación de los escenarios de mayor factibilidad en el avance de la política de protección social en la salud de los migrantes.

Referencias

- ANM-ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. El tratado de libre comercio y los servicios médicos, ANM - Comisión Mexicana de Investigación en Salud, México, México DF, 1994.
- ARREDONDO, A. et al. *Temas selectos en sistemas de salud: costos, financiamiento, equidad y gobernanza. Conceptos, Tendencias y Evidencias.* Univ. Aut. de Yucatán: Mérida, 2011.
- ARREDONDO, A.; NAJERA, P. Équité et accessibilité de la santé au Mexique : évaluation économique du processus de recherche et d'obtention de services. *Santé et Systemique*, Lyon, v. 9, n. 3, p. 71-86, 2006
- ARREDONDO, A.; OROZCO, E. Governance and equity from health care reform in Mexico. *International Journal of Health Planning and Management*, Keele, v. 23, n. 1, p. 37-49, 2008.
- BOISMENU, G.; ALAIN, N. La restructuration de la protection sociale en Amérique du Nord et en Europe, *Cahiers de Recherche Sociologique*, Paris, v. 6, n. 24, p. 38-51, 1995.
- BRONFMAN, M.; DÍAZ POLANCO, J. La cooperación técnica internacional y las políticas de salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 227-241, 2003.

- CANALES, A. Migración y trabajo en la era de la globalización: el caso de la migración México-Estados Unidos en la década de 1990. *Papeles de Migración*, Tijuana, n. 33, 2002.
- CÁMARA DE DIPUTADOS. MÉXICO. *El impacto de las remesas familiares en México y su uso productivo*, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, (LIX Legislatura), México, 2004.
- COCHRAN, N. Binational collaboration in health and medical research between the United States and Mexico. In: WARNER, D. C. *NAFTA and trade in medical services between the U.S. and Mexico*. Austin: University of Texas, 1997.
- CALIFORNIA HEALTH CARE FOUNDATION (CHCF). *Cross border health insurance*. An overview, CHCF - Healthcare Redesign International, Los Angeles, USA. 1999.
- FRENK, J. et al. Consequences of the North American Free Trade Agreement for Health Services: a perspective from Mexico. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 84, n. 10, p. 738-741, 1994.
- GÓMEZ, O.; FRENK, J.; CRUZ, C. Commerce in health services in North America within the context of the North American Free Trade Agreement. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 1, n. 6, p. 327-333, 1997.
- HALL, R.; RIVERA, L. Trade in health care products between the United States and Mexico. In: WARNER, D. C. *NAFTA and trade in medical services between the U.S. and Mexico*. Austin: University of Texas, 1997.
- HEALTH NET. *Guía de ventajas y beneficios de su plan de salud*, Los Angeles, California, 2003 (Tríptico).
- HOLZMAN, J. Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, Bogotá, v. 21, n. 1, p. 73-106, 2003.
- HOMEDES, N.; UGALDE, A. The North American free trade agreement and public health at the US-Mexico border. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 93, n. 7, p. 2016-2022, 2003.
- HUFTY, M. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, p. S35-S45, 2006. Suplemento.
- ISMECAL - INICIATIVA DE SALUD MÉXICO CALIFORNIA. *Historias de ir y venir y la salud mental: manual para promoción de la salud*, Iniciativa de Salud México California, Berkeley, USA, 2003.
- OROZCO, E. et al. Estrategias y mecanismos de extensión de cobertura en salud y seguridad social en Paraguay. *Revista Seguridad e Higiene*, Asunción, v. 42, n. 3, p. 12-14, 2008.
- SSA-SECRETARÍA DE SALUD. *La democratización de la salud en México*. Programa Nacional de Salud 2001-2006, México, DF, 2001.
- SSA-SECRETARÍA DE SALUD. *Programa Vete Sano Regresa Sano*. Servicios Estatales de Salud. Gobierno del estado de Guanajuato, Guanajuato, 2006.
- SSA-SECRETARÍA DE SALUD, Gobierno del Estado de Nuevo México, EUA. Foro Binacional de Políticas Públicas en Migración y Salud. Programa de Trabajo, 9na Semana Binacional de Salud. Santa Fé, Nuevo México, 2009.
- SSA-SECRETARÍA DE SALUD. *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, México, DF, 2011.
- SSA-SECRETARÍA DE SALUD. *Programa de Reforma del Sector Salud 2001-2006, 2007-2012*, Poder Ejecutivo Federal, México, Distrito Federal, 2012.
- TUIRÁN, R. Migración México - Estados Unidos. *Hacia una nueva agenda bilateral*, Documento Técnico del Consejo Nacional de Población, México, Distrito Federal, 2000.
- WALLACE, S.; GUTIÉRREZ, V.; CASTAÑEDA, X. Access to preventive services for adults of Mexican origin. *Journal of Immigrant and Minority Health*, New York, v. 10, n. 4, p. 363-371, 2008.

Recebido em: 16/05/2012
Aprovado em: 06/03/2013