COBERTURA EN SALUD Y GASTO DE BOLSILLO EN POBLACIÓN MIGRANTE: REVISIÓN DE LITERATURA

CASAS MORENO JENNY ALEJANDRA
CASAS PATARROYO MARIA PAULA
YAGUARA RODRÍGUEZ NORYS

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BOGOTÁ DC.- DICIEMBRE 2019

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

Universidad	El Bosque
Facultad	Odontología
Programa	Odontología
Título:	COBERTURA EN SALUD Y GASTO DE BOLSILLO EN POBLACIÓN MIGRANTE: REVISIÓN DE LITERATURA
Grupo de investigación	Investigación en salud oral pública y comunitaria - INVBOCA.
Línea de investigación:	Gestión de los servicios de salud bucal
Institución participante:	Facultad de Odontología - Universidad El Bosque
Tipo de investigación:	Pregrado-Grupo
Estudiantes:	Casas Moreno Jenny Alejandra Casas Patarroyo Maria Paula Yaguara Rodríguez Norys
Director:	Juan Camilo Tocora Rodríguez
Asesor metodológico:	Juan Camilo Tocora Rodríguez

DIRECTIVOS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

HERNANDO MATIZ CAMACHO	**Presidente del Claustro**
JUAN CARLOS LÓPEZ TRUJILLO	**Presidente Consejo Directivo**
MARIA CLARA RANGEL G.	**Rector(a)**
RITA CECILIA PLATA DE SILVA	**Vicerrector(a) Académico**
FRANCISCO FALLA	**Vicerrector Administrativo**
MIGUEL OTERO CADENA	**Vicerrectoría de Investigaciones.**
LUIS ARTURO RODRÍGUEZ	**Secretario General**
JUAN CARLOS SANCHEZ PARIS	**División Postgrados**
MARIA ROSA BUENAHORA	**Decana Facultad de Odontología**
MARTHA LILIANA GOMEZ RANGEL	**Secretaria Académica**
DIANA ESCOBAR	**Directora Área Bioclinica**
MARIA CLARA GONZÁLEZ	**Director Área comunitaria**
FRANCISCO PEREIRA	**Coordinador Área Psicosocial**
INGRID ISABEL MORA DIAZ	**Coordinador de Investigaciones Facultad de Odontología**
IVAN ARMANDO SANTACRUZ CHAVES	**Coordinador Postgrados Facultad de Odontología**

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

GUÍA DE CONTENIDO

Resumen

Abstract

	Pág.
1. Introducción	**1**
2. Antecedentes(es el mismo marco teórico)	**2**
3. Objetivos	**7**
● **Objetivo general**	**7**
● **Objetivos específicos**	**7**
4. Metodología para el desarrollo de la revisión (ver explicación en anexo 1)	**8**
4.1 Pregunta de la revisión	**8**
4.2 Estructura de la revisión	**8**
4.3 Búsqueda de la información	**8**
5. Consideraciones Éticas	**52**
6 Resultados	**53**
7. Discusión	**66**
8. Conclusiones	**71**
9. Referencias bibliográficas	**73**

RESUMEN

COBERTURA EN SALUD Y GASTO DE BOLSILLO EN POBLACIÓN MIGRANTE: REVISIÓN DE LITERATURA

Antecedentes: La migración ha sido parte de la experiencia de los países de la Región de las Américas en varios momentos a lo largo de su historia, como países de origen, tránsito o destino. Factores relacionados con la migración como conflictos sociales y políticos, inseguridad alimentaria, desastres naturales, cambio climático, dificultades económicas, violencia, afectan la salud humana y en varias oportunidades afectan el acceso a los servicios de salud incurriendo en gastos de bolsillo asumidos por los migrantes para cubrir contingencias en salud tales como consultas médicas, compra de medicamentos, insumos médicos, intervenciones quirúrgicas, servicios odontológicos y ayudas diagnósticas. **Objetivo:** Describir la cobertura en salud y el gasto de bolsillo en población migrante según lo reportado en la literatura científica. **Materiales y Métodos:** Se realizó una revisión de la literatura teniendo como ejes temáticos**:** Cobertura en salud a la población migrante y Gastos de bolsillo en salud de población migrante. Se realizaron búsquedas avanzadas y sistemáticas para los temas a tratar en las bases de datos google académico, LCR virtual, pubmed, proquest, también se consultaron portales de internet de la Organización Mundial de Salud, Banco de la República, Centro de Estudios Económicos Regionales. Se contó con una matriz de extracción de datos en excel. **Resultados:** Se encontraron 1235 artículos de los cuales fueron preseleccionados 71 artículos y seleccionados 52 de acuerdo con los criterios de selección. Se realizaron búsquedas avanzadas en las base de datos de PubMed y Google Académico, así mismo se incluyeron libros y revistas. De acuerdo con la literatura revisada se encontró que es difícil lograr una cobertura completa para los migrantes debido a diversos factores. Las cifras de cobertura están relacionadas con el PIB de los países, lo cual hace que estas varíen entre sí, con un gran diferencia, esto relacionado con la participación del sector público con la financiación a la salud. De acuerdo a la OMS, en el 2011 se destinó el 9,1% del PIB mundial al sector salud. Enfocado hacia el gasto de bolsillo en salud, se encontró que Asia es el continente con la mayor cifra, en donde se aporta el 8,4% del PIB. Se proyecta que para todos los continentes este aporte vaya aumentando gradualmente por décadas. **Conclusiones:** Los hallazgos dejan ver un sector de la salud fortalecido y que ha venido evolucionando en forma positiva durante la última década, período durante el cual aumentó su participación en el PIB. Aunque a este respecto el país está aún por debajo del promedio mundial, Colombia se destaca por la participación del sector público en el gasto total en salud, ubicándose muy por encima de las demás regiones del mundo, incluso de Europa..

Palabras claves: Cobertura en salud, Inmigrante**s,** Gasto de bolsillo en salud, Economía.

ABSTRACT

HEALTH COVERAGE AND POCKET EXPENSES OF THE MIGRANT POPULATION: A LITERATURE REVISION

Background: Migration has been a part of America throughout its history, whether as a starting point, transit or destination. Factors related to migration such as social conflicts, political, lack of food, natural disasters, climatic change, economic hardship, violence, affect human health and on various opportunities hinder access to health services incurring in pocket expenses assumed by the migrants in order to cover contingencies such as consultations, prescriptions, supplies, surgeries, dental and diagnostic services. **Objective**: to describe health coverage and pocket expenses by migrants as per reported in literature. Materials and methods: A literature revision was carried out with the following topics: health coverage of migrant population and pocket expenses of said population, as well as advanced searches in Google Scholar, LCR, Pubmed, Proquest, WHO, Banco de la Republica, regional economic studies centre. Excel was used for data extraction. Results: 1235 articles were found, 71 were pre-selected and 52 selected as per established criteria. The revised literature showed that it is difficult to achieve a complete coverage for migrants due to diverse factors. Coverage amounts are related with each country's GDP, which makes vary and it is related to the participation of the public sector's health financing. In 2011, 9.1% of the world's GDP was destined for health and in Asia 8.4% of the GDP is destined as pocket expenses. It is expected that this expense will progressively increase worldwide. Conclusions: Research has shown a strengthened health sector which has evolve positively during the last decade by increasing its participation in the GDP. Colombia is still below the world average but the public sector has had a notable participation in health expenditure, placing it above other regions including Europe.

Key words: health coverage, migrants, pocket expenses on health, economy.

1. Introducción

La migración se ha convertido en uno de los principales temas a tratar para cada país debido a que puede llegar a afectar el ámbito socioeconómico, cultural la cual se ve intervenida la salud, las políticas, la economía, el medio ambiente etc. "la migración ha sido parte de la experiencia de los países de la Región de las Américas en varios momentos a lo largo de su historia, como países de origen, tránsito o destino. Los conflictos sociales y políticos, la inseguridad alimentaria, los desastres naturales, el cambio climático, la degradación ambiental, las dificultades económicas, la violencia y otros factores adversos y problemas estructurales han impedido a las personas construir medios de vida saludables y sostenibles y los han obligado a buscar mejores condiciones de vida en otros lugares para ellos mismos y sus familias" (Tomado de Organización Mundial de Salud, 2016). El presente trabajo tiene como principal objetivo describir la cobertura en salud y el gasto de bolsillo en población migrante según lo reportado en la literatura científica, ya que la migración es una de las figuras sociales y demográficas que han causado en las últimos tiempos un gran impacto frente a la economía de los países, por lo anterior se hace necesario desarrollar dicha revisión para obtener información y así comprender la compleja situación de los migrantes, además de ello, determinar cuál es la cobertura en salud y la situación actual del gasto de bolsillo de toda la población migrante.

Para analizar esta problemática se debe nombrar que el gasto de bolsillo en salud hace referencia a los pagos realizados por los hogares en bienes y servicios del sector de salud por ejemplo medicamentos, hospitalizaciones que no son cubiertos ante un sistema de salud, lo cual genera gran problemática para los países, además el gasto de bolsillo en salud de los hogares ha crecido y es alto, y su influencia en la desigualdad sigue siendo significativo. necesitan nuevas políticas de protección financiera que ataquen el problema. (Tomado de Migración Internación y desarrollo). La investigación se realizó por el interés de conocer y analizar la problemática actual de población migrante y su efecto negativo ante el gasto de bolsillo en salud por parte de la población y reportar según la literatura que tan importante es para los países enfrentar esto y como buscan soluciones con el fin de aportar información relevante enfocados a la necesidad de la población.

2. Antecedentes

Para abarcar el tema de gasto de bolsillo en salud por parte de inmigrantes, es importante conocer el contexto en el cual se definen estos términos. Se sabe que cuando una familia emigra de su país, uno de los principales motivos es la situación económica, específicamente por la pobreza en la que viven y claramente, un factor que reduce en gran parte la pobreza es la migración debido a que la sociedad se beneficia en otro lugar de lo que en su ciudad de origen no logra hacer; es así como estas personas van multiplicando poco a poco sus ingresos con el fin de brindar mejor calidad de vida a sus familias, que en su mayoría se encuentra en su país natal (Tomado de la Organización Internacional de Migración , 2017). Esto lleva a estas personas a convertirse en un migrante económico, que se define como "persona que habiendo dejado su lugar de residencia o domicilio habitual busca mejorar su nivel de vida, en un país distinto al de origen" (Tomado del Consejo Nacional de Población del Gobierno de México, 2008)

En muchas ocasiones, los migrantes pueden ser el centro de atención para el país que se escogió como destino, debido a que estos migrantes pueden llegar a cubrir las necesidades laborales, impulsar la creación de nuevos mercados y/o empleo y así, subsanar las deficiencias que se estén presentando en el ámbito económico y laboral del país al que se migró; por otro lado, esto genera controversia ya que en un gran porcentaje la población migratoria no logra conseguir oportunidades en donde se les reconozca gratamente los conocimientos que se tengan de acuerdo a su nivel educativo. (Tomado de la Organización Internacional de Migración , 2017)

Es importante resaltar, que la migración se ha convertido en uno de los principales problemas a tratar tanto en el país de origen como en el país de destino o refugio cuando la forma en la que se esté realizando sea ilegal, es decir de forma indocumentada lo que genera un impacto en el desarrollo social ya que esto, con frecuencia, permite que los migrantes están expuestos a agresión, abuso y posible violación de sus derechos humanos. (Clemens M, 2017)

Debido a esta situación, los estados han implementado medidas para controlar las fronteras pero aún así, el número de personas que cruzan de forma ilegal es abundante y como se mencionaba anteriormente, sus riesgos también se ven aumentados, estos riesgos están dados

en gran medida por el proceso que lleva la reorganización y reubicación en otro país, en donde cada migrante se someterá a una nueva cultura, con otras costumbres, nuevos idiomas, nuevas leyes y especialmente, el impacto que genera la separación del migrante y su familia por cortos o largos periodos de tiempo lo que conlleva a que el migrante tenga un cambio en su comportamiento, en su estilo y calidad de vida y, en muchas ocasiones, que lo mencionado anteriormente, repercute en la condición física y psicológica de la persona y, en general, de su entorno familiar y/o social. (Clemens M, 2017)

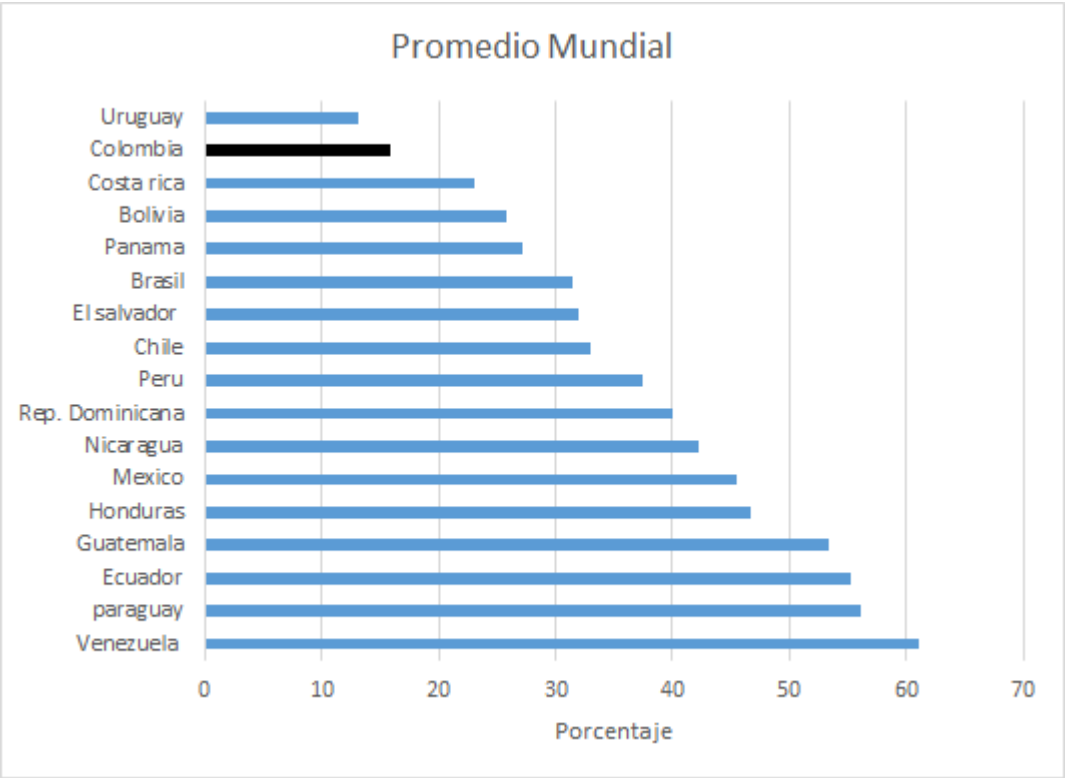
No cabe duda, que la migración y la salud tienen una relación muy estrecha, es por esto, que la salud de los migrantes, es una responsabilidad tanto del país de origen como del país de destino siempre y cuando no prevalezca el falso nacionalismo del migrante al impulsar la migración indocumentada. (Clemens M, 2017) Estas situaciones, llegan a afectar muchos de los ámbitos socio económico y cultural de un país o nación, entre ellos la salud, las políticas, la economía, el medio ambiente y el desarrollo de los mismos.

La migración para muchos países puede ser la ventana para una nueva forma de desarrollo económico y social; sabiendo que entre países vecinos se puede llegar a esto, se pueden plantear estrategias y políticas de regulación migratoria, para que la aceptación de migrantes en ambos o varios países se convierta en un beneficio mutuo y en una oportunidad de desarrollo.(Ministerio de Relaciones Exteriores Migración Colombia, 2018) ; Por ejemplo, en Colombia la autoridad migratoria ha categorizado la migración en tres grupos. Siendo estos; la migración pendular, aquella que se da en las zonas de frontera entre los dos países, caracterizada por la constante entrada y salida de personas a lo largo del día, incluso registrándose varios movimientos migratorios de una sola persona durante el transcurso de la jornada (Banco de la Republica, 2015); la migración de tránsito**,** aquella que hace referencia a los migrantes que no tienen la intención de radicarse en el país de destino aunque permanece por un determinado periodo de tiempo, luego regresa a su lugar de origen (Ministerio de Relaciones Exteriores Migración Colombia, 2018); por último la migración con vocación de residencia, aquella en el que el migrante se radica en el país, sea legal o ilegalmente. Esto con el fin de brindar mejores oportunidades como se mencionó anteriormente. (Ministerio de Relaciones Exteriores Migración Colombia, 2018)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el gasto en salud se define como “todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud” sean estos honorarios médicos, compras de medicamentos, facturas de hospital, medicina alternativa y tradicional incluyendo asi medicamentos, insumos médicos, lentes ópticos, aparatos ortopédicos y terapéuticos, consulta médica, intervenciones quirúrgicas, honorarios de otros profesionales, servicio odontológico, análisis y servicios de laboratorio y rayos X, servicio de hospitalización, de emergencia móvil y lo más relevante, el seguro de salud. (Ministerio de Relaciones Exteriores Migración Colombia, 2018)

Los conceptos de inmigración y gasto en salud claramente involucran a toda una población, ya que son dos determinantes importantes a la hora de realizar estudios de financiamiento debido a que esto puede determinar que posibilidades tiene la población para financiar sus necesidades; por ejemplo, se observa para países como Colombia y sus países vecinos, cuánto del gasto total en salud de un país es asumido efectivamente por los hogares a través de pagos directos o gastos de bolsillo. Lo que se puede observar es que en América Latina existe una gran disparidad que va desde el 61,1% en Venezuela al 13,8% en Uruguay. (Banco de la Republica, 2014)

GRÁFICO 1. PARTICIPACIÓN PORCENTUAL DEL GASTO DEL BOLSILLO EN EL GASTO TOTAL DE SALUD 2011



Fuente: Cálculos de los autores con base en World Health Organization (2014).

Por ejemplo, en Venezuela la mayor carga de los gastos en salud es asumida por los hogares a través de los gastos de bolsillo (61%), mientras que la participación del gobierno general es de la mitad (36,2%). En Colombia, el sector público financia el 75,2% y los hogares, a través de pagos directos, el 15,9% del gasto total en salud del país. De este modo, de los países mencionados, solo Uruguay y Colombia se encuentran dentro de los parámetros aceptables de la OMS (2010) que indican que los gastos de bolsillo no deberían ser superiores al 20% del gasto total en salud, ya que de otro modo se incrementa la probabilidad de riesgo de los hogares de enfrentar gastos catastróficos en salud como se observa en la gráfica N° 1. (Banco de la Republica, 2014)

Hasta el momento, los gastos en salud han sido examinados desde una perspectiva macroeconómica en torno a la importancia de sus componentes en el gasto total y su participación en el producto nacional. Desde la perspectiva microeconómica se busca determinar en qué medida el gasto de bolsillo en salud se descuenta del gasto total de los hogares y cuáles son los bienes y servicios de la salud que afectan el gasto de los hogares debido a que los hogares destinan sus ingresos a cubrir las distintas necesidades de sus miembros,

dentro de las que se destacan la alimentación, la vivienda, la salud, la educación y otras relacionadas con el ocio como la recreación y la cultura. (Banco de la Republica, 2014)

Reina (2014) y Ayala (2014) reportan que los obstáculos que enfrentan las personas para acceder a la atención en salud en Colombia, por ejemplo, se destacan los múltiples trámites, el mal servicio, la distancia a los prestadores, la falta de recursos económicos y la poca confianza en la calidad de los médicos. Además, el gasto de bolsillo en salud incluye todo lo relacionado con la prevención y restablecimiento de la salud. Dentro de este grupo se pueden mencionar los antiácidos, antigripales, antiinflamatorios, medicamentos cardiovasculares, el suero oral, vitaminas y fórmulas médicas complejas, entre otros. En segundo lugar se encuentran los pagos complementarios a la seguridad social como las cuotas moderadoras para los servicios de medicina general y especializada, odontología, medicamentos, pruebas diagnósticas y exámenes de laboratorio. Medicina general y especializada, y odontología son los servicios más frecuentemente consultados por parte de los hogares colombianos. (Diaz A at Col, 2009).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos - ENIG- 2006-2007 dichas estadísticas son útiles en la medida en que permiten establecer en promedio para cada región del país cuáles son los tipos de compra del sector salud que más afectan el gasto total de los hogares. Se evidencia que del total del gasto en salud de los hogares en las diferentes regiones estudiadas, la mayor proporción se destina a los servicios paramédicos y dentales. Para los bogotanos, los equipos terapéuticos y los servicios médicos son los de mayor influencia como se describe en la tabla N° 1. (Banco de la Republica, 2014).

Tabla 1. Gasto en salud como porcentaje del gasto total de los hogares Regiones según tipo de bienes y servicios

Región	Productos farmacéuticos	Otros productos médicos	Artefactos y equipos terapéuticos	Servicios médicos	Servicios dentales	Servicios paramédicos	Pagos complementarios a la seguridad social	Servicios de hospital
Caribe	3,4	4,3	2,8	5,1	3,3	6,1	2,3	4,8
pacifica	2,9	3,3	1,8	5,3	4,8	4,0	1,7	4,0
Central	2,7	2,4	2,7	2,8	8,2	5,6	2,5	3,5
Oriental	2,6	3,2	2,2	5,2	3,9	4,7	1,9	7,7
Bogotá	2,6	2,1	5,5	3,4	3,3	2,0	2,4	2,4
total	2,9	3,1	2,6	4,6	5,2	5,1	2,2	4,5

Fuente: ENIG-2006-2007. Cálculos de los autores.

Otro concepto interesante cuando se analizan los gastos de bolsillo en salud es el de gastos catastróficos. Estos se definen en la literatura como aquellos pagos directos por parte de los hogares que exceden su capacidad de pago en un cierto porcentaje. Por ende los gastos catastróficos de salud se define como todo aquel que está destinando más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros. En el gasto en salud se incluyen: el gasto de bolsillo, las contribuciones a la seguridad social y el gasto gubernamental en salud transferido a los hogares. La capacidad de pago es como el excedente de recursos efectivos del hogar, ya que se mide descontando del gasto total de los hogares, el gasto de subsistencia, medido a través del gasto en alimentación o línea de pobreza, y el gasto en salud financiado por impuestos.(Suarez R, 2017)

3. Objetivos

Objetivo general:

- Describir la cobertura en salud y el gasto de bolsillo en población migrante según lo reportado en la literatura científica.

Objetivos específicos:

- Describir el gasto de bolsillo en salud de población migrante
- Identificar la cobertura en salud de población migrante según lo reportado en la literatura científica.
- Determinar el gasto de bolsillo en salud de población migrante según la literatura científica.

4. Metodología del Proyecto

4.1. *Pregunta de la revisión*

¿Cuál es la cobertura en salud y el gasto de bolsillo en población migrante de acuerdo con lo reportado en la literatura científica?

4.2. *Estructura de la revisión*

De acuerdo a dicha pregunta de investigación se propone a lo largo de la investigación desarrollar los siguientes contenidos temáticos:

- Tema 1: Cobertura en salud a la población migrante

- Conceptualización de la población migrante y su cobertura en salud
- Políticas de salud para población migrantes
- Acceso a la salud para migrantes

- Tema 2: Gastos de bolsillo en salud de población migrante

-Aspectos económicos referentes a gasto de bolsillo

-Gastos principales y relevantes del bolsillo en salud de los migrantes

4.3. *Búsqueda de la información*

Es de suma importante precisar que para los temas a tratar se consultaron bases de datos para realizar la búsqueda tales como:

- Google Académico (https://scholar.google.es/schhp?hl=es)
- LCR virtual (http://www.virtuallrc.com/)
- PUBMED (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/)
- PROQUEST (https://www.proquest.com/LATAM-ES/) operados desde la Biblioteca de la Universidad El Bosque.

También se acudió de manera directa y concisa a páginas como lo son:

- La Organización Mundial de la Salud - OMS (https://www.who.int/es)
- Periódicos como El Tiempo (https://www.eltiempo.com/)
- International Organization for Migration -IOM (https://unhabitat.org/donor-relations/donor/international-organization-migration)
- Banco de la República, Centro de Estudios Económicos Regionales - CEER (http://www.banrep.gov.co/)
- Ministerio de Relaciones Exteriores Migracion Colombia (http://migracioncolombia.gov.co/).

Para la búsqueda de la información se establecen las siguientes etapas:

a. Selección de palabras claves por temática

Se describen las variables para cada temática de la revisión de literatura a partir de las de las cuales se establecen las palabras claves que permitirán elaborar estrategias de búsqueda de cada una de las temáticas propuestas: definición de los términos Mesh, Decs y sinónimos o términos relacionados. (Ver Tabla 2, 3 y 4.)

Tabla 2. *SELECCIÓN DE PALABRAS CLAVES POR TEMÁTICA DE REVISIÓN*

Variable	**Palabras claves**	
Cobertura en Salud	Palabra clave	**health coverage**
	Términos [MeSH] inglés	Universal Health Insurance [MeSH] Health Care Category[MeSH] **Insurance Coverage[MeSH]**

		Financing, Organized[MeSH]
	Términos [DeSC] español/ inglés/ portugués	Personas con discapacidad, concepto discapacidad en Francia / Disabled Persons / Pessoas com Deficiência / [DeSC]
	Sinónimos / Términos relacionados	• Health Insurance, Universal • Insurance, Universal Health • Universal Coverage • Coverage, Universal

Tabla 3 . *SELECCIÓN DE PALABRAS CLAVES POR TEMÁTICA DE REVISIÓN*		
Variable	**Palabras claves**	
Gasto de Bolsillo en Salud	Palabra clave	**Gasto de Bolsillo en Salud**
	Términos [MeSH] ingles	Health Expenditures (MeSH)

	Términos [DeSC] español/ inglés/ portugués	Health Expenditures (MeSH)
	Sinónimos / Términos relacionados	• Expenditure, Health • Health Expenditure • Expenditures, Health • Expenditures, Direct • Direct Expenditure • Expenditure, Direct • Expenditures, Out-of-Pocket • Expenditures, Out of Pocket • Out-of-Pocket Expenditure

Tabla 3. *SELECCIÓN DE PALABRAS CLAVES POR TEMÁTICA DE REVISIÓN (Quality of life)*		
Variable	**Palabras claves**	
Inmigrantes	Palabra clave	Inmigrantes
	Términos [MeSH]	Emigrants and Immigrants (MeSH)

	inglés	
	Términos [DeSC] español/ inglés/ portugués	Inmigrantes
	Sinónimos / Términos relacionados	• Immigrants and Emigrants • Immigrants • Immigrant • Foreigners

b. Estructuración de estrategia de búsqueda por temática

Se seleccionan las palabras claves más pertinentes para estructurar los algoritmos de las estrategias de búsqueda por cada una de las temáticas establecidas, que se precisan en la tabla 5 a continuación:

Tabla 4. *ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA*	
Algoritmo de búsqueda para la temática 1	**Cobertura en salud en población migrante**
#1 (Universal Health Insurance) AND (Emigrants and Immigrants) **#2** ((Universal Health Insurance) OR health coverage) AND (Emigrants and Immigrants) **#3** (((Universal Health Insurance) OR Health Care Category) OR health coverage) AND	

(Emigrants and Immigrants)	
Algoritmo de búsqueda para la temática 2	**Gasto de bolsillo en salud en población migrante.**
#1 ((Health Expenditures) OR Expenditures, Out-of-Pocket) AND (Emigrants and Immigrants) **#2** (Health Expenditures) AND (Emigrants and Immigrants) **#3** (((Health Expenditures) OR Out-of-Pocket Expenditure) OR Expenditures, Direct) AND (Emigrants and Immigrants)	
Algoritmo final de búsqueda	**Cobertura en salud y gasto de bolsillo en salud de población migrante.**
#1 (((((Universal Health Insurance) OR Health Care Category) OR health coverage) AND (Emigrants and Immigrants))) AND ((Health Expenditures) AND (Emigrants and Immigrants)) **#2** ((Universal Health Insurance) AND ((Health Expenditures) AND (Emigrants and Immigrants))) **#3** ((((Universal Health Insurance) AND (Emigrants and Immigrants))) OR (((Universal Health Insurance) OR health coverage) AND (Emigrants and Immigrants))) AND (((Health Expenditures) OR Expenditures, Out-of-Pocket) AND (Emigrants and Immigrants))	

c. Resultados de aplicación de estrategia de búsqueda por temática en bases de datos

Se aplica la estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos mencionadas previamente y conforme a las temáticas establecidas, se registran los artículos identificados en la tabla No 6.

Tabla 5. ***Resultados aplicación de Estrategia de búsqueda por Temática***			
Temática 1	**Cobertura en salud y población migrante**		
Búsqueda	**Algoritmos**	**Cantidad de artículos encontrados[JCTR1]**	**Cantidad seleccionada por Titulo/ abstract**
#1	**(Universal Health Insurance) AND (Emigrants and Immigrants)**	**37**	**10**
#2	((Universal Health Insurance) OR health coverage) AND (Emigrants and Immigrants)	**322**	**23**
#3	(((Universal Health Insurance) OR Health Care Category) OR health coverage) AND (Emigrants and Immigrants)	**369**	**12**

Tabla 6. *Resultados aplicación de Estrategia de búsqueda por Temática*			
Temática 2.	**Gasto de bolsillo de salud**		
Búsqued	**Algoritmos**	**Cantidad de**	**Cantidad**

a		artículos encontrados	seleccionada por Titulo/ abstract
#1	**#1** ((Health Expenditures) OR Expenditures, Out-of-Pocket) AND (Emigrants and Immigrants)	**49**	**7**
#2	**#2** (Health Expenditures) AND (Emigrants and Immigrants)	**49**	**2**
#3	**#3** (((Health Expenditures) OR Out-of-Pocket Expenditure) OR Expenditures, Direct) AND (Emigrants and Immigrants)	**50**	**3**

Tabla 7. *Resultados aplicación de Estrategia de búsqueda por Temática*			
Temática 3	**Cobertura en salud y gasto de bolsillo en salud de población migrante.**		
Búsqueda	**Algoritmos**	**Cantidad de artículos**	**Cantidad seleccionada por**

		encontrados[JCTR1]	**Titulo/ abstract**
#1	(((((Universal Health Insurance) OR Health Care Category) OR health coverage) AND (Emigrants and Immigrants))) AND ((Health Expenditures) AND (Emigrants and Immigrants))	**14**	**2**
#2	((Universal Health Insurance) AND ((Health Expenditures) AND (Emigrants and Immigrants)))	**33**	**6**
#3	((((Universal Health Insurance) AND (Emigrants and Immigrants))) OR (((Universal Health Insurance) OR health coverage) AND (Emigrants and Immigrants))) AND (((Health Expenditures) OR Expenditures, Out-of-Pocket) AND (Emigrants and Immigrants))	**13**	**2**
#4	International Organization for Migration (IOM). World Migration Report 2018. Switzerland. 2017	**1**	**1**
#5	Organización Mundial de Salud. The document Health of Migrants document.United States of America. 2016	**1**	**1**
#6	Ministerio de Relaciones Exteriores Migración Colombia. Radiografia Migratoria	**1**	**1**

	Colombia-Venezuela. Colombia. 2017		
#7	Banco de la República, Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER).“Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012)”, Documentos de trabajo sobre economía regional, Reina, Yuri. 2014.	**1**	**1**

d. Preselección de artículos por temática

Luego de identificar diferentes bases de datos se realizó una preselección de artículos por las temáticas establecidas como se describe a continuación:

Tabla 8. ***Preselección de artículos por temática***	
TEMÁTICA 3	Cobertura en salud y gasto de bolsillo en salud de población migrante.
BASE DE DATOS	PUBMED (cual es el acceso y la cobertura en salud de migrantes de diferentes países,) y cuánto aportan la población migrante a su servicio de salud
ALGORITMO FINAL	
Artículos preseleccionados **eferencia -estilo Vancouver y abstract**	

1.J. Mou a,d, S.M. Griffiths b,d, H.F. Fong c, M.G. Dawes a,Defining migration and its health impact in China,China,Available online 13 December 2014

abstract:The scale and rapid expansion of urbanization resulting from socio-economic trans-formation in China at the beginning of the 21st century has accelerated ruraleurban migration. Public health concerns from this increasing internal population mobility are now receiving attention from researchers. The health problems from internal migration pose particular demands on healthcare systems and relate to its demographic character-istics, with many younger and older people being left behind in the rural countryside. Areview of literature, census, policy reports, government documents and media was un-dertaken to look at the classification system and health characteristics of China's internalmigrants. It suggests that public health bears the consequences of political and economic decisions made elsewhere in society. a 2014 The Royal Society for Public Health. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

2. A Solé-Auró,Health care usage among immigrants and native-born elderly populations in eleven European countries: results from SHARE, los angeles,form as: Eur J Health Econ. 2012 December.

Abstract

Differences in health care utilization of immigrants 50 years of age and older relative to the native-born populations in eleven European countries are investigated. Negative binomial and zero-inflated Poisson regression are used to examine differences between immigrants and native-borns in number of doctor visits, visits to general practitioners, and hospital stays using the 2004 Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe database. In the pooled European sample and in some individual countries, older immigrants use from 13 to 20% more health services than native-borns after demographic characteristics are controlled. After controlling for the need for health care, differences between immigrants and native-borns in the use of physicians, but not hospitals, are reduced by about half. These are not

changed much with the incorporation of indicators of socioeconomic status and extra insurance coverage. Higher country-level relative expenditures on health, paying physicians a fee-for-service, and physician density are associated with higher usage of physician services among immigrants.

3.Joshua Wassink, Uninsured Migrants: Health Insurance Coverage and Access to Care Among Mexican Return Migrants,Published in final edited form as: Demogr Res. 2018 ; 38: . doi:10.4054/DemRes.2018.38.17.

Abstract :Background—Despite an expansive body of research on health and access to medical care among Mexican immigrants in the United States, research on return migrants focuses primarily on their labor market mobility and contributions to local development.

Objective—Motivated by recent scholarship that documents poor mental and physical health among Mexican return migrants, this study investigates return migrants' health insurance coverage and access to medical care.

Methods—I use descriptive and multivariate techniques to analyze data from the 2009 and 2014 rounds of Mexico's National Survey of Demographic Dynamics (ENADID, combined n=632,678). Results—Analyses reveal a large and persistent gap between recent return migrants and non- migrants, despite rising overall health coverage in Mexico. Multivariate analyses suggest that unemployment among recent arrivals contributes to their lack of insurance. Relative to non- migrants, recently returned migrants rely disproportionately on private clinics, pharmacies, self- medication, or have no regular source of care. Mediation analysis suggests that returnees' high rate of uninsurance contributes to their inadequate access to care. Conclusion—This study reveals limited access to medical care among the growing population of Mexican return migrants, highlighting the need for targeted policies to facilitate successful reintegration and ensure access to vital resources such as health care.

4. **M,Rue1,2, M, Serna, J, Soler-Gonzalez,A, Bosch2, M, Ruiz-Magaz, and L, Galvan,Differences in pharmaceutical consumption and expenses between immigrant and**

Spanish-born populations in Lleida, (Spain): A 6-months prospective observational study,Published: 6 February 2008

Abstract

Background: There are few studies comparing pharmaceutical costs and the use of medications between immigrants and the autochthonous population in Spain. The objective of this study is to evaluate whether there are differences in pharmaceutical consumption and expenses between immigrant and Spanish-born populations.

Methods: Prospective observational study in 1,630 immigrants and 4,154 Spanish-born individuals visited by fifteen primary care physicians at five public Primary Care Clinics (PCC) during 2005 in the city of Lleida, Catalonia (Spain). Data on pharmaceutical consumption and expenses was obtained from a comprehensive computerized data-collection system. Multinomial regression models were used to estimate relative risks and confidence intervals of pharmaceutical expenditure, adjusting for age and sex.

Results: The percentage of individuals that purchased medications during a six-month period was 53.7% in the immigrant group and 79.2% in the autochthonous group. Pharmaceutical expenses and consumption were lower in immigrants than in autochthonous patients in all age groups and both genders. The relative risks of being in the highest quartile of expenditure, for Spanish-born versus immigrants, were 6.9, 95% CI = (4.2, 11.5) in men and 5.3, 95% CI = (3.5, 8.0) in women, with the reference category being not having any pharmaceutical expenditure.

Conclusion: Pharmaceutical expenses are much lower for immigrants with respect to

autochthonous patients, both in the percentage of prescriptions filled at pharmacies and the number of containers of medication obtained, as well as the prices of the medications used. Future studies should explore which factors explain the observed differences in pharmaceutical expenses and if these disparities produce health inequalities.

5.E, Aguila, PhD,1, and A, Vega, PhD2,Social Security Contributions and Return Migration Among Older Male Mexican Immigrants,Editorial Decision date June 19, 2016

Abstract

Purpose: For decades, scholars have studied the effects of immigration on the U.S. social security system. To date, this research has been primarily limited to migrants within the United States and does not consider those who return to their countries of origin. We estimate the proportion of male Mexican return migrants who contributed to the U.S. social security system and analyze their socioeconomic characteristics and migration histories. We also estimate the proportion that receive or expect to receive U.S. social security benefits.

Design and Methods: Using probit regression on the 2012 Mexican Health and Aging Study (MHAS), we describe the pre-dictors of having contributed to the U.S. social security system among Mexican males in Mexico aged 50 years and older who at some point lived in the United States.

Results: We find that 32% of male return migrants reported having contributed to the U.S. social security system, but only 5% of those who contributed, received or expected to receive benefits. Those who reported having contributed spent more years in the United States and were more likely to be U.S. citizens or legal permanent residents than those who did not contribute. Implications: Immigrants often pay Old-Age, Survivors, and Disability Insurance taxes using legitimate or illegitimate social security numbers and return to their home countries without collecting U.S. social security benefits.

6. A. Fernández-Niño,E, Navarro-Lechuga,Migración humana y salud: un campo emergente de investigación en Colombia,Rev. Salud Pública. 20 (4): 404-405, 2018

Abstract

7. Huabin Luo, PhD,1 Bei Wu, PhD2,Acculturation and Dental Service Use Among Asian

Immigrants in the U.S,American Journal of Preventive Medicine.Prev Med 2016;51(6):939–946)

Introduction: The objective of this study was to assess dental service utilization across different Asian immigrant groups and to examine the relationship between acculturation and dental service utilization among Asian immigrants in the U.S.

Methods: Data were from the 2013 and 2014 National Health Interview Surveys. Multiple logistic regression models were used to examine the association between acculturation and having a dental visit in the previous 12 months, controlling for predisposing, enabling, and need factors. Acculturation was measured by length of stay in the U.S., English language proficiency, and U.S. citizenship. The sample was 2,948 adult Asian immigrants who were dentate. Data were analyzedin 2016.

Results: Dental service utilization varied across Asian immigrant groups. High English proficiency and longer length of stay were significantly associated with having a dental visit (po0.05). In the final model, after adding enabling factors—dental insurance and family income levels—length of stay in the U.S. (Z5 years) remained significant, whereas English language proficiency was not a significant correlate of having a dental visit.

Conclusions: Length of stay in the U.S. is a significant factor affecting dental service utilization among Asian immigrants.

9. Leighton Ku, PhD, MPH,Health Insurance Coverage and Medical Expenditures of Immigrants and Native-Born Citizens in the United States,J Public Health. 2009;99:1322–1328.

Objectives. I examined insurance coverage and medical expenditures of both immigrant and US-born adults to determine the extent to which immigrants contribute to US medical expenditures.

Methods. I used data from the 2003 Medical Expenditure Panel Survey to perform 2-part

multivariate analyses of medical expenditures, controlling for health status, insurance coverage, race/ethnicity, and other sociodemographic factors.

Results. Approximately 44% of recent immigrants and 63% of established immigrants were fully insured over the 12-month period analyzed. Immigrants' per-person unadjusted medical expenditures were approximately one half to two thirds as high as expenditures for the US born, even when immigrants were fully insured. Recent immigrants were responsible for only about 1% of public medical expenditures even though they constituted 5% of the population. After controlling for other factors, I found that immigrants' medical costs averaged about 14% to 20% less than those who were US born.

Conclusions. Insured immigrants had much lower medical expenses than insured US-born citizens, even after the effects of insurance coverage wer controlled. This suggests that immigrants' insurance premiums may be cross- subsidizing care for the US-born. If so, health care resources could be redirectedback to immigrants to improve their care.

10.S. Pati, Immigrant Children's Reliance on Public Health Insurance in the Wake of Immigration Reform,Public Health. 2008;98:2004–2010.

Objectives. We sought to determine whether the reversal of the public charge rule of the Illegal Immigration Reform and Immigrant Responsibility Act, which may have required families to pay for benefits previously received at no cost, led to immigrant children becoming increasingly reliant on public health insurance programs.

Methods. We conducted a secondary data analysis focusing on low-income children sampledin the 1997 through 2004 versions of the National HealthInterview Survey.

Results. Between 1997 and 2004, public health insurance enrollments and the numbers of uninsured foreign-born children in the United States increased by 3.1% and 2.7%, respectively. Using multinomial logistic regression models to account for the substantial differences in socioeconomic status between foreign- born and US-born children, we found

that low-income US-born children were just as likely as foreign-born children to have public health insurance coverage (odds ratio [OR]= 1.16; 95% confidence interval [CI]= 0.89, 1.52) and that, after 2000, foreign-born children were 1.59 times (95% CI = 1.24, 2.05) more likely than were US-born children to be uninsured (vs publicly insured).

Conclusions. In the wake of the reversal of the public charge rule, immigrant chil- dren are increasingly likely to be uninsured as opposed to relying on public health insurance.

11.Y. Jackson, A. Paignton, H. Wolff, N. Delicado,Health of undocumented migrants in primary care in Switzerland,Ed: Sabine Rohrmann, University of Zurich, SWITZERLAND,July 27, 2018

Abstract

Background Undocumented migrants endure adverse living conditions while facing barriers to access healthcare. Evidence is lacking regarding their healthcare needs, notably in regards to chronic diseases. Our goal was to investigate health conditions in undocumented migrants attended in primary care setting.

Methods This study was conducted at the primary care outpatient clinic, Geneva University Hospitals, Switzerland. We retrospectively recorded and coded all medical conditions of a random sample of 731 undocumented migrants using the International Classification of Primary Care, 2nd version (ICPC-2). We dichotomized conditions as chronic or non-chronic and con- sidered multimorbidity in the presence of three or more chronic conditions.

Results Participants originated from 72 countries and were mainly female (65.5%) with a mean age of 42.4 (standard deviation [SD]: 11.4) years. They presented a mean of 2.9 (SD: 2.1; range: 1–17) health conditions. In multivariable analysis, the number of conditions was associated with female gender ($p = 0.011$) and older age ($p < 0.001$), but not with origin ($p = 0.373$). The body systems most frequently affected were endocrine, metabolic and nutri- tional (n = 386; 18.4%), musculoskeletal (n = 308, 14.7%) and digestive (n = 266, 12.8%).

Hypertension (17.9%; 95% CI: 15.2%, 29.9%), obesity or overweight (16%; 95% CI: 13.4%, 18.9%) and gastric problems (14.1%; 95% CI: 11.6%, 16.8%) were most prevalent. Overall, 71.8% (95% CI: 68.5%, 75%) participants had at least one chronic condition while 20% (95% CI: 17.2%, 23.1%) had three or more. In multivariable analysis, age (p <0.001) was the only predictor of presenting at least one or three or more chronic conditions.

Conclusions

Undocumented migrants present multiple health problems in primary care settings and bear an important burden of chronic diseases. The extent of multimorbidity highlights the need to provide and facilitate the access to comprehensive and long-term primary healthcare services.

12.Viroj Tangcharoensathien,a Aye Aye Thwinb, Walaiporn Patcharanarumola,Implementing health insurance for migrants, Thailand,Bull World Health Organ 2017.

Problem Undocumented migrant workers are generally ineligible for state social security schemes, and either forego needed health services or pay out of pocket. **Approach** In 2001, the Thai Ministry of Public Health introduced a policy on migrant health. Migrant health insurance is a voluntary scheme, funded by an annual premium paid by workers. It enables access to health care at public facilities and reduces catastrophic health expenditures for undocumented migrants and their dependants. A range of migrant-friendly services, including trained community health volunteers, was introduced in the community and workplace. In 2014, the government introduced a multisectoral policy on migrants, coordinated across the interior, labour, public health and immigration ministries. **Local setting** In 2011, around 0.3 million workers, less than 9% of the estimated migrant labour force of 3.5 million, were covered by Thailand's social security scheme. **Relevant changes** A review of the latest data showed that from April to July 2016, 1 146 979 people (33.7% of the total estimated migrant labourers of 3 400 787) applied, were screened and were enrolled in the migrant health

insurance scheme. Health volunteers, recruited from migrant communities and workplaces are appreciated by local communities and are effective in promoting health and increasing uptake of health services by migrants. **Lessons learnt** The capacity of the health ministry to innovate and manage migrant health insurance was a crucial factor enabling expanded health insurance coverage for undocumented migrants. Continued policy support will be needed to increase recruitment to the insurance scheme and to scale-up migrant-friendly services.

14.XIAO-LI, COLMAN MCGRA & HUAN-CAI ,Oral health status of rural–urban migrant children in South China,International Journal of Paediatric Dentistry 2011.

Background. In China, there is a massive rural– urban migration and the children of migrants are often unregistered residents (a 'floating popula-tion'). Aim. This pilot study aimed to profile the oral health of migrant children in South China's prin- cipal city of migration and identify its socio-demo- graphic ⁄ behavioural determinants. Design. An epidemiological survey was conducted in an area of Guangzhou among 5-year-old migrant children (n = 138) who received oral examinations according to the World Health Organization cri-teria. Parents' oral health knowledge ⁄ attitude, child practices, and impact of children's oral health on their quality-of-life (QoL) were assessed.

Results. The caries rate and mean (SD) dmft were 86% and 5.17 (4.16), respectively, higher than those national statistics for both rural and urban($P < 0.05$). Oral hygiene was satisfactory (DI-S < 1.0) in 3% of children. Oral health impacts on QoL were considerable; 60% reported one or more impacts. 58% variance in 'dmft' was explained by 'non-local-born', 'low-educated par-ents', 'bedtime feeding', 'parental unawareness of fluoride's effect and importance of teeth', and 'poor oral hygiene' (all $P < 0.05$). 'Non-local- born' and 'dmft' indicated poor oral health- related QoL (both $P < 0.05$), accounting for 32% of variance Conclusion. Oral health is poor among rural– urban migrant children and requires effective interventions in targeted sub-groups.

15.L. González A.La clase media en Venezuela,mayo 2014

Abstract

La dificultad para acceder a una vivienda, las precarias condiciones del empleo, la alta inflación y la escasez son algunos de los obstáculos para que este sector la población pueda alcanzar un nivel de vida mejor o igual al de generaciones . Demandas que no son contrarias con el bienestar de las mayorías

16.S. R Lattof,Health insurance and care-seeking behaviours of female migrants in Accra, Ghana,Health Policy and Planning, 33, 2018,

Abstract

People working in Ghana's informal sector have low rates of enrolment in the publicly funded National Health Insurance Scheme. Informal sector workers, including migrant girls and women from northern Ghana working as head porters (kayayei), report challenges obtaining insurance and seeking formal health care. This article analyses how health insurance status affects kayayei mi- grants' care-seeking behaviours. This mixed-methods study involved surveying 625 migrants using respondent-driven sampling and conducting in-depth interviews with a sub-sample of 48 migrants. Analyses explore health status and health seeking behaviours for recent illness/injury. Binary logis- tic regression modelled the effects of selected independent variables on whether or not a recently ill/injured participant (n 1⁄4 239) sought health care. Although recently ill/injured participants (38.4%) desired health care, less than half (43.5%) sought care. Financial barriers overwhelmingly limit kayayei migrants from seeking health care, preventing them from registering with the National Health Insurance Scheme, renewing their expired health insurance policies, or taking time away from work. Both insured and uninsured migrants did not seek formal health services due to the un-predictable nature of out-of-pocket expenses. Catastrophic and impoverishing medical expenses also drove participants' migration in search of work to repay loans and hospital bills. Health insur-ance can help minimize these expenditures, but only 17.4% of currently insured participants (58.2%) reported holding a valid health insurance card in Accra. The others lost

their cards or forgot them when migrating. Access to formal health care in Accra remains largely inaccessible to kayayei migrants who suffer from greater illness/injury than the general female population in Accra and who are hindered in their ability to receive insurance exemptions. With internal migration on the rise in many settings, health systems must recognize the varied needs of populations in multi- ethnic and multilingual countries to ensure that internal migrants can access affordable, quality health services across domestic borders.

17, **P.T. González Pérez, GASTO DE BOLSILLO EN SALUD ORAL EN UN GRUPO DE USUARIOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO. Manizales 2012**

Introducción. El gasto de bolsillo afecta el ingreso familiar y el acceso a los servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social (SGSS) en Colombia. Objetivo: Estimar el gasto de bolsillo en salud oral y su relación con el ingreso familiar mensual, el sexo y el estrato socioeconómico de un grupo de personas pertenecientes al Plan Obligatorio de Salud subsidiado (POS-S) de la ciudad de Manizales 2012. Métodos: Estudio descriptivo sobre una muestra intencional de 254 pacientes de la ESE Asbasalud que asistieron a consulta odontológica en tres meses (2012). Los datos fueron recolectados por medio de encuesta y una hoja de registro, tabulados y procesados en el paquete estadístico SPSS 20.0 para estimar el modelo econométrico con las variables gasto e ingreso familiar mensual. Resultados: el gasto de bolsillo en salud oral es de 71 pesos por cada mil ganados. El porcentaje de gasto de bolsillo en salud oral es de 8,8%; este gasto involucra pagos de consulta al especialista, transporte y elementos para mantener la salud oral. Los hombres gastan más en salud oral que las mujeres y los pacientes del estrato 3 muestran un mayor gasto de bolsillo en salud oral. Conclusiones: el gasto de bolsillo en salud oral, solo, no alcanza la proporción requerida para ser considerado catastrófico. No obstante, el porcentaje de gasto de bolsillo más alto está representado por la consulta al especialista y transporte. Esto se debe a que el POS-S salud oral del SGSS no cubre las necesidades de tratamiento de los pacientes.

18.S. S. Choi,Out-of-Pocket Expenditures and the Financial Burden of Healthcare Among

Older Adults: By Nativity and Length of Residence in the United States,Journal of Gerontological Social Work, 58:149–170, 2015.

Newly arrived older immigrants in the United States tend to be greatly affected by increasing out-of-pocket healthcare expendi- tures due to their limited insurance options. To examine such disparities in the out-of-pocket expenditures, this study analyzed the Medical Expenditure Panel Survey by immigrant status. Major findings of this study indicated that although recent immigrants had lower total healthcare expenditures, they spent much higher proportions of their annual income on out-of-pocket medical pay- ments, compared with their US-born counterparts. Dramatically higher out-of-pocket burdens among recent immigrants represent a barrier to necessary healthcare, which needs to be addressed from both public health and economic perspectives.

19. A. Mohanty, MD, MPH, Steffie Woolhandler, MD, MPH, D. U. Himmelstein, MD, S. P, MD, MPH, O. Carrasquillo,, and D. H. Bor.Health Care Expenditures of Immigrants in the United States:A Nationally Representative Analysis,Public Health. 2005;95:1431–1438.

Objectives. We compared the health care expenditures of immigrants resid-ing in the United States with health care expenditures of US-born persons.

Methods. We used the 1998 Medical Expenditure Panel Survey linked to the 1996–1997 National Health Interview Survey to analyze data on 18398 US-born persons and 2843 immigrants. Using a 2-part regression model, we estimated total health care expenditures, as well as expenditures for emergency department (ED) visits, office-based visits, hospital-based outpatient visits, inpatient visits, and prescription drugs. Results. Immigrants accounted for $39.5 billion (SE=$4 billion) in health care expenditures. After multivariate adjustment, per capita total health care expen- ditures of immigrants were 55% lower than those of US-born persons ($1139 vs $2546). Similarly, expenditures for uninsured and publicly insured immigrants were approximately half those of their US-born counterparts. Immigrant chil- dren had 74% lower per capita health care expenditures than US-born children. However, ED

expenditures were more than 3 times higher for immigrant chil- dren than for US-born children.

Conclusions. Health care expenditures are substantially lower for immigrants than for US-born persons. Our study refutes the assumption that immigrants represent a disproportionate financial burden on the US health care system.

20.W. Tarraf, Gail A. J. M. Gonzalez,Impact of Medicare Age Eligibility on Health Spending among U.S. and Foreign-Born Adults,Health Services Research 51:3, Part I June 2016.

Objective. Examine differences in health care expenditures between foreign-born and U.S.-born adults in late mid-life, and how these differences change after age 65, when Medicare is near-universal.Data. Medical Expenditures Panel Survey data (2000–2010) on adults ages 55–75 years (n = 46,132) to examine annual total and payer-specific expenditures. Study Design. We use (1) propensity score matching to generate quasi-experimental samples with equivalent health needs and health care preferences, (2) generalized lin-ear modeling to estimate group differences in expenditures, and (3) bootstrapping methods to obtain variance estimates for significance testing. Principal Findings. Among adults ages 55–64, the foreign-born spend $3,314 ($p < .001$) less on health care, even when they have equivalent health needs and healthcare preferences. This difference is due mainly to lower spending through private insurance. After age 65, differences in total spending disappear but not differences in payer-specific spending. The foreign-born continue to spend significantly less through private insurance and begin to spend significantly more through Medicare and Medi-caid.

Conclusion. Foreign-born adults in late mid-life spend significantly less on health care than U.S.-born adults. After age 65, with near-universal Medicare coverage, differences in total spending disappear between the groups, although differences in spending by payer persist. Key Words. Medicare, health expenditures, insurance, immigrant health care, disparities.

21. L. Ku, Health Insurance Coverage and Medical Expenditures of Immigrants and Native-

Born Citizens in the United States,July 2009.

Objectives. I examined insurance coverage and medical expenditures of both immigrant and US-born adults to determine the extent to which immigrants contribute to US medical expenditures.

Methods. I used data from the 2003 Medical Expenditure Panel Survey to perform 2-part multivariate analyses of medical expenditures, controlling for health status, insurance coverage, race/ethnicity, and other sociodemographic factors. Results. Approximately 44% of recent immigrants and 63% of established immigrants were fully insured over the 12-month period analyzed. Immigrants' per-person unadjusted medical expenditures were approximately one half to two thirds as high as expenditures for the US born, even when immigrants were fully insured. Recent immigrants were responsible for only about 1% of public medical expenditures even though they constituted 5% of the population. After controlling for other factors, I found that immigrants' medical costs averaged about 14% to 20% less than those who were US born. Conclusions. Insured immigrants had much lower medical expenses than insured US-born citizens, even after the effects of insurance coverage were controlled. This suggests that immigrants' insurance premiums may be cross-subsidizing care for the US-born. If so, health care resources could be redirected back to immigrants to improve their care.

22.P. Pavón-Leóna,, H. Reyes-Moralesb, A. J. Martínezc, S. Méndez-Maínd,M. Gogeascoechea-Trejoa y M. L. Blázquez-Morales,Gasto de bolsillo en adultos mayores afiliados a un seguro público de salud en México,27 de febrero de 2017

Objetivo: Identificar la asociación de distintas variables sociodemográficas con el gasto de bolsillo en servicios de salud en adultos de 60 años˜ y más afiliados al Seguro Popular (SP). Método: Estudio transversal analítico. Se realizó una encuesta a través de una entrevista cara a cara a usuarios de la consulta externa de tres unidades médicas del estado de Veracruz: centro de salud (primer nivel), hospital regional (segundo nivel) y hospital de alta

especialidad. El gasto de bolsillo en salud en el último ano˜ se analizó con el modelo lineal generalizado.

Resultados: La muestra fue de 1049 adultos de 60 anos˜ y más beneficiarios del SP y la tasa de respuesta fue del 97,7%. El gasto de bolsillo en salud mensual fue US$ 64,8 (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 59,9- 69,8). El rubro con mayor gasto fueron los medicamentos incluidos en el SP (US$ 28,8; IC95%: 25,8-31,7) y los medicamentos que no cubre el SP (US$ 8; IC95%: 6,7-9,2). Conclusiones: Los adultos de 60 anos˜ y más afiliados al SP pagan de su bolsillo para atender su salud, a pesar de contar con un seguro público de salud, lo que representa una inequidad en el acceso, principalmente para los más vulnerables, como son la población rural.

23.A. Weilbaecher, Immigrant Health Care: Social and Economic Costs of Denying Access,texas,2008.

Immigrants' access to health care is at the forefront of the nation's political debates. Dr. Jos& A. Pagdn addressed this widely contested issue at the First Annual Beazley Symposium on Access to Health Care at Loyola University Chicago School of Law. Dr. Pagdn is a professor of economics and Director of the Institute for Population Health Policy in the Department of Economics and Finance at the University of Texas-Pan American, in Edinburg, Texas. Dr. Pagdn is also a senior fellow at the Leonard Davis Institute of Health Economics at the University of Pennsylvania. He received B.S. and M.A degrees in mathematics and economics from Ohio State University, and a Ph.D. in economics from the University of New Mexico. Dr. Pagdn was a Fulbright Scholar in Mexico, a consultant for the World Bank and the Inter-American Conference on Social Security, and a Robert Wood Johnson Health and Society Scholar at the University of Pennsylvania. As the recipient of a 2007 Investigator Award in Health Policy Research from the Robert Wood Johnson Foundation, he has researched and published in the areas of economics and immigration, the impact of health status on employment and productivity, health care access, and population health consequences and community effects of uninsurance. Dr. Pagdn introduced his talk by arguing that it is in the "enlightened self

interest" of communities to provide health care to immigrants. His researchwith colleague Dr. Mark Pauly, a senior fellow at the Leonard Davis Institute of Health Economics at the University of Pennsylvania, demonstrated that there are monetary and non-monetary spillovers to providing healthcare access to the uninsured, including immigrants (both documented and undocumented).

24.W. Tarraf, MBA,, Y. Miranda, H. M. González,Medical Expenditures among Immigrant and Non-Immigrant Groups in the U.S.: Findings from the Medical Expenditures Panel Survey (2000–2008),U.S,Med Care. 2012.

Abstract

Objective—To examine time trends and differences in medical expenditures between non-citizens, foreign-born, and U.S.-born citizens.

Methods—We used multi-year Medical Expenditures Panel Survey (2000–2008) data on non-institutionalized adults in the U.S. (N=190,965). Source specific and total medical expenditures were analyzed using regression models, bootstrap prediction techniques, and linear and non-linear decomposition methods to evaluate the relationship between immigration status and expenditures, ontrolling for confounding effects.

Results—We found that the average health expenditures between 2000 and 2008 for non-citizens immigrants ($1,836) were substantially lower compared to both foreign-born ($3,737) and U.S.- born citizens ($4,478). Differences were maintained after controlling for confounding effects. Decomposition techniques showed that the main determinants of these differences were the availability of a usual source of healthcare, insurance, and ethnicity/race.

Conclusion—Lower healthcare expenditures among immigrants result from disparate access to healthcare. The dissipation of demographic advantages among immigrants could prospectively produce higher pressures on the U.S. healthcare system as immigrants age and

levels of chronic conditions rise. Barring a shift in policy, the brunt of the effects could be borne by an already overextended public healthcare system.

25.M, McAuliffe (IOM) and M. Ruhs,WORLD MIGRATION REPORT 2018,edit review and production team,2018.

The opinions expressed in the report are those of the authors and do not necessarily reflect the views of the International Organization for Migration (IOM). The designations employed and the presentation of material throughout the report do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of IOM concerning the legal status of any country, territory, city or area, or of its authorities, or concerning its frontiers or boundaries. IOM is committed to the principle that humane and orderly migration benefits migrants and society. As an intergovernmental organization, IOM acts with its partners in the international community to: assist in meeting the operational challenges of migration; advance understanding of migration issues; encourage social and economic development through migration; and uphold the human dignity and well-being of migrants.

26, A. Mohanty, MD, MPH, Steffie Woolhandler, U. Himmelstein,Health Care Expenditures of Immigrants in the United States: A Nationally Representative Analysis,August 2005.

Objectives. We compared the health care expenditures of immigrants resid- ing in the United States with health care expenditures of US-born persons.

Methods. We used the 1998 Medical Expenditure Panel Survey linked to the 1996–1997 National Health Interview Survey to analyze data on 18398 US-born persons and 2843 immigrants. Using a 2-part regression model, we estimated total health care expenditures, as well as expenditures for emergency department (ED) visits, office-based visits, hospital-based outpatient visits, inpatient visits, and prescription drugs. Results. Immigrants accounted for $39.5 billion (SE=$4 billion) in health care expenditures. After multivariate adjustment, per capita total health care expen- ditures of immigrants were 55% lower than those of US-born persons ($1139 vs $2546). Similarly, expenditures for uninsured and publicly insured

immigrants were approximately half those of their US-born counterparts. Immigrant chil-dren had 74% lower per capita health care expenditures than US-born children. However, ED expenditures were more than 3 times higher for immigrant chil-dren than for US-born children.Conclusions. Health care expenditures are substantially lower for immigrants than for US-born persons. Our study refutes the assumption that immigrants represent a disproportionate financial burden on the US health care system.

27.V N. Salgado de Snyder, T. González-Vázquez, C. Infante-Xibille, M. Márquez-Serrano, B. Pelcastre-Villafuerte,E. E Serván-Mori.Servicios de salud en la Mixteca:utilización y condición de afiliación en hogares de migrantes y no-migrantes a EU,,Mex 2010.

Abstract

Objective. To describe the socioeconomic and demogra- phic characteristics of households in the Mixteca Baja and nanalyze differences in affiliation with health care programs and utilization, among members of households with migrants (HogMig) and without migrants (HogNoMig) to the United States. Material and Methods. A cross-sectional, descriptive survey was used with heads of households in a representative sample from the Mixteca Baja of 702 homes with and without migrants to the US. Results. Members of HogMig had more personal and economic resources than those of HogNoMig; they also regularly received remittances. The majority of mem- bers of both HogMig and HogNoMig did not receive benefits from the Oportunidades program or health coverage through Seguro Popular, IMSS or ISSSTE. In general, while they used the local health clinic, they often preferred to pay for private practitioners. A small proportion of those covered by IMSS or ISSSTE reported very low utilization of the health services offered by those institutions

32.K. Danso, Nativity and Health Disparities: Predictors of Immigrant Health,USA,10 Mar 2016.

ABSTRACT

This study examines the differences in the social determinants of health and chronic health conditions of immigrants and nonimmigrants. The logistic regression results indicate that employment, education, poverty, residential status, and neighborhood safety have strong influence on the health of immigrants and native-born Americans; however, gender and place of residence are significant to only non immigrant health. For chronic health conditions, age and employment status are significant predictors for immigrants whereas race/ethnicity, age, gender, insurance coverage, and education are important predictors of chronic health conditions among nonimmigrants. Neighborhood safety, English proficiency, and marital status were not significant determinants of the health conditions of both subgroups. The study points to the importance of education, poverty/income, and neighborhood safety as essential determinants of immigrant and non- immigrant health. However, there are variations in the health predictors for each group.

33. M. Reyes and M. Hardy, Health Insurance Instability Among Older Immigrants: Region of Origin Disparities in Coverage,December 14, 2014

Objectives. We provide a detailed analysis of how the dynamics of health insurance coverage (HIC) at older ages dif- fers among Latino, Asian, and European immigrants in the United States.

Method. Using Survey of Income and Program Participation data from the 2004 and 2008 panels, we estimate dis- crete-time event history models to examine first and second transitions into and out of HIC, highlighting substantial differences in hazard rates among immigrants aged 50–64 from Asia, Latin America, and Europe. Results. We find that the likelihood of having HIC at first observation and the rates of gaining and losing coverage within a relatively short time frame are least favorable for older Latino immigrants, although immigrants from all three regions are at a disadvantage relative to native-born non-Hispanic Whites. This disparity among immigrant groups per- sists even when lower rates of citizenship, greater difficulty with English, and low-skill job placements are taken into

account. Discussion. Factors that have contributed to the lower rates and shorter durations of HIC among older immigrants, particularly those from Latin America, may not be easily resolved by the Affordable Care Act. The importance of region of origin and assimilation characteristics for the risk of being uninsured in later life argues that immigration and health care policy should be jointly addressed.

34.D. Dzúrová , P. Winkler, and D. Drbohlav,Immigrants' Access to Health Insurance: No Equality without Awareness,14 July 2014

Abstract: The Czech government has identified commercial health insurance as one of the major problems for migrants' access to health care. Non-EU immigrants are eligible for public health insurance only if they have employee status or permanent residency. The present study examined migrants' access to the public health insurance system in Czechia. A cross-sectional survey of 909 immigrants from Ukraine and Vietnam was conducted in March and May 2013, and binary logistic regression was applied in data analysis. Among immigrants entitled to Czech public health insurance due to permanent residency/asylum, 30% were out of the public health insurance system, and of those entitled by their employment status, 50% were out of the system. Migrants with a poor knowledge of the Czech language are more likely to remain excluded from the system of public health insurance. Instead, they either remain in the commercial health insurance system or they simultaneously pay for both commercial and public health insurance, which is highly disadvantageous. Since there are no reasonable grounds to stay outside the public health insurance, it is concluded that it is lack of awareness that keeps eligible immigrants from entering the system. It is suggested that no equal access to health care exists without sufficient awareness about health care system.

35.A. P. Martinez-Donate, I. Ejebe2, X. Zhang, S. Guendelman, F. Lê-Scherban,, G. Rangel, E. González- Fagoaga, F. Hovell, and C. Amuedo-Dorantes.Access to Health Care Among Mexican Migrants and Immigrants: A Comparison Across Migration Phases,edited form as:J Health Care Poor Underserved. 2017

Abstract

Objectives—We examined differences in, and factors associated with, access to health services among Mexican im/migrants to the U.S. across migration phases, including pre-departure, destination, interception, and return.

Methods—Using data from a cross-sectional survey conducted in Tijuana, Mexico (N=1,541), we computed descriptive statistics and staged logistic regressions to estimate health care access indicators and factors associated with access to services.

Results—Im/migrants at post-migration phases had lower likelihood of receiving health care and having a usual source of care, and higher rates of forgone care, than their counterparts at pre-departure. These differences were partly explained by length of migration phase, health insurance status, transportation barriers, and detention or imprisonment.

Conclusions—Mexican immigrants face challenges in accessing health services across the migration continuum, especially at post-migration phases. Binational efforts to provide affordable insurance coverage and reduce transportation limitations and incarceration could contribute to improving health care access among Mexican immigrants.

36.C. Percheski, S. Bzostek,Public Health Insurance and Health Care Utilization for Children in Immigrant Families,12 july 2017.

Abstract Objectives To estimate the impacts of public health insurance coverage on health care utilization and unmet health care needs for children in immigrant families. Methods We use survey data from National Health Interview Survey (NHIS) (2001–2005) linked to data from Medical Expenditures Panel Survey (MEPS) (2003–2007) for children with siblings in families headed by at least one immigrant parent. We use logit models with family fixed effects. Results Compared to their siblings with public insurance, uninsured children in immigrant families have higher odds of having no usual source of care, having n health care visits in a 2 year period, having high Emergency Department reliance, and having unmet

health care needs. We find no statistically significant difference in the odds of having annual well-child visits. Conclusions for practice Previous research may have underestimated the impact of public health insurance for children in immigrant families. Children in immigrant families would likely bene-fit considerably from expansions of public health insurance eligibility to cover all children, including children without. citizenship. Immigrant families that include both insured and uninsured children may benefit from additional referral and outreach efforts from health care providers to ensure uninsured children have the same access to health care as their publicly-insured siblings.

37.H. Shelton Brown,K. J. W, J. L. Angel, Mexican Immigrant Health: Health Insurance Coverage Implications,Mexico,8 Aug 2019.

Abstract: A key facet of the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) is the expansion of health insurance coverage. However, even with the PPACA, an estimated 11.2 million undocumented immigrants will remain uncovered. The majority of the remaining uncovered immigrant population is of Mexican origin. We assess the long- term benefits and short- term costs of providing coverage to male migrants from Mexico, employing data from the 2007– 2011 Mexican Migration Project (MMP) and the 2009 Medical Expenditures Panel (MEPS) survey. Our results show that health status prior to migration, age at time of interview, emigrating from Central Mexico, and use of health services in the U.S. all predict declines in health at a significant level. We also find that having spent more than 10 cumulative years in the U.S. has borderline significance in predicting health decline (p=.052). Estimated coverage costs for health insurance for largely undocumented immigrants increase over time, but remain lower than those of comparable U.S.-born individuals. We conclude with several policy implications.

38.J. Edward,Undocumented Immigrants and Access to Health Care: Making a Case for Policy Reform,California,2014.

Abstract

The growth in undocumented immigration in the United States has garnered increasing interest in the arenas of immigration and health care policy reform. Undocumented immigrants are restricted from accessing public health and social service as result of their immigration status. The Patient Protection and Affordability Care Act restricts undocumented immigrants from participating in state exchange insurance market places, further limiting them from accessing equitable health care services. This commentary calls for comprehensive policy reform that expands access to health care for undocumented immigrants based on an analysis of immigrant health policies and their impact on health care expenditures, public health, and the role of health care providers. The intersectional nature of immigration and health care policy emphasizes the need for nurse policymakers to advocate for comprehensive policy reform aimed at improving the health and well-being of immigrants and the nation as a whole.

39.S. Jiménez-M. y N. Jorgensen,Inmigración y demanda de seguros sanitarios,On-line 2009.

Introduccion: El aumento del flujo migratorio hacia Espana durante los u´ ltimos 10 an˜os ha tenido repercusiones importantes en la provisión de servicios publicos clave. En este trabajo analizamos el efecto que ha tenido el aumento de la percepción de una mayor congestión sobre la demanda de seguros sanitarios privados. Me´todos: Empleando datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud de los an˜os 2001, 2003 y 2006, se plantean modelos dicoto´micos de elección discreta para modelizar la demanda de doble cobertura sanitaria (seguro público y privado) y sobre la demanda de cobertura privada de funcionarios públicos. Resultados: Los resultados obtenidos apuntan a que tanto el porcentaje de inmigrantes como el incremento de la población resulta en una mayor demanda de seguros me´dicos privados (muestra de doble cobertura), principalmente en grupos de renta media-alta y con hijos, o en una mayor preferencia por un suministrador privado de atención sanitaria (en la muestra de funcionarios pu´ blicos). En ambos casos, esto ocurre para poder acceder con mayor prontitud a servicios

especializados y de emergencias privadas. Obtenemos que el efecto marginal utilizando la variable del porcentaje de inmigrantes es mucho mayor en la muestra de funcionarios pu´blicos (cerca de 0,20) que en la muestra de la Seguridad Social (0,05). Conclusiones: Pese a que los inmigrantes gozan, en media, de un mejor estado de salud que los espan˜oles y utilizan menos los servicios sanitarios (a excepción de las urgencias), han supuesto un importante aumento de la demanda de atencion sanitaria y, en particular, de seguros sanitarios privados.

40.A.t Nandi, S. Loue, S. Galea,Expanding the Universe of Universal Coverage: The Population Health Argument for Increasing Coverage for Immigrants,U.S, 2009.

Abstract As the US recession deepens, furthering the debate about healthcare reform is now even more important ever. Few plans aimed at facilitating universal coverage make any mention of increasing access for uninsured non-citizens living in the US, many of whom are legally restricted from certain types of coverage. We conducted a critical review of the public health literature concerning the health status and access to health services among immigrant populations in the US. Using examples from infectious and chronic disease epidemiology, we argue that access to health services is at the intersection of the health of uninsured immigrants and the general population and that extending access to healthcare to all residents of the US, including undocumented immigrants, is beneficial a population health perspective. Furthermore, from a health economics perspective, increasing access to care for immigrant populations may actually reduce net costs by increasing primary prevention and reducing the emphasis on emergency care for preventable conditions. It is unlikely that proposals for universal coverage will accomplish their objectives of improving population health and reducing social disparities in health if they do not address the substantial proportion of uninsured non-citizens living in the US.

41.S. Zuckerman, Timothy A. Waidmann, E. Lawton,Undocumented Immigrants, Left Out Of Health Reform, Likely To Continue To Grow As Share Of The Uninsured,U.S,2015.

ABSTRACT The increase in undocumented immigration between 1999 and 2007 contributed to an increase in the number of uninsured people in the United States. During this period, the number of undocumented immigrants increased from an estimated 8.5 million to 11.8 million, leading to an estimated additional 1.8 million uninsured. These uninsured and undocumented immigrants were estimated to represent 27 percent of the overall increase of 6.9 million uninsured people during this period. Undocumented immigrants accounted for one in seven of the uninsured in 2007, up from one in eight in 1999. These undocumented immigrants will not be eligible for public insurance or any type of private coverage obtained through exchanges under the Affordable Care Act of 2010. As a result, members of this group will eventually constitute a larger percentage of the uninsured population, unless other policy actions are taken to provide for their coverage, or their immigration status is changed.

42. K. Husøy Onarheim,Andrea Melberg, B. Mason Meier, I. Miljeteig,Towards universal health coverage:including undocumented migrants, EE. UU,2018.

Abstract

As countries throughout the world move towards universal health coverage, the obligation to realise the right to health for undocumented migrants has often been overlooked. With unprecedented millions on the move—including refugees, asylum seekers, internally displaced persons and returnees—undocumented migrants represent a uniquely vulnerable subgroup, experiencing particular barriers to health related to their background, as well as insecure living and working conditions. Their legal status under national law often restricts access to, and affordability of, healthcare services. While striving to ensure health for all, national governments face challenging priority setting dilemmas in deciding who to include, which services to provide and how to cover out-of-pocket expenses. Building on comparative experiences in Norway, Thailand and the USA—which reflect varied approaches to achieving universal health coverage—we assess whether these national approaches provide rights-based access to affordable essential healthcare services for undocumented migrants. To meet

the shared Sustainable Development Goal on universal health coverage, the right to health must be realised for all persons— including undocumented migrants. To ensure universal health coverage in accordance with the right to health, governments must evaluate laws, regulations, policies and practices to determine whether undocumented migrants are included, to which services they have access and if these services are affordable. Achieving universal health coverage for everyone will require rights-based support for undocumented migrants.

43.A. P. Martinez-Donate, I. Ejebe, X. Zhang, S. Guendelman, F. Lê-Scherban, G. Rangel, E. González-Fagoaga, M. F. Hovell, C. Amuedo-Dorantes,Access to Health Care among Mexican Migrants and Immigrants: A Comparison across Migration Phases,2017.

Abstract: Objectives. We examined differences in, and factors associated with, access to health services among Mexican immigrants to the U.S. across migration phases, including pre departure, destination, interception, and return. Methods. Using data from a cross- sectional survey conducted in Tijuana, Mexico (N = 1,541), we computed descriptive statistics and staged logistic regressions to estimate health care access indicators and factors associated with access to services. Results. Im/migrants at post- migration phases had lower likelihood of receiving health care and having a usual source of care, and higher rates of forgone care, than their counterparts at pre- departure. These differences were partly explained by length of migration phase, health insurance status, transportation barriers, and detention or imprisonment. Conclusions. Mexican immigrants face challenges in accessing health services across the migration continuum, especially at post- migration phases. Binational efforts to provide affordable insurance coverage and reduce transportation limitations and incarceration could contribute to improving health care access among Mexican immigrants.

44.C. M. Ziemer ,S. Becker-Dreps ,Donald E. Pathman,Mexican Immigrants' Attitudes and Interest in Health Insurance: A Qualitative Descriptive Study, Mexico-New York 2013.

Abstract Mexican immigrants to the U.S. are nearly three times more likely to be without

health insurance than non-Hispanic native citizens. To inform strategies to increase the number of insured within this population, we elicited immigrants' understanding of health insurance and preferences for coverage. Nine focus groups with Mexican immigrants were conducted across the State of North Carolina. Qualitative, descriptive methods were used to assess people's understanding of health insurance, identify their perceived need for health insurance, describe perceived barriers to obtaining coverage, and prioritize the components of insurance that immigrants value most. Individuals have a basic understanding of health insurance and perceive it as necessary. Participants most valued insurance that would cover emergencies, make care affordable, and protect family members. Barriers to obtaining insurance included cost, concerns about immigration status discovery, and communication issues. Strategies that address immigrants' preferences for and barriers to insurance should be considered.

45. Asamblea general, naciones unidas,Migración internacional y desarrollo,2012

En su resolución 63/225, la Asamblea General decidió celebrar un Diálogo de alto nivel sobre la migración internacional y el desarrollo durante su sexagésimo octavo período de sesiones. En su resolución 65/170, la Asamblea invitó a las organizaciones pertinentes a que contribuyeran al informe del Secretario General. Asimismo, se solicitó al Secretario General que presentara un informe sobre los efectos de la migración en el desarrollo económico y social de los países de origen y de destino (A/67/219).

46.N.Bordoni ,A.Squassi, Las migraciones y la salud bucal en el marco de la salud global. reflexiones desde la perspectiva universitaria,Buenos aires,2016.

El presente documento aborda los problemas referidos al componente bucal de la salud de los migrantes que se registran en migrantes en Argentina y en el mundo. Se Incluyen los siguientes aspectos: Introducción abordando las características de los actores y del trasplante migratorio; los escenarios en su complejidad socio cultural; la perspectiva teórico-metodológica vigente respecto de salud global y de los determinantes de salud. Análisis de los

problemas, incluyendo las ramificaciones psicosociales de la adaptación de los migrantes; la aculturación como una variable interviniente sobre los cambios en la morbilidad que sigue a la inmigración y los resultados de diferentes estudios sobre el estado bucodental de migrantes radicados en diferentes regiones del mundo. Reflexiones acerca de la responsabilidad de la universidad frente a la marginación de la población migrante y de los mecanismos disponibles para encarar la responsabilidad social y cívica que le compete.

47.Naciones unidas,International Migration Report 2017,África, 2017.

The Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat is a vital interface between global policies in the economic, social and environmental spheres and national action. The Department works in three main interlinked areas: (i) it compiles, generates and analyses a wide range of economic, social and environmental data and information on which States Members of the United Nations draw to review common problems and take stock of policy options; (ii) it facilitates the negotiations of Member States in many intergovernmental bodies on joint courses of action to address ongoing or emerging global challenges; and (iii) it advises interested Governments on the ways and means of translating policy frameworks developed in United Nations conferences and summits into programmes at the country level and, through technical assistance, helps build national capacities. The Population Division of the Department of Economic and Social Affairs provides the international community with timely and accessible population data and analysis of population trends and development outcomes for all countries and areas of the world. To this end, the Division undertakes regular studies of population size and characteristics and of all three components of population change (fertility, mortality and migration). Founded in 1946, the Population Division provides substantive support on population and development issues to the United Nations General Assembly, the Economic and Social Council and the Commission on Population and Development. It also leads or participates in various interagency coordination mechanisms of the United Nations system. The work of the Division also contributes to strengthening the capacity of Member States to monitor population

trends and to address current and emerging population issues.

48.K. Pitkin Derose, B. W. Bahney,N. Lurie,Immigrants and Health Care Access, Quality, and Cost,U.S,2009.

Inadequate access and poor quality care for immigrants could have serious conse- quences for their health and that of the overall U.S. population. The authors conducteda systematic search for post-1996, population-based studies of immigrants and health care. Of the 1,559 articles identified, 67 met study criteria of which 77% examined access, 27% quality, and 6% cost. Noncitizens and their children were less likely to have health insurance and a regular source of care and had lower use than the U.S. born. The foreign born or non-English speakers were less satisfied and reported lower ratings and more discrimination. Immigrants incurred lower costs than the U.S. born, except emergency department expenditures for immigrant children. Policy solutions are needed to improve health care for immigrants and their children. Research is needed to elucidate immigrants' nonfinancial barriers, receipt of specific processes of care, cost of care, and health care experiences in nontraditional U.S. destinations.

49.A. Vargas Bustamante, and J. Chen,The Great Recession and Health Spending among Uninsured U.S. Immigrants: Implications for the Care Act Implementation.

Objective. We study the association between the timing of the Great Recession (GR) and health spending among uninsured adults distinguishing by citizenship/nativity sta- tus and time of U.S. residence. Data Source. Uninsured U.S. citizens and noncitizens from the 2005–2006 and 2008–2009 Medical Expenditure Panel Survey. Study Design. The probability of reporting any health spending and the natural loga- rithm of health spending are our main dependent variables. We compare health spend- ing across population categories before/during the GR. Subsequently, we implement two-part regression analyses of total and specific health-spending measures. We predict average health spending before/during the GR with a smearing estimation. Principal Findings. The probability of reporting any spending

diminished for recent immigrants compared to citizens during the GR. For those with any spending, recent immigrants reported higher spending during the GR (27 percent). Average reductions in total spending were driven by the decline in the share of the population reportin any spending among citizens and noncitizens. Conclusions. Our study findings suggest that recent immigrants could be forgoing essential care, which later translates into higher spending. It portrays the vulnerability of a population that would remain exposed to income shocks, even after the Affordable Care Act (ACA) implementation. Key Words. Uninsured, immigrants, total health care costs, two-part model, recession.

51.A. Siddiqi a, D. Zuberi, Quynh C. Nguyen,The role of health insurance in explaining immigrant versus non-immigrant disparities in access to health care: Comparing the United States to Canada,2009

abstract

Using a cross-national comparative approach, we examined the influence of health insurance on U.S. immigrant versus non-immigrant disparities in access to primary health care. With data from the 2002/2003 Joint Canada/United States Survey of Health, we gathered evidence using three approaches: 1) we compared health care access among insured and uninsured immigrants and non-immigrants within the U.S.; 2) we contrasted these results with health care access disparities between immigrants and non- immigrants in Canada, a country with universal health care; and 3) we conducted a novel direct comparison of health care access among insured and uninsured U.S. immigrants with Canadian immi-grants (all of whom are insured). Outcomes investigated were self-reported unmet medical needs and lack of a regular doctor. Logistic regression models controlled for age, sex, nonwhite status, marital status, education, employment, and self-rated health. In the U.S., odds of unmet medical needs of insured immigrants were similar to those of insured non-immigrants but far greater for uninsured immigrants. The effect of health insurance was even more striking for lack of regular doctor. Within Canada, disparities between immigrants and non-immigrants were similar in magnitude to disparities seen among insured Americans. For both outcomes, direct

comparisons of U.S. and Canada revealed significant differences between uninsured American immigrants and Canadian immigrants, but not between insured Americans and Canadians, stratified by nativity. Findings suggest health care insurance is a critical cause of differences between immigrants and non-immigrants in access to primary care, lending robust support for the expansion of health insurance coverage in the U.S. This study also highlights the usefulness of cross-national comparisons for establishing alternative counterfactuals in studies of disparities in health and health care.

52.M Trost, E. M Wanke, D. Ohlendorf, D.Klingelhöfer, M. Braun, Jan Bauer,David A Groneberg,D.Quarcoo, D. Brüggmann,Immigration: analysis, trends and outlook on the global research activity, Canada 2018

Background Immigration has a strong impact on the development ofhealth systems, medicine and science worldwide. Therefore, this article provides a descriptive study on the overall research output. Methods Utilizing the scientific database Web of Science, data research was performed. The gathered bibliometric data was analyzed using the established platform NewQIS, a benchmarking system to visualize research quantity and quality indices. Findings Between 1900 and 2016 a total of 6763 articles on immigra- tion were retrieved and analyzed. 86 different countries participated in the publications. Quantitatively the United States followed by Canada and Spain were prominent regarding the article numbers. On comparing by additionally taking the population size into account, Israel followed by Sweden and Norway showed the highest performance. The main releasing journals are the Public Health Reports, the Journal of Immigrant and Minority Health and Social Science & Medicine. Over the decades, an increasing number of Public, Environmental & Occupational Health articles can be recognized which finally forms the mainly used subject area. Conclusion Considerably increasing scientific work on immigration cannot only be explained by the general increase of scientific work but is also owed to the latest development with increased mobility, world wide crises and the need of flight and migration. Especially countries with a

good economic situation are highly affected by immigrants and prominent in their publication output on immigration, since the countries' publication effort is connected with the appointed expenditures for research and development. A remarkable number of immigrants throughout Europe compel medical professionals to consider neglected diseases, require the public health system to restructure itself and finally promotes science.

Selección final de artículos por temática (criterios de selección e inclusión de artículos)

Los artículos preseleccionados se obtuvieron en texto completo y se les aplicó los siguientes criterios de selección de los artículos de acuerdo a cada temática para la revisión final.

Criterios de selección de artículos

- Se seleccionaron todos los artículos publicados sin restricción en tiempo, idioma y período de publicación
- Se aplicaron las estrategias de búsqueda en la base de datos de PubMed y Google Académico.
- Se seleccionaron libros o revistas de acuerdo a la temática.
- Se seleccionaron artículos en donde se hable de población migrante en general sin restricción de país.

Resumen de proceso de búsqueda de información

Primero se realizó una búsqueda para los temas a tratar a través de bases de datos tales como google académico, LCR virtual,pubmed, proquest, también se acudió de manera directa y concisa a portales de internet de la Organización Mundial de Salud, Banco de la República, Centro de Estudios Económicos Regionales etc, después A cada artículo se le extraerán los datos y la información pertinente que fueron consignados en una matriz de extracción de datos en un documento de excel que estaba compuesto por las siguientes variables

- Autores
- Año de publicación
- Continente
- País
- Objetivos
- Tipo de estudio
- Población de estudio
- Resumen de metodología
- Principales resultado

- Conclusiones

La matriz se diseñó con el fin de extraer de manera organizada la información y facilitar la redacción del artículo final. (Ver anexo 1)

5. Consideraciones Éticas

De acuerdo a la resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud esta revisión de literatura según los parámetros de bioética no representa ningún riesgo para la sociedad debido a que este no involucra la participación de seres humanos, animales u otro ser vivo. Respecto en cuanto al manejo de propiedad intelectual, se respetan los derechos de autoría de las ideas de los diferentes autores bajo la sentencia C-155 de 1998 de la Corte Constitucional referenciada en sentencia de la Corte Suprema de Justicia de 2010, se estableció que: Los derechos morales de autor se consideran derechos de rango fundamental, en cuanto la facultad creadora del hombre, la posibilidad de expresar las ideas o sentimientos de forma particular, su capacidad de invención, su ingenio y en general todas las formas de manifestación del espíritu, son prerrogativas inherentes a la condición racional propia de la naturaleza humana y a la dimensión libre que de ella se deriva.

6. Resultados

A partir de la búsqueda realizada a través de bases de datos tales como google académico, LCR virtual,pubmed, proquest y en páginas como la Organización Mundial de Salud, Banco de la República, Centro de Estudios Económicos Regionales etc, se encontraron 1235 artículos de los cuales fueron preseleccionados 71 artículos y posterior a ellos, seleccionados 52 artículos como evidencia luego del proceso de identificación, selección e inclusión de todos aquellos que cumplian con los criterios de inclusión mencionados previamente.

Resultados del proceso de extracción

El sistema de salud en los diferentes países se ha enfrentado cambios importantes durante las últimas décadas. A pesar de que para muchos países es poco probable lograr el objetivo de la cobertura universal dadas las condiciones socioeconómicas y al aumento del nivel de población migrante, lo cierto es que los resultados han mostrado que las estrategias enfocadas a pasar de subsidios de oferta a los de demanda y las estrategias de financiación, han logrado incluir al 70% de la población que años atrás se encontraba desatendida (Vargas A at. Col, 2009).

Cobertura y gasto de bolsillo en salud

En el mundo, el interés por mejorar la calidad de vida de la población se ha hecho evidente a través del aumento del gasto en bienes y servicios del sector de la salud. Según datos de la OMS, en 2011 se destinó el 9,1% del PIB mundial a este sector, un punto porcentual por encima de lo registrado una década atrás (Pedraza C at. Col, 2007).

En cuanto a las cifras por regiones, la tendencia es la misma, con los países del continente americano y de Europa con las mayores participaciones, 14,1% y 9,0% del PIB en 2011, respectivamente, y con los mayores aumentos entre 2000 y 2011. Otro aspecto que vale la pena mencionar es la relación que existe entre los ingresos de las regiones o países y el tamaño del gasto en salud, este último es creciente con la capacidad de generación de ingresos de las economías (Ziemer M at Col, 2013; Gonzalez P, 2015).

En América Latina existe una gran disparidad que va desde el 61,1% en Venezuela al 13,8% en Uruguay. Para el caso de Colombia, este indicador es bajo, ocupando el penúltimo lugar dentro del grupo de países considerados, por debajo del promedio latinoamericano (36,7%) y también del promedio mundial (20,4%). Estos resultados son consistentes con la participación del sector público en la financiación de la salud. Por ejemplo, en Venezuela la mayor carga de los gastos en salud es asumida por los hogares a través de los gastos de bolsillo (61%), mientras que la participación del gobierno general es de la mitad (36,2%). En Colombia, el sector público financia el 75,2% y los hogares, a través de pagos directos, el 15,9% del gasto total en salud del país. De este modo, de los países mencionados, solo Uruguay y Colombia se encuentran dentro de los parámetros aceptables de la OMS (2010) que indican que los gastos de bolsillo no deberían ser superiores al 20% del gasto total en salud, ya que de otro modo se incrementa la probabilidad de riesgo de los hogares de enfrentar gastos catastróficos en salud (Lattof S, 2018;Choi S, 2015; Weibaecher A, 2008).

Para el caso colombiano el aumento ha sido también importante ya que el gasto total en salud pasó de representar el 5,9% del PIB en 2000 a 6,5% en 2011, lo cual representa una variación de más del 10%. A pesar de que en Colombia los gastos en salud como porcentaje del PIB están aún por debajo de muchos de sus vecinos de América Latina. Por ejemplo, en Colombia el sector público contribuye con el 75% del gasto total en salud, mientras que el promedio en el resto del continente americano este aporte no alcanza el 50% y el promedio mundial se acerca al 59%. La única región del mundo que tiene alguna similitud con Colombia es Europa, en donde el sector público financia el 74% del gasto total en salud (Luo H at Col, 2016).

Adicionalmente, en los continentes de Europa y Asia la literatura muestra información de cobertura de seguro médico. Para estos continentes, se presentan las estadísticas desagregadas por este concepto. Para captar la diversidad de la cobertura de aseguramiento, se distinguen tres grupos: hogares en los que ningún miembro tiene cobertura; aquellos en los que todos sus miembros tienen cobertura, y en los que tienen cobertura solo algunos miembros, normalmente insertos en el mercado laboral. Los dos primeros, para cada continente,

representan los menos y más favorecidos, mientras que el último constituye un grupo intermedio (Aguila E at Col, 2017).

España en este contexto es un caso particular, ya que en este país existe un seguro social con cobertura universal y entonces la mayoría de los individuos debieran reportar que tienen seguro de salud. Sin embargo, una encuesta realizada en uno de los estudios revisados, pregunta a cada individuo si es titular de un seguro de salud y las respuestas pueden estar reflejando quienes son titulares de un seguro privado o complementario de salud. Así, entonces, en este país los hogares con algún tipo de cobertura de seguro médico son aquellos que tienen seguros complementarios de salud, mientras que los hogares que no reportan cobertura de seguro médico no tienen ningún tipo de seguro adicional (Vargas A at Col, 2009).

Tailandia y China, registran las tasas más altas de cobertura de seguros médicos. Para ambos países la norma es que, si algún miembro tiene seguro médico, todos los miembros lo tengan. Por ejemplo, en China el 98,3% de los hogares tiene al menos un miembro que es titular de un seguro médico. En Tailandia, una mayor proporción de hogares no cuenta con ningún tipo de seguro (24,1%), pero aun así casi el 60% de los mismos tiene a todos sus miembros cubiertos por algún tipo de seguro (González L,2014;).

Entre los continentes que más gasto de bolsillo, se encuentran Asia liderando, con 8,4% del PIB; seguido por Europa con 8%; América con un 7,3%; y Latinoamérica con un promedio de 6,2%. En el caso del gasto colombiano, incluso, está por debajo del promedio mundial con un 4% del PIB (González L,2014; Aguila E at Col, 2017; Fernandez J at Col, 2018; Pedraza C, 2007; Lattof S, 2018).

En conclusión, se proyecta que el gasto per cápita en salud, que ha aumentado de manera constante desde 1995, continuará aumentando en el futuro, pero a una tasa de crecimiento más lenta. El aumento de la priorización de la salud y el gasto gubernamental total son factores clave para facilitar la transición de la financiación de la salud en todos los países (Trost M at Col, 2018).

A continuación, se mostrará el análisis por continente de acuerdo a la literatura basada en la evidencia:

América

En el 2005, la población de América era de 10000 millones de habitantes, lo que representaba el 13% de la población mundial (Mohanty S at Col, 2005). El continente de América presenta la proporción de población urbana más elevada del mundo, ya que supera el 80%. Incluye tres de las seis megalópolis del mundo (Ciudad de México, Nueva York y São Paulo), cada una con cerca de 20 millones de habitantes (Tarraw W at Col, 2016).

Las migraciones siempre han caracterizado a las sociedades humanas y han planteado importantes desafíos para la salud, aunque solo recientemente la humanidad ha cobrado conciencia de sus dramáticas consecuencias (Wassink J, 2018). En la actualidad, continúan siendo la principal vía de escape ante la guerra, los conflictos sociales, la escasez económicas, los desastres naturales y las amenazas climáticas (Husoy Kat Co, 2015). El impacto de las migraciones en el desarrollo económico y en las transformaciones demográficas de los países siempre ha sido importante, pero tal vez hoy lo sea más que nunca. Sin embargo, en muchos casos, las circunstancias políticas y sociales han convertido la migración en una aventura arriesgada y cargada de amenazas para la salud (Ku L at Col, 2009).

El volumen de las migraciones contemporáneas y el hecho de que buena parte de los migrantes se desplacen entre regiones del mundo con condiciones de salud y perfiles epidemiológicos diferentes tienen importantes consecuencias tanto para la salud de los migrantes como de las poblaciones receptoras (González L, 2014). A ello se suman las circunstancias culturales, las barreras idiomáticas y los modos diversos en que las personas conciben la salud y los servicios de salud en diferentes regiones del planeta. Actualmente, la mayoría de los desplazamientos migratorios se producen en contextos sociopolíticos que suele generar rechazo hacia las poblaciones inmigrantes y que a menudo se manifiestan como prejuicios a escala individual y con políticas excluyentes y discriminatorias a nivel de la sociedad (Pati S at Col2008; Jackson Y at Col, 2018).

En el continente de América, el contexto social, económico, ambiental y político de los procesos migratorios es dinámico y, junto con grandes desafíos, ofrece también oportunidades en el terreno de la salud para transformarlos en procesos más seguros (Choi S, 2015).

Entre el 2013 y el 2015, la cobertura poblacional fue alta en los países estudiados, desde un máximo de 98% en Chile, hasta un mínimo de 73% en Perú. No obstante, la cobertura se asocia al ingreso: en Estados Unidos de América, los hogares más pobres tuvieron porcentajes de cobertura 14 puntos por debajo del promedio, y en Perú, 12 puntos por debajo. Los altos niveles de cobertura poblacional no siempre fueron concurrentes con altos niveles de utilización de visitas o con bajos niveles de barreras de acceso a los servicios de salud (Danso K, 2016 ; Reyes M, 2014).

En la figura 1, se muestra el gasto público en salud como porcentaje del PIB. Uno de los indicadores más conocidos e informativos para evaluar la sostenibilidad de los cambios en los gastos en salud es la razón de estos gastos con respecto al tamaño de la economía (PIB). Los países de la Región se comprometieron a incrementar el gasto público en salud hasta al menos 6% de su PIB, como medio de aumentar la protección financiera en el marco de la salud universal y reducir las desigualdades (Moreno F at Col, 2011). En el 2014, los gastos totales en salud en la Región ascendieron en promedio a 14,2% del PIB, pero con grandes desniveles, pues solo Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América y Uruguay superan el umbral de 6% de gasto público en salud como porcentaje del PIB (Ku L, 2009).

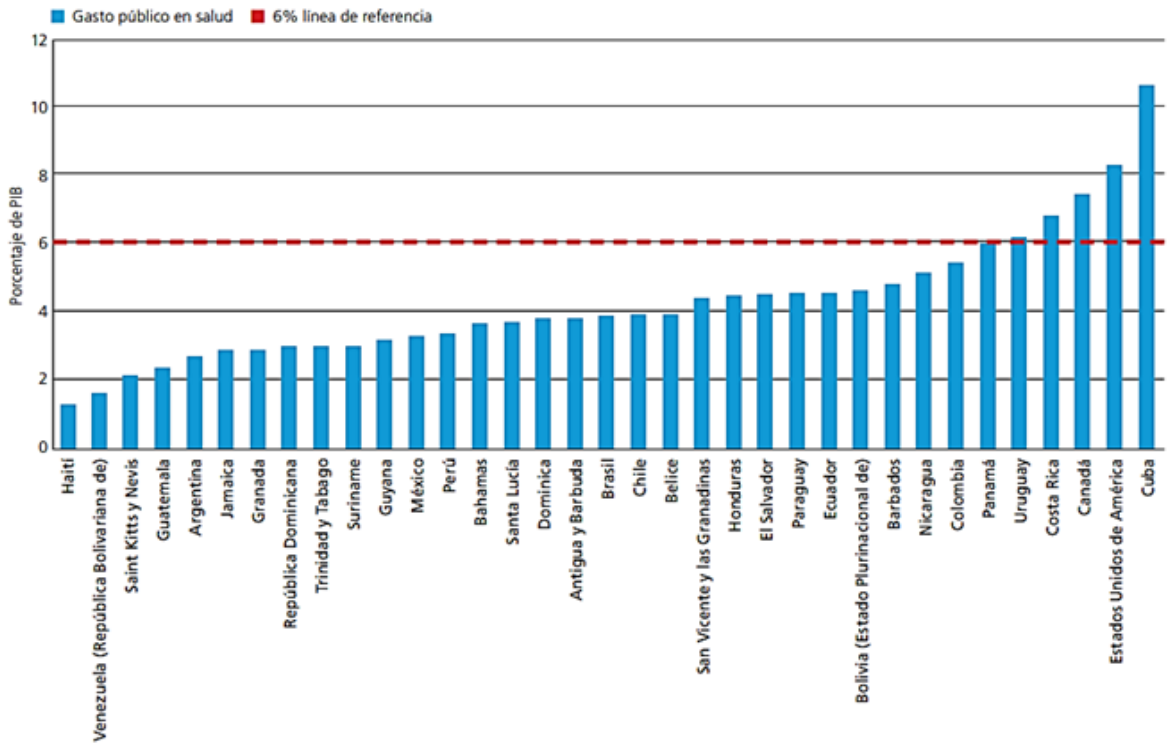


Fig. 1. Gasto público en salud del porcentaje del PIB (Tomado de Ku L., 2009)

De la figura 1 se puede inferir que, veintidós países incrementaron sus gastos públicos entre el 2010 y el 2014. Con la excepción de Bolivia, Perú y Uruguay, estos incrementos fueron inferiores a los conseguidos en el lustro anterior (2005-2010), y varios países experimentaron cortes en sus gastos entre el 2010 y el 2014, que variaron en un rango comprendido entre 2% y 36%.

Latinoamérica

Los siete países estudiados en la literatura de los artículos seleccionados como evidencia, presentan importantes diferencias en sus patrones de gasto público, la organización y cobertura de sus sistemas de salud. Los países de mayores ingresos per cápita en la muestra son Argentina, Chile, Colombia, México y Uruguay (Bordoni N at Col, 2016).

Las principales características de los sistemas de salud tienen que ver con la forma en que el Estado garantiza cobertura médica o brinda algún tipo de seguro médico a la población de menores recursos, el nivel de integración entre los regímenes contributivos y subsidiados o

gratuitos, y el nivel de cobertura que los distintos subsistemas ofrecen a los familiares dependientes del cotizante (Revista del observatorio de migraciones, 2013).

De otra manera, los gastos catastróficos están asociados a eventos hospitalarios, fenómeno que permite segmentar a los siete países en tres grupos. Por un lado, tenemos a Chile y México. En estos países un hogar que experimenta un evento hospitalario puede ver crecer su razón gasto a capacidad de pago en 5 y 6 veces respectivamente. En el medio tenemos a Argentina, Brasil, Colombia y Ecuador, en los que la razón gastos a capacidad de pago crece entre 2 y 3 veces (Mohanty A, 2005; Shelton H at Col, 2019).

Finalmente, en Chile, un hogar que experimenta un evento hospitalario sólo ve aumentar su razón de gasto a capacidad de pago en apenas un 20% (53). Para Brasil y México se incluye un control por la zona de residencia, urbana o rural. Para ambos países la residencia en una zona rural está asociada con una mayor (20-30% superior) razón gasto de bolsillo a capacidad de pago (Fernandez J, 2018). La zona geográfica en Brasil tiene un impacto ligeramente más importante en los primeros percentiles (Clemens M, 2017; Diaz A at Col, 2018). En México, por el contrario, la diferencia entre hogares rurales y urbanos crece para los percentiles superiores, llegando a ser 30% para el percentil 90-95 (Aguila E at Col, 2017).

En la figura 2, se puede observar los países seleccionados de américa latina, caracterización según ingresos, niveles de gasto y sistemas de salud.

	Ingresos medios U$2200-U$7000	Ingresos altos >U$7000
Mortalidad infantil/adulta[a]		
Ambas son muy bajas	Brasil y Colombia	
Ambas son bajas		Argentina, Chile, México y Uruguay
Ambas son altas	Ecuador	
Sistema de salud		
Por participación del gasto público en salud en el Gasto total[b]		
Predominantemente público (GPS> 66%)		Uruguay
Sistema mixto (GPS>50% pero <66%)		Argentina, Chile
Predominantemente privado (GPS<33%)	Ecuador, Brasil y Colombia	México
Tipo de financiamiento[c]		
Rentas generales- esquema no contributivo	Brasil	
Rentas generales y cotizaciones SS integradas	Colombia	Chile
Rentas generales y cotizaciones SS; integración nula o baja	Ecuador	Argentina, México y Uruguay
Paquetes de garantías explícitas c/		
SI	Brasil y Colombia	Argentina, Chile, México y Uruguay
NO	Ecuador	
Cobertura del seguro social y sistema público d/		
40-60%	Ecuador	Uruguay
60-80%	Colombia, Brasil	Chile
80% y más		Argentina; México
Gasto privado en salud como % del gasto privado total b/		
0-3%		
3-5%	Colombia, Ecuador	Uruguay (*)
5-7%	Brasil	
7-9%		Chile, México
10% o más		Argentina
Gasto en seguro de salud como % del gasto de salud privado b/		
0-20%	Ecuador	México
20-40%	Colombia	Argentina, Chile
40-60%	Brasil	
60-80%		Uruguay

Fig. 2. Países seleccionados de américa latina, caracterización según ingresos, niveles de gasto y sistemas de salud. (Tomado de Consejo Nacional de Población. Migración y salud. Gobierno federal, 2008 (1): 4-47)

Tomado de Consejo Nacional de Población. Migración y salud. Gobierno federal, 2008 (1): 4-47

Por otro lado, pese a la intención de los gobiernos latinoamericanos de garantizar acceso universal a la salud de la población, un número significativo de personas (aproximadamente el 20%), no tiene acceso a atención médica. La dificultad de acceso de estos grupos obedece adicionalmente a la falta de oferta y de recursos, a factores culturales como grupos indígenas que en gran medida recurren a medicina tradicional, Además de la inaccesibilidad económica,

geográficas comunidades principalmente rurales alejadas de los centros de atención, la población inmigrante y restricciones funcionales (Salgado V, 2010; Pecheski P at Col, 2017).

El gasto de bolsillo en salud en Chile, por ejemplo, alrededor del 12% de este segmento de la población anteriormente mencionado, pudiendo hacerlo, no adquieren un seguro de salud. Estos individuos y/o inmigrantes, con frecuencia, acceden a servicios de salud en establecimientos públicos en calidad de indigentes, práctica que es posible realizar debido a la incapacidad de los sistemas de distinguir entre usuarios efectivamente carentes de recursos y quienes no lo son. Así, este grupo recibe servicios subsidiados (Pedraza C, 2007).

Otra problemática importante, son los principales migrantes que se desenvuelven como trabajadores informales, lo que se traduce en costos sociales e ineficiencias en la asignación de los subsidios (Edward J, 2014). En primer término, se tiene que la excesiva utilización de los servicios de urgencia, que se caracterizan por ser más costosos genera un mayor valor en salud con relación al de una atención adecuada. Adicionalmente, la marginación se traduce en el uso de servicios por la vía de suplantación de personas. Por este mecanismo, un individuo no asegurado utiliza los servicios simulando ser un beneficiario. Lo anterior, se traduce en subsidios indeseados, ya que no siguen criterios de eficiencia ni equidad (González P, 2015; Martinez P, at Col, 2017).

En cuanto a Colombia y Argentina, son los países de la región donde las personas gastan menos de su bolsillo en salud (Ziemer M at Col, 2013). Así lo mostró un estudio realizado en el año 2009, el cual reveló que, del gasto total en salud, 20,6% sale del bolsillo de las familias colombianas; mientras que en Latinoamérica el promedio de esta cifra es de 42,7%. El país de la región donde los ciudadanos aportan más de su bolsillo a la salud es Uruguay con 71,2%; y le siguen Guatemala (54,8%) y Brasil (43,9%). En la parte inferior de la lista están Costa Rica (22,1%), Colombia y Argentina (14,8%) (Jimenez S, 2009).

Finalmente, las investigaciones realizadas hasta el momento han permitido establecer algunas de las barreras y determinantes del acceso a distintos servicios de salud para la población inmigrante, como el bajo nivel educativo y la falta de información sobre aspectos relacionados

con el derecho a la salud, requisitos para el uso de servicios médicos y horarios de atención, dificultades para acreditar su condición de desplazado y/o inmigrante y lograr la cobertura en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) procedimientos administrativos, capacidad de respuesta de las Empresas Sociales del Estado (ESE) para atender a los desplazados y coordinación entre instituciones para la prestación de los servicios (González L, 2014; Martinez P at Col, 2017;Pavon P at Col, 2017)

Europa

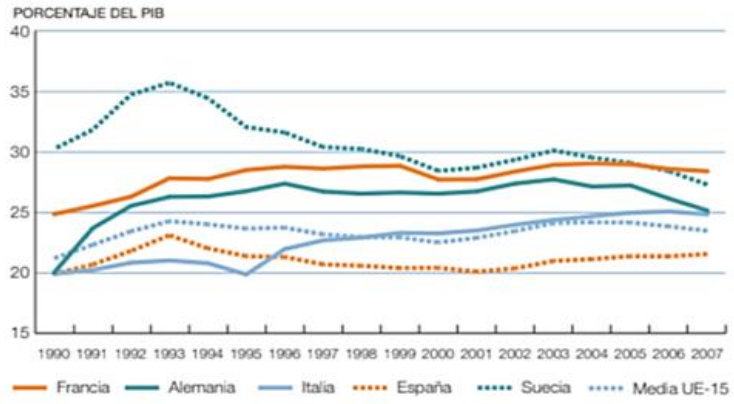
La inmigración es uno de los fenómenos sociales y demográficos que más han transformado a la sociedad española en las dos últimas décadas. El porcentaje de extranjeros en España se encuentra hoy en torno al 12%, una proporción similar a la de los países de Europa tradicionalmente receptores de flujos migratorios (Rue M at Col, 2008).

El incremento del número de inmigrantes vino de la mano de un crecimiento económico sostenido, y esa llegada de trabajadores y trabajadoras de otros países proporcionó mano de obra abundante, flexible y relativamente barata a sectores como la construcción, la agricultura o los servicios. Es destacable también que esta transformación sociodemográfica se haya producido, hasta la fecha, sin excesivas tensiones sociales o conflictos de particular gravedad (Solé A at Col, 2012).

El gasto social en Europa también ofrece pautas características. En términos generales, como puede apreciarse en la figura 3, el porcentaje del PIB dedicado a gasto social en España se encuentra entre los más bajos de los países europeos, sistemáticamente por debajo de la media de la UE-15 (Zuckerman S at Col 2015). En 1990 España dedicaba aproximadamente un 20% de su riqueza nacional a protección social mientras que la media de gasto de los 15 países que formaban parte de la UE era del 22,2% (Tomado de Naciones Unidades, 2017). Este diferencial no solo no muestra una tendencia clara hacia la reducción, sino que en determinados momentos se amplió considerablemente (42). De este modo en 2004 España dedicaba aproximadamente el 21,2% de su PIB a políticas sociales, más de tres puntos porcentuales menos que la media de la UE-15. En 2007, último año del que existen datos comparativos

disponibles, dicho diferencial volvía a situarse en torno a los dos puntos porcentuales. Evidentemente, si la comparación se establece con los países europeos de mayor tradición de inversión en políticas de protección social –Suecia, Francia o Alemania–, las diferencias se hacen mucho más marcadas (Nandi A, at Co, 2009).Pese a ello, en la figura 3. es posible apreciar una lenta, aunque gradual, convergencia en los patrones agregados de gasto social en todos los países europeos, con una ligera tendencia ascendente en los países del régimen mediterráneo, una contención en los países de los regímenes conservador-corporativista, e incluso una notable reducción en el caso sueco, paradigma hasta los años noventa del modelo socialdemócrata (Moreno F, 2011).

Fig. 3 Porcentaje del PIB dedicado a gasto salud (Tomado de Moreno F, Bruquetas, M. Inmigración y estado de bienestar en España. Colección de estudios nacionales, 2011 (Ku L, 2009): 11-214)



Asia

La rápida expansión de la urbanización resultante de la transición socioeconómica en china ha acelerado el desarrollo rural y la migración. Los problemas de salud de la migración interna plantean demandas particulares en los sistemas de salud y se relacionan con su carácter demográfico, en especial con las personas jóvenes y mayores que se quedan en el campo rural (Mou J at Col, 2015).

Las diferentes revisiones de literatura, censos, informes de políticas, documentos gubernamentales y medios de comunicación las cuales analizan el sistema de clasificación y las características de salud del sistema interno de China, sugiere que la salud pública recibe las principales consecuencias a partir de la migración lo cual afecta de manera directa la política y la economía (Pavon P, 2008).

Desde que el gobierno central inició las estrategias de apertura y reforma económica después de 1978, la urbanización sin precedentes ha marcado la histórica transición social, económica, ambiental y demográfica en la República Popular de China ("el continente") (Lattof S, 2018). A diferencia de las tendencias a la baja de la movilidad de la población observadas en la mayoría de los países desarrollados, la migración interna en China se ha acelerado desde la década de 1980 (Tarraf W at Col, 2008). En 1982, el 21.13% de la población vivía en áreas urbanas; para 2009, este porcentaje se había más que duplicado al 45.68%. Este cambio de población a gran escala no tiene precedentes e ilustra cómo las decisiones tomadas por razones económicas y políticas tienen un impacto en la salud. Diversos autores notaron esto con respecto a la migración masiva a los EE. UU. A principios del siglo XX y dentro de un país cuando el Reino Unido experimentó la urbanización masiva en el siglo XIX (36). Ambos focos sugirieron problemas de salud y tensiones que pueden surgir de la migración económica (Siddiqi A at Col, 2009).

El informe de las Naciones Unidas de 2011 Distribución de la población, urbanización, migración interna y desarrollo: una perspectiva internacional fusionó datos de varias fuentes para describir los flujos migratorios de China y las tendencias demográficas del movimiento de la población específicamente para los migrantes no oficiales. Las principales direcciones de la migración son desde áreas remotas del interior hasta ciudades más grandes del sudeste, donde hay oportunidades de empleo no agrícola (Vargas A at Col, 2009). Sin embargo, también hay migración de urbano a urbano, que representa una parte más pequeña de la población migrante total (Trost M at Col, 2018). El proceso de aculturación y los cambios ambientales provocados por la migración urbana urbana son menos severos que los experimentados por los campesinos rurales. La brecha en el estado de salud entre las zonas rurales y urbanas ha seguido creciendo

(Luo H, 2016). Esto se ve en los datos relacionados con la morbilidad y mortalidad de enfermedades infecciosas y no transmisibles crónicas comunes, salud mental, salud ocupacional, salud sexual y reproductiva, salud de niños y mujeres, accesibilidad a la salud y factores de riesgo para la salud (Gao X at Col, 2010).

Además, las desigualdades en el estado de salud de los migrantes dentro de las ciudades se han convertido en una preocupación cada vez más importante, complicada por las dificultades de definir la población migrante, así como sus necesidades de salud.

7. Discusión

El gasto de bolsillo en salud puede ser analizado desde la teoría del consumidor, en donde los agentes interactúan en una economía de mercado de bienes y servicios con los precios dados (Aguila E, 2017). En este ámbito, los individuos se enfrentan al problema básico de decisión frente a un conjunto de consumo disponible, que a su vez se encuentra limitado por una serie de restricciones. En contraste, con la argumentación de Luo y cols, donde refleja la importancia de la decisión que enfrenta el consumidor desde la perspectiva del conjunto de posibilidades de elección (Luo H, 2016), en contraste con el que se basa en las preferencias de los consumidores, como también mencionan Wassink y cols 2018 y Pati S, 2008 (Wassink J, 2018; Pati S, 2010).

Durante la última década ha venido aumentando el interés por el estudio del perfil de consumo de los hogares en bienes y servicios de la salud. Así como el perfil de la población migrante de los diferentes países. Como sostiene Fernández J., 2018, el cual menciona que, usualmente se encuentra una alta proporción de población migrante que no realizan gastos de bolsillo en salud. Dentro de las razones, está la baja cobertura del servicio de salud, el no presentar eventos de morbilidad durante el período de referencia o una situación más estructural, que es la de tener ingresos de subsistencia que les impide tener acceso a través de pagos directos a los bienes y servicios de la salud.

En cuanto a la dinámica de los gastos en salud en Latinoamérica, han venido creciendo durante los últimos años. Mientras que en el 2000 representaban el 5,9% del Producto Interno Bruto (PIB), en 2011 alcanzaron una participación del 6,5%2. De este último, 1,6% corresponde a la financiación por parte del sector privado y el restante 4,9% al sector público. Dentro del gasto privado el mayor aumento durante la última década lo tuvieron los gastos de bolsillo en salud, que pasaron de representar el 0,8% del PIB en 2004 al 1,0% en 2011, con un incremento cercano al 33% (Gonzalez P, 2015). Sin embargo, y a pesar de tales incrementos, Colombia, Perú y Chile son unos de los países latinoamericanos en donde la financiación del gasto en salud por parte de la población migrante es de las más bajas, lo que significa una menor afectación a la capacidad de pago de las familias. En Colombia estos pagos representan el 64% de los gastos

privados y el 15,9% del gasto total en salud (Pavon P, 2018; Salgado V at Col, 2010;Pedraza C, 2007).

Estudios previos han evaluado a través de análisis conductuales aproximaciones teóricas para definir los elementos relacionados con la adquisición y uso de bienes y servicios de la salud por parte de la población migrante. Dentro de sus resultados encontró tres categorías de variables: la predisposición (demografía, estructura social y creencias de salud), la realización y la necesidad (Martinez D, 2017). Otros autores sostienen que, la edad y el género, las de estructura social incluyen factores como la educación, la ocupación y la etnia, y las creencias de la salud corresponden a actitudes que tienen los individuos y que influyen en su percepción de la necesidad de hacer uso de los bienes y servicios relacionados con la salud (Percheski C, 2017;Jimenez S at Col, 2009).

Bordoni y cols (2016), en su análisis para varios países latinoamericanos, mostró que este patrón se mantiene en todos los casos y que la población de adultos mayores está asociada con cargas superiores a las que enfrentan los hogares con niños en los primeros años de vida. La mayor incidencia la presentaba Chile con un 44,3% superior para los hogares con adultos mayores y 13,5% para hogares con niños. En Colombia, estos dos grupos poblacionales estaban relacionados con incidencias del orden del 25,5% superior en el caso de los adultos mayores, y 0,8% para los niños, aunque este último no resultó estadísticamente significativo. Otro grupo potencialmente vulnerable es el de las mujeres en edad reproductiva, sin embargo, este no mostró una relación significativa con la carga de gastos de bolsillo en salud (Tomado del Consejo Nacional de población, 2008).

Por otra parte, en la población europea, algunos de los factores que no resultan relevantes a la hora de explicar la incidencia aparecen relacionados con la probabilidad de realizar gastos de bolsillo por parte de la población migrante. Por ejemplo, que este tipo de población sean beneficiarios de subsidios, que el jefe de hogar sea cotizante o afiliado a alguna entidad de seguridad social en salud y que solo parte del grupo familiar se encuentre afiliado a un seguro de salud parecen ser elementos relacionados con una mayor probabilidad de realizar gastos en salud (Jcakson Y at Col, 2018).

Rue et al., 2008 evaluaron en España los gastos farmacéuticos entre pacientes migrantes y pacientes nativos en todos los grupos de edad y ambos sexos, encontrando que, el cincuenta por ciento del grupo de migrantes gastó entre 0 € y 17 €, mientras que el cincuenta por ciento de pacientes nativos gastó entre 4.1 € y 219.7 €. En migrantes, el gasto medio (3,1 €) fue menor que el de los pacientes nativos (39,6 €) (Rue M, 2008). Lo que concuerda con Moreno F y cols, el cual reportó que, el gasto medio por migrante fue seis veces menor que, la población española (Moreno F, 2011).

Asimismo, concuerda Jiménez et al.,2009, los cuales indican que el aumento de la población ha contribuido sustancialmente al incremento de la prevalencia del seguro privado de salud en la población cubierta por la Seguridad Social, y de la cobertura privada en los funcionarios con posibilidad de escoger. Así, un aumento de un 1% de la fracción de inmigrantes genera un incremento de la prevalencia del seguro privado, principalmente para aquellos segmentos de rentas altas y con niños, de un 0,07 a un 0,20%, dependiendo de la especificación del modelo (Jimenez S at Col, 2009). Del mismo modo, Martínez y cols, observaron un incremento del 0,2% en la fracción de funcionarios que escogen cobertura privada (Martinez D, at Col, 2017).

Por otro lado, el gobierno español resaltó que, entre 2001 y principios de 2008, creció el gasto de bolsillo a una media del 3,5% anual, el PIB español creó más de 4,5 millones de empleos netos (el 40% del total de los generados en la UE-15 en ese período), y aproximadamente la mitad de ellos fueron ocupados por extranjeros. En comparación con el informe elaborado por la Oficina Económica de la Presidencia del Gobierno en 2006 afirmaba que el 30% del crecimiento del PIB español entre mediados de los años noventa y la primera década del nuevo siglo fue consecuencia de la llegada y asentamiento de colectivos inmigrantes (Jimenez S at Col, 2009).

El efecto positivo se elevaba hasta el 50% del crecimiento del PIB durante el período comprendido entre 2000 y 2005. Esta influencia positiva de la población inmigrante sería la suma de los efectos directos (aumento del consumo privado y demanda de vivienda, incremento de la tasa de actividad general, modificación de la estructura demográfica de la población española), así como de una compleja combinación de efectos indirectos sobre el PIB

(incremento de la tasa de actividad de la población autóctona, flexibilización del mercado laboral, etc.). En la misma dirección apuntaba un estudio de Pitkin y cols, al señalar que entre 1996-2006 España creció de media un 2,6% anual gracias a la contribución de los inmigrantes (Pitkin K at Col, 2009).

En cuanto a Estados Unidos, un estudio realizado por Ku L en el 2009, sostiene que los inmigrantes son responsables de un poco más del 1% de la cantidad gastada por los gobiernos federales, estatales y locales para la atención médica, aunque constituyen el 5% de la población adulta (Ku L, 2009). Los datos administrativos recientes también refuerzan estos hallazgos. En 2006 y 2007, los hospitales de EE. UU., Los médicos de emergencias y las compañías de ambulancias documentaron proporcionar un promedio de $ 221 millones por año de atención de emergencia no compensada para extranjeros indocumentados bajo un programa especial de reembolso federal llamado Sección 1011, que equivale a aproximadamente el 0.03% de los gastos hospitalarios estadounidenses (Tarraf W at Col, 2016).

Mohanty y cols, concuerdan con que los gastos médicos fueron aproximadamente uno entre dos tercios y la mitad de los adultos nacidos en los Estados Unidos. Incluso después de ajustar el estado de salud, la raza/etnia, el género, la cobertura del seguro de salud y otros factores, reportó que los costos médicos de los inmigrantes promediaron entre un 14% y un 20% menos que los de los ciudadanos nacidos en Estados Unidos (Mohanty S, at Col, 2005).

En cuanto al continente de Asia, según las cifras más recientes, la proporción de trabajadores migrantes en la fuerza laboral total en Tailandia creció de 2.2% (0.8 de 34 millones) en 1995 a 5.0% (1.8 de 36 millones) en 2005 (Tangcharoensathin V at Col, 2017). Asimismo, Luo y cols, estiman que tres cuartas partes son inmigrantes indocumentados lo que equivale a un estimado de 6.2% del producto interno bruto tailandés de 1893 mil millones de dólares de los Estados Unidos (US $) en 2005 (Luo H at Col, 2016).

Por otro lado, Mou y cols, plantean problemas relacionados con el mantenimiento de la salud de los migrantes y también se ha llamado la atención sobre el Efecto de duración de la salud (HDE o Time Effect, TE) por el cual las ventajas de salud iniciales de los migrantes disminuyen,

desaparecen o convergen a los residentes locales (Mou J at Col, 2015). Tangcharoensathien y cols, sostienen que, esto puede deberse a los cambios de comportamiento y ambientales que pueden haber contribuido al efecto del tiempo en los migrantes (Tangcharoensathin V at Col, 2017).

Finalmente, a pesar del interés que ha recibido este tipo de población en todo el mundo, se ve limitada la investigación formal que ha tratado de identificar el efecto migrante en el sistema de salud de China, por lo que es poca la literatura que se encuentra al respecto.

8. Conclusiones

En el presente trabajo de grado se observó la dinámica macro del gasto total del país en salud, así como la importancia de cada uno de sus componentes, el gasto público y el gasto privado, visto también en el contexto internacional. Los hallazgos dejan ver un sector de la salud fortalecido y que ha venido evolucionando en forma positiva durante la última década, período durante el cual aumentó su participación en el PIB. Aunque a este respecto el país está aún por debajo del promedio mundial, Colombia se destaca por la participación del sector público en el gasto total en salud, ubicándose muy por encima de las demás regiones del mundo, incluso de Europa. Esto se ve reflejado también a través de la participación de los gastos de bolsillo en el gasto total del sector, que, aunque ha aumentado en Colombia, está por debajo del promedio mundial y es uno de los países de América Latina con los menores gastos de bolsillo, convirtiéndolo en uno de los pocos países de la región en cumplir con las recomendaciones de la OMS de mantener esta proporción entre el 15% y el 20%. Esta es una buena noticia si se tiene en cuenta que menores gastos de bolsillo les permite a los hogares colombianos destinar esa parte de su capacidad de pago a la adquisición de otros bienes y servicios que contribuyan a aumentar su bienestar y, simultáneamente, reducir el riesgo de enfrentar gastos catastróficos o de empobrecimiento. Por otro lado, los migrantes realizan una contribución económica y social considerable a los países de origen y destino. Ahora bien, muchos migrantes, en especial los que están en situación irregular, tienen un acceso escaso o nulo a los servicios de salud y los servicios sociales a los que contribuyen, pese a que pueden estar expuestos a riesgos para la salud derivados de la explotación, el trabajo peligroso y unas condiciones de vida deficientes.

Pese al aumento de la vulnerabilidad de los migrantes y el hecho de que sus derechos sociales estén firmemente fundamentados en el derecho internacional, en la práctica muchos Estados restringen el ejercicio pleno y efectivo del derecho a la salud de la población migrante, en particular de quienes están en situación irregular. Esas prácticas incluyen la exclusión de los migrantes y sus familiares de los sistemas nacionales de salud, la prestación de una cobertura de salud insuficiente, la limitación de su acceso a los servicios de emergencia y la denegación de admisión y residencia a los migrantes que padezcan alguna enfermedad. Además, cabe mencionar la evidente falta de competencia del personal sanitario en materia cultural, la falta

de formación de los profesionales de la salud en el ámbito de los derechos de los migrantes y la salud, la seguridad ocupacional de los migrantes, la prestación de servicios de salud a los que retornan, la participación de los profesionales de la salud en el control de la migración y el uso generalizado de la detención de migrantes como instrumento de gestión migratoria.

9. Referencias bibliográficas:

1. Aguila E, Vega A. Social Security Contributions and Return Migration Among Older Male Mexican Immigrants. The Gerontologist (2017) 57: 563-574.

2. Asamblea general, naciones unidas, Migración internacional y desarrollo,2012

3. Banco de la República, Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER).“Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012)”, Documentos de trabajo sobre economía regional, Reina, Yuri. 2014.

4. Banco de la República. Centro de estudios económicos regionales (CEER)- Cartagena. Una mirada a los gastos de bolsillo en salud. para Colombia. Gerson Javier Pérez Valbuena, Alejandro Silva Ureña, Abril, 2015

5. Bordoni N, A.Squassi, Las migraciones y la salud bucal en el marco de la salud global. reflexiones desde la perspectiva universitaria,Buenos aires,2016.

6. Bustamante A, and J. Chen,The Great Recession and Health Spending among Uninsured U.S. Immigrants: Implications for the Care Act Implementation.

7. Choi S. Out-of-Pocket Expenditures and the Financial Burden of Healthcare Among Older Adults:By Nativity and Length of Residence in the United States. Journal of Gerontological Social Work 2015, 58:149–170.

8. Clemens, M. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Migration is a Form of Development: The Need for Innovation to Regulate Migration for Mutual Benefit. New York. 2017

9. Consejo Nacional de Población del Gobierno de México (CONAPO). Migración y salud: Latinos en los Estados Unidos. Primera edición, Octubre de 2008

10. Danso K., Nativity and Health Disparities: Predictors of Immigrant Health, USA,10 Mar 2016.

11. Díaz Quiroga, A. D. y Tinjacá Moncada, L. M. (2018). Determinantes de la percepción de la economía. Revista Ploutos 8(1), (Páginas).

12. Dzúrová D., P. Winkler, and D. Drbohlav,Immigrants' Access to Health Insurance: No Equality without Awareness,14 July 2014

13. Edward J, Undocumented Immigrants and Access to Health Care: Making a Case for Policy Reform,California,2014.

14. Fernandez J, Navarro E. Migración humana y salud: un campo emergente de investigación en Colombia. Rev. Salud Pública. (2018) 20 4: 404-405.

15. Fundación esperanza. Políticas públicas y movilidad humana en la región andina. Revista del observatorio de migraciones, 2013 (9):3-150

16. Gao X, Grath C, Lin H. Oral health status of rural–urban migrant children in South China. International Journal of Paediatric Dentistry, 2010: 58-67

17. Gobierno de Colombia. Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio.

18. González L. Falta de oportunidades e insatisfacción de la clase media en venezuela. El Nacional, 2014 76(4): 163-171

19. González P. GASTO DE BOLSILLO EN SALUD ORAL EN UN GRUPO DE USUARIOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO. UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES 2015, 1-40

20. Husøy Onarheim K,Andrea Melberg, B. Mason Meier, I. Miljeteig,Towards universal health coverage:including undocumented migrants, EE. UU,2018.

21. International Organization for Migration (IOM). World Migration Report 2018. Switzerland. 2017

22. Jackson Y, Paignon A, Wolff H, Delicado N Health of undocumented migrants in primary care in Switzerland. PLoS ONE 2018, 13(7):e0201313.

23. Jiménez S. y N. Jorgensen, Inmigración y demanda de seguros sanitarios, On-line 2009.

24. Ku L. Health Insurance Coverage and Medical Expenditures of Immigrants and Native-Born Citizens in the United States. American Journal of Public Health. 2009, 99 (7): 1322-1328

25. Lattof S. Health insurance and care-seeking behaviours of female migrants in Accra, Ghana. Health Policy and Planning, 33, 2018, 505–515

26. Luo H, Wu B. Acculturation and Dental Service Use Among Asian Immigrants in the U.S. Am J Prev Med (2016) 51(6):939–946.

27. Martinez-Donate P, I. Ejebe2, X. Zhang, S. Guendelman, F. Lê-Scherban,, G. Rangel, E. González- Fagoaga, F. Hovell, and C. Amuedo-Dorantes.Access to Health Care Among Mexican Migrants and Immigrants: A Comparison Across Migration Phases,edited form as:J Health Care Poor Underserved. 2017

28. McAuliffe M. (IOM) and M. Ruhs,WORLD MIGRATION REPORT 2018,edit review and production team,2018.

29. Migración internacional y desarrollo. Informe del Secretario General. A/68/190. Naciones Unidas Asamblea General. 3 de Agosto de 2012.

30. Ministerio de Relaciones Exteriores Migración Colombia. Prensa, comunicado febrero 2018.

31. Ministerio de Relaciones Exteriores Migración Colombia. Radiografia Migratoria Colombia-Venezuela. Colombia. 2017

32. Ministerio de Relaciones Exteriores Migración Colombia. Radiografia Migratoria Colombia-Venezuela. Colombia. 2018

33. Mohanty S, Woolhandler S, Himmelstein D, Pati S, Carrasquillo O, Bor D. Health Care Expenditures of Immigrants in the United States:A Nationally Representative Analysis. American Journal of Public Health, 2005 95 (8): 1431-1438.

34. Moreno F, Bruquetas, M. Inmigración y estado de bienestar en España. Colección de estudios nacionales, 2011 (31): 11-214

35. Mou J, Griffiths S, Fong H, Dawes M. Narrative Review: Defining migration and its health impact in China. Public health(2015) 129: 1326-1334.

36. Naciones unidas,International Migration Report 2017, África, 2017.

37. Nandi A, S. Loue, S. Galea,Expanding the Universe of Universal Coverage: The Population Health Argument for Increasing Coverage for Immigrants,U.S, 2009.

38. Organización Mundial de Salud. The document Health of Migrants document.United States of America. 2016

39. Pati S, Danagoulian S. Immigrant Children's Reliance on Public Health Insurance in the Wake of Immigration Reform. American Journal of Public Health 2008,98 (11): 2004-2010

40. Pavón P, Reyes H, Martínez A, Méndez S, Gogeascoechea M, Blásquez M. Gasto de bolsillo en adultos mayores afiliados a un seguro público de salud en México. Gac Sanint, 2017 31(4): 286-291.

41. Pedraza C, Prieto L. Gasto de bolsillo en salud de los hogares en Chile. Trabajo de grado, 2007:1-36.

42. Percheski C, S. Bzostek,Public Health Insurance and Health Care Utilization for Children in Immigrant Families,12 july 2017.

43. Pitkin Derose K, B. W. Bahney,N. Lurie,Immigrants and Health Care Access, Quality, and Cost,U.S,2009.

44. Reyes M. and M. Hardy, Health Insurance Instability Among Older Immigrants: Region of Origin Disparities in Coverage,December 14, 2014

45. Rue M, Serna MC, Soler J, Bosch A, Magaz MC, Galvan L. Differences in pharmaceutical consumption and expenses between immigrant and Spanish-born populations in Lleida, (Spain): A 6-months prospective observational study. BMC Health Services Research (2008) 8:35

46. Salgado V N de Snyder, T. González-Vázquez, C. Infante-Xibille, M. Márquez-Serrano, B. Pelcastre-Villafuerte,E. E Serván-Mori.Servicios de salud en la Mixteca:utilización y condición de afiliación en hogares de migrantes y no-migrantes a EU,,Mex 2010.

47. Shelton Brown H,K. J. W, J. L. Angel, Mexican Immigrant Health: Health Insurance Coverage Implications,Mexico,8 Aug 2019.

48. Siddiqi A, D. Zuberi, Quynh C. Nguyen,The role of health insurance in explaining immigrant versus non-immigrant disparities in access to health care: Comparing the United States to Canada,2009

49. Solé A, Guillén M, Crimmins E. Health care usage among immigrants and native-born elderly populations in eleven European countries: results from SHARE. Eur J Health Econ. 2012 December ; 13(6): 741–754.

50. Suárez R, En últimos 3 años, el país ha atendido la salud de 14.362 venezolanos,Bogotá-colombia,El tiempo,17 de julio 2017.

51. Tangcharoensathien V, Thwin A, Patcharanarumola W. Implementing health insurance for migrants, Thailand. Bull World Health Organ 2017;95:146–151

52. Tarraf W, Jensen G, González H. Impact of Medicare Age Eligibility on Health Spending among U.S. and Foreign-Born Adults. Health Services Research, 2016 51 (3): 846-871

53. Tarraf W. MBA,, Y. Miranda, H. M. González,Medical Expenditures among Immigrant and Non-Immigrant Groups in the U.S.: Findings from the Medical Expenditures Panel Survey (2000–2008),U.S,Med Care. 2012.

54. Trost M., E. M Wanke, D. Ohlendorf, D.Klingelhöfer, M. Braun, Jan Bauer,David A Groneberg,D.Quarcoo, D. Brüggmann,Immigration: analysis, trends and outlook on the global research activity, Canada 2018

55. Wassink J. Uninsured Migrants: Health Insurance Coverage and Access to Care Among Mexican Return Migrants Demogr Res. 2018 ; 38:

56. Weilbaecher A. Immigrant Health Care: Social and Economic Costs of Denying Access, 2008 2 (17): 337-345

57. Ziemer M. ,S. Becker-Dreps ,Donald E. Pathman,Mexican Immigrants' Attitudes and Interest in Health Insurance: A Qualitative Descriptive Study, Mexico-New York 2013.

58. Zuckerman S., Timothy A. Waidmann, E. Lawton,Undocumented Immigrants, Left Out Of Health Reform, Likely To Continue To Grow As Share Of The Uninsured,U.S,2015.

10. ANEXOS:

Anexo 1: Extracción de datos de información de artículos por temática

ARTIC.	AUTOR.	AÑO DE PUBLICACIÓN	CONTIN.	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	RESUMEN DE LA METODOLOGÍA	POBLACIÓN INCLUIDA EN EL ESTUDIO	PRINCIPALES RESULTADOS	CONCLUS.