

Ventanillas de Salud: Desafíos en el acceso a servicios de salud de inmigrantes mexicanos en EE. UU.

Ventanillas de Salud: Defeating challenges in healthcare access for Mexican immigrants in the United States

Valeria Marina Valle^{a*}  <https://orcid.org/0000-0002-6797-6003>
 Wilma Laura Gandoy Vázquez^b  <https://orcid.org/0000-0002-3679-1022>
 Karla Angélica Valenzuela Moreno^a  <https://orcid.org/0000-0002-5024-3057>

^a Universidad Iberoamericana Ciudad de México (UIA), Departamento de Estudios Internacionales, Ciudad de México, México, correo electrónico: valeria.valle@ibero.mx; karla.valenzuela@ibero.mx

^b Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), Servicio Exterior Mexicano (SEM), Consulado General de México en San Francisco, California, Estados Unidos, correo electrónico: lgandoy@sre.gob.mx

Resumen

En 2010 la Affordable Care Act (ACA) brindó mayor acceso a la salud en Estados Unidos, pero los inmigrantes aún enfrentan dificultades, particularmente los indocumentados. Para brindar acceso a servicios de salud a sus connacionales, el gobierno mexicano creó el programa Ventanillas de Salud (vds). El artículo analiza cambios en el sistema de salud de Estados Unidos a partir del ACA y el papel de las vds. La metodología cualitativa incluye: revisión de literatura, entrevistas a líderes comunitarios y miembros del gobierno mexicano y cuestionarios enviados a cuatro vds: Arizona, Florida, Idaho y Texas. Los resultados demuestran que las vds proveen información confiable, acceso económico a servicios de salud, detección temprana de enfermedades crónicas y no transmisibles, especialmente para inmigrantes indocumentados. Se presentan recomendaciones de política pública basadas en evidencias. Las limitaciones radican en que los datos de las cuatro vds no son representativos de todo el programa.

Palabras clave: acceso a la salud, consulados, seguro médico, atención preventiva, detección temprana de enfermedades crónicas no transmisibles, clínicas comunitarias, Ventanillas de Salud, inmigrantes mexicanos en EE. UU.

Abstract

The 2010 Affordable Care Act (ACA) improved access to healthcare in the United States. However, immigrants —especially those undocumented— still faced difficulties, which have increased during the Trump administration. In order to bring access to health services to its nationals, the Mexican government

Recibido el 19 de agosto de 2019.

Aceptado el 3 de marzo de 2020.

Publicado el 10 de marzo de 2020.

IDIOMA ORIGINAL DEL ARTÍCULO:
INGLÉS.

* Autor para correspondencia:
Valeria Marina Valle, correo electrónico: valeria.valle@ibero.mx; vmvalle@gmail.com



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

CÓMO CITAR: Valle, V. M., Gandoy, W. L. & Valenzuela, K. A. (2020). Ventanillas de Salud: defeating challenges in healthcare access for Mexican immigrants in the United States. [Ventanillas de salud: desafíos en el acceso a servicios de salud de inmigrantes mexicanos en EE. UU.]. *Estudios Fronterizos*, 21, e043. <https://doi.org/10.21670/ref.2001043>

has implemented the *Health Windows Program* (*Ventanillas de Salud*, or vds). The article reviews changes in the U.S. healthcare system from the ACA to date, and assesses the role of vds. The methodology is qualitative, consisting of a literature review, interviews with community leaders and Mexican government officials, and questionnaires sent to four vds: Arizona, Florida, Idaho and Texas. Results show that vds provide reliable and affordable access to basic healthcare services, and detection of chronic and non-communicable diseases, especially within undocumented immigrants. Public policy recommendations are offered based on these findings. Limitations of the study include the data collected, which is non-representative of all vds.

Keywords: healthcare access, consulates, insurance, preventive care, early detection of chronic and non-communicable diseases, community health clinics, Ventanillas de Salud, Mexican immigrants in the United States.

Introducción

Se estima que más de 36 millones de personas de origen mexicano viven en los Estados Unidos (EE. UU.), de los cuales aproximadamente 12 millones han nacido en México, 12 millones son inmigrantes de segunda generación y 12 millones pertenecen a una tercera generación o posterior (Hernández, 2015; Gzesh & Schiavon, 2018). De los 12 millones de inmigrantes de primera generación, 6 millones están indocumentados. Los inmigrantes indocumentados son el grupo más vulnerable en relación con el acceso a los servicios de salud. De acuerdo con Wendy Parmet:

Los inmigrantes no ciudadanos son como los canarios en la mina de carbón de la atención sanitaria. Desproporcionadamente pobres, no blancos, no angloparlantes y sin acceso al sistema, se encuentran entre los grupos más vulnerables en los Estados Unidos. En consecuencia, a menudo son los primeros en experimentar las lagunas, ineficiencias y los conflictos en nuestro sistema de salud (Parmet, 2018).

En la mayoría de los estados de los EE. UU., los inmigrantes indocumentados no tienen acceso a los servicios de salud, aunque pagan impuestos. Según Becerra, Androff, Ayón y Castillo, “a nivel federal, los inmigrantes indocumentados tienden a aportar más dinero en impuestos de lo que consumen en servicios” (Becerra et al., 2012, p. 111).

Teniendo en cuenta los requisitos estipulados por la Ley de Atención Asequible (Affordable Care Act [ACA]) actualmente, no resulta sorprendente que la Oficina del Censo reportara en 2015 que solo 38.3% de los ciudadanos mexicanos tenían cobertura del seguro público (Barnett & Vomovitsky, 2016), lo que coloca a las comunidades mexicana e hispana en una situación peor a la de la población blanca no hispana. Además, en 2014, solo 38.8% de los jóvenes mexicanos reportaron “tener buena salud” (Rangel et al., 2016).

En un contexto en el que no todos los inmigrantes tanto documentados como indocumentados tienen acceso a Medicaid, ni pueden obtener una póliza de seguro asequible en el Mercado, los servicios de salud proporcionados por el programa *Ventanillas de Salud* (vds) de los Consulados de México en colaboración con diferentes agencias y clínicas comunitarias, aunque insuficientes, resultan ser esenciales. Los servicios que ofrecen las vds se pueden dividir en tres categorías: 1) información

y asesoramiento, 2) realización de varias pruebas gratuitas que a menudo detectan enfermedades crónicas como la diabetes y 3) derivación de pacientes a las clínicas comunitarias. Los servicios de asesoramiento se orientan a los siguientes problemas de salud: diabetes, obesidad, hipertensión, nutrición, deportes, salud de la mujer, violencia doméstica, cáncer, salud mental, gripe, higiene dental, medicamentos, enfermedades cardíacas, salud reproductiva, cuidado prenatal, cuidado de los ojos y salud ocupacional. Las pruebas que realizan las vds incluyen la medición de la presión arterial, peso y altura, glucemia, análisis de orina, VIH y otras pruebas de enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, mamografías, vacunas contra la gripe y el herpes zóster, cáncer de piel y odontología. Además, una de las funciones más decisivas de las vds es la de crear asociaciones con clínicas comunitarias que puedan proporcionar servicios de salud a precios asequibles (Instituto de los Mexicanos en el Exterior [IME], 2016). El gobierno del presidente mexicano, Andrés Manuel López Obrador, quien asumió el cargo en diciembre de 2018, ha asignado 45 millones de pesos mexicanos para llevar a cabo sus funciones, 5 millones más que la administración anterior (Valdovinos, 2019). A pesar de que esta cantidad podría no ser lo suficientemente grande en dólares de EE. UU. en relación con el gasto del gobierno mexicano, indica que la nueva administración es consciente de la importancia del programa vds, especialmente en el contexto de la actual postura contraria a la inmigración del gobierno federal de los EE. UU., así como de algunos gobiernos locales.

El objetivo de los servicios de las vds es prevenir e incluso detectar enfermedades crónicas, así como reducir el número de veces en las que los inmigrantes sin seguro tienen que usar los servicios de emergencia de los hospitales (Rangel et al., 2016, p. 97; IME, 2016). La prevención y detección temprana de enfermedades crónicas no transmisibles es crucial, especialmente en el contexto de la administración de Trump, ya que existe un temor generalizado entre los inmigrantes hispanos de ser deportados si proporcionan sus datos personales en los centros de salud. Martínez, Ruelas y Granger sostienen que el temor a la deportación ha llevado a “las familias de origen mexicano a eludir los servicios que ofrecen las agencias gubernamentales, a pesar de que sus hijos reúnan los requisitos para acceder a los mismos” (Martínez et al., 2018, p. 189). Esto sucede esencialmente con los mexicanos de primera generación, en particular los indocumentados, cuyos hijos han nacido en los EE. UU. “A pesar del hecho de que estos niños son estadounidenses, sus padres pueden que eviten llevarlos a los hospitales por temor a la deportación” (Moya et al., 2013, p. 1008). Sin embargo, la experiencia práctica en los consulados confirma que también hay migrantes que aprovechan los servicios de salud y las derivaciones cuando una persona o institución de confianza les aconseja hacerlo. Además, la “Public Charge Rule” (Regla de Carga Pública) promovida por la administración de Trump (Department of Homeland Security v. New York, 2020), y sus implicaciones en los procedimientos de ajuste del estatus migratorio, ha resultado en que un número cada vez mayor de inmigrantes decida no acceder a los servicios de salud. Aunque el cambio de política no era aún válido en 2018, en ese momento “[l]os cambios propuestos a la política de carga pública [...] [estaban] causando un daño significativo. El miedo y la confusión —conocidos como el efecto escalofriante— [estaban] haciendo que las personas se dieran de baja de los programas o renunciaran a los beneficios a los que tienen derecho” (Protecting Immigrant Families, 2019). El temor y no uso de los servicios públicos no son nuevos, como se evidencia a continuación:

Algunos padres temen que la inscripción de los niños en los programas afecte a las posibilidades futuras de regularización, incluido el patrocinio por parte de la familia o la naturalización. La variabilidad en la evaluación de la carga pública —en la que los solicitantes de residencia permanente deben demostrar que no dependerán principalmente del gobierno— ha llevado a algunas familias a rehuir la obtención de servicios para sus hijos (Mendoza, 2009, y Park, 2011, citado en Castañeda & Melo, 2014, p. 1895).

Si los inmigrantes cancelan las visitas al médico, o no toman medidas preventivas en relación con la salud, no solo pueden terminar acudiendo a los Servicios de Emergencia, sino que también pueden afectar a otros, incluida la población no inmigrante. Por ejemplo, las vacunas no realizadas o tratamientos no administrados podrían provocar la propagación de enfermedades infecciosas, creando un problema de salud pública. Además, si los pacientes eluden el tratamiento de enfermedades crónicas, esto podría causar problemas potenciales en el futuro y resultar en una atención más costosa e invasiva (Adams, 2018; Rangel et al., 2016, p. 98).

La incertidumbre sobre las leyes de inmigración y los discursos y sentimientos políticos en contra de los inmigrantes causan estrés no solo a los propios inmigrantes, sino también a sus familias en ambos lados de la frontera. Una encuesta reciente realizada por la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) encontró que 45% de la población adulta se siente estresada por la separación y deportación de familiares migrantes; los números aumentan hasta un 57% para la Generación Z (APA, 2018, p. 3; Merriam-Webster, s. f.). Actualmente, la salud mental también es un tema muy relevante que algunos consulados en los EE. UU. —como los de Nueva York, Little Rock y Los Ángeles— están incluyendo ahora en los servicios de sus vds como parte de un programa piloto (Consulado General en Nueva York, 2019; Consulado General en Little Rock, 2019).

Dado este contexto, el presente artículo llevará a cabo una primera evaluación sobre el impacto de las vds, considerando los cambios políticos en los EE. UU. con respecto al acceso a los servicios de salud. En este sentido, este artículo se compone de cuatro secciones principales. La primera ofrece un trasfondo que explica los cambios que se produjeron en el acceso a los servicios de salud durante las administraciones de Obama y Trump. El segundo arroja luz sobre la importancia del programa vds y las clínicas comunitarias para proporcionar acceso a los servicios de salud a los inmigrantes mexicanos en los EE. UU. La tercera parte presenta los resultados, y la discusión y análisis de estadísticas de 2015. El estudio realizado por Rangel y cols. (2016) proporciona datos sobre 50 vds y otro contiene encuestas a cuatro vds realizadas por los autores. Los datos se comparan entre estas dos fuentes. La cuarta parte incluye las conclusiones y recomendaciones de política pública, así como sugerencias para futuras investigaciones sobre este tema.

Metodología

Este es un estudio de naturaleza cualitativa que se ha desarrollado utilizando fuentes primarias y secundarias. Esta es una observación importante dado que la investigación cualitativa no pretende establecer leyes generales mediante estadísticas ni muestras representativas. El propósito de un estudio de este tipo es ofrecer una explicación inicial de cómo y por qué ocurren diferentes fenómenos (Rodríguez, 2014, pp. 7-21). A partir de estas conclusiones, se pueden realizar más investigaciones.

Primero, para contextualizar la relevancia de las vds, las autoras revisaron los datos existentes sobre el acceso a los servicios de salud en los EE. UU. y los cambios en las políticas relacionadas con el acceso a los servicios de salud. Posteriormente, para comprender cómo la población mexicana en los EE. UU. puede tener acceso a los servicios de salud por medio de las vds, los autores recogieron información de un estudio realizado por Rangel y cols. (2016), que recopila datos de las 52 vds en los EE. UU. para el año 2015. Los resultados de esta investigación se han comparado con la información que las autoras reunieron por medio de cuestionarios enviados en 2016 a las vds de diferentes Consulados de México ubicados en Arizona, Florida, Idaho y Texas, que atienden a siete estados de los EE. UU. En estos cuestionarios, las diferentes vds compartieron sus hallazgos globales para el año 2015.

Los cuatro estados en los que se encuentran estos consulados fueron principalmente partidarios republicanos en las elecciones presidenciales de 2016. A pesar de este hecho, es importante subrayar que se comprobará cómo las vds ofrecen diferentes tipos de servicios, algunos de ellos no disponibles en otras Ventanillas, aunque esto último no necesariamente implica una respuesta a la política local con respecto a la salud. Más bien, los servicios están definidos por el presupuesto del consulado, el tipo de asociaciones relacionadas con la salud que establecen, así como la disponibilidad de personal consular, y tratando de abordar los problemas de salud más generalizados conocidos dentro de la población mexicana, como la diabetes. Con el fin de esclarecer el hecho de que la comunidad mexicana indocumentada en los EE. UU. se sienta temerosa de buscar diferentes servicios —como los exámenes regulares de salud— y de proporcionar sus datos personales —ya que podrían desencadenar un procedimiento de deportación— las autoras también llevaron a cabo entrevistas con Oscar Chacón, cofundador y director ejecutivo de Alianza Américas (anteriormente conocida como Alianza Nacional de Comunidades Latinoamericanas y del Caribe ([NALACC, por sus siglas en inglés]) y Judith Montenegro, directora del Programa de Latinos en el Sur Profundo, Comisión Latina sobre el SIDA, Carolina del Norte, en 2018 (O. Chacón, comunicación personal, 7 de octubre de 2014; J. Montenegro, comunicación personal, 9 de enero de 2018; Consumer News and Business Channel [CNBC], 2018). El temor lo experimentan no solo los adultos, sino también los niños, como se analizará a continuación con más detalle. También se han recopilado datos de testimonios de miembros del Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME, 2016) en eventos académicos y otros de carácter público.

Los datos proporcionados por los consulados y el estudio de Rangel y cols. (2016) respaldaron los argumentos cualitativos de las autoras, que fueron extraídos de la revisión de la literatura, la experiencia práctica en asuntos de protección consular de una de las coautoras y los testimonios derivados de las entrevistas. Además, sostenemos que los análisis cualitativos son particularmente importantes cuando se estudian poblaciones vulnerables, para comprender los efectos de las políticas públicas a nivel individual o de grupo. Después de presentar tanto fuentes secundarias como primarias, las conclusiones revelan que los servicios ofrecidos por las vds proporcionan un acceso fiable y asequible a los servicios básicos de salud para los inmigrantes mexicanos en los EE. UU. y son útiles para detectar enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente en la población mexicana indocumentada.

Antecedentes: cambios en el acceso a los servicios de salud durante las administraciones de Obama y Trump

El acceso de los inmigrantes mexicanos a los servicios de salud en los EE. UU. cambió después de la ACA, también conocida como Obamacare, que se ratificó el 23 de marzo de 2010 y entró en vigor en 2014. Los objetivos de esta ley eran: 1) aumentar la calidad del seguro de salud, 2) reducir la tasa de no asegurados mediante la expansión de la cobertura de seguro público y privado y 3) reducir los costos de la atención sanitaria para las personas y el gobierno (Obamacare Facts, 2018). En términos generales, se amplió el programa de Medicaid y se crearon las condiciones necesarias para poder disponer de diferentes opciones de seguro a precios más asequibles.

Medicaid es un programa de asistencia que atiende a personas de bajos ingresos de cualquier edad. Este programa es administrado por todos los estados siguiendo las pautas federales; algunos de ellos habían ampliado las opciones de cobertura para los ciudadanos de bajos ingresos e inmigrantes documentados y se conocen como “estados de expansión” (U.S. Department of Health and Human Services, 2015). Sin embargo, los inmigrantes documentados tienen que esperar un periodo de cinco años para ser elegibles para Medicaid (The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2013). Mientras tanto, pueden comprar una póliza de seguro de cualquier agencia dentro de lo que se llama el “Mercado”, que ofrece no solo precios competitivos, sino también la posibilidad de obtener créditos fiscales.

Según el Subsecretario de Planificación y Evaluación (ASPE, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., de 2014 a 2015, los llamados “estados de expansión” experimentaron una reducción del 9.2% en el número de adultos sin seguro frente al 7.9% de los “estados no en expansión” (Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation [ASPE], 2016, pp. 1-2). Aunque este fue un efecto positivo de la ley, Obamacare no significó buenas noticias para todos. A pesar de las importantes contribuciones que la ACA ha tenido al reducir el número total de personas sin seguro en los EE. UU., muchos inmigrantes documentados e indocumentados se han quedado sin posibilidad de obtener una prima asequible de las agencias de seguros (Consejo Nacional de Población, 2012). Esto significa que aquellos que tienen una visa de trabajo (H1 o H2, por ejemplo), que tienen la Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (DACA, por sus siglas en inglés), o simplemente que están indocumentados —y en consecuencia no tienen un número de seguro social— no tienen un camino asequible para poder recibir servicios de salud; en otras palabras, pueden obtener una póliza de seguro de salud pero no a un precio preferente (ASPE, 2016, pp. 1-2).

Según Chen y cols., la ACA no eliminó las disparidades raciales y étnicas en el acceso y la utilización de la atención sanitaria:

Los descensos relativamente menores en las tasas de personas sin seguro entre los latinos pueden explicarse por el hecho de que los inmigrantes latinos recientes tienen más probabilidades de vivir en estados que no participan en la expansión de Medicaid, así como por la escasa penetración en la comunidad latina en cuanto a la elegibilidad, los subsidios y la inscripción en la ACA. Sin embargo, se observa un progreso importante entre los latinos en este análisis a corto plazo de la aplicación de la ACA en términos de menores demoras y una menor probabilidad de renunciar a la atención sanitaria entre los latinos que reunían los requisitos. Estos resultados sugieren que la ACA tiene el potencial

de reducir y eliminar las disparidades raciales y étnicas si las tendencias actuales continúan (Chen et al., 2016, p. 142).

Sin embargo, estos resultados podrían variar de un estado a otro, dependiendo de si el estado ha analizado la participación en la expansión de Medicaid o no. Por ejemplo, según Kemmick y cols. (2019), California gestiona el programa de Medicaid más grande del país (llamado Medi-Cal), con una cobertura récord del 42% (o más de 4 millones) de todos los niños. Sin embargo, los índices de aceptación de la cobertura de Medicaid por parte de los médicos de atención primaria (MAP) son muy bajos, probablemente debido a las bajas tasas de reembolso de Medi-Cal (Kemmick et al., 2019).

Además, Ortega y cols. (2017) argumentan que un estudio nacional de adultos descubrió que la cobertura del seguro de salud mejoró después de la implementación de la ACA para los blancos no latinos, negros no latinos y latinos. Sin embargo, todavía persistían las desigualdades en la cobertura de seguros y la utilización de los servicios. Otro estudio encontró que la cobertura mejoró para todos los adultos latinos, pero los latinos originarios de México y América Central tenían menores probabilidades de estar asegurados entre 2011 y 2015, en comparación con los blancos no latinos. Estas disparidades no se redujeron con la expansión del seguro de la ACA. Para ilustrar esto, Ortega y cols. explican que en 2011 la tasa de falta de aseguramiento entre los jóvenes latinos fue del 10%, o 2.5 veces la tasa de la juventud de raza blanca (4%) y que para 2015 la falta de seguro entre la juventud latina había disminuido al 6%, pero aún era tres veces mayor que la de la juventud blanca (2%) (Ortega et al., 2017).

Cuando el presidente Donald Trump asumió el cargo, ya había propagado con fuerza el argumento de que los beneficios de los servicios de salud suponían un factor de atracción para los inmigrantes, a pesar de los datos estadísticos en contra. Según Associated Press, con base en un estudio del Pew Research Center (Centro de Investigaciones Pew):

Los hispanos son tres veces más propensos a no tener seguro médico que los blancos. Los blancos representaron 63%, o 3.8 millones, de los que se inscribieron en los planes de la ACA en 2015 en comparación con 15%, o poco menos de un millón de hispanos, según los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Los motivos varían, pero algunos siempre han temido la deportación, independientemente de quien esté en el cargo (Kennedy, 2018).

Es importante mencionar que el 25 de enero de 2017, el presidente Donald Trump emitió una orden ejecutiva indicando que aquellos inmigrantes que “hayan abusado de cualquier programa relacionado con la recepción de beneficios públicos” podrán ser deportados (White House, 2017). El 14 de agosto de 2019, el Departamento de Seguridad Nacional de los EE. UU. publicó la regla final con respecto a la Inadmisibilidad por Motivos de Carga Pública, que entró en vigor a nivel nacional el 28 de enero de 2020. Esta regla final determina los factores que se considerarán al analizar si es probable que alguien se convierta en una carga pública en el futuro, lo que hace que esta persona no sea elegible para la admisión o el ajuste de su estatus (Luthi, 2020). Los beneficios públicos considerados en las determinaciones de inadmisibilidad de la carga pública incluyen recibir asistencia durante 12 meses en un periodo de tres años por medio de programas de beneficios en efectivo, cupones de alimentos, asistencia para vivienda y alquiler y Medicaid financiado con fondos federales (U.S. Citizen and Immigration Services, 2019). Además, en intentos anteriores de relacionar la atención sanitaria con la llamada “crisis migratoria”, el Departamento de Salud y Servicios Humanos anunció que tomaría hasta

USD385 millones de los programas de salud y los emplearía en proveer alojamiento para niños migrantes (U.S. Department of Health and Human Services, 2019).

Además, en octubre y diciembre de 2017, el presidente Trump realizó modificaciones de la ACA por medio de órdenes ejecutivas. En diciembre, firmó la *Ley de Reducción de Impuestos y Empleos*, que derogó el impuesto de Obamacare a quienes no tenían seguro. En consecuencia, la Oficina de Presupuesto del Congreso (CBO, por sus siglas en inglés) estimó que 13 millones de personas iban a abandonar la cobertura. Por lo tanto, los costos de atención sanitaria aumentarían al disminuir el número de personas sanas que pagaran las primas. Por lo tanto, menos personas recibirían atención preventiva o tratamiento para enfermedades crónicas (Amadeo, 2018). En resumen, las opciones de servicios de salud para todos los grupos de inmigrantes—independientemente de su estatus migratorio—corren el riesgo de disminuir durante la administración de Trump.

En un entorno político que se manifiesta hostil hacia la comunidad inmigrante en diferentes formas, la prevención es crucial, especialmente en relación con enfermedades crónicas no transmisibles, que son uno de los problemas de salud más importantes que sufren los inmigrantes mexicanos en los EE. UU. Además, durante la administración de Trump, no es solo el temor lo que impide que los inmigrantes acudan al médico, sino también los cambios a la ACA que están causando un incremento de los precios de las pólizas de seguro. Además, los padres indocumentados con hijos nacidos en los EE. UU. pueden temer ir a hospitales y proporcionar información que pueda ser utilizada para deportarlos.

Acceso a los servicios de salud: una cuestión relevante para ambos países

El derecho a la salud se considera un derecho humano básico establecido en las convenciones internacionales, habiéndose ratificado tanto por México como por los EE. UU. Como se estableció originalmente en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 por las Naciones Unidas (ONU), toda persona tiene derecho a un conjunto universal de derechos básicos (General Assembly, 1948, artículos 2 y 7). Además, en relación con los derechos de los migrantes internacionales, “no se hará ninguna distinción con base al estado político, jurisdiccional o internacional del país o territorio al que pertenece una persona” (General Assembly, 1948, artículo 2). El derecho a la salud incluye otros aspectos del bienestar, como alimentación y vivienda, atención médica y seguridad social; se da prioridad a la salud materna e infantil (General Assembly, 1948, artículo 25). Los mismos principios se incluyen en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado en 1966, relacionado con el derecho de todas las personas al “más alto nivel posible de salud física y mental” junto con un nivel de vida adecuado; es responsabilidad del Estado involucrado garantizar estos derechos (Office of the High Commissioner for Human Rights [OHCHR], 1966, artículos 11 y 12). Independientemente del estatus migratorio, cada persona tiene derecho a la salud (General Assembly, 1948).

Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 de la ONU incluyen metas y objetivos relacionados con la mejora de los estándares de los procesos de migración humana, incluidos los estándares de salud y seguridad para los migrantes (Mosler et al., 2018, p. 10). Los ODS también se centran en la reducción de las desigualdades dentro de

los países y entre ellos (General Assembly, 2015), lo que en parte se logrará mediante el objetivo 10.7: la “migración y movilidad segura, ordenada, regular y responsable de las personas, incluso mediante la aplicación de políticas de migración planificadas y bien gestionadas” (General Assembly, 2015). Los líderes de la ONU, reunidos en 2016, en relación con el objetivo de lograr un pacto sobre la migración segura, ordenada y regular, propusieron un marco para orientar las respuestas en materia de migración, con el fin de proteger la salud y la seguridad de los migrantes. Este pacto fue aprobado en Marrakech en diciembre de 2018.

El Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular confirmó una alianza mundial que pone de relieve la protección del derecho de los migrantes a la salud y los servicios y da prioridad a los grupos vulnerables (UN, 2018). El Pacto se basa en la evidencia de que la migración, cuando se lleva a cabo de manera segura y ordenada, puede impulsar el desarrollo sostenible para los países de origen, tránsito y destino (UN, 2018).

A nivel regional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha priorizado la salud de los migrantes y ha destacado el problema persistente de la alta variabilidad en la atención y el acceso a los sistemas de salud por parte de los migrantes que existe entre las diversas naciones (Pan American Health Organization [PAHO], 2018).

A nivel bilateral, a diferencia de los modelos tradicionales de los Estados nación confinados por fronteras físicas o jurídicas, las poblaciones son altamente móviles, como también lo son las enfermedades. Una comunidad binacional —como los mexicanos y mexicoamericanos— plantea desafíos que también son binacionales y deben abordarse como tales. La atención de la salud, ya sea física o mental, es un factor importante que afecta a las poblaciones de ambos lados de la frontera y debe ser abordada tanto por los gobiernos como por la sociedad civil. Dada la intensa movilidad fronteriza y los patrones de interconexión que comparten las poblaciones estadounidense y mexicana, la atención sanitaria también debería ser móvil. Considerando los obstáculos para acceder a los servicios de salud a los que se enfrentan los inmigrantes mexicanos en los EE. UU., especialmente los indocumentados, los consulados de México en el país vecino se presentan como la institución más adecuada para lograr este objetivo. Dada la necesidad de tener un medio de identificación, muchos ciudadanos mexicanos en los EE. UU. visitan sus consulados, y durante estas visitas las VDS se familiarizan con los problemas de salud más comunes de quienes han acudido a las mismas. Por lo tanto, dentro del límite de sus presupuestos y de las alianzas que logran establecer para las VDS, los consulados pueden adaptar los programas específicamente para sus comunidades, independientemente del estatus de inmigración.

Otro problema que puede afectar al acceso a los servicios de salud, tanto en México como en los EE. UU., es el hecho de que los sistemas de salud mexicanos y estadounidenses no son simétricos. Como ha sido explicado por Valle y Ortiz (2015), la mayoría de los servicios de salud en los Estados Unidos son privados, mientras que en México los ciudadanos sin seguro pueden ser asistidos en diversas instituciones públicas, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el recientemente creado Instituto de Salud y Bienestar (Insabi), que ha reemplazado al Programa de Seguro Popular. Aunque esto es cierto, según Gómez y cols. (2011), en México, las personas con seguro público también utilizan servicios privados, generalmente servicios ambulatorios. Los informes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD, por sus siglas en inglés) indican que, en México, el pago directo representaba alrededor del 40% de todo el gasto en salud en el año 2019 (OECD, 2019a). Además, la inversión del PIB en servicios de salud es muy desigual para

ambos países. Mientras que México solo invierte un 2.7%, EE. UU. invierte un 16.9%, lo que lo convierte en el país con la mayor inversión en salud (OECD, 2019b).

A pesar de una inversión tan importante, los inmigrantes indocumentados no representan una prioridad para el gobierno de los EE. UU., por lo que no ha podido atender todas sus necesidades de salud. Ante este hecho, las organizaciones no gubernamentales que no discriminan a los indocumentados al proporcionar atención han ganado un papel destacado en la prestación de los servicios de salud (Valle & Ortiz, 2015, p. 109). El acceso a los servicios de salud por parte de inmigrantes indocumentados es un asunto relevante para ambos países, dados los costos asociados, monetarios y de seguridad de la salud, que se pueden generar si no se atiende esta situación. Además, la detección de enfermedades crónicas no transmisibles en la comunidad ha sido crucial, aunque facilitar el acceso a una atención médica más especializada es algo en lo que todavía hay que trabajar. Milena Melo pone de relieve este problema argumentando que:

la política federal clasifica a los inmigrantes indocumentados en los Estados Unidos como no elegibles para la mayoría de los servicios de salud financiados con fondos públicos en virtud de su estatus “ilegal”. Como resultado, los inmigrantes que padecen enfermedades crónicas y debilitantes se enfrentan a dificultades para encontrar un tratamiento adecuado en el caso de afecciones graves (Melo, 2017, p. V).

Las vds en los Consulados de México podrían detectar la existencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes, realizando pruebas gratuitas. El problema crítico es que las vds no proporcionan tratamiento y solo se limitan a derivar a los pacientes a clínicas comunitarias que podrían tratar estas afecciones a un bajo costo.

Los consulados de México en los EE. UU. han diversificado sus servicios de numerosas formas en diferentes áreas, tomando la delantera en la provisión de estos para los nacionales en el extranjero. Además, tienen programas de salud mental y física, educación, afiliación a seguros públicos para familiares no migrantes e incluso programas educativos para inmigrantes de segunda generación (Délano, 2018). Estos esfuerzos indican que el gobierno mexicano, de acuerdo con el principio de responsabilidad compartida, ha invertido en su diáspora y los servicios proporcionados por las vds son una forma de llegar a las poblaciones vulnerables y mantener la participación de la comunidad. Además, si se proporciona atención sanitaria preventiva, existe la posibilidad de que disminuyan los casos de protección, en los cuales los inmigrantes se enfrentan a un riesgo y necesitan asistencia inmediata debido a factores que a menudo podrían haber sido prevenidos. Para el gobierno de México, la prestación del servicio consular tiene también un valor simbólico, ya que representa el interés del Estado en preservar el sentido de pertenencia de sus comunidades en el extranjero y hacer que se sientan parte del Estado más allá de las fronteras.

Junto con las comunidades mexicanas que viven en los EE. UU., los repatriados mexicanos también constituyen un grupo que merece atención. En 2017, 192 334 ciudadanos mexicanos fueron repatriados por el Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security [DHS], 2019) y no hay registros formales sobre su estado de salud. Además, se ha documentado que algunos inmigrantes que enferman en ese país regresan para recibir tratamiento en México (Matus et al., 2016). Aunque este tema de estudio está fuera del alcance del artículo, resulta relevante para enmarcar la salud de mexicanos y estadounidenses como un problema binacional que se encuentra inmerso en la dinámica de migración de ambos países.

El sistema de salud de los EE. UU. ha sido durante mucho tiempo un tema de debate político y las controvertidas propuestas del presidente Trump han generado posiciones encontradas, especialmente en relación con las poblaciones inmigrantes. Aunque los inmigrantes indocumentados podrían ser menos propensos a utilizar los servicios de emergencia o la atención sanitaria preventiva proporcionada por el Estado, la Casa Blanca bajo la administración de Trump ha sugerido todo tipo de medidas, desde impugnar la ACA en los tribunales (Jost, 2018) hasta hacer peligrar el estatus legal de los inmigrantes de bajos ingresos que se benefician de la ayuda del gobierno en cualquier forma, incluidos los servicios de salud (Puhl, 2019). Debido a una larga historia de inmigración, las comunidades mexicanas están bien establecidas y tienen fuertes lazos en las localidades donde se asientan. Por lo tanto, como se ha mencionado, el número de mexicanos de primera y segunda generación que residen en los EE. UU. es considerable, por lo que el riesgo de privarlos de la atención sanitaria formal plantea graves problemas de salud pública (tanto física como mental). Por ejemplo, las familias de estatus mixto en las que exista un familiar inmigrante con afecciones médicas previas podrían rechazar acudir a Medicaid por temor a ser consideradas una carga para el sistema de salud pública. Otro ejemplo es no sentirse con derecho a utilizar las instalaciones de salud, especialmente entre aquellos inmigrantes con estatus precario. Estas situaciones podrían poner en peligro la salud de los inmigrantes y aumentan la posibilidad de tener que utilizar los servicios de salud privados o de emergencia, lo que podría resultar en un gasto financiero que la unidad familiar no pueda ser capaz de costear.

Los inmigrantes indocumentados generalmente no pueden permitirse pagar tratamientos costosos, especialmente cuando sufren enfermedades crónicas no transmisibles. Por ejemplo, Milena Melo (2017) ha examinado las experiencias de tratamiento de inmigrantes mexicanos indocumentados que padecían enfermedad renal terminal (ERT) en el sur de Texas. En un trabajo de campo de dos años que incluyó la observación de los participantes, entrevistas semiestructuradas y estudios de caso con 42 profesionales de la salud y 100 pacientes de diálisis nacidos en México (50 indocumentados y 50 documentados), se empleó la diálisis como un estudio de caso extremo, demostrando las consecuencias perjudiciales y fatales que ocurren cuando se restringe o niega el acceso a los servicios de salud de acuerdo con la ciudadanía y al estatus legal de inmigración. Melo rastreó cómo los inmigrantes indocumentados con ERT utilizaban el sistema de salud de los EE. UU., “que busca eludirlos en todas las emergencias menos en las inmediatas, que ponen en peligro la vida, dejándoles con una sola opción viable: el convertirse en un paciente en riesgo de morir para mantener la vida” (Melo, 2017, p. V).

Melo (2017) responsabiliza al sistema de salud que impide que estos pacientes gravemente enfermos reciban tratamiento debido a su incapacidad para buscar un seguro o pagar una costosa diálisis. La autora argumenta que el problema en los EE. UU. es que el acceso a los servicios de salud para los inmigrantes indocumentados está restringido por las políticas de atención sanitaria establecidas a todos los niveles: nacional, estatal e institucional. Melo afirma que la mayoría de los inmigrantes indocumentados solo tienen acceso al sistema de salud cuando pueden pagar su tratamiento, o en el caso de una afección potencialmente mortal o situación de emergencia. Existen políticas nacionales de salud, como la Ley de tratamiento médico de emergencia y trabajo de parto activo (EMTALA, por sus siglas en inglés) y Medicaid de emergencia, que proporcionan acceso al sistema de salud en condiciones de emergencia a todos los pacientes, independientemente de su estatus migratorio o capacidad para pagar los servicios prestados. Además, se puede conceder Medicaid de emergencia cuando:

una afección médica (incluyendo el trabajo de parto y el parto de emergencia) que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido dolor intenso) de modo que se pueda esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resulte en: (a) poner en peligro la salud del paciente, (b) deterioro grave de las funciones corporales, o (c) disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo (Campbell et al., 2010, p. 185, citado en Melo, 2017, pp. 2-3).

Sin embargo, de acuerdo con este criterio, el paciente debe estar en un estado de vida o muerte para tener derecho a recibir los servicios, como en el caso de la ruptura del apéndice. Las afecciones que el médico no considera emergencias como tales, como pueden ser los cálculos renales, se pueden rechazar hasta que lleguen a desarrollar una complicación potencialmente mortal, incluso aunque el paciente sufra molestias mientras tanto. Por lo tanto, existen muy pocas protecciones y recursos limitados para los inmigrantes indocumentados que requieran un tratamiento de seguimiento continuo para enfermedades crónicas y terminales que no son inmediatamente fatales (Melo, 2017, pp. 2-3). Además, el estatus de indocumentado impide que los pacientes paguen su tratamiento: “En 2010, un estudio a nivel nacional encontró que el costo promedio por un año de diálisis cubierto por Medicare y/o seguro fue de USD76.906 frente a USD284.655 por un año de diálisis de emergencia” (Campbell et al., 2010, citado en Melo, 2017, p. 3).

Los inmigrantes indocumentados con ERT son excluidos de los centros de diálisis ambulatorios y con fines de lucro debido a su estatus no asegurado y su incapacidad para pagar los costos de los tratamientos de diálisis que se realizan tres veces por semana. Como resultado, los inmigrantes indocumentados solo pueden recibir diálisis si se presentan a los servicios de emergencia y se considera que están lo suficientemente enfermos de acuerdo con los criterios establecidos por las regulaciones del hospital y estatales. El incumplimiento de este criterio implica que los pacientes sean enviados a casa y se les diga que regresen al hospital cuando se encuentren en una situación de riesgo vital.

El sistema de salud de los EE. UU., según se encuentra estructurado por la ley estatal y federal, somete a los pacientes con ERT indocumentados a una dinámica de poder que oscila entre la inclusión y la exclusión. En el nivel más básico, estas personas son tratadas y no tratadas, gestionadas y no gestionadas (Melo, 2017, pp. 3-4).

Este es solo un ejemplo de las dificultades que se presentan a un inmigrante indocumentado que padece una enfermedad crónica no transmisible en los EE. UU. Teniendo en cuenta los obstáculos a los que se enfrentan los inmigrantes para acceder a los servicios de salud, se abordará a continuación la importancia de las VDS y los centros de salud comunitarios.

La importancia del programa VDS y las clínicas comunitarias

Debido a los cambios que se han producido en el acceso a los servicios de salud durante las administraciones de Obama y Trump, los centros de salud comunitarios han sido cruciales, ya que han resultado ser los únicos proveedores de servicios de salud a un precio razonable en los que se confía cuando son recomendados por los mismos miembros

de la comunidad y proporcionan los servicios en español. Además, en un contexto en el que la atención de emergencia para pacientes no asegurados puede convertirse en una carga financiera para sus familias, los servicios de atención preventiva y la detección temprana de enfermedades crónicas no transmisibles deben ser considerados vitales para la comunidad no asegurada, aunque en algunos consulados aún sean infrutilizados por la población inmigrante.

El Gobierno de México, por medio de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Relaciones Exteriores, ha establecido vds en los cincuenta Consulados de México en los EE. UU. Las vds pretenden ser fundamentales para preservar la salud de los inmigrantes sin seguro, ya que proporcionan diversos recursos informativos y exámenes básicos como análisis de sangre, azúcar, colesterol, masa corporal, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y pruebas de visión. Las vds también derivan a los posibles pacientes a centros de salud comunitarios (Rangel et al., 2017; Rangel et al., 2016, p. 97; IME, 2016). Además, existen dos programas consulares diseñados para atender a las comunidades que viven a distancia considerable de los consulados o para acercarse a aquellos lugares donde hay una alta concentración de ciudadanos mexicanos, a saber, los Consulados sobre Ruedas y Consulados Móviles (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2014). Desde la creación del programa vds, teniendo en cuenta una prestación integral de servicios, el Gobierno de México ha realizado esfuerzos para incluir servicios de salud y otros por medio de estos programas consulares, además de cumplir con su objetivo principal tradicional de proporcionar servicios de documentación (pasaportes y matrículas consulares principalmente).

En consecuencia, el gobierno de México, en cooperación con los centros de salud comunitarios, ha proporcionado oportunidades para poder acceder a unos servicios de salud asequibles. Estas acciones cobran aún más importancia durante la administración de Trump, que ha expresado abiertamente que aquellos que utilicen el sistema público serán una prioridad para la deportación. Además, la Ley Atención Sanitaria de los Estados Unidos (House of Representatives 1528), aprobada por la Cámara de Representantes el 4 de mayo de 2017, continúa obstaculizando el acceso a una atención sanitaria asequible para la población indocumentada (The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2017). Dado el ambiente poco acogedor para los inmigrantes fomentado desde la Casa Blanca, los defensores de los derechos de migración argumentan que muchos residentes documentados y ciudadanos de los EE. UU. no acceden a los servicios de salud debido a esas presiones (Kennedy, 2018; J. Montenegro, comunicación personal, 9 de enero de 2018). Daniel Bouton, director del Community Council, una organización sin fines de lucro especializada en la inscripción para atención sanitaria dirigido a familias de bajos ingresos con sede en Dallas, expresó que después de que Trump se convirtiera en presidente “cada día las familias cancelaban [sus planes de Medicaid y] ... la gente realmente no accedía a ninguno de nuestros programas” (Kennedy, 2018).

Aunque algunos nacionales aún dudan en utilizar los servicios que proporcionan las clínicas comunitarias, otros se sienten más seguros después de que el consulado los remita a las mismas. En este sentido, los servicios que ofrecen las vds son cruciales para los inmigrantes mexicanos, ya que provienen de una entidad que no revelará su estatus migratorio y puede canalizarlos a clínicas y otros asociados para recibir atención adicional y proporcionar servicios culturalmente sensibles en su idioma. En segundo lugar, dados los altos costos de los servicios médicos en los EE. UU., particularmente para enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes e hipertensión,

las vds desarrollan un papel vital en la medicina preventiva y en la detección de estas enfermedades, previsiblemente, en sus primeras etapas.

Además, la salud mental está surgiendo como una nueva demanda de las comunidades mexicanas en los EE. UU. Las poblaciones inmigrantes están experimentando una situación de trauma mental y ahora, dadas las políticas actuales contrarias a la inmigración, ha aumentado la presión legal y social sobre las mismas, lo que las ha llevado a necesitar —y a veces buscar— servicios de salud mental, un tema que ha llamado la atención de los funcionarios de los consulados (Vera, 2019). Aunque los consulados mexicanos en los EE. UU. ofrecen muchos más servicios que sus homólogos en otros continentes, no sucede lo mismo en relación con la provisión de salud mental. Curiosamente, los consulados de México en Alemania, Gran Bretaña e Irlanda tienen Ventanillas Virtuales de Salud Mental (VMHW, por sus siglas en inglés), una plataforma en línea que ofrece información para ayudar a los inmigrantes mexicanos a identificar si tienen algún síntoma de trastornos psicológicos en las primeras etapas. Las VMHW también incluyen información de contacto de expertos en salud mental de habla hispana ubicados en Europa (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2019). Aunque el perfil de las comunidades mexicanas en Europa difiere mucho de las de los EE. UU., se está considerando implementar las VMHW en este país. En realidad, según Evelyn Vera, exfuncionaria pública del IME, el Gobierno de México lanzó un proyecto piloto que resultó tener bastante éxito entre los usuarios. Por lo tanto, el IME está considerando poner en marcha un modelo no virtual para proporcionar servicio a los mexicanos con acceso limitado a internet, que no tengan habilidades técnicas para navegar en plataformas digitales o simplemente no confíen en los servicios en línea para compartir información confidencial y prefieran un servicio personalizado (E. Vera, comunicación personal, 14 de mayo de 2019).

A pesar de todos los esfuerzos, todavía existen dificultades para proporcionar servicios más especializados a un precio asequible. El siguiente análisis evaluará los servicios ofrecidos por las vds para proveer servicios básicos de salud a inmigrantes mexicanos no asegurados en los cincuenta consulados, y en particular en Texas, Arizona, Idaho, Montana, Nevada, Oregón y Florida.

Análisis de caso: el compromiso de los Consulados de México en la provisión de servicios de salud

El Programa vds tiene un papel importante en la prestación de servicios básicos de salud a los ciudadanos mexicanos en el extranjero. Según el Ministerio de Salud de México, su enfoque principal es abordar problemas como el abuso de drogas, artritis, asma y alergias, cáncer, atención prenatal, diabetes, enfermedades cardíacas, ETS, hipertensión e influenza. El número de personas atendidas ha ido creciendo, suponiendo casi un tercio de los ciudadanos mexicanos indocumentados en los EE. UU. De acuerdo con Rangel y cols. (2016), durante 2015, los tipos de servicios más importantes ofrecidos por las vds en cincuenta estados fueron los que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Número de personas y servicios en cincuenta vds por tipo de servicio (2015)

Población/Tipo de servicio	Número
Población atendida	1 525 504
Número total de servicios (orientación/asesoramiento)	2 453 139
Número total de personas en las que detectó una enfermedad	1 462 166
Vacunas totales	63 084
Número total de personas que fueron derivadas a los servicios de salud en los EE. UU.	299 806
Número total de personas inscritas en la atención sanitaria de los EE. UU.	24 241
Número total de personas atendidas en los Consulados Móviles	252 976

Fuente: elaborada por las autoras con base en datos de Rangel y cols. (2016, p. 98-99).

La Tabla 1 muestra que la mayoría de los usuarios de las vds ya sufrían una afección médica previa. La prevalencia de las principales causas de morbilidad en la comunidad mexicana fue: sobrepeso y obesidad, hipertensión y niveles elevados de colesterol (Rangel et al., 2016, p. 100). La mayoría de las personas atendidas por las vds solicitaron orientación y asesoramiento más de una vez. Esto muestra que, aunque el enfoque del programa se centra en la prevención de enfermedades, las personas con afecciones médicas acudían a las vds para encontrar una solución a sus problemas de salud. Sin embargo, es sorprendente observar que solo 20% de los que solicitaron consejo fueron de hecho referidos a una clínica. Aunque resulta especulativo en este momento, esto podría revelar que es posible que los participantes no referidos a las clínicas solo tuvieran curiosidad acerca de los servicios, que ya estuvieran recibiendo atención sanitaria o que fueran reacios a tratar de obtener ayuda de otras agencias. Si esta última posibilidad fuera cierta, significaría que existe un temor real de acudir a otras instituciones para buscar servicios médicos, dado el contexto político en el que existe una política pública que penaliza el uso de la ayuda gubernamental.

Además, los datos de este estudio revelan que la mayoría de las personas que acuden a las vds no están aseguradas. Esto demuestra la importancia de este programa, ya que probablemente representa la única opción de servicios médicos a la que tienen acceso los ciudadanos mexicanos en los EE. UU. Es importante destacar que casi 17% de las personas a las que sirven las vds fueron atendidas en los Consulados Móviles. Estos se llevan a lugares distantes, lejos de las oficinas consulares, que generalmente se caracterizan por su falta de servicios y conectividad a las principales ciudades.

Las autoras han realizado un análisis en profundidad de los casos de los consulados de México en Boise, Idaho; McAllen, Texas; Miami, Florida; y Phoenix, Arizona. Es importante mencionar que cada consulado es responsable de una zona geográfica específica, que es la jurisdicción del consulado. El Consulado de México en Boise tiene jurisdicción sobre 37 condados en Idaho, 33 condados en Montana, cuatro en Oregón y uno en Nevada. El Consulado de México en McAllen es responsable de tres condados en el sur de Texas. El Consulado en Miami tiene 13 condados en Florida y el de Phoenix supervisa siete condados en Arizona. Se realizó una encuesta en los consulados mencionados para obtener información sobre el acceso de los inmigrantes mexicanos a los servicios de salud, y sobre las acciones realizadas por los consulados mexicanos para promover este acceso en el contexto de Obamacare. Los resultados se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Acceso a los servicios de salud proporcionados por cuatro vds en siete estados (2015)

Estado	Condados	Población total	Población mexicana	Personas atendidas por la Ventanilla de Salud	% sin cobertura	Derivaciones
Texas	3	842 960	758 664	34 709	70%	33.350
Arizona	7	4 724 947	1 700 000	33 645	70%	1.500
Idaho	37	1 612 136	148 923	10 427	N.D.	662
Montana	33	1 015 165	20 048			
Nevada	1	52 384	9 951			
Oregón	4	78 963	10 092			
Florida	13	7 500 000	260 000	12 000	90%	N.D.

Fuente: elaborada por las autoras con base en información proporcionada por los consulados de México en Boise, McAllen, Miami y Phoenix, 2015.

El consulado de México en McAllen es un caso revelador de la situación a la que se enfrentan los mexicanos sin seguro en los EE. UU. En 2015, su jurisdicción estaba compuesta por 842 960 personas, de las cuales 90% eran nacionales mexicanos. Durante 2015, la vds prestó atención a 34 709 ciudadanos mexicanos; 70% de ellos no tenía seguro. Este consulado representa una demostración a pequeña escala del alto número de mexicanos no asegurados en los EE. UU. Además, los datos de esa vds mostraban que 33 350 personas necesitaban una evaluación sanitaria más extensa y fueron remitidas a clínicas comunitarias. Los datos del Consulado de México en Phoenix, Arizona, mostraron un patrón similar con respecto al porcentaje de personas no aseguradas. En los siete condados a los que servía, la población total ascendía a 4 724 947 habitantes, de los cuales 35% eran mexicanos. Durante 2015, el Consulado prestó asistencia a 33 645 personas, y una vez más, 70% de ellas no estaban aseguradas. Hubo 1 500 derivaciones a clínicas.

En 2015, el Consulado de México en Boise sirvió a un territorio donde vivían 1 612 136 personas. De ellas, aproximadamente 148 923 eran hispanos. La vds del Consulado proporcionó asistencia a 10 427 personas y remitió 662 a clínicas comunitarias. En este caso, lamentablemente, no existía información disponible sobre el porcentaje de los que tenían seguro y los que no estaban asegurados. Sin embargo, es interesante observar que menos del 10% de los que utilizaron la vds requirieron servicios médicos adicionales. Hasta ahora, no hay evidencia científica que explique estos resultados. Existe la posibilidad de que la población atendida por esa vds tuviera otros problemas de salud aún no detectados; puede que hubieran tenido acceso a mejores fuentes de alimentos

y, por lo tanto, su estado fuera más saludable; puede que hubieran tenido también una cobertura de salud de algún otro tipo, o que las campañas de prevención de la salud fueran más eficaces. Las respuestas a estas hipótesis se dejan para un análisis futuro.

Por último, está el caso del Consulado de México en Miami. La población total en su área era de 7 500 000 personas en 2015. Había aproximadamente 260 000 ciudadanos mexicanos en su circunscripción. Durante el periodo de tiempo considerado, la vds prestó asistencia a 12 000 personas, de las cuales 90% carecía de seguro. Sin embargo, no hay información disponible sobre las derivaciones a clínicas comunitarias y por lo tanto no es posible hacer ninguna deducción con respecto a la afección de salud de los que fueron atendidos por la vds.

Tabla 3. Información y pruebas gratuitas provistas en las vds para afrontar los problemas de salud más frecuentes (2015)

Información y/o asesoramiento	Exámenes gratuitos	Problemas de salud más comunes
Problemas de salud relacionados con la obesidad	Peso, altura y masa corporal	Obesidad
Diabetes	Glicemia	Diabetes
Metabolismo y colesterol	Colesterol y triglicéridos	Niveles altos de colesterol
Hipertensión y enfermedades cardiovasculares	Presión arterial	Hipertensión
Cáncer	Detección del cáncer de piel	Cáncer (especialmente cáncer de piel)
Salud reproductiva	Pruebas de ETS	
Salud de las mujeres	Mamografías	
Influenza	Vacuna contra la influenza	
Higiene dental	Servicios de odontología	
Otros:	Otros:	
Abuso de drogas	Análisis de orina	
Salud ocupacional	Prueba de tuberculosis	
Cuidado prenatal	Vacuna contra Herpes zóster	
Visión		
Deportes		
Salud mental		

Fuente: preparada por las autoras con base en información proporcionada por los Consulados de México en Boise, McAllen, Miami y Phoenix, 2015.

La Tabla 3 demuestra que las vds de los cuatro consulados ofrecieron una amplia gama de información sobre los problemas de salud más comunes a los que se enfrentan los mexicanos en los EE. UU. durante 2015. En los cuatro casos, los problemas de salud más frecuentes estaban relacionados con la obesidad, diabetes, los niveles elevados de colesterol, la hipertensión y el cáncer (todas ellas enfermedades no transmisibles). Los cuatro primeros fueron también problemas de salud frecuentes para los otros 46 consulados (Rangel et al., 2016) y podrían estar asociados a una dieta rica en carbohidratos de escaso valor nutricional. Las decisiones nutricionales pueden verse influenciadas primero por el presupuesto familiar (los alimentos de alto contenido calórico tienden a ser menos costosos que las opciones de alimentos más equilibrados) y por las limitaciones de tiempo del cabeza de familia, dado que la mayoría de los inmigrantes tienen varios trabajos y no tienen tiempo para cocinar comidas saludables. La Tabla 3 muestra el vínculo entre los servicios informativos y las pruebas ofrecidas en las vds y los problemas de salud más frecuentes a los que se enfrentan los inmigrantes mexicanos en los EE. UU.

Coincidiendo con los resultados de las encuestas realizadas, Rangel y cols. (2016) explican que 53.8% de todos los servicios ofrecidos por las cincuenta vds fueron de orientación/asesoramiento sobre enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, obesidad y enfermedades cardiovasculares [hipertensión]). Otros temas abordados fueron la salud de las mujeres, la salud mental, el abuso de sustancias, la violencia familiar, los anticonceptivos y el aseguramiento médico. Lógicamente, las pruebas gratuitas proporcionadas por las cincuenta vds, incluidas los cuatro vds de nuestro estudio de caso, se han orientado hacia aquellos problemas de salud que afectan a la mayoría de los inmigrantes. La detección de problemas de salud ha sido alta: del total de 142 004 mediciones de glucosa en sangre en cincuenta consulados, 23% mostró niveles elevados de glucosa y casi la mitad de los participantes a los que se midió su índice de masa corporal (48.6% de 85 759 participantes) presentaban sobrepeso u obesidad. Casi un tercio (30.3% de 130 796 participantes) registró elevados niveles de presión sanguínea (más de 130 mmHg) (Rangel et al., 2016, p. 98).

También existe coherencia entre las afecciones más graves y las pruebas gratuitas, como en el caso de las mamografías. Las enfermedades crónicas no transmisibles, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer fueron las condiciones más frecuentes de los mexicanos en estos cuatro consulados. El cáncer de piel es un tipo común de cáncer como consecuencia de la exposición a la irradiación solar. Esto podría estar relacionado con la exposición a los rayos UV al cruzar el desierto entre México y los EE. UU. y realizar labores de campo. En futuras investigaciones, sería interesante analizar la prevalencia del cáncer de piel en estados fronterizos, como Arizona y Texas, que tomaron parte en nuestra encuesta.

Una vez examinada la muestra de los cuatro consulados, se podría concluir que las vds han desempeñado un papel importante en la prestación de servicios de salud a los ciudadanos mexicanos en los EE. UU. Dos aspectos derivados de nuestra encuesta son cruciales: por un lado, es sorprendente el número de participantes no asegurados; por otro lado, la diabetes, el sobrepeso, la hipertensión y el cáncer deben ser cuestiones prioritarias para la salud que necesitan más atención. Es importante que las vds continúen ofreciendo asesoramiento y orientación sobre opciones de seguro asequibles. Si los participantes no pueden permitirse comprar un seguro privado y se encuentran indocumentados, es fundamental que sean remitidos a clínicas comunitarias en las que los inmigrantes puedan confiar, asegurándoles que no deben tener temor a la deportación si llegaran a ser tratados por cualquier afección. Si los ciudadanos mexicanos regresaran

al país, se debe asegurar un acceso más permanente a los programas de salud pública en México.

A continuación, se presentará una revisión del trabajo de las vds en 2015, así como recomendaciones para el gobierno de México. También incluimos un cierto número de preguntas para proseguir las investigaciones sobre este tema.

Recomendaciones de política pública

A partir de la revisión de la literatura, de los datos obtenidos en las entrevistas, de las estadísticas proporcionadas por las cincuenta vds y de los datos presentados por cuatro particulares en siete estados, proponemos las siguientes recomendaciones de política pública:

1. Solo 20% de los que solicitaron consejo en las cincuenta vds en 2015 fueron de hecho remitidos a una clínica. Este número puede disminuir durante la administración de Trump, ya que los inmigrantes pueden sentir más temor de consultar a un médico. Por lo tanto, el personal de las vds tiene que encontrar formas creativas de tranquilizar a los inmigrantes asegurándoles que las clínicas de salud a las que se les podría remitir son de confianza. El testimonio de otros inmigrantes podría ser tranquilizador para este propósito.
2. La mayoría de los inmigrantes ya padecían una afección médica antes de acercarse a las vds, lo que significa que estas no están cumpliendo su labor preventiva. Esto puede obedecer a distintos motivos. Como se ha indicado anteriormente, uno de ellos podría ser la falta de información sobre los servicios prestados por los consulados. Además de aumentar la publicidad de sus servicios en los medios de comunicación y las redes sociales, los consulados también deben trabajar en generar confianza con los inmigrantes a los que ayudan, especialmente en casos de protección y documentación, que son los servicios utilizados con mayor frecuencia por los inmigrantes. Si los inmigrantes están satisfechos con estos servicios, es más probable que utilicen otros servicios y se acerquen a los consulados con regularidad. Además, podría ser necesario ampliar el alcance de la actividad de las vds para promover la detección temprana de enfermedades crónicas; en este caso, será crucial contar con los asociados necesarios a los que remitir a aquellos que ya están enfermos para que puedan recibir atención médica.
3. Sería útil estandarizar las metodologías de recogida de datos en las vds. La recolección de datos es importante porque podría servir de base informativa a las políticas públicas y los procesos de toma de decisiones con respecto a los nuevos servicios que necesita la población en áreas específicas.
4. Dadas las vulnerabilidades específicas de las poblaciones inmigrantes y la retórica política contraria a la inmigración de los tiempos actuales, los inmigrantes son más propensos a sufrir trastornos de salud mental. Por lo tanto, los consulados deberían considerar la posibilidad de ampliar los servicios de las vds para ofrecer asistencia relacionada con la salud mental, tanto de forma virtual como presencial.
5. El cáncer de piel se ha detectado como un problema de salud frecuente en los estados fronterizos, como Arizona y Texas. Sería importante realizar más investigaciones sobre este tema, con el fin de analizar el impacto en la prevalencia del cáncer de la exposición prolongada a la irradiación solar durante el viaje a través del desierto entre México y los EE. UU. y de las muchas horas de trabajo en los campos

bajo los rayos solares. Esto nos lleva a pensar que un análisis más detallado de los problemas de salud en cada consulado sería útil para conocer las especificidades de cada jurisdicción consular.

6. La diáspora mexicana es heterogénea; por lo tanto, es necesario abordar diferentes problemas de salud para diversos grupos. Aunque algunos consulados ya proporcionan asesoramiento específico sobre salud en función del género, otros grupos como LGBTTI+, niños y las poblaciones indígenas también pueden requerir asistencia especializada en materia de salud física y mental.
7. También debería considerarse el retorno de la población, aunque está fuera del alcance de este artículo. Junto con los que son deportados, muchos mexicanos también regresan cuando ya tienen un problema de salud y necesitan urgentemente recibir atención sanitaria formal (Mines et al., 2010). En este sentido, si se insiste en la adopción de medidas relativas a la atención sanitaria preventiva mientras los inmigrantes permanecen en los EE. UU., se pueden reducir los costos de su tratamiento en México.
8. En el futuro, sería interesante explorar nuevos métodos de atención en las vds, más allá de proporcionar orientación/asesoramiento, pruebas gratuitas y remisiones a las clínicas comunitarias. Se podría analizar la viabilidad de ayudar a los pacientes mediante el uso de la telemedicina. Ya existen algunos métodos de servicio en línea. Por ejemplo, mediante la aplicación MICONSULMEX, se puede informar a los ciudadanos mexicanos que viven en los EE. UU. sobre los servicios y las actividades de los consulados más cercanos a ellos. Estas herramientas deberían considerarse como una referencia para los servicios de salud virtuales. Independientemente del éxito de los métodos virtuales, el servicio presencial debe conservarse, dado que no todos los miembros de la diáspora estarán dispuestos a utilizar los servicios en línea o podrán hacerlo. La colaboración con instituciones mexicanas, junto con el uso de la telemedicina, también podría ser beneficiosa; por ejemplo, contactando con médicos en México que trabajan en el sector público, y organizando las citas en línea. De este modo, los pacientes mexicanos en los EE. UU. inscritos en algún programa mexicano de salud pública, no necesitarían viajar a México para ser tratados o recibir asesoramiento. Esta innovación también podría tener resultados positivos para los inmigrantes retornados, ya que no tendrían que interrumpir el tratamiento médico a su regreso. Sin embargo, esta recomendación puede no ser fácil de lograr, debido a la costosa aplicación de esa práctica. No obstante, la telemedicina puede ser una herramienta por explorar en el futuro, ya que elimina las barreras físicas y aumenta las posibilidades de tratar y ofrecer más orientación y asesoramiento a los pacientes. Esta modalidad de atención tendría otro beneficio: los pacientes temerosos que se encuentran en ese país estarían más dispuestos a confiar en un médico que tiene su sede en México que uno que trabaja en los EE. UU. en un centro que solicita cierta información personal a los pacientes. También se deben abordar algunas consideraciones jurídicas, como la posibilidad de ejercer la medicina en otro país, o incluso los casos de mala praxis (aunque los consulados se consideran legalmente una extensión del territorio mexicano). Algunas de las cuestiones aún no resueltas son el desarrollo de formas innovadoras de incorporar algunos honorarios mínimos y establecer la forma en la que los pacientes recibirían los medicamentos o tendrían acceso a exámenes de salud más avanzados.

Discusión

Los patrones de atención sanitaria e inmigración no deben tomarse por separado cuando se habla de las poblaciones mexicana y estadounidense. Como se muestra en el texto, las leyes de inmigración y sus efectos —como las dificultades para utilizar el sistema y el temor a ser deportados por usar los servicios de salud— tienen enormes repercusiones para los inmigrantes, sus familias y comunidades. No solo las leyes de inmigración y atención sanitaria son relevantes para el bienestar de los inmigrantes, sino que también debemos considerar que los sentimientos contrarios a la inmigración tienen un efecto estresante en la población de origen inmigrante y en ocasiones podrían tener repercusiones aún mayores en su vida cotidiana. Dado que este artículo se refiere a una población binacional, el gobierno y la sociedad civil en ambos países deben abordar la atención de salud de los inmigrantes.

El acceso al sistema de salud en los EE. UU. resulta cada vez más difícil para los inmigrantes; las leyes de inmigración, las políticas contrarias a la inmigración, junto con una posible reforma del conjunto de los sistemas de inmigración y atención sanitaria ponen en riesgo a los inmigrantes mexicanos. Aunque la ACA tenía por objeto ampliar el espectro de personas cubiertas por un plan de salud asequible, los inmigrantes, en particular los indocumentados, se quedaron sin opciones viables para acceder a los mismos.

El temor de visitar a un médico también repercutirá en la prevención y detección temprana de enfermedades crónicas no transmisibles entre los inmigrantes indocumentados. Esto plantea graves riesgos para la comunidad inmigrante porque la gente podría no estar abordando problemas de salud incipientes, ni acudiendo a someterse a exámenes de rutina debido a los costos de recibir servicios médicos y al temor de que algún miembro de la familia sea deportado. Si no hay atención preventiva, será más probable que los inmigrantes terminen acudiendo a un servicio de emergencia, lo que resultará no solo en costos más altos, sino también en afecciones de salud irreversibles. Otro riesgo es la expansión de las enfermedades infecciosas y otros problemas de salud pública, ya que las personas no cumplen los calendarios de vacunación o no tratan las enfermedades infecciosas de manera oportuna. Por tanto, se espera la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles no tratadas, como la diabetes, la obesidad, el sobrepeso, la hipertensión o el cáncer. Además, los trastornos de salud mental son, ahora más que nunca, una preocupación para las comunidades mexicanas en los EE. UU. y un tema importante en la agenda del IME.

En este contexto, los proveedores de salud de la comunidad se convierten en actores clave que ofrecen servicios críticos de información y exámenes preventivos. Las últimas administraciones de México han proporcionado ayuda a la comunidad mexicana en los EE. UU. mejorando el acceso a los servicios de salud mediante las vds establecidas en sus cincuenta Consulados en esa nación, entregando información, realizando pruebas gratuitas y refiriendo a posibles pacientes a las clínicas comunitarias. Como se ha expuesto, los cuatro consulados que se han examinado identificaron a los inmigrantes con problemas de salud que requerían atención adicional. Además, las vds han establecido una red de asociados que han ayudado a abordar los problemas de salud más frecuentes de los ciudadanos mexicanos que necesitan más atención sanitaria. Desafortunadamente, es complicado rastrear la evolución de la salud de los inmigrantes una vez que han sido derivados a los proveedores de salud.

Aunque el Estado de México ha realizado esfuerzos para aumentar el acceso a los servicios de salud en los EE. UU., hasta la fecha, no ha sido posible ayudar a todos los mexicanos que viven en el país vecino, dado que no todos van a sus consulados para acceder a los servicios de salud y poder ser remitidos a las clínicas comunitarias. Esto puede deberse a que los inmigrantes mexicanos no suelen tomar medidas preventivas, no tienen suficiente tiempo para asistir a las vds, o puede que no sepan que este servicio está disponible para ellos. En consecuencia, los consulados de México necesitan aumentar los esfuerzos para que su circunscripción sea consciente de los servicios de salud que están disponibles en los consulados mediante sus vds, y para trabajar con mayor dedicación en el aspecto preventivo de la atención sanitaria. La mayoría de los mexicanos acuden a los consulados por primera vez porque necesitan documentos (como certificados de nacimiento o pasaportes), o buscan asesoramiento legal. El personal del consulado utiliza estas visitas para promover otros servicios consulares y proporcionar información útil, como la relacionada con la salud.

La prevención de los problemas de salud y la detección temprana de enfermedades también están asociadas con la disponibilidad de información, especialmente sobre las enfermedades más frecuentes ya identificadas en cada vds. Para lograr estos objetivos, las vds deben continuar acercándose a la comunidad mediante otros medios, tales como radio, T.V. y los anuncios de las redes sociales tanto en inglés y español e incluso en lenguas indígenas cuando sea necesario. Los consulados también deben ampliar sus áreas de influencia para incluir aquellos lugares en los que se encuentra la comunidad inmigrante, con el fin de transmitir el mensaje de hábitos saludables, especialmente mediante los Consulados Móviles y Consulados sobre Ruedas.

Las vds han resultado decisivas para ofrecer a los inmigrantes mexicanos acceso a los servicios de salud en un contexto en el que los costos son uno de los principales obstáculos para recibir servicios médicos, junto con otras desventajas como la falta de conocimiento para utilizar el sistema, y la desconfianza debido a su estatus irregular de inmigración. Sin embargo, este trabajo aún no ha terminado. Los servicios ofrecidos por las vds son limitados y no pueden abordar ni dar seguimiento a los casos de los enfermos graves. Por lo tanto, las vds deben seguir fortaleciendo sus alianzas y buscando otras nuevas para contar con una red de proveedores de salud que puedan ayudar a los pacientes no asegurados. Después de haber identificado los principales problemas de salud dentro de la comunidad a la que sirven, las vds deben concentrarse en ampliar la disponibilidad de la orientación, pruebas y tratamientos para las afecciones de salud más frecuentes. Realizando estas acciones, se podrían disminuir los efectos de exclusión del sistema de salud en los EE. UU.

Conclusiones

El sistema de salud de los EE. UU., como se ha analizado, ha sido modificado durante las administraciones de Obama y Trump. Hay aspectos positivos derivados de la ACA, especialmente el hecho de que más ciudadanos tengan seguro médico. Sin embargo, se excluyó a los inmigrantes indocumentados de tener la posibilidad de acceder a seguros públicos y privados, ya que necesitan tener asignado un Número de Seguro Social para inscribirse. Además, los inmigrantes indocumentados carecen del dinero necesario para poder pagar costosos tratamientos, no solo a nivel de prevención, sino también para

tratar enfermedades crónicas no transmisibles. Para los inmigrantes documentados, el temor a ser inscritos en el sistema de atención sanitaria, especialmente durante la administración Trump, está generando además la baja de los servicios públicos para evitar ser considerados como una carga pública para el gobierno. Naturalmente, esto repercute en su salud y aumenta las posibilidades de terminar acudiendo a un Servicio de Emergencia, además de implicar la posibilidad de contagiar a otros.

Como se ha explicado anteriormente, las vds proporcionan un acceso fiable y asequible a los servicios básicos de salud para los inmigrantes mexicanos en los EE. UU., especialmente para los indocumentados. Sin embargo, también es evidente que los recursos económicos y personales son escasos. En estudios posteriores sería interesante llevar a cabo trabajos de campo en los consulados mexicanos en los EE. UU. para preguntar a los inmigrantes mexicanos documentados e indocumentados el grado de confianza que les merecen estos servicios proporcionados por las vds y las clínicas comunitarias. Dicho estudio podría revelar el nivel de confianza que los mexicanos tienen en estas clínicas cuando son referidos por los consulados.

Dado el contexto político actual en ambos países, resulta muy necesaria la discusión acerca de los servicios de salud y la inmigración desde una perspectiva binacional. De hecho, existe mucha incertidumbre a ambos lados de la frontera, aunque la misma también puede implicar la posibilidad de establecer nuevas asociaciones, aumentar la solidaridad entre las comunidades binacionales y fortalecer los servicios consulares mexicanos.

Referencias

- Adams, R. (2018). *Immigration Crackdown Raises Fears of Seeking Health Care*. <https://www.rollcall.com/news/politics/immigration-crackdown-raises-fears-seeking-health-care>
- Amadeo, K. (2018). *Donald Trump on Health Care How Trump's Health Care Policies Will Raise Premium Prices for You*. <https://www.thebalance.com/how-could-trump-change-health-care-in-america-4111422>
- American Psychological Association (APA). (2018). *Stress in America. Generation Z*. <https://www.apa.org/news/press/releases/stress>
- Barnett, J. C. & Vomovitsky, M. (2016). *Health Insurance Coverage in the United States 2015*. U. S. Department of Health and Human Services. <https://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=3&lvlid=64>
- Becerra, D., Androff, D. K., Ayón, C. & Castillo, J. T. (2012). Fear vs. Facts: Examining the Economic Impact of Undocumented Immigrants in the U.S. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 39(4), 111-135.
- Campbell, G. A., Sanoff, S. & Rosner, M. H. (2010). Care of the Undocumented Immigrant in the United States with ESRD. *American Journal of Kidney Diseases*, 55(1), 181-191. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2009.06.039>
- Castañeda, H. & Melo, M. A. (2014). Health Care Access for Latino Mixed-Status Families: Barriers, Strategies, and Implications for Reform. *American Behavioral Scientist*, 58(14).

- Chen, J., Vargas-Bustamante, A., Mortensen, K. & Ortega, A. N. (2016). Racial and Ethnic Disparities in Health Care Access and Utilization under the Affordable Care Act. *Medical Care*, 54(2), 140-146.
- Consejo Nacional de Población. (2012). *Migración y salud. Jóvenes mexicanos inmigrantes en Estados Unidos*. Secretaría de Gobernación. http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Migracion_y_Salud_Jovenes_inmigrantes_mexicanos_en_Estados_Unidos
- Consulado General en Little Rock. (2019). Ventanillas de Salud. Secretaría de Relaciones Exteriores. <https://consulmex.sre.gob.mx/littlerock/index.php/proteccion/ventanillas-de-salud>
- Consulado General en Nueva York. (2019). Ventanilla de Salud. Secretaría de Relaciones Exteriores. <https://consulmex.sre.gob.mx/nuevayork/index.php/espanol/programas/ventanilla-de-salud>
- Consumer News and Business Channel. (2018, febrero 9). *Trump Administration May Make It Harder for Immigrants Who Use Public Benefits*. <https://www.cnn.com/2018/02/09/trump-administration-may-target-immigrants-who-use-food-aid-other-benefits.html>
- Déllano, A. (2018). *From Here and There: Diaspora Policies, Integration and Social Rights beyond Borders*. Oxford University Press.
- Department of Homeland Security (DHS). (2019). *Annual Report. Migration Enforcement Actions 2017*. <https://www.dhs.gov/immigration-statistics/enforcement-actions>
- Department of Homeland Security v. New York. (2020, enero 20). 589 U. S. ____ 2020. https://www.supremecourt.gov/opinions/19pdf/19a785_j4ek.pdf
- General Assembly. (1948). Universal Declaration of Human Rights. Naciones Unidas. <https://undocs.org/en/A/PV.183>
- General Assembly. (2015). Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Naciones Unidas. <https://undocs.org/en/A/RES/70/1>
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F. M., Arreola, H. & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5043/10023>
- Gzesh, S. & Schiavon, J. A. (2018). *La protección consular mexicana ante la administración Trump: Recomendaciones de acción inmediata* (Documentos de Política Migratoria 02). CIDE, El Colegio de México, PUEB-UNAM y Fundación Vidanta. <https://migdep.colmex.mx/publicaciones/DPM-02.pdf>
- Hernández, D. (2015). *Protección consular mexicana*. Miguel Ángel Porrúa.
- Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME). (2016). Ventanilla de Salud. <https://www.gob.mx/ime/acciones-y-programas/ventanilla-de-salud>
- Jost, T. (2018). *The Affordable Care Act under the Trump Administration*. <https://www.commonwealthfund.org/blog/2018/affordable-care-act-under-trump-administration>
- Kemmick, J., Alcalá, H. E., Roby, D. H., Grande, D. T., Alberto, C. K., McKenna, R. M. & Ortega, A. N. (2019). Disparities in Pediatric Provider Availability by Insurance Type after the ACA in California. *Academic Pediatrics*, 19(3), 325-332. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.09.003>
- Kennedy, K. (2018, enero 21). Deportation Fears Have Legal Immigrants Avoiding Health Care. *Associated Press News*. http://www.apnewsarchive.com/2018/Deportation_fears_have_legal_immigrants_avoiding_health_care/id-9f893855e49143baad-9c96816ec8f731

- Luthi, S. (2020, enero 28). Supreme Court Allows Trump to Enforce 'Public Charge' Immigration Rule. The Justices Lifted a Nationwide Injunction Against a Sweeping Policy Targeting Poor Immigrants. *Politico*. <https://www.politico.com/news/2020/01/27/supreme-court-enforce-trump-immigration-rule-106520>
- Martínez, A. D., Ruelas, L. & Granger, D. A. (2018). Household Fear of Deportation in Relation to Chronic Stressors and Salivary Proinflammatory Cytokines in Mexican-Origin Families Post-SB 1070. *SSM-Population Health*, 5, 188-200.
- Matus, M., Ramírez, R. Castillo, E. & Cariño, G. L. (2016). Salud mental y tecnologías móviles en comunidades indígenas transnacionales. *Frontera Norte*, 28(56). 135-163.
- Melo, M. A. (2017). Enacting Life: Dialysis Among Undocumented Mexican Immigrants in the U.S.-Mexico Borderlands (Dissertation for doctor degree). University of Texas at San Antonio. *ProQuest*, 10619059.
- Merriam-Webster. (s. f.). *Generation Z*. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/Generation%20Z>
- Mines, R., Nichols, S. & Runsten, D. (2010). *California's Indigenous Farmworkers. Final Report of the Indigenous Farmworker Study (IFS)*. http://www.indigenousfarmworkers.org/IFS%20Full%20Report%20_Jan2010.pdf
- Mosler, E., Dag, J. & Laczko, F. (2018). Global Migration Indicators 2018: Insights from the Global Migration Data Portal. Berlin: Global Migration Data Analysis Centre (GMDAC), International Organization for Migration. https://publications.iom.int/system/files/pdf/global_migration_indicators_2018.pdf
- Moya, L., Ayón, C. & Gurrola, M. (2013). Estamos Traumados: The Effect of Anti-Immigrant Sentiment and Policies on the Mental Health of Mexican Immigrant Families. *Journal of Community Psychology*, 41(8), 1005-1020.
- Obamacare Facts (2018). *Obamacare Facts: Facts on the Affordable Care Act*. <http://obamacarefacts.com/obamacare-facts/>
- Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. (2016). Impacts of the Affordable Care Act's Medicaid Expansion on Insurance Coverage and Access to Care. *ASPE Issue Brief*. <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/pdf/205141/medicaidexpansion.pdf>
- Office of the High Commissioner for Human Rights. (1966). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Pub. L. No. Resolution 2200A (XXI). Naciones Unidas.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). (2019a). *Health at a Glance 2019*. https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09-en/1/1/1/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en&mimeType=text/html&_csp_=82587932df7c06a6a3f9dab95304095d&itemIGO=oecd&itemContentType=book#foreword-d1e15
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). (2019b) *El gasto en salud superará el crecimiento del PIB en 2030*. <https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/elgastoensaludsuperaraelcrecimientodelpiben2030.htm>
- Ortega, A. N., McKenna, R. M., Chen, J., Alcalá, H. E., Langellier, B. A. & Roby, D. H. (2017). Insurance Coverage and Well-Child Visits Improved for Youth under the Affordable Care Act, but Latino Youth Still Lag Behind. *Academic Pediatrics*. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.07.006>

- Pan American Health Organization (PAHO). (2018). *Health of Refugees and Migrants: Regional Situation Analysis, Practices, Experiences, Lessons Learned and Ways Forward*. World Health Organization.
- Parmet, W. E. (2018, enero 18). *Immigration and Health Care under the Trump Administration*. *Health Affairs*. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20180105.259433/full/>
- Protecting Immigrant Families. (2019, abril 18). *Trump's Public Charge Proposal is Hurting Immigrant Families Now. Even Though DHS's Proposed Regulation is Not Final*. <https://protectingimmigrantfamilies.org/wp-content/uploads/2019/05/PIF-Documenting-Harm-Fact-Sheet-Final-4.18.19.pdf>
- Puhl, E. (2019). *Totality of the Circumstances: Assessing the Public Charge Ground of Inadmissibility*. Immigrant Legal Resource Center. https://www.ilrc.org/sites/default/files/resources/total_circum_assess_pub_charge_inadmis-20190503.pdf
- Rangel, M. G., Tonda, J., Zapata, G. R., Flynn, M., Gany, F., Lara J., Shapiro, I. & Rosales, C. B. (2017). Ventanillas de Salud: A Collaborative and Binational Health Access and Preventive Care Program. *Frontiers in Public Health*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00151>
- Rangel, M. G., Zapata, R., González, J. E., Tonda, J. & Cortés, P. (2016). Ventanillas de Salud: A Program Designed to Improve the Health of Mexican Immigrants Living in the United States. *Migración y Salud*, 95-102.
- Rodríguez, R. (2014): *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill.
- Secretaría de Relaciones Exteriores. (2014). *Normas para la realización del programa de consulados móviles en sus modalidades de "Consulados móviles", "Jornadas sabatinas, dominicales o en días inhábiles", "Consulados sobre ruedas" y "Actividades de documentación entre semana fuera de la oficina consular"*. <https://sre.gob.mx/images/stories/docnormateca/dgsc/2014/norm2801.pdf>
- Secretaría de Relaciones Exteriores. (2019). Ventanilla Virtual de Salud Mental. <https://embamex.sre.gob.mx/alemania/index.php/es/proteccion-consular/ventanilla>
- The Henry J. Kaiser Family Foundation. (2013). *Key Facts on Health Coverage for Low-Income Immigrants Today and Under the Affordable Care Act*. <http://kff.org/disparities-policy/fact-sheet/key-facts-on-health-coverage-for-low/>
- The Henry J. Kaiser Family Foundation. (2017). *Summary of the American Health Care Act*. <http://files.kff.org/attachment/Proposals-to-Replace-the-Affordable-Care-Act-Summary-of-the-American-Health-Care-Act>
- United Nations. (2018). *Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration*. https://refugeesmigrants.un.org/sites/default/files/180713_agreed_outcome_global_compact_for_migration.pdf
- U.S. Department of Health and Human Services. (2015). *What is the Difference Between Medicare and Medicaid?* <http://www.hhs.gov/answers/medicare-and-medicaid/what-is-the-difference-between-medicare-medicaid/index.html>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2019). (Comunicación formal, 5 de marzo de 2019). https://delauero.house.gov/sites/delauro.house.gov/files/HHS_UAC_Reallocation_352019.pdf
- U.S. Citizen and Immigration Services. (2019). *Final Rule on Public Charge Ground of Inadmissibility*. <https://www.uscis.gov/legal-resources/final-rule-public-charge-ground-inadmissibility>

- Valdovinos, R. (2019, mayo 13). Ponencia presentada en Primer Coloquio de Estudios sobre Diásporas, Mesa redonda 2 “Ejercicio transnacional de derechos sociales y políticos”. Universidad Iberoamericana, Ciudad de México y El Colef.
- Valle, V. M. & Ortiz, C. B. (2015). Mexican Immigrants’ Access to Healthcare on the U.S.-Mexican Border. *Voices of Mexico*, 100 (sección especial). <http://www.revistas-cisan.unam.mx/Voices/pdfs/10022.pdf>
- Vera, E. (2019, May 14). Ponencia presentada en el Primer Coloquio de Estudios sobre Diásporas, Mesa redonda 4 “Políticas públicas y buenas prácticas”. Universidad Iberoamericana en la Ciudad de México y El Colef.
- White House. (2017, enero 25). *Executive Order: Enhancing Public Safety in the Interior of the United States*. <https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/executive-order-enhancing-public-safety-interior-united-states/>

Valeria Marina Valle

Mexicana, originaria de Argentina. Doctora en Ciencias Políticas y Sociales con orientación en Relaciones Internacionales, Máster en Estudios en Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Licenciatura en Relaciones Internacionales de la Universidad del Salvador, Argentina. Académica del Departamento de Estudios Internacionales de la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México (UIA). Miembro del SNI, nivel 1. Líneas de investigación: migración y salud, cooperación internacional para el desarrollo, seguridad, relaciones estado-diáspora y mecanismos de protección. Publicación reciente: Valle, V. M. (2016). An Assessment of Canada’s Healthcare System. Weighing Achievements and Challenges. *Norteamérica*, 11(2), 193-217.

Wilma Laura Gandoy Vázquez

Mexicana. Maestría en Derecho Internacional y Licenciatura en Relaciones Internacionales del Tecnológico de Monterrey, Campus Ciudad de México. Miembro de la carrera del Servicio Exterior Mexicano desde 2012 y actualmente comisionada como directora de Carrera de Relaciones Internacionales en el Tecnológico de Monterrey, Campus Ciudad de México. Líneas de investigación: protección consular y asistencia a la comunidad mexicana en los Estados Unidos. Publicación reciente: Gandoy, W. L. (2019). Atención consular con perspectiva de género. *Siempre*. <http://www.siempre.mx/2019/03/atencion-consular-con-perspectiva-de-genero/>

Karla Angélica Valenzuela Moreno

Mexicana. Doctora en Ciencias Sociales y Políticas por la Universidad Iberoamericana y Maestra en Migración y Asentamientos Humanos por la Universidad de Ryerson. Investigadora de la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México, coordinadora de la Maestría en Estudios de Migración y miembro del SNI. Líneas de investigación: seguridad, relaciones estado-diáspora y mecanismos de protección. Publicación reciente: Valenzuela, K. A. (2019). Los consulados mexicanos en Estados Unidos: una aproximación desde la protección social. *Interdisciplina*, 7(18), 59-79.