



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

Caracterización de factores sociodemográficos asociados a
padecimientos crónico-degenerativos y la utilización de
servicios de salud en población inmigrante mexicana de
California

Tesis presentada por

Raúl Benjamín Chávez Castellón

para obtener el grado de

MAESTRO EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN

Tijuana, B. C., México
2024

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Directora de Tesis: Dra. María Gudelia Rangel Gómez

Aprobada por el Jurado Examinador:

1. Dr. Rafael Alonso Hernández López, lector interno
2. Dra. Ana María López Jaramillo, lectora externa

A Nicolás Alexander, hoy y siempre

a la memoria de mi abuelo Benja

a Nayarit

a todo aquel que me confió su historia en Riverside.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (Conahcyt) y a El Colegio de la Frontera Norte por su apoyo durante mis estudios de maestría.

Mi profunda gratitud a las tres personas que me ayudaron a conformar el presente trabajo: a la Dra. Gudelia Rangel, por su respaldo, asesoría y confianza; al Dr. Rafael Alonso Hernández, por sus observaciones en migración y metodología cualitativa; y a la Dra. Ana María López Jaramillo, por sus conocimientos en migración y salud, y sus valiosos comentarios. Al equipo de Ventanillas de Salud, especialmente a la Dra. Gudelia Rangel, la Dra. Ana Maria Jaramillo, Angélica Lira, Leonardo Olivares y Alejandro Morales, por su acompañamiento y facilidades.

Al coordinador de la maestría y a quienes contribuyeron en mi formación académica: al Dr. Raúl Gonzalez, el Dr. Luis Calva, la Mtra. Ruth Rodríguez, la Dra. Elmyra Ybañez y la Dra. Ietza Bojórquez, por su énfasis en la precisión y honestidad en el manejo de datos; a la Dra. Maria Eugenia Anguiano, el Dr. Redi Gomis, el Dr. Rafael Alonso Hernández y la Dra. Eunice Vargas, por su apoyo en metodología; a la Dra. Yetzi Rosales, la Dra. Hilda García y la Dra. Teresa Cueva, por su sensibilidad en temas sociales; y al Dr. Oscar Chávez, el Dr. Rafael Alarcón y el Dr. Rodolfo Cruz, por contagiar su pasión en temas de migración.

A Brenda Vargas por su invaluable apoyo y compañía durante estos dos años. A los amigos que me dio esta maestría, Samuel Loroña, Samantha Bennets, Mayesha Thomas, Lisandra Arencibia y Yarisel Álvarez, por ser como una familia, por los tostones, las coyotas, las tlayudas y el arroz con gris, gracias por hacer de esta ciudad un lugar donde nos sintiéramos acompañados; y a los amigos del Colegio, Xochitl Zambrano, Rodrigo del Villar, Carolina Martirena y Dania López, por sus charlas y apoyo. A la familia Amaya, a la familia López, a Mayrad Martínez y a Yesenia Cisneros por su amistad, atención y detalles durante mi trabajo de campo en California, a Joshua Ledezma, Abril Montes y Ramón Medina por mostrarme lo bonito que puede ser Tijuana, y a mis amigos en Tepic, Diana Navidad, Paola Carrillo, Jossue Macías, Rodrigo Monreal y Luis Fernández, por su apoyo en la distancia.

RESUMEN

Las políticas de salud y migración en Estados Unidos a menudo disuaden a los inmigrantes de buscar atención médica. Los altos costos y las barreras lingüísticas y culturales agravan la situación, exponiéndolos a enfermedades que, sin tratar, pueden causar complicaciones graves en la vejez. Esta investigación estudió la relación entre factores sociodemográficos y de riesgo y el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas en usuarios de la Estrategia de Ventanillas de Salud (VDS) y las Unidades Móviles de salud en los Consulados de México en California. Usando datos del Sistema de Información Continua y Reportes de Salud de los mexicanos en Estados Unidos (SICRESAL-MX), se realizó un análisis descriptivo y una regresión logística bivariada y multivariada para estimar la relación entre diabetes mellitus, hipertensión y obesidad con variables como seguro médico, dominio del inglés, sexo, edad, nivel educativo y años de residencia en Estados Unidos se encontró una fuerte asociación entre el desarrollo de estas enfermedades y la falta de seguro médico, el bajo dominio del inglés, ser hombre y tener edad media o avanzada. Para el análisis cualitativo, se realizaron entrevistas profundas las cuales mostraron que la falta de afinidad cultural y lingüística, la falta de seguro y los altos costos de salud llevan a posponer el uso de servicios médicos y a recurrir a servicios irregulares, como obtener medicamentos a través de la frontera, usar servicios médicos en México y recibir atención de personal sin licencia en EE.UU.

Palabras clave: Padecimientos crónico-degenerativos, Utilización de servicios de salud, inmigrantes mexicanos.

ABSTRACT

Health and immigration policies in the United States often keep immigrants from seeking medical care. High costs, along with language and cultural barriers, make things worse, exposing them to diseases that, if untreated, can lead to serious issues in old age. This study looked at how sociodemographic and risk factors relate to chronic-degenerative diseases in people using the Ventanillas de Salud (VDS) and Mobile Health Units at the Mexican Consulates in California. Using data from the Continuous Information and Health Reports System of Mexicans in the United States (SICRESAL-MX), we did a descriptive analysis and bivariate and multivariate logistic regression to estimate the relationship between diabetes, hypertension, and obesity with variables like health insurance, English proficiency, gender, age, education level, and years of residence in the U.S. We found a strong link between these diseases and the lack of health insurance, low English proficiency, being male, and being middle-aged or older. For the qualitative analysis, we did in-depth interviews, which showed that cultural and language differences, lack of insurance, and high health costs lead to delaying medical care and using irregular services, like getting medications from across the border, using medical services in Mexico, and getting care from unlicensed personnel in the U.S.

Key words: chronic-degenerative conditions, healthcare utilization, Mexican immigrants.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: ENTRE LA ENFERMEDAD Y LA FRONTERA: CONTEXTO DEL PERFIL DE SALUD Y DE LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL INMIGRANTE MEXICANO EN ESTADOS UNIDOS	5
1.1. Introducción.....	5
1.2. Contexto político en materia migratoria y de salud en Estados Unidos	7
1.2.1. Antecedentes de las políticas migratorias y su impacto en la utilización de servicios de salud en la población inmigrante	7
1.2.2. El sistema de salud de Estados Unidos.....	12
1.2.3. Estrategias de atención a la salud de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos por parte del Estado mexicano	17
1.2.4. Estrategias alternativas de atención a la salud de la población inmigrante latina/hispana en Estados Unidos	23
1.3. Contexto de la población inmigrante mexicana en Estados Unidos y sus determinantes sociales en salud.....	24
1.4. Contexto de salud	33
1.5. Contexto histórico y social	40
1.5.1. La subutilización de servicios de salud por parte de la población inmigrante mexicana en Estados Unidos	40
1.6. Conclusiones del capítulo	42
CAPITULO II. TEORÍAS PARA EXPLICAR EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE MEXICANA EN ESTADOS UNIDOS	45
2.1. Introducción.....	45
2.2. ¿Determinantes sociales o determinación social de la salud?	45
2.3. La paradoja epidemiológica.....	51
2.4. Teorías para definir qué influye u obstaculiza que un inmigrante utilice los servicios de salud.....	57
2.4.1. Diferenciando acceso, demanda y utilización de servicios de salud	58
2.4.2. Teorías para definir qué otras alternativas utilizan los inmigrantes para atender sus padecimientos	61
2.5. Conclusiones del capítulo	64
CAPÍTULO III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA Y FUENTES DE INFORMACIÓN	66
1.1. Introducción.....	66
1.2. Planteamiento del problema	67
1.3. Perspectiva analítica	69

1.4.	Perspectiva cuantitativa	74
1.5.	Perspectiva cualitativa	81
1.5.1.	Trabajo de campo	84
1.6.	Consideraciones éticas.....	86
CAPÍTULO IV. FACTORES ASOCIADOS A INDICADORES DE PADECIMIENTOS CRÓNICO-DEGENERATIVOS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE MEXICANA USUARIA DE LAS VENTANILLAS DE SALUD EN CALIFORNIA.....		89
4.1.	Introducción.....	89
4.2.	Descripción del perfil sociodemográfico de las VDS en California	90
4.3.	Perfil de salud de los usuarios de Ventanillas de Salud en California	95
4.3.1.	Padecimientos crónico-degenerativos	95
4.3.2.	Factores sociodemográficos asociados a padecimientos crónico- degenerativos	104
4.4.	Conclusiones del capítulo	119
CAPÍTULO V. FACTORES Y ESTRATEGIAS INVOLUCRADOS EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE MEXICANA DE ESTADOS UNIDOS.		120
5.1.	Introducción y características de los entrevistados.....	120
5.2.	Análisis del contexto social y de salud del inmigrante en el país destino	121
5.2.1.	Factores predisponentes y de necesidad de salud	121
5.4.	Factores mediadores en la utilización de servicios de salud	125
5.5.	Estrategias de atención médica ante las políticas de inmigración y los costos de salud.....	132
5.5.1.	Facilitación de medicamentos y atención médica a través de la frontera....	133
5.5.2.	Médicos y dentistas informales	137
5.5.3.	Sobadores.....	138
5.6.	Conclusiones del capítulo	141
CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN.....		144
CONCLUSIONES.....		154
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		161

ÍNDICE DE CUADROS, GRÁFICAS, TABLAS E IMÁGENES

Cuadros

Cuadro 1.1 Elegibilidad de población inmigrante a servicios médicos bajo La Ley de Atención Médica Asequible (ACA).	16
Cuadro 1.2 Porcentaje de población inmigrante mexicana sin seguro médico en Estados Unidos por sexo, 2011-2022.....	27
Cuadro 1.3 Población inmigrante mexicana sin seguro médico en territorio estadounidense, por sexo y número de años radicando en Estados Unidos 2011 - 2022.	29
Cuadro 3.1 Recuento no ponderado de usuarios de Ventanillas de Salud en California que se realizaron una toma de datos antropométricos 2019 – 2023.....	75
Cuadro 3.2 Operacionalización de las variables de Ventanillas de Salud en California	76
Cuadro 3.3 Guía temática de la entrevista semiestructurada.....	84
Cuadro 4.1 Distribución de las ocupaciones captadas en VDS de acuerdo al Sistema Norteamericano de Clasificación de la Industria.	94
Cuadro 5.1 Mexicanos entrevistados en California con o sin seguro médico y padecimientos crónico-degenerativos.....	121

Gráficas

Gráfica 1.1 Años de educación en población nacida en México que radica en Estados Unidos.....	26
Gráfica 1.2 Población inmigrante mexicana sin seguro médico en Estados Unidos por edad agrupada, 2011-2022	28
Gráfica 1.3 Años de educación de población inmigrante mexicana que no habla inglés en territorio estadounidense 2022.....	30
Gráfica 1.4 Falta de dominio de inglés en la población inmigrante mexicana en Estados Unidos 2022.....	31
Gráfica 1.5 Prevalencia de enfermedades crónico degenerativas en población no nacida en Estados Unidos que se identifica como mexicana, 2021.	34
Gráfica 1.6 Población no nacida en Estados Unidos que se identifica como mexicana con colesterol alto en 2021 por grupos de edad y con o sin seguro médico.	35
Gráfica 1.7 Población no nacida en Estados Unidos que se identifica como mexicana con hipertensión en 2021 por grupos de edad y con o sin seguro médico.	36
Gráfica 1.8 Población no nacida en Estados Unidos que se identifica como mexicana con obesidad en 2021 por grupos de edad, con y sin seguro médico.	38
Gráfica 1.9 Población inmigrante mexicana con diabetes mellitus, grupos de edad 2021, población total y población sin seguro médico, Estados Unidos.	39
Gráfica 4.1 Pirámide poblacional de los Usuarios de VDS en California, Estados Unidos, 2018 – 2023.	92
Gráfica 4.2 Principales ocupaciones de los inmigrantes mexicanos usuarios de VDS en el estado de California, Estados Unidos, 2018 – 2023.	95
Gráfica 4.3 Volumen y prevalencia de indicadores de hipertensión en usuarios de VDS California 2018-2023.....	101
Gráfica 4.4 Volumen y prevalencia de indicadores de diabetes mellitus en usuarios de VDS California 2018-2023.....	103

Gráfica 4.5 Volumen y prevalencia de indicadores de obesidad en usuarios de VDS California 2018-2023.....	103
--	-----

Tablas

Tabla 4.1 Características sociodemográficas de la población inmigrante mexicana usuaria de las VDS de California, Estados Unidos.	91
Tabla 4.2 Prevalencia de indicadores de padecimientos crónico-degenerativos en usuarios de Ventanillas de Salud, California 2018-2023 por sexo.	98
Tabla 4.3 Prevalencia de padecimientos crónico-degenerativos en usuarios de Ventanillas de Salud, California 2018 – 2023.	99
Tabla 4.4 Condiciones sociodemográficas de los usuarios que presentan indicadores de padecimientos crónico-degenerativos en VDS, California 2018 – 2023.....	100
Tabla 4.5 Modelo bivariado de factores sociodemográficos asociados a padecimientos crónico-degenerativos en los usuarios de VDS, California 2018 - 2023.....	107
Tabla 4.6 Ocupaciones asociadas a padecimientos crónico-degenerativos en los usuarios de VDS, California 2018 - 2023.....	109
Tabla 4.7 Modelo bivariado de factores sociodemográficos asociados a padecimientos crónico-degenerativos en usuarios hombres de VDS, California 2018 - 2023.	110
Tabla 4.8 Modelo bivariado de factores sociodemográficos asociados a padecimientos crónico-degenerativos en mujeres usuarias de VDS, California 2018 - 2023.....	113
Tabla 4.9 Modelo logístico multivariado de factores sociodemográficos asociados a padecimientos crónico-degenerativos en usuarios de VDS, California 2018 - 2023.	118

Imágenes

Imagen 2.1 Determinantes sociales de la salud.	47
Imagen 2.2 Modelo de utilización de servicios de Salud de Andersen.	60
Imagen 5.1 Red semántica sobre las creencias y percepciones que causan el posponer la atención médica.	132
Imagen 5.2 Análisis de las co-ocurrencias entre posponer la atención médica y usar servicios de salud alternativos en inmigrantes mexicanos en California.	142
Imagen 5.3 Modelo de barreras y facilitadores de utilización de salud en la comunidad inmigrante mexicana de California.....	143

INTRODUCCIÓN

En los sistemas y modelos de salud pública actual, el servicio no es sinónimo de que las personas hagan uso de él. Esto se debe a que en la utilización de servicios de salud interactúan un conjunto de condiciones tanto individuales como estructurales adicionales a la necesidad de salud.

La utilización de servicios de salud en Estados Unidos es un problema estructural donde no solo interactúan un conjunto de políticas de migración y obstáculos burocráticos que niegan o disuaden el acceso a seguro médico y servicios de salud a través de constructos como la elegibilidad, un sistema de salud económicamente inaccesible debido a los costos elevados sino también un desconocimiento de las características sociodemográficas de la población que padece enfermedades (como su dominio del idioma nativo, el contar o no con un seguro médico, el tiempo radicando en el país receptor, su edad, educación o trabajo), especialmente de aquellas poblaciones vulnerables y estratificadas. Estos pueden ser factores que estén motivando a un alejamiento del sistema de salud, dejando de lado la atención a sus padecimientos y, por ende, empeorando su condición física (Cambridge, 2000; Ku y Freilich, 2001; Berk, & Schur, 2001; House, Schoeni, Kaplan y Pollack, 2008; Gee & Ford, 2011; Portes, Fernández-Kelly y Light, 2012; Viruell-Fuentes, Miranda & Abdulrahim, 2012; Farfán, Vizcarra & González, 2012; Hacker, Anies, Folb y Zallman, 2015; Perreira, Yoshikawa & Oberlander, 2018).

La presente investigación radica en que el desarrollo de enfermedades y la baja utilización de servicios de salud por parte de la población inmigrante constituye un problema estructural. En este problema, predominan factores sociodemográficos que generan tanto vulnerabilidad como distancia de los servicios de salud, lo que facilita la aparición de enfermedades que, al no ser tratadas, resultan en condiciones que, en edades avanzadas, provocarán complicaciones y comorbilidades que requerirán atención urgente o de emergencia.

Con base a esta perspectiva se propuso la siguiente hipótesis:

Hipótesis general: La población usuaria de Ventanillas de Salud que presenta indicadores de padecimientos crónico-degenerativos cuenta con un perfil sociodemográfico compartido, es decir, los factores sociodemográficos como la edad, el género, la escolaridad, el manejo del idioma inglés, el contar o no con seguro médico influyen de manera positiva en el desarrollo de diabetes mellitus, hipertensión y obesidad.

En esta hipótesis se plantea que para entender el desarrollo de padecimientos crónico-degenerativos en la población inmigrante mexicana que radica en California es necesario considerar la relación empírica que hay entre las características sociodemográficas de estos individuos y sus indicadores de salud. De igual forma para el análisis de la subutilización de servicios de salud, se pretende que la hipótesis general sustente la siguiente conjetura específica:

Conjetura específica: La diferencia entre la búsqueda de servicios de salud es explicada por los recursos con los que cuentan los inmigrantes al momento de buscar un alivio a sus complicaciones o padecimientos. Es ahí donde ocurre una continuidad o discontinuidad dependiendo de un conjunto de variables sociales: Si se maneja el idioma inglés, si se cuenta con seguro médico o se tiene un número considerable de años radicando en el país es más probable que no exista un conjunto de creencias o valores que desmotiven a atender sus complicaciones o padecimientos en alguna institución de salud. Mientras que un inmigrante que no cuenta con estas variables sociales buscará otras alternativas antes de decidir acudir a alguno de los servicios médicos que ofrece el sistema de salud estadounidense.

Por lo anterior, y con el objetivo de comprender el desarrollo de padecimientos y el contexto que produce la subutilización de servicios de salud, en este proyecto de tesis se tiene como objetivo principal y específico: 1) identificar el perfil sociodemográfico y de salud de las personas que residen en California, para posteriormente determinar, en qué medida sus características sociodemográficas se asocian con sus indicadores de padecimientos crónico-

degenerativos (diabetes mellitus, hipertensión y obesidad); y 2) caracterizar y contextualizar los determinantes sociales por los cuales un inmigrante mexicano en California busca y atiende sus complicaciones y padecimientos más allá de los servicios que ofrece el sistema de salud estadounidense.

Por ello las preguntas de investigación tanto general como específica son: 1) ¿La hipertensión, diabetes mellitus y obesidad en la comunidad de inmigrantes mexicanos de California están relacionado con el sexo, la edad, el tiempo residiendo en Estados Unidos, la escolaridad, la ocupación, el tener seguro médico o dominio del inglés?; y 2) ¿De qué manera los determinantes sociales obstaculizan la utilización de servicios de salud que ofrece el estado de California e influyen en la utilización de servicios de salud alternativos por parte de la población inmigrante mexicana?

Para dar respuesta a esta interrogante se hará uso de fuentes de información secundarias; como la base de datos relacionada con los registros de los servicios brindados a usuarios de las Ventanillas de Salud en California del año 2018 al 2023, información obtenida del Sistema de Información Continua y Reportes de Salud de los mexicanos en Estados Unidos (SICRESAL-MX), el cual es administrado por la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, sección mexicana, así como entrevistas con sujetos humanos, las cuales se realizan a través de trabajo de campo en la ciudad de Riverside, California.

El desarrollo y organización de esta tesis estuvo basado en la siguiente estructura: marco contextual, marco teórico, metodología, resultados y discusión. De ahí, esta investigación se organiza en seis capítulos. En el primer capítulo se expone el contexto del perfil de salud y de la utilización de servicios de salud por parte del inmigrante mexicano en Estados Unidos, donde se argumentan dos aspectos principales: 1) Cómo se interrelaciona el sistema de salud y las políticas públicas migratorias bajo el supuesto de “ilegalidad” y 2) La distribución de enfermedades crónico-degenerativas de la población inmigrante mexicana y cómo influyen las variables sociodemográficas en dicho perfil de salud.

En el segundo capítulo se describe el marco teórico donde se definen y discuten los conceptos principales: 1) Los determinantes sociales de la salud y 2) La utilización de

servicios de salud. De igual forma se argumenta la importancia de un modelo epidemiológico que integre lo social y lo cultural más allá de lo viral o bacteriano; así como una crítica a lo determinista y “causalista” que son los modelos epidemiológicos actuales a pesar de la supuesta integración de variables sociales.

En el tercer capítulo se presentó la estrategia metodológica, es decir, se describió la base de datos utilizada, la construcción de las variables y los modelos probabilísticos empleados para el análisis de los datos. Asimismo, en este capítulo se detalla la metodología diseñada para recolectar y analizar los datos. La investigación utiliza una metodología mixta que integra una descripción estadística de las variables sociodemográficas de la muestra y un conjunto de modelos de regresión logística en los que la diabetes mellitus, la hipertensión y la obesidad son variables dependientes. Se evaluó el poder explicativo de los factores sociodemográficos en el desarrollo de indicadores de enfermedades crónico-degenerativas. Además, para el análisis cualitativo se realizó trabajo de campo y entrevistas semiestructuradas, y se efectuó un análisis comparativo en el que los resultados cualitativos complementan y enriquecen los resultados cuantitativos.

En el capítulo cuatro se describieron las asociaciones encontradas entre los padecimientos crónico-degenerativos y las variables sociodemográficas. El capítulo cinco presenta los resultados del análisis del trabajo de campo mediante una triangulación, así como diagramas y redes semánticas. En el capítulo seis se lleva a cabo la discusión, donde se interpretan los principales hallazgos y se comparan con los resultados de otras investigaciones. Finalmente, se exponen las conclusiones y reflexiones hechas tras el desarrollo de esta tesis de investigación.

* *
—

CAPÍTULO I: ENTRE LA ENFERMEDAD Y LA FRONTERA: CONTEXTO DEL PERFIL DE SALUD Y DE LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL INMIGRANTE MEXICANO EN ESTADOS UNIDOS

1.1. Introducción

En Estados Unidos, la población inmigrante mexicana enfrenta una problemática significativa relacionada con la subutilización de servicios de salud (Cambridge, 2000; Portes, Fernández-Kelly y Light, 2012; Ku y Freilich, 2001; Hacker, Anies, Folb y Zallman, 2015). En la búsqueda de explicaciones que respondan tanto a la subutilización de servicios de salud como a la distribución de enfermedades crónico degenerativas en Estados Unidos por parte de la población inmigrante mexicana, se considera vital describir las condiciones históricas, políticas y sociales de dichos fenómenos.

La inmigración ha sido un factor fundamental e innegable en la fundación y consolidación de Estados Unidos como nación. A lo largo de su historia, el país ha recibido y continúa recibiendo grandes poblaciones de inmigrantes. Batalova, Hanna & Levesque (2020) estiman un total de 44.7 millones de inmigrantes, tanto regularizados como no regularizados, residiendo en el país (lo cual equivale a 15 de cada 100 habitantes¹). Históricamente, Estados Unidos ha sido el principal país receptor de inmigrantes mexicanos, representando el flujo de inmigración más consolidado hacia ese país durante los últimos treinta años (Massey, Alarcón, Durand & González, 1990; Durand & Massey, 1992; Massey & Espinosa, 1997; Durand, Massey & Zenteno, 2001) con un saldo positivo estimado de 14 millones de inmigrantes (24 de cada 100 inmigrantes²).

A lo largo de la evolución de sus flujos migratorios, la diáspora inmigrante, incluida la mexicana, ha enfrentado uno de los contextos políticos más dinámicos en Estados Unidos. En los años noventa, el acceso a la salud y a programas sociales estuvo marcado por políticas

¹ Cálculos propios con base en la American Community Survey 2023, proporción de inmigrantes a partir de lugar de nacimiento.

² Cálculos propios con base en la American Community Survey, proporción de inmigrantes mexicanos a partir de México como su lugar de nacimiento.

migratorias restrictivas y punitivas, que exigían la acreditación de la estancia legal mediante documentación. Esto generó estigmatización y miedo entre la población inmigrante, quienes temían que al acceder a servicios de salud, su presencia fuera registrada, aumentando el riesgo de deportación. Como resultado, se observó una notable subutilización de los servicios de salud por parte de esta población (House, Schoeni, Kaplan y Pollack, 2008; Gee & Ford, 2011; Viruell-Fuentes, Miranda & Abdulrahim, 2012).

Dicha disminución de la utilización de servicios de salud no se genera solo de forma indirecta a causa de la instauración de políticas públicas de migración. Éstas se han extendido en la actualidad a la política de salud, al solicitar si la estancia en el país no los compromete a ser una “carga pública” y limitando el acceso a programas sociales o al sistema de salud a la población que no pueda acreditar su estancia legal o no tenga el tiempo suficiente residiendo en el país para poder acceder a dichos subsidios a pesar de cubrir las cuotas o impuestos establecidos por el gobierno a todo trabajador (Farfán, Vizcarra & González, 2012; Perreira, Yoshikawa & Oberlander, 2018).

Para identificar los factores relacionados con el uso de servicios de salud y el desarrollo de enfermedades crónicas en la población inmigrante en Estados Unidos, se presenta un estudio de las políticas públicas migratorias y de salud. En cuanto al acceso a los servicios de salud, se examina el contexto histórico a nivel federal y los intentos de implementación de propuestas a nivel estatal, y cómo esto ha llevado a la subutilización sistemática de estos servicios por parte de la población inmigrante mexicana. Además, se investigan las estrategias alternativas que han desarrollado para atender sus necesidades de salud fuera del sistema oficial. Respecto a los padecimientos crónico-degenerativos, el estudio se centra en su magnitud y distribución, así como en la estructura del sistema de salud en Estados Unidos. El objetivo es contextualizar las razones por las cuales la población inmigrante mexicana carece de seguros médicos y no utiliza los servicios de salud, a pesar de necesitar atención y seguimiento para sus condiciones de salud.

Para este análisis se consideraron dos periodos: El periodo de 1990 al 2000 y del 2010 al 2020 que corresponde inicialmente a la consolidación y el aumento del movimiento

migratorio de mexicanos hacia Estados Unidos, la implementación de tanto la regularización del estatus migratorio de dicha diáspora, el inicio de la securitización y posteriormente la militarización de la entrada de inmigrantes a dicho país, así como la implementación de las primeras políticas públicas restrictivas para el acceso a servicios sociales a inmigrantes con estatus irregular (el Immigration Act de manera federal , La Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act (PRWORA) y la proposición 187 en el estado de California), lo cual tuvo repercusiones importantes en la utilización de servicios de atención médica desde dos puntos de vista: el estigma y miedo por parte de la población inmigrante a generar registro de estancia irregular o ser deportados y el intento por parte del Estado por estratificar y controlar el acceso a la salud de un sector poblacional, así como la integración de la Affordable Care Act, la cual terminó de consolidar lo que PRWORA había iniciado en la década de los noventa, garantizando que solo población ciudadana, naturalizada o con una residencia legal mayor a cinco años en territorio estadounidense tuviera acceso a servicios de salud a bajo costo (Berk, & Schur, 2001).

1.2. Contexto político en materia migratoria y de salud en Estados Unidos

1.2.1. Antecedentes de las políticas migratorias y su impacto en la utilización de servicios de salud en la población inmigrante

La postura de la política federal estadounidense en relación con la inmigración ha experimentado cambios frecuentes a lo largo del tiempo. Algunas políticas han abogado por admisiones más flexibles, mientras que otras han respaldado restricciones más rigurosas. Esta variabilidad se ha atribuido en parte a las políticas federales versus las políticas de los gobiernos locales. Sin embargo, existe un consenso general en que el control migratorio constituye un ejercicio del poder ejecutivo, es decir, es llevado a cabo por el brazo ejecutivo del gobierno (Martínez, Sandfort, Dodge, Carballo-Diequez, Pinto & Chavez-Baray, 2015).

Un aspecto distintivo en el ámbito de la ley de inmigración es la discrecionalidad. Incluso si una persona cumple con los requisitos para un beneficio, el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés) evaluará varios

factores para determinar si merece dicho beneficio. Esta discrecionalidad, menos susceptible de control que la aplicación de normas y estándares específicos, introduce un enfoque subjetivo que puede dar lugar a problemas como discriminación, parcialidad y prejuicios. Por lo tanto, la naturaleza discrecional de la ley de inmigración ha sido objeto de críticas fundamentales (Martinez, Sandfort, Dodge, Carballo-Diequez, Pinto & Chavez-Baray, 2015).

Las políticas de inmigración del gobierno estadounidense encuentran su principal guía en las normativas establecidas en 1952 con la aprobación de la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA). Esta ley ha servido como el marco legislativo básico para la regulación de la inmigración y la naturalización en el país. Establece criterios para la admisión de extranjeros, define las categorías de visas, y proporciona los procedimientos para la deportación de inmigrantes indocumentados.

Además, la Ley de Control y Reforma de la Inmigración (IRCA) de 1986 también juega un papel crucial. Esta ley fue diseñada para abordar la creciente preocupación por la inmigración irregular, permitiendo la regularización de forma masiva de los inmigrantes que se encontraban laborando en Estados Unidos sin contar con documentación oficial. A la par, la IRCA introdujo medidas estrictas que negaban beneficios sociales a aquellos que no podían proporcionar la documentación adecuada, disuadiendo así la inmigración irregular. Asimismo, fortaleció las sanciones contra los empleadores que contrataban a inmigrantes sin autorización legal para trabajar, buscando reducir la demanda de mano de obra indocumentada y, en consecuencia, disminuir la inmigración irregular. En conjunto, la INA y la IRCA conforman la columna vertebral de las políticas de inmigración de Estados Unidos, estableciendo un equilibrio entre la admisión controlada de inmigrantes y la implementación de medidas para limitar la inmigración irregular.

El Congreso de los Estados Unidos tiene autoridad sobre todas las regulaciones relacionadas con la inmigración, mientras que la Casa Blanca está encargada de la ejecución de las leyes migratorias. La INA abarca la mayoría de los aspectos de la legislación federal de inmigración, que incluye cuestiones como visas y otros aspectos del estado de ciudadanía.

Los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) son responsables de gestionar la mayoría de los asuntos relacionados con los inmigrantes.

Martinez y colegas destacan que en Estados Unidos hay dos fuentes de poderes relacionados con la inmigración: 1) los poderes enumerados que se reflejan a través de la Cláusula de Comercio, la Cláusula de Migración o Importación, la Cláusula de Naturalización y la Cláusula de Guerra; y 2) los Poderes Constitucionales Implícitos, los cuales son aquellos que no están establecidos explícitamente en la Constitución pero que son necesarios para llevar a cabo las funciones del gobierno federal. Sin embargo, varios estados, como Arizona, Alabama, Indiana y Carolina del Norte, han intentado recientemente implementar leyes de inmigración a nivel estatal, a pesar de que los precedentes de la Corte Suprema establecen que solo al gobierno federal se le concede el poder de controlar las leyes de inmigración. A lo largo de más de un siglo, desde que el Congreso aprobó la primera legislación integral sobre inmigración, se ha establecido firmemente que el gobierno federal tiene autoridad exclusiva sobre las leyes de inmigración y nacionalidad. En consecuencia, el gobierno de los Estados Unidos aplica las leyes de inmigración sin interferencia de los estados.

A pesar de esto, los estados intentan implementar mandatos estatales con la intención de: 1) regular la inmigración en sus respectivos territorios y 2) limitar el acceso a servicios a población con estatus migratorio irregular, los cuales generalmente se consideran anticonstitucionales por la Suprema Corte (ejemplos son la proposición 187 en California, la ley HB 56 en Alabama o la ley SB 1070 en Arizona). Sin embargo, generan un posicionamiento por parte del Estado hacia dicha población que reside en sus territorios, lo cual modifica su comportamiento y la percepción que se tiene de ellos en dichas regiones (Dondero & Altman, 2020; Vernice, Pereira, Wang, Demetres & Adams, 2020).

Estudios realizados en varios condados de California indican que el acceso a servicios de salud por parte de la población inmigrante hispana se ve notablemente afectado por factores como el estatus migratorio, la raza y la etnia. Durante las últimas dos décadas, diversas leyes y políticas contra la inmigración se han promulgado como respuesta al

aumento de la población inmigrante (Ford & Harawa, 2010; Chavez, 2012; Martínez, et al., 2015).

Chávez (2012) destaca que, en California, durante la década de 1990, se implementaron en California varias políticas³ del departamento de inmigración y salud con el propósito de penalizar a los inmigrantes indocumentados y limitar su acceso a servicios de salud. Estas políticas han dejado una marcada huella en la población actual de inmigrantes indocumentados en California, quienes utilizan menos los servicios médicos en comparación con inmigrantes regularizados y naturalizados.

Estudios de Chávez (2012), Martínez y colegas (2015) identifican el estatus migratorio indocumentado como uno de los principales predictores de la utilización de servicios médicos. Cuando un inmigrante indocumentado accede a servicios médicos, tiende a recurrir a atención clínica más asequible, utilizando servicios médicos con menor frecuencia en comparación con inmigrantes regularizados y naturalizados. Este patrón lo consideran dichos autores como contraproducente, ya que dependen más de la atención en clínicas, lo que, a su vez, contribuye a un aumento sistemático de comorbilidades y complicaciones, generando problemas de salud más graves.

Martínez y sus colegas han analizado cómo las leyes y políticas de inmigración afectan explícitamente el acceso a servicios de salud, clasificándolas en tres categorías con respecto a estos derechos: 1) leyes y políticas que restringen; 2) leyes que otorgan derechos mínimos o 3) leyes que otorgan más que los derechos mínimos a los servicios de salud. También señalan que varias leyes prohíben o restringen el acceso de los inmigrantes a servicios básicos de salud, incluyendo atención de emergencia.

Sánchez-Siller & Gabarrot-Arenas (2014) coinciden con Chávez y Martínez, destacando que en las décadas de 1990 y 2000 se inició un período de restricciones con la *Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act* (PRWORA). Esta reforma, conocida como "Reforma a la Seguridad Social", limitó el acceso a programas públicos de beneficencia basándose en el estatus migratorio, afectando a inmigrantes

³ Immigration Reform and Control Act 1986 (IRCA), Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act 1996, Illegal Immigration Reform and Immigrant Responsibility Act (IIRIRA) 1996.

regularizados con menos de cinco años en el país. La PRWORA estableció dos categorías de inmigrantes para efectos de elegibilidad: 1) inmigrantes calificados (residentes legales permanentes, refugiados, asilados o hijos y esposas de residentes legales permanentes) y 2) inmigrantes no calificados (inmigrantes indocumentados, visa de turista o visa de estudiante).

Esta reforma impactó negativamente la obtención de atención médica entre los inmigrantes, generando restricciones y condiciones adicionales para trabajar, así como un aumento del temor a acercarse a centros de salud o inscribirse en programas. Aunque la reforma se aplicaba solo a "*nuevos*" inmigrantes, también afectó a quienes ya eran beneficiarios de algún programa de salud.

Se ha evidenciado que la hostilidad hacia los inmigrantes en determinados entornos se asocia con una disminución o demora en la búsqueda de atención médica. En California, por ejemplo, el estatus de indocumentado se presenta como un predictor significativo de la falta de búsqueda de atención médica (Álvarez & Butterfield, 2000; Monogan, 2013; Almeida, Biello, Pedraza, Wintner & Viruell-Fuentes, 2016).

La Proposición 187, sometida a votación en California en 1994, puede considerarse como el primer intento de política pública de migración que impactó el acceso a los servicios de salud. Esta medida pretendía retirar la elegibilidad de los inmigrantes indocumentados para la mayoría de los servicios de salud y exigía a los profesionales de la salud que informaran a las autoridades sobre pacientes que se sospechara fueran indocumentados (Vernice, Pereira, Wang, Demetres & Adams, 2020; Laque, 2021).

La proposición 187, también conocida como la iniciativa "Salvemos Nuestro Estado", fue diseñada para prohibir que los inmigrantes que residían en California de manera irregular utilizaran los servicios públicos de salud, excepto en situaciones de emergencia, servicios sociales y escuelas públicas. Según la propuesta, solo aquellos verificados como ciudadanos de los Estados Unidos o con entrada legal como residentes permanentes o temporales podrían recibir servicios sociales. Además, la medida requeriría que ciertas agencias informaran a las autoridades sobre residentes sospechosos de violar las leyes de inmigración (Proposición 187, Sección 1 de acuerdo con Fenton, Moss, Khalil & Asch, 1997).

La Proposición 187, presentada como la ley más antimexicana jamás aprobada, fue respaldada por el entonces candidato a la reelección, Pete Wilson, quien afirmó que los inmigrantes, principalmente mexicanos, tanto regularizados como indocumentados, estaban perjudicando la economía y el crecimiento de California. Esta iniciativa marcó un precedente para que otros estados intentaran crear políticas públicas que restringieran a los inmigrantes indocumentados el acceso a servicios de salud, como la detección de VIH o atención prenatal. También se exploraron prácticas como la solicitud de documentación antes de brindar servicios de salud y la implementación de puntos de control policial (*checkpoints*) frente a instalaciones de atención médica. Aunque la propuesta no se implementó, informes sugieren que su aprobación estuvo vinculada a una disminución en el uso de servicios de salud por parte de ciertos grupos (Fenton, 1996; Marx, Thach, Grayson, Lowry, Lopez & Lee, 1996; Moss, Baumeister & Biewener, 1996; Spetz, Baker, Phibbs, Pedersen & Tafoya, 2000 y Berk & Schur 2001).

Si bien, los estudios citados coinciden en señalar que estas políticas punitivas dirigidas a los inmigrantes han reducido la disponibilidad y el uso de servicios esenciales de atención médica, generando simultáneamente un sentimiento de temor, confusión y ansiedad dentro de estas comunidades, también reconocen las limitaciones que existen en dichos estudios: 1) al mostrar gran varianza entre las variables que identifican a la población inmigrante hispana en Estados Unidos; 2) al no ser posible utilizar solo una muestra de población inmigrante indocumentada por la imposibilidad de estimar y localizar a dicha población y 3) no toda la población hispana en Estados Unidos es población inmigrante, lo que debería ser una consideración esencial en los modelos metodológicos que utilizan para poder generar conclusiones significativas.

1.2.2. El sistema de salud de Estados Unidos

El sistema de atención médica en los Estados Unidos puede conceptualizarse como una red de sistemas múltiples que operan de manera independiente y, en ocasiones, colaborativa. La autoridad en el ámbito de la salud está descentralizada entre los gobiernos federal y estatal. Específicamente, los estados se encargan de financiar y administrar diversas funciones de

salud pública, aportan fondos al programa Medicaid y determinan su estructura interna. Por otra parte, productos como fármacos y dispositivos médicos están sujetos a regulaciones a nivel federal. Las normativas destinadas a lograr objetivos de calidad, acceso y control de costos en la atención médica pueden ser establecidas por entidades públicas o privadas, ya sea a nivel federal, estatal o local, de manera individual o colaborativa (Rice, Rosenau, Unruh, Barnes, Saltman, Van Ginneken & World Health Organization, 2013).

Rice y colegas (2013) comentan que en comparación con otros países desarrollados, el sector privado desempeña un papel considerablemente importante en el sistema de salud Estadounidense, siendo un actor clave desde la década de 1930. Los programas gubernamentales de seguro médico, como Medicare y Medicaid, se establecieron en la década de 1960 para cubrir a personas mayores, discapacitados y aquellos con bajos ingresos. En este sistema, los asegurados, ya sea por medio de un plan de índole público o privado, adquieren servicios de atención médica de proveedores que están sujetos a regulaciones federales, estatales y locales, así como regulaciones privadas. Los actores principales incluyen el gobierno, aseguradoras privadas, proveedores de salud y reguladores, cada uno desempeñando un papel crucial. Los entes gubernamentales operan a niveles federal, estatal y local, con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) liderando a nivel federal.

Los acreedores públicos, encabezados por agencias federales y estatales como Medicare, juegan un papel crucial en la compra de servicios de atención médica. Los gobiernos estatales, respaldados por fondos federales, emplean programas como Medicaid y CHIP (Programa de Seguro Médico para Niños) para adquirir servicios de salud, abarcando a adultos discapacitados y colaborando con Medicare para atender a personas mayores de bajos ingresos. A nivel estatal y local, los gobiernos desempeñan un papel esencial en la prestación de atención médica, gestionando hospitales públicos, proporcionando servicios médicos y preventivos a través de departamentos de salud y clínicas comunitarias, y participando en actividades de salud pública, como la regulación de la seguridad alimentaria (Rice, Rosenau, Unruh, Barnes, Saltman, Van Ginneken & World Health Organization, 2013).

En Estados Unidos, además de los compradores gubernamentales, las aseguradoras privadas y los individuos también adquieren servicios de atención médica. Rice y colegas clasifican los seguros médicos en tres tipos: 1) HMO (organizaciones de mantenimiento de la salud); 2) PPO (organizaciones de proveedores preferidos) y 3) planes con deducibles altos, considerando que la mayoría de los estadounidenses son usuarios de seguros médicos privados a través de sus empleadores. Aquellos sin seguro suelen recurrir a una red de seguridad que incluye clínicas públicas y comunitarias, hospitales y médicos. La regulación del sistema de atención médica opera a nivel federal, estatal y privado, siendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) responsable de gran parte de la regulación a nivel federal.

1.2.2.1. Affordable Care Act

La Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible, comúnmente referida como la Ley de Atención Médica Asequible (ACA), trajo cambios significativos en el sistema de atención médica de los Estados Unidos desde su promulgación en el año 2010⁴, hasta su última revisión en el presente. La ACA ha creado "intercambios" de seguros a nivel federal y estatal para aquellos que carecen de acceso a seguros médicos privados proporcionados por empleadores, así como para pequeños empleadores que elijan adquirir cobertura.

La Ley de Atención Médica Asequible representa un hito significativo en la política de salud pública de Estados Unidos. A través de extensiones y revisiones de leyes existentes, establece protecciones legales fundamentales, garantizando casi universalmente el acceso a una cobertura de seguro médico asequible desde el nacimiento hasta la jubilación. Reduciendo a más de la mitad el número de estadounidenses sin seguro, proporcionando cobertura a aproximadamente el 94% de la población. La ley tiene múltiples objetivos, incluyendo lograr una cobertura casi universal, mejorar la equidad, calidad y asequibilidad

⁴ The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), Pub. L. No. 111-148, 124 Stat. 119 (March 23, 2010); Health Care Education and Reconciliation Act, Pub. L. No. 111-152, 124 Stat. 1029 (March 30, 2010).

del seguro médico, eficiencia en la atención sanitaria, fortalecimiento del acceso a la atención primaria y realización de inversiones estratégicas en la salud pública (Rosenbaum, 2011).

Uno de los logros destacados de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA) fue la intensificación de la regulación en la industria de seguros médicos, con la inclusión de mecanismos destinados a controlar costos y mejorar la calidad. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, la implementación de la ACA enfrentó retrasos y, de acuerdo con Rice y colegas, varios grupos quedaron sin cobertura, entre los cuales se encuentran aquellos con bajos ingresos, elegibles no inscritos, quienes prefieren pagar multas en lugar de adquirir seguro, aquellos cuyo costo supera el 8% de sus ingresos, personas con objeciones religiosas e inmigrantes indocumentados. En el cuadro 1.1 se presentan los criterios para elegibilidad del affordable care act y los grupos que incluye cada categoría de inmigrantes.

Un cambio importante dentro de la reforma ACA y que la diferencia de la reforma PRWORA no es solo que mantuvo como no apta para Medicaid a la población inmigrante indocumentada, sino que también la volvió no apta a la adquisición de seguros médicos privados. Lo cual significa que un total de 10.5 millones⁵ de inmigrantes no sólo no pueden acceder a Medicaid sino que tampoco pueden aseguir un seguro médico por sus propios medios.

De igual forma, la ley federal de Estados Unidos requiere que muchos inmigrantes con estatus migratorio regularizado esperen cinco años una vez adquirido o mantenido dicho estatus, para poder volverse participantes elegibles en programas federales, incluyendo Medicaid. Lo anterior vulnera principalmente a residentes legales permanentes (*green card*) al no poder adquirir subsidios o descuentos en el sistema de salud, pero también obstaculiza el acceso a la salud a población con visa de estudiante, visa de trabajo, visa de turista y Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (DACA, por sus siglas en inglés) (Light & Terrasse, 2017).

⁵ Estimaciones de Passel, J. & Krogstad, J.M. (2023).

Cuadro 1.1 Elegibilidad de población inmigrante a servicios médicos bajo La Ley de Atención Médica Asequible (ACA).

Categoría de inmigración	Grupos incluyen	La Ley de Atención Médica Asequible (ACA)
Inmigrantes que califican	- Residentes legales permanentes (después de cinco años) - Refugiados, asilados, víctimas de tráfico.	- Elegibles para Medicaid. - Pueden comprar seguros médicos privados.
Inmigrantes no calificados pero que están legalmente presentes.	- Visas de trabajo - Visas de estudiante - Visas de turista	- No son elegibles para Medicaid. - Pueden comprar seguros médicos privados.
Inmigrantes con entrada irregular.	- Inmigrantes indocumentados - Acción Diferida para los Llegados en la Infancia DACA	- No son elegibles para Medicaid, excepto emergencias médicas. - No pueden comprar seguros médicos privados.

Fuente: Elaboración propia con base en la información de The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), Ley de Atención Médica Asequible (2010).

Otro dato importante es que en el año 2014, el presidente Barack Obama implementó una obligación de seguro médico que limitaba la capacidad de las compañías de seguros para ajustar las tarifas según la salud actual de la persona asegurada. La justificación detrás de este mandato individual radica en la idea de que si todas las personas, incluso las saludables, tienen seguro, los grupos de riesgo se ampliarán lo suficiente como para disminuir las primas para todos, incluyendo a aquellos con condiciones médicas costosas. Como consecuencia, cada estado solicitó que sus residentes presentaran evidencia anual de contar con cobertura

de seguro médico al presentar sus impuestos estatales. En caso de carecer de seguro médico y no reunir los requisitos para una exención, se imponía el pago de una multa fiscal. Por lo que por un lado existía un segmento poblacional que no podía comprar seguro médico o acceder a uno, pero si presentaba impuestos corría el riesgo de ser multado por ese mismo hecho (Fiedler, 2020).

En el transcurso de su mandato, el presidente Donald Trump, con el respaldo del Congreso de Estados Unidos, eliminó la penalización establecida por la Ley de Atención Médica Asequible (ACA). Esta medida comenzó a regir el 1 de enero de 2019, lo que implicó que las personas sin seguro en 2019 ya no estaban obligadas a abonar multas fiscales. No obstante, aquellos que carecían de seguro en 2018 aún estuvieron sujetos al pago de la multa.

1.2.3. Estrategias de atención a la salud de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos por parte del Estado mexicano

Debido a las limitaciones en el acceso a servicios de salud para la población indocumentada en Estados Unidos, el gobierno mexicano ha implementado alianzas estratégicas, declaraciones e iniciativas en pro de la población mexicana radicando en Estados Unidos. Estas acciones buscan proporcionar servicios de salud a la población inmigrante mexicana en situación vulnerable y se dividen en dos categorías principales: 1) aquellas centradas en la salud de los inmigrantes repatriados o aquellos que ya no pueden permanecer en Estados Unidos debido a condiciones de salud (Programa Repatriación de Connacionales Enfermos) y 2) aquellas dirigidas a la atención de la población inmigrante que aún reside en Estados Unidos y se encuentra en edad laboral, enfocándose principalmente en la detección de enfermedades y la promoción del autocuidado (Semana Binacional de Salud, Estrategia Ventanillas de Salud). A continuación, se describe con mayor detalle las dirigidas a la segunda opción.

1.2.3.1. Semana Binacional de Salud

La Semana Binacional de Salud (SBS) es una iniciativa anual liderada por la Secretaría de Salud (SSA) y la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) de México, a través del Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME), desde su inicio en 2001. En colaboración con la Iniciativa de Salud de las Américas de la Universidad de California en Berkeley, antes conocida como Iniciativa de Salud México-California, la SBS ha experimentado un notable crecimiento y se ha expandido a toda la nación de Estados Unidos, México, Canadá y otros países de Centroamérica (SSA, 2001; Farfán, Vizcarra & González, 2012).

Según la Secretaría de Salud del Gobierno de México (SSA, 2010), la SBS ha sido un catalizador para la acción coordinada y sostenida entre organizaciones comunitarias y agencias gubernamentales de los Estados Unidos, México y otros países de América Latina. Su fundamento radica en la premisa de que mejorar la salud de los inmigrantes no solo beneficia a esta población, sino que también tiene amplias implicaciones sociales y económicas en las comunidades receptoras y en los países de origen. Anualmente, se suman otros países, como Guatemala, Honduras, Colombia y Perú, respaldados por organismos como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y el Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS).

Desde su fundación, todos los años en octubre: 1) se realizan actividades como ferias, cursos y talleres con el propósito de acercar a la población inmigrante a los servicios de salud mediante orientación sobre prevención y promoción de la salud, así como detección oportuna de condiciones médicas; 2) se resalta la presencia de disparidades en el acceso a estos servicios entre la población anglosajona y la población inmigrante; y 3) se busca un impacto político al involucrar a los medios de comunicación y se implementa un enfoque educativo dirigido a los proveedores de salud para sensibilizarlos sobre las necesidades específicas de la población inmigrante (Kupersztch, 2007).

Sus objetivos son: 1) movilizar a clínicas y organizaciones comunitarias para que ofrezcan sus servicios; 2) fomentar actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud, diseñadas para la población inmigrante y sus familias; y 3) Proveer información a las familias inmigrantes en Estados Unidos sobre los recursos y servicios de salud disponibles en su localidad (de Salud, S. B., 18 de Junio del 2024).

En los últimos diez años, se han llevado a cabo numerosos esfuerzos destacables, liderados por la red consular de México en Estados Unidos, junto con consulados de países de Centroamérica y Latinoamérica, así como agencias federales, estatales, del condado y de la ciudad, comités, organizaciones civiles y voluntarios. Estos esfuerzos incluyen: 1) la realización de eventos deportivos y de promoción de la salud; 2) la organización de ferias de salud comunitarias, conferencias y clases sobre la prevención de enfermedades, el acceso a servicios de salud, la salud mental, enfermedades crónicas y transmisibles, y la salud de la mujer; y 3) la oferta de servicios médicos gratuitos enfocados en la prevención, tales como exámenes de presión arterial, glucosa, colesterol, VIH, mamografías, pruebas de Papanicolaou, chequeos dentales, de visión, de densidad ósea, de salud mental, vacunaciones y la inscripción en seguros de salud. Estos servicios están destinados a la población inmigrante hispana/mexicana en Estados Unidos y Canadá, quienes en su mayoría no tienen acceso a servicios de salud (de Salud, S. B., 18 de Junio del 2024).

1.2.3.2. Estrategia Ventanillas de Salud

Con el propósito de proporcionar servicios de salud preventivos a los ciudadanos mexicanos en Estados Unidos, el gobierno mexicano implementó la Estrategia Ventanillas de Salud (VDS) (Valle et al., 2020). Esta iniciativa, dirigida por la Secretaría de Salud y la Secretaría de Relaciones Exteriores a través del Instituto de los Mexicanos en el Exterior, opera en la red consular mexicana en Estados Unidos y colabora con agencias locales para asegurar la accesibilidad a servicios de salud preventivos, incluyendo orientación, detección y referencia (Secretaría de Salud et al., 2021).

De acuerdo a la Secretaría de Salud (2018) las Ventanillas de Salud atienden a población de origen hispano en Estados Unidos, promoviendo un sentido de responsabilidad para mejorar su salud y calidad de vida así como informarse de forma puntual de cuestiones relacionadas con su salud. Las Ventanillas de Salud facilitan el acceso a servicios de salud preventivos y fomentan una cultura de autocuidado, incluyendo la participación activa en temas de salud.

Las VDS iniciaron como un proyecto piloto en 2003, brindando información y atención preventiva para entender los problemas de salud y acceso a servicios de los inmigrantes mexicanos. Tras estudios de evaluación en 2004, el programa se expandió, estableciendo 50 VDS entre 2004 y 2011 en colaboración con organizaciones locales. Unidades móviles en Kansas City desde 2012 y en Nueva Jersey desde 2013 ampliaron la cobertura. El gobierno mexicano provee recursos para el programa, aprovechados por organizaciones locales, como centros de salud comunitarios, que ofrecen servicios de prevención e información confiable a la población inmigrante mexicana en Estados Unidos (Secretaría de Salud, 2021).

Entre las características de las Ventanillas de salud resaltan: 1) los servicios se basan en las condiciones que más afectan a la población mexicana que vive en Estados Unidos; 2) al centrarse en las necesidades individuales de cada usuario, crean una relación de confianza y empatía con la población atendida; 3) cuentan con material especializado y culturalmente adecuado para proporcionar información en el idioma del país de origen; 4) son operadas por personal capacitado en prevención y control de enfermedades, proporcionan recursos y opciones para acceder a servicios de salud en colaboración con centros de salud comunitarios e instituciones; y 5) trabajan para mejorar las condiciones de salud física y mental de la población inmigrante mexicana en Estados Unidos, manteniendo un eterno saludable basado en la colaboración local y binacional (Secretaria de Salud, 2018).

El propósito de la Estrategia VDS es establecer un hogar médico a quien más lo necesita, así como contribuir en la disminución del número de visitas a una sala de emergencia; a partir de ampliar el acceso a servicios preventivos y promover la inscripción en

seguros médicos para inmigrantes latinos calificados entre otros, al mismo tiempo que reduce la dependencia de los servicios médicos de emergencia, contribuyendo a mejorar tanto la salud física como mental de esta población (Rangel Gomez et al., 2017). Los 50 consulados participantes ofrecen un conjunto estandarizado de servicios, adaptados según las necesidades específicas de la población latina y garantizando la sensibilidad cultural y lingüística para facilitar la comprensión completa de la importancia de la atención médica y el acceso a la infraestructura de salud existente. La Red Consular atiende aproximadamente a 1.5 millones de personas anualmente a través de sus 50 Ventanillas de Salud.

La Estrategia Ventanilla de Salud tiene como objetivo proporcionar servicios de prevención de enfermedades y promoción de la salud, incluyendo información sobre los seguros médicos y de salud en México y los Estados Unidos, así como referencias a servicios de atención médica. La decisión de buscar los servicios necesarios recae en el individuo, pero algunas Ventanillas de Salud cuentan con navegadores o promotores de salud (trabajadores comunitarios de salud) que asisten a los clientes en la obtención de seguros médicos del mercado y en el seguimiento de aquellos referidos a servicios especializados para asegurar que reciban atención continua. Con el consentimiento del paciente, los promotores de salud realizan un seguimiento mediante llamadas telefónicas o correos electrónicos para evaluar el estado de las derivaciones (Rangel Gomez et al., 2017; Valle et al., 2020; Secretaría de Salud et al., 2021).

Los recursos tanto monetarios como en especie, para proporcionar los servicios preventivos básicos, son aportados por los siguientes actores: 1) el gobierno de México aporta el dinero semilla, el financiamiento inicial y la colaboración institucional; 2) la red consular otorgando espacio en sus instalaciones, tecnología y oficinas de apoyo, alianzas y capacitación; 3) agencias que gestionen y operen las VDS, seleccionen y contraten personal, desarrollen y organicen proyectos, ferias y eventos; 4) redes de agentes clave que apoyen con provisión de personal especializado, realización de pruebas de detección y administración de vacunas, ejecución de talleres y distribución de materiales educativos, así como participación en ferias de salud y capacitaciones (Rangel Gómez, Salazar, López Jaramillo, Lira Chávez, Romero Rangel, Caballero Abraham, ... & Rosales, 2022).

En general, las Ventanillas de Salud y las Unidades Móviles se enfocan en las condiciones con mayores tasas de incidencia entre la población mexicana residente en Estados Unidos, agrupando los servicios en cinco categorías: 1) asesoramiento sobre prevención y promoción de la salud en temas prioritarios como nutrición, obesidad, diabetes mellitus, salud de la mujer, salud infantil, salud mental, adicciones, VIH/SIDA y acceso a servicios, entre otros; 2) Detección oportuna de diversas enfermedades mediante mediciones como índice de masa corporal, pruebas de colesterol y glucosa, y pruebas de VIH/SIDA y COVID-19; 3) Referencias a servicios de salud disponibles en su localidad (clínicas comunitarias), considerando particularidades culturales y lingüísticas, para recibir atención médica si es necesario y/o establecer un hogar médico; 4) administración de vacunas contra gripe, COVID-19 y otras enfermedades; y 5) asesoramiento sobre alternativas de seguro de salud en los Estados Unidos (Rangel Gómez, Salazar, López Jaramillo, Lira Chávez, Romero Rangel, Caballero Abraham, ... & Rosales, 2022).

De acuerdo con Rangel-Gómez (2017) cuando un usuario utiliza los servicios de las Ventanillas de Salud en un consulado o en una ventanilla móvil en puntos estratégicos de tránsito migratorio al acercarse de forma voluntaria o al invitársele a pasar, proporciona un consentimiento informado y completa un formulario estandarizado que abarca datos demográficos, historial de acceso a servicios preventivos, antecedentes médicos personales, medidas antropométricas, servicios proporcionados, derivaciones realizadas, pruebas de tamizaje y resultados. Esta información puede almacenarse, analizarse e interpretarse después de la imputación de identificadores, eliminación de datos personales y la aprobación de comités de ética. Además, las Ventanillas de Salud cuentan con un mecanismo oficial llamado Sistema de Información Continua y Reportes de Salud de los mexicanos en Estados Unidos (SICRESAL-MX), aprobado por la Secretaría de Salud y la Secretaría de Relaciones Exteriores (2021), administrado por la Sección mexicana de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos (CSFMEU), que es el mecanismo oficial para documentar las actividades de las Ventanillas de Salud.

El objetivo del SICRESAL-MX es registrar información cuantitativa en tiempo real sobre las condiciones de salud de la población latina en Estados Unidos, con el fin de respaldar la toma de decisiones y fortalecer las iniciativas de salud preventiva en estas

comunidades. Este sistema permite el análisis de datos a través de estadísticas descriptivas relacionadas con el registro de personas y servicios prestados, facilitando la comprensión de las necesidades de la comunidad y permitiendo la focalización de las acciones de las Ventanillas de Salud. El SICRESAL-MX es una herramienta adaptable que se ajusta a las necesidades, logística y dinámica de trabajo de las Ventanillas de Salud, así como a las demandas de salud emergentes en la comunidad inmigrante en Estados Unidos.

1.2.4. Estrategias alternativas de atención a la salud de la población inmigrante latina/hispana en Estados Unidos

De acuerdo con investigaciones como las de Byrd, Law (2009) y Da Silva (2019), existen registros de que residentes estadounidenses cruzan la frontera hacia México en búsqueda de atención médica y medicamentos, destacando la adquisición de antibióticos sin receta. Da Silva generaliza a ciudadanos estadounidenses en este contexto, mientras que Byrd y Law especifican que la mayoría de los que cruzan la frontera son de ascendencia hispana, aproximadamente el 69%. Entre las razones se encuentran la carencia de seguro médico en el país de origen, la flexibilidad en el sistema de salud mexicano para obtener ciertos medicamentos sin receta, los costos elevados de algunos medicamentos y la favorable relación entre el peso y el dólar que facilita la compra de medicamentos en México.

La falta de acceso y los altos costos de la salud llevan a la población a estrategias de afrontamiento diversas. Portes, Fernandez-Kelly y Light (2012) clasifican estas estrategias en servicios de salud informales, compasión institucionalizada y cuidados transnacionales. Los servicios informales incluyen proveedores que ofrecen atención primaria y alivio a condiciones crónicas, así como la medicina tradicional, presente en comunidades inmigrantes a través de tiendas botánicas, curanderos, sobadores y parteras. Otro tipo de servicio informal es la "medicina gris", proporcionada por profesionales de la salud sin licencia, comúnmente formados fuera de EE. UU., que atienden a comunidades de inmigrantes. Hospitales y clínicas que siguen la filosofía de que la salud es un derecho humano, en su mayoría afiliadas religiosamente, representan una fuente crucial de asistencia para inmigrantes, especialmente los no autorizados. Sin embargo, estas clínicas a menudo enfrentan desafíos como recursos

limitados y una gran demanda. Algunos inmigrantes viajan a otros países, como México, para obtener atención médica necesaria debido a acuerdos entre hospitales de California e instituciones mexicanas. En el caso de inmigrantes en situación irregular, aquellos que no pueden cruzar la frontera clandestinamente buscan apoyo de familiares o amigos en México para obtener consejo médico, diagnóstico y, en ocasiones, medicamentos o remedios tradicionales. Los motivos para cruzar la frontera incluyen la accesibilidad de costos, las diferencias en los requisitos de prescripción y las preferencias culturales, según Casner, Guerra (1992), Escobedo y Cardenas (2006). Este comportamiento se replica en varias ciudades de los estados fronterizos de EE. UU.

1.3. Contexto de la población inmigrante mexicana en Estados Unidos y sus determinantes sociales en salud

En el presente apartado se describe el perfil sociodemográfico de la población inmigrante mexicana en territorio estadounidense, así como un conjunto de variables sociales que permiten explicar su estado de salud en el país receptor. Para dicha descripción se emplea la *American Community Survey* (ACS), la cual es una encuesta mensual que realiza la Oficina del Censo de Estados Unidos y recopila datos detallados sobre aspectos socioeconómicos y de vivienda, lo que permite la generación anual de estadísticas precisas y relevantes incluso a niveles geográficos bajos. En este caso para dichas estimaciones se emplea la pregunta de lugar de nacimiento y se filtra la información con solo la población nacida en cualquiera de los estados de México, utilizando las bases anuales de 1990 a 2022 con el propósito de tener una visión a través del tiempo.

Los mexicanos representan la comunidad hispana más grande en los Estados Unidos, constituyendo el 60% de la población hispana en 2021. Entre 2000 y 2021, la población de origen mexicano experimentó un notable aumento del 79%, creciendo de 20.9 millones a 37.2 millones. Durante el mismo período, la población inmigrante de origen mexicano en Estados Unidos aumentó un 23%, pasando de 8.7 millones en 2000 a 10.7 millones en 2021 (Moslimani, Noe-Bustamante & Shah, 2023).

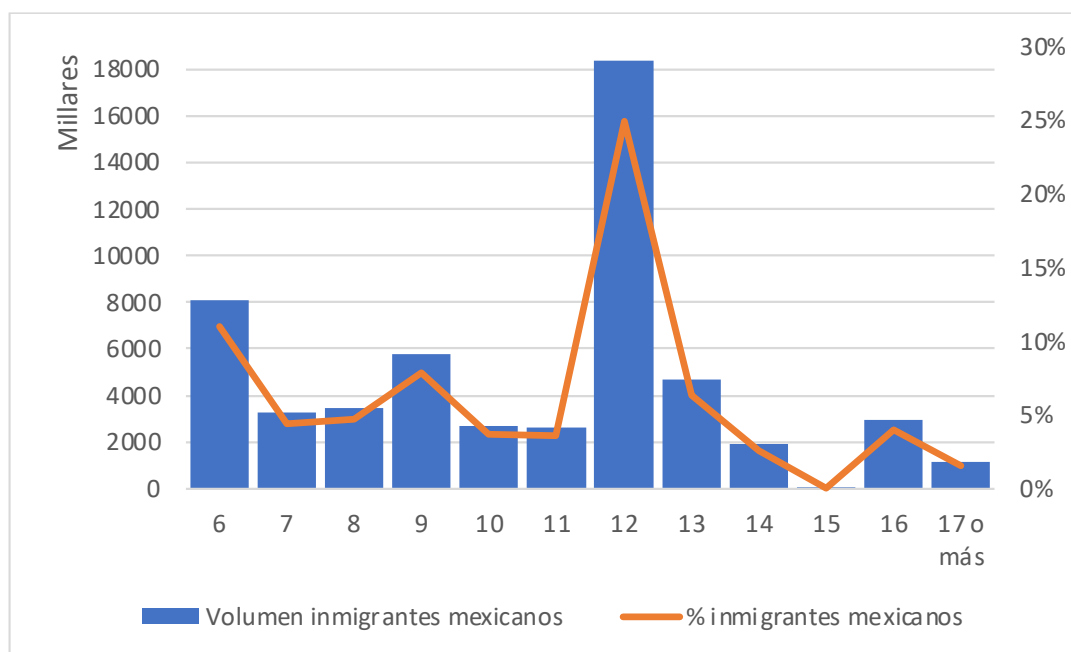
De acuerdo a información obtenida en la base de la ACS 2021 (disponibles en el portal de *Integrated Public Use Microdata Series*, IPUMS) la población inmigrante mexicana radica principalmente en California, Texas, Arizona, Illinois y Colorado, en orden de importancia. Siendo California (6.6 millones) y Texas (3.7 millones) donde se concentran en su mayor parte, con un 34% y 26% de la población inmigrante mexicana total, respectivamente. En cuanto al tiempo radicando en Estados Unidos, resalta que un 85% de la población inmigrante tiene más de 10 años viviendo en el territorio. Siendo un total 62% de la población inmigrante la que tiene más de 21 años, un 15% de 16 a 20 años y un 8% de 10 a 15 años en el país.

En cuanto a empleo y educación, es importante hacer una diferenciación entre la población inmigrante mexicana y la población mexicana nacida en Estados Unidos, ya que los trabajos y niveles educativos difieren entre ambas poblaciones. Al filtrar la información a solo población nacida en México se puede identificar que los principales empleos para la población inmigrante mexicana son el sector de la construcción (19%), la manufactura (13%) y los alimentos (10%). Así como migración calificada para investigación, docencia, administración y servicios técnicos (12%)⁶.

Por otro lado, un 78% de la población inmigrante mexicana cuenta con educación preparatoria o menos, siendo solo el 9% los que cuentan con grados universitarios (Gráfica 1.1). En dichas cifras no fue posible diferenciar si la educación se ha obtenido en Estados Unidos o en México.

⁶ Cálculos propios con base en la *American Community Survey*, proporción de inmigrantes mexicanos a partir de México como su lugar de nacimiento.

Gráfica 1.1 Años de educación en población nacida en México que radica en Estados Unidos.



Fuente: Elaboración propia con base en la American Community Survey 2011-2022.

De acuerdo con Langellier, Martínez-Donate, Gonzalez-Fagoaga & Rangel (2020) el nivel educativo influye de manera significativa en la probabilidad de tener seguro médico entre la población inmigrante mexicana en Estados Unidos. Tanto población con educación universitaria como los de escuela secundaria presentan mayores probabilidades de contar con seguro de salud en comparación con aquellos que no completaron la escuela secundaria. Además, los graduados de la escuela secundaria tienen menores probabilidades de haber sido hospitalizados en el último año. De igual forma Aguila, Escarce, Leng y Morales (2013) afirman que a medida que aumenta el número de años de educación, disminuyen las probabilidades de que tanto hombres como mujeres informen tener problemas de salud u obesidad.

La capacidad de hablar inglés y tener seguro médico son considerados indicadores clave en el perfil de la población inmigrante en Estados Unidos. Estudios demuestran una correlación entre la falta de estos indicadores y un mayor desarrollo de enfermedades y complicaciones. La falta de alfabetización en salud o el limitado acceso a servicios médicos puede generar dificultades en situaciones de urgencia o emergencia, al no poder comunicarse,

recibir instrucciones o seguir tratamientos adecuadamente (Sentell & Braun, 2012; Orraca-Romano, Hamilton & Vargas-Valle, 2023).

En los últimos diez años se puede percibir una disminución de la población inmigrante mexicana que no cuenta con seguro médico de 6.7 a 3.8 millones⁷, lo cual se considera una disminución significativa ya que representa un 43% de disminución en diez años. Sin embargo, en el último lustro dicha disminución fue solo de 4.5 a 3.8 millones, representando el 15% de porcentaje de disminución solamente. Lo que significa que en la última década el mayor impacto ocurrió antes del año 2016, mientras que del 2016 al presente hubo una desaceleración drástica de la adquisición de seguros médicos (cuadro 1.2).

Cuadro 1.2 Porcentaje de población inmigrante mexicana sin seguro médico en Estados Unidos por sexo, 2011-2022

Año	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje
2011	3758599	2944771	6703370	56%
2016	2501451	2012082	4513533	38%
2022	2157329	1669723	3827052	35%

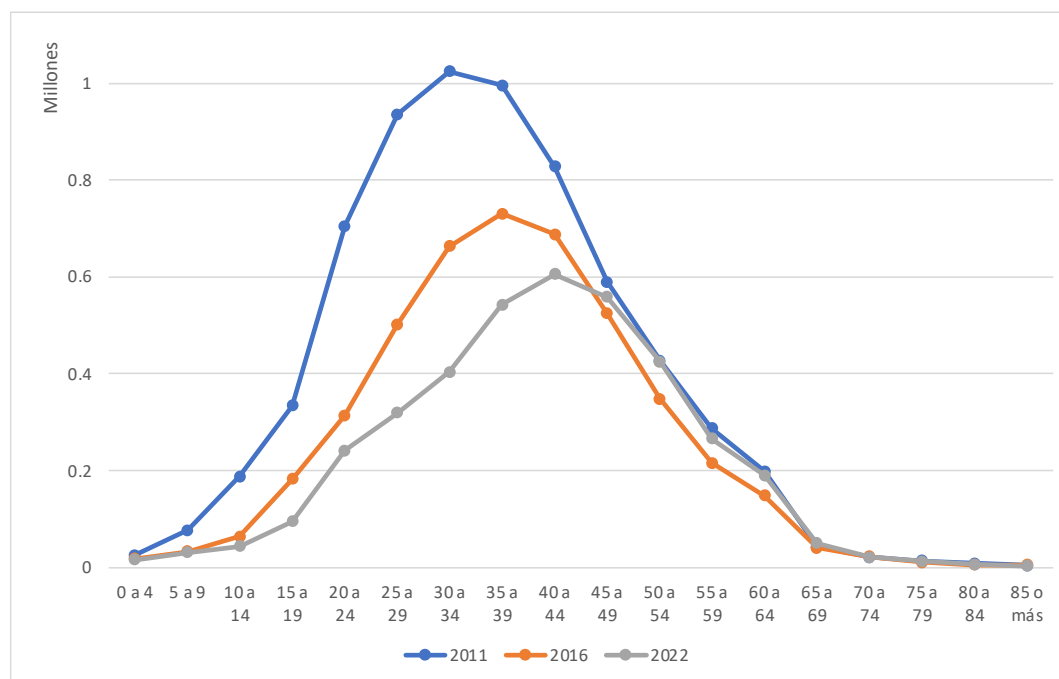
Fuente: Elaboración propia con base en la American Community Survey 2011-2022.

Desde una perspectiva demográfica la población sin seguro médico pasó de ser primordialmente adolescentes y adultos jóvenes, a una estructura etaria más envejecida, siendo ahora en su mayoría población de edad media. En la gráfica 1.2 se puede percibir como del año 2011 al 2016 se disminuyó en gran medida la población sin cobertura médica de 10 a 40 años. Mientras que no ha existido una disminución significativa en la población de 45 a 64 años, manteniéndose los mismos volúmenes poblacionales sin cobertura médica a lo largo de los últimos diez años e incluso aumentando levemente del 2016 al 2022. Entre las explicaciones plausibles se encuentra la expansión del sistema Medi-Cal a menores de dieciocho de viviendas de bajos ingresos la cual se mostró indiferente al estatus migratorio y entró en vigor en el año 2016 (Fabi & Saloner, 2016).

⁷ Cálculos propios con base en la *American Community Survey*, proporción de inmigrantes mexicanos a partir de México como su lugar de nacimiento.

Se puede percibir una cúspide en la población inmigrante mexicana de 30 a 35 años en el año 2011, la cual muestra un declive sistemático desde los 35 hasta los 65 años para luego ir en declive paralelo con la población inmigrante captada en el año 2016 y 2022. Se puede percibir que la cúspide disminuyó un 30% en un periodo de 10 años en la población adulta joven. Se considera que uno de los principales factores sociales que intervinieron en que se disminuyera el volumen de población mexicana inmigrante que no contaba con seguros médico fue que antes del año 2018 existía una multa fiscal federal por parte del Affordable Care Act, la cual se tenía que cubrir al presentar la declaración de impuestos estatales por no contar con una cobertura mínima esencial durante todo el año. Si bien, dicha multa se eliminó a finales de dicho año y no todos los estados la habían implementado, el requisito de cobertura esencial todavía está vigente (Fiedler, 2020; Yagi, Luster, Scherer, Farron, Smith & Tipirneni, 2022).

Gráfica 1.2 Población inmigrante mexicana sin seguro médico en Estados Unidos por edad agrupada, 2011-2022



Fuente: Elaboración propia con base en la American Community Survey 2011-2022.

Entre la población nacida en México que tiene mas individuos sin seguro médico se encuentra la población con más de 21 años en territorio estadounidense. De acuerdo a la

información recopilada en el cuadro 1.3, el 29.51% de la población nacida en México con más de 21 años en Estados Unidos no cuenta con seguro médico. Esto se puede explicar debido a que los inmigrantes no naturalizados tienen un acceso limitado a coberturas privadas debido a que: 1) sus empleos no ofrecen cobertura médica; 2) su estatus migratorio los restringe de poder acceder a un seguro médico sea privado o cubierto por programas federales; 3) un conjunto de barreras culturales, lingüísticas y literarias; y 4) miedo a acceder a programas de asistencia, incluyendo cobertura médica (Pillai, Artiga, Hamel, Schumacher, Kirzinger, Presiado & Kearney, 2023). En el cuadro 1.3 se puede percibir los índices de población sin seguro médico, así como el tiempo que llevan radicando en Estados Unidos.

Cuadro 1.3 Población inmigrante mexicana sin seguro médico en territorio estadounidense, por sexo y número de años radicando en Estados Unidos 2011 - 2022.

Tiempo en Estados Unidos (por años)	Total	Hombres	Mujeres	% hombres sin seguro médico	% mujeres sin seguro médico	Índice de masculinidad en personas sin seguro
0 a 5	3884169	2148759	1735410	4.03%	4.05%	122.91
6 a 10	3611222	1886640	1724582	3.97%	4.45%	108.76
11 a 15	3799564	1968145	1831419	5.58%	6.31%	108.45
16 a 20	3862015	1973555	1888460	7.00%	8.44%	100.43
mas de 21	13707613	7036193	6671421	50.50%	53.22%	108.58
Total	28864583	15013825	13850758	14.22%	15.29%	109.82

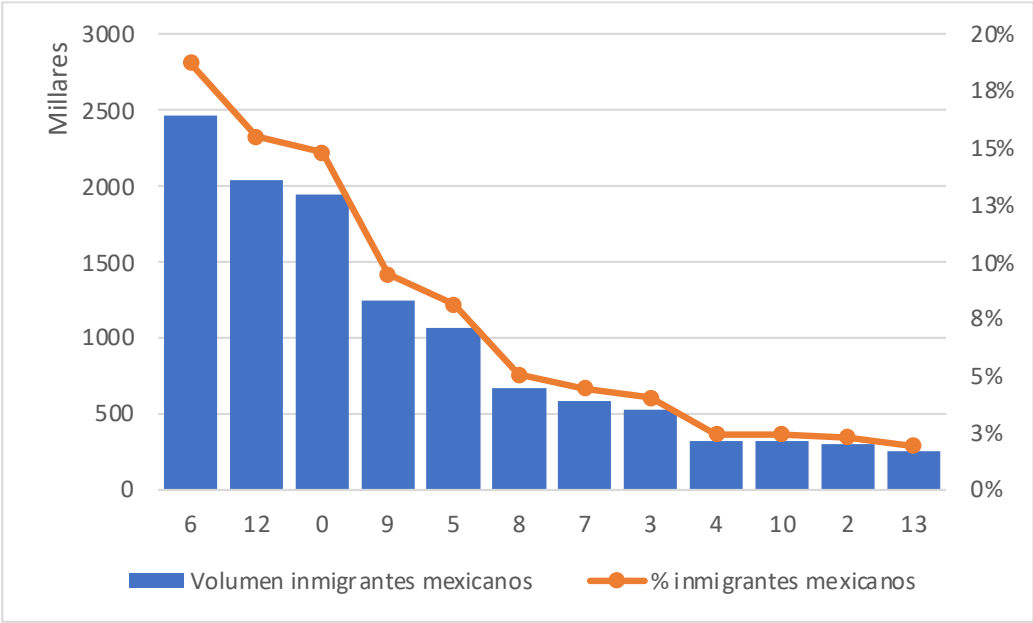
Fuente: Elaboración propia con base en la American Community Survey 2011-2022.

A pesar de la evidencia de que la educación es un determinante social fundamental de la salud (Pillai, Artiga, Hamel, Schumacher, Kirzinger, Presiado & Kearney, 2023), la población inmigrante mexicana muestra bajos niveles educativos (gráfica 1.3), conviene destacar que: 1) un 18% de la población inmigrante mexicana en Estados Unidos que no habla inglés cuenta con solo educación primaria; 2) un 15% cuenta con educación preparatoria; 3) un 16% no cuenta con educación; y 4) un 10% cuenta con solamente educación secundaria. Documentar los gradientes educativos entre los mexicanos mejora la comprensión de las diversas vías a través de las cuales los factores sociales y estructurales

impactan la salud e informan políticas e intervenciones para reducir las disparidades de salud basadas en la educación.

Si bien, retomando las aportaciones de Moslimani (2023) y sus colegas donde comentan que el 69% de los inmigrantes mexicanos adultos que residen en Estados Unidos muestran competencia en el idioma inglés, se considera importante examinar esta información de manera desagregada. Ya que la simplificación de diversos indicadores en una sola variable por parte de Moslimani disminuye la consideración del dominio del habla a un nivel menos fluido, llevando el discurso a un único "sí". Esto distorsiona la percepción de la realidad de la población con dificultades en el habla o que no lo domina con fluidez.

Gráfica 1.3 Años de educación de población inmigrante mexicana que no habla inglés en territorio estadounidense 2022.

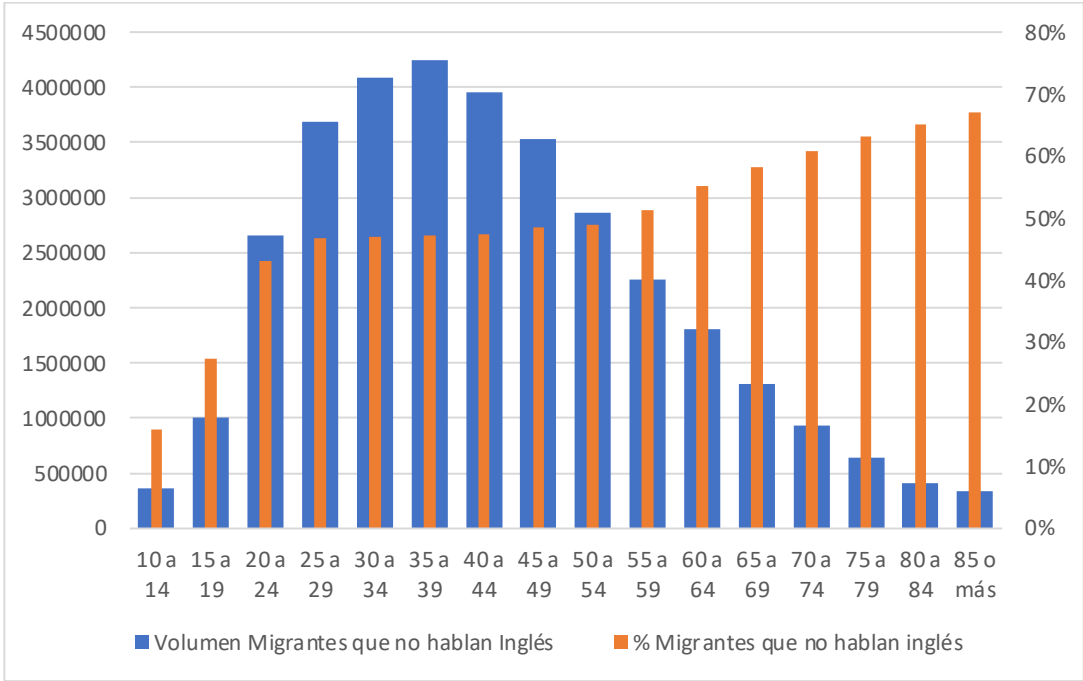


Fuente: Elaboración propia con base en la American Community Survey.

Por esta razón, hemos optado por enfocarnos en el volumen y el porcentaje de la población que no habla inglés, desagregando los datos por grupos de edad. La gráfica 1.4 resalta que al desglosar la información, el 60% de la población inmigrante mexicana de edad media y avanzada no tiene la capacidad de hablar inglés. Es importante destacar que, aunque los volúmenes poblacionales son más reducidos en comparación con los grupos de población

adolescente y adulta joven, estos volúmenes representan la mayoría de la población en los grupos de edad más avanzada, lo que subraya la importancia de considerar las necesidades lingüísticas de estos segmentos de la población inmigrante.

Gráfica 1.4 Falta de dominio de inglés en la población inmigrante mexicana en Estados Unidos 2022.



Fuente: Elaboración propia con base en la American Community Survey 2022.

La investigación de Foiles-Sifuentes, Robledo Cornejo, Castaneda-Avila, Tija y Lapane (2020) arroja luz sobre una realidad compleja y a menudo pasada por alto en el debate sobre el acceso a la atención médica en la población inmigrante mexicana en Estados Unidos. Si bien es cierto que aquellos que hablan español u otro idioma además del inglés tienen una probabilidad más alta de contar con seguro médico en comparación con aquellos que solo hablan inglés, esta diferencia en la cobertura no se traduce automáticamente en un acceso efectivo a los servicios de salud necesarios.

Es crucial entender que tener un seguro médico, ya sea público o privado, no garantiza necesariamente el acceso a un proveedor de atención médica. Este matiz cobra especial relevancia al considerar grupos vulnerables dentro de la población inmigrante mexicana,

como aquellos mayores de sesenta y cinco años y aquellos con limitado dominio del inglés. Aunque tienen una mayor probabilidad de contar con seguro médico, enfrentan desafíos significativos para acceder a proveedores de servicios de salud adecuados y accesibles (Foiles-Sifuentes, et al., 2020).

Esta discrepancia entre la cobertura y el acceso plantea interrogantes fundamentales sobre la equidad en el sistema de atención médica. ¿Cómo podemos asegurar que aquellos con seguro médico también tengan la capacidad de obtener atención médica cuando la necesiten? ¿Qué medidas deben implementarse para superar las barreras estructurales, lingüísticas y culturales que impiden que ciertos segmentos de la población inmigrante mexicana accedan a la atención médica esencial?

Abordar estas preguntas requiere un enfoque integral y colaborativo que vaya más allá de simplemente expandir la cobertura de seguro médico. Es necesario implementar políticas y programas que promuevan la diversidad cultural y lingüística en la prestación de servicios de salud, así como mejorar el acceso a servicios de interpretación y traducción para aquellos con dominio limitado del inglés. Además, la capacitación culturalmente sensible para proveedores de atención médica y la promoción de la educación y la alfabetización en salud entre la población inmigrante son pasos cruciales hacia la construcción de un sistema de salud verdaderamente equitativo y accesible para todos.

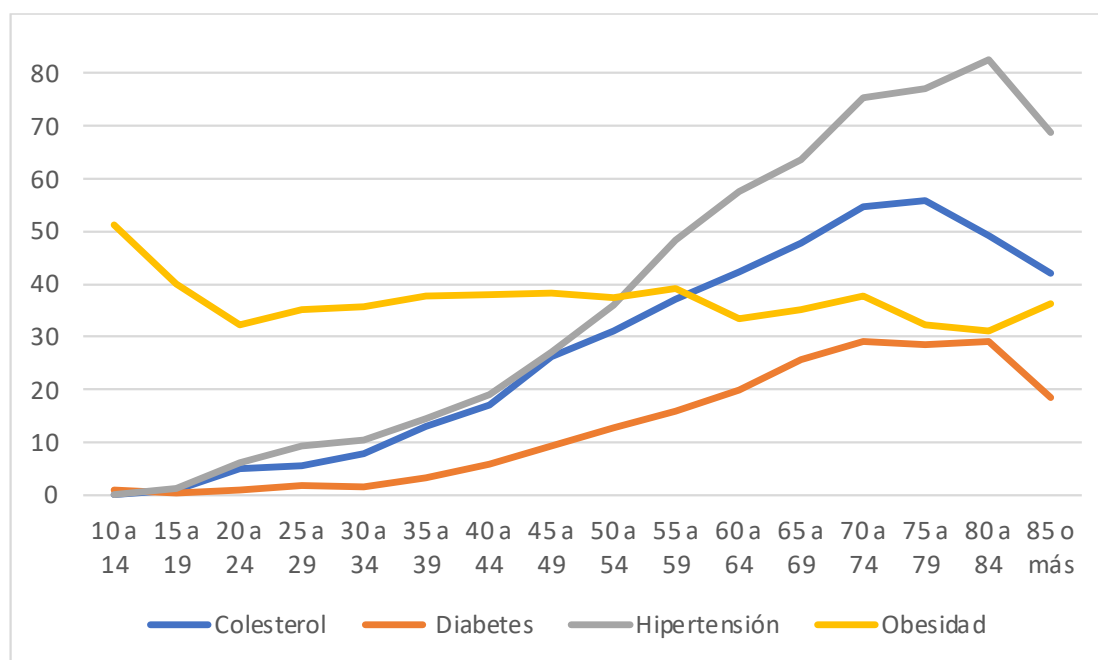
1.4. Contexto de salud

En esta sección, se ofrece una aproximación a las cifras de los principales padecimientos crónico degenerativos de la población inmigrante mexicana que reside en Estados Unidos. Para dichas estimaciones se emplean datos obtenidos de la *National Health Interview Survey* (NHIS), la cual es la principal fuente de información sobre la salud de la población civil no institucionalizada en los Estados Unidos. Forma parte de los programas de recopilación de datos del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS), que pertenece a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Establecida por la Ley de Encuesta Nacional de Salud de 1956, la NHIS se diseñó para proporcionar información precisa y actualizada sobre la cantidad, distribución y efectos de las enfermedades y discapacidades en el país, así como sobre los servicios relacionados.

Debido a la naturaleza de los datos que conforman los aspectos sociodemográficos en las estadísticas que ofrece la NCHS, es complicado realizar un análisis desagregado o puntual, por ejemplo no se puede confirmar el país de nacimiento de la población que participó solo se puede confirmar que no nacieron en Estados Unidos y el origen hispano con el que se identifican; no se puede confirmar el estado donde radica dicha población, solo la región; y no se puede utilizar medidas antropométricas para confirmar padecimientos, solo una declaración. Considerando estas limitaciones se ofrece el siguiente análisis.

Entre los padecimientos crónico degenerativos que cuentan con mayor prevalencia en la población inmigrante mexicana en Estados Unidos el año 2021 son la obesidad, la hipertensión y el colesterol alto, De los 10.7 millones de inmigrantes mexicanos, un 40%, 25% y 23% las padecen, respectivamente (gráfica 1.5). El análisis de la composición de los grupos etarios demuestra que la obesidad se distribuye de forma uniforme en la mayor parte de los grupos de edad, siendo de 30 a 40 personas por cada 100 quienes la padecen, a excepción de la población más joven donde alcanza hasta un 50%. En cambio, los problemas de colesterol y presión alta se concentran en la edad media y avanzada, incrementando de forma lineal hasta alcanzar una cúspide entre los 75 – 80 años, donde hasta 50 y 80 personas de cada cien padecen colesterol alto e hipertensión, en el orden dado.

Gráfica 1.5 Prevalencia de enfermedades crónico degenerativas en población no nacida en Estados Unidos que se identifica como mexicana, 2021.



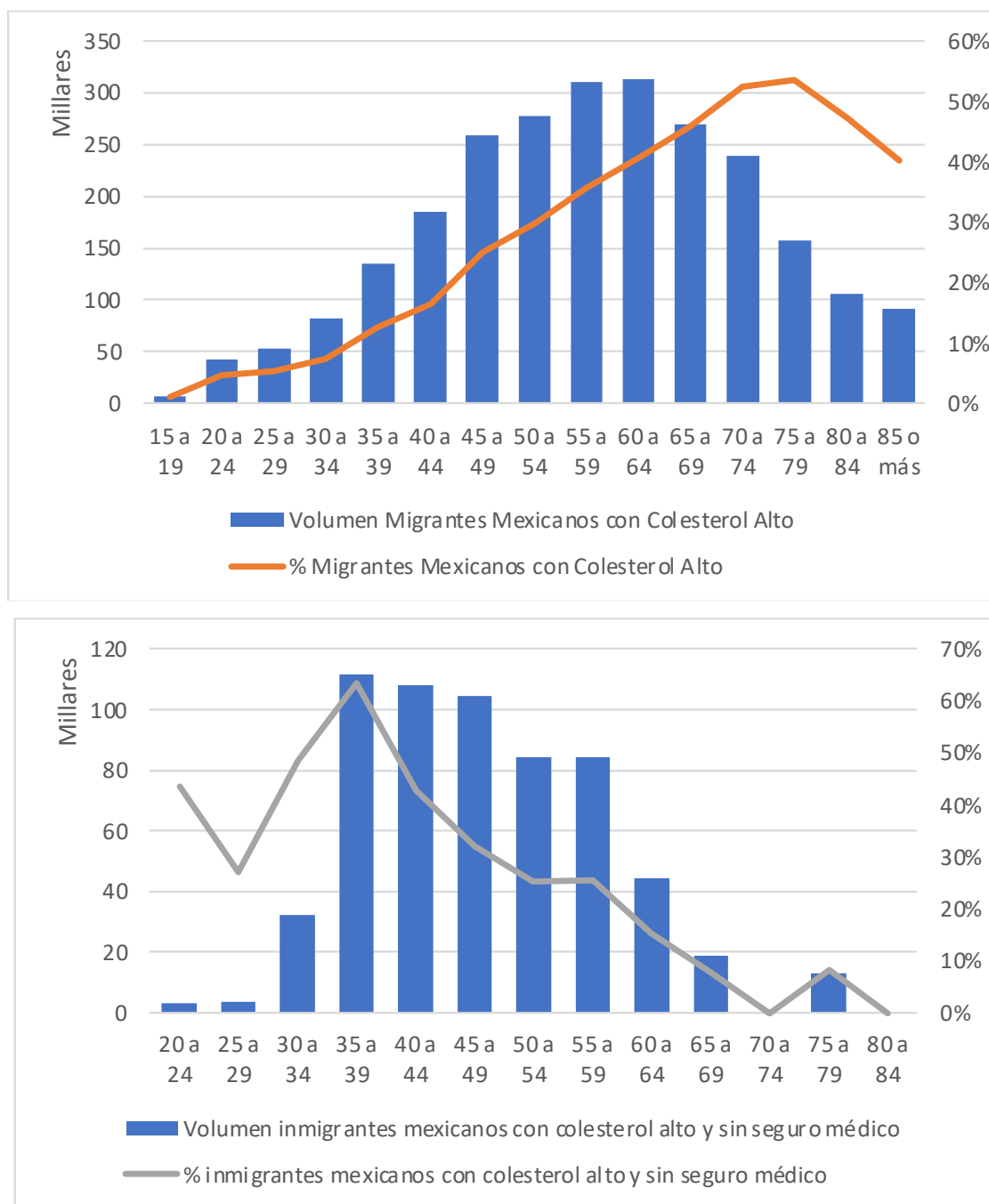
Fuente: Elaboración propia con datos de IPUMS – NHIS, 2021.

Es importante recalcar que dicha estimación no desagrega por personas sino por padecimientos crónico degenerativos, por lo que existe la posibilidad de que en las estimaciones haya población que se repita en los porcentajes. No obstante las limitaciones del análisis, los resultados indican que existe un considerable número de mexicanos con colesterol alto e hipertensión, de los cuales el mayor volumen de población se encuentra entre los 55 y 64 años, representando entre un 40% y 60% de la población de ese grupo de edad, respectivamente. Mientras que los porcentajes más altos en estas dos condiciones crónico degenerativas se encuentran en la población envejecida, entre los 75 a 84 años de edad, representando el 50% y el 80% de la población total en ese grupo etario.

No obstante las limitaciones de la captación de datos, los resultados indican que en general, tanto el volumen como el porcentaje de población con dichos padecimientos crónico degenerativos presentan una distribución normal, alcanzando su cúspide en la edad media y la tardía, respectivamente. Para completar este análisis y comparar el perfil de salud entre la población inmigrante mexicana asegurada y no asegurada, se identifica el volumen y

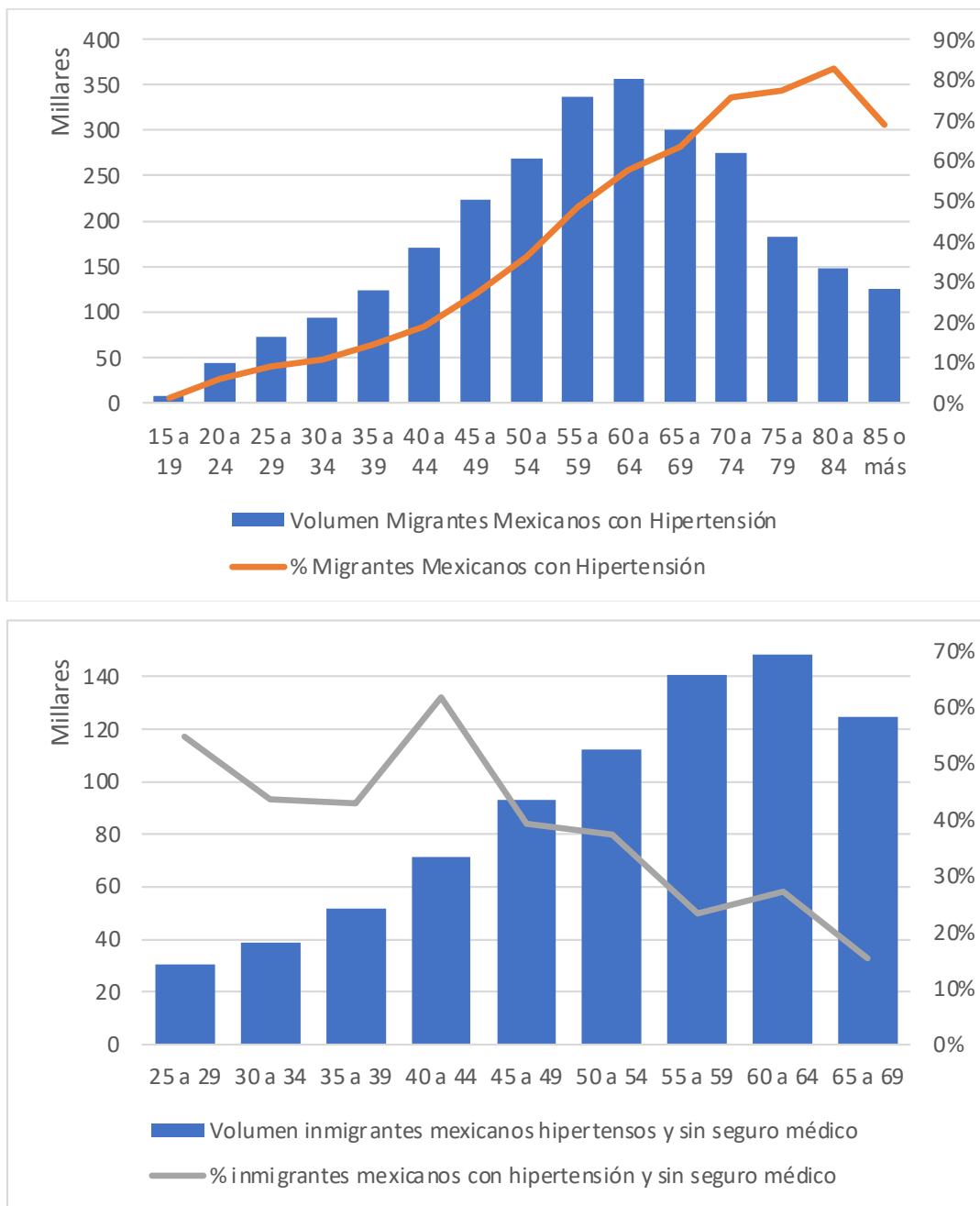
porcentaje de dichos padecimientos en la población que no cuenta con seguro médico (gráfica 1.6 y 1.7, parte inferior).

Gráfica 1.6 Población no nacida en Estados Unidos que se identifica como mexicana con colesterol alto en 2021 por grupos de edad y con o sin seguro médico.



Fuente: Elaboración propia con datos de IPUMS - NHIS

Gráfica 1.7 Población no nacida en Estados Unidos que se identifica como mexicana con hipertensión en 2021 por grupos de edad y con o sin seguro médico.



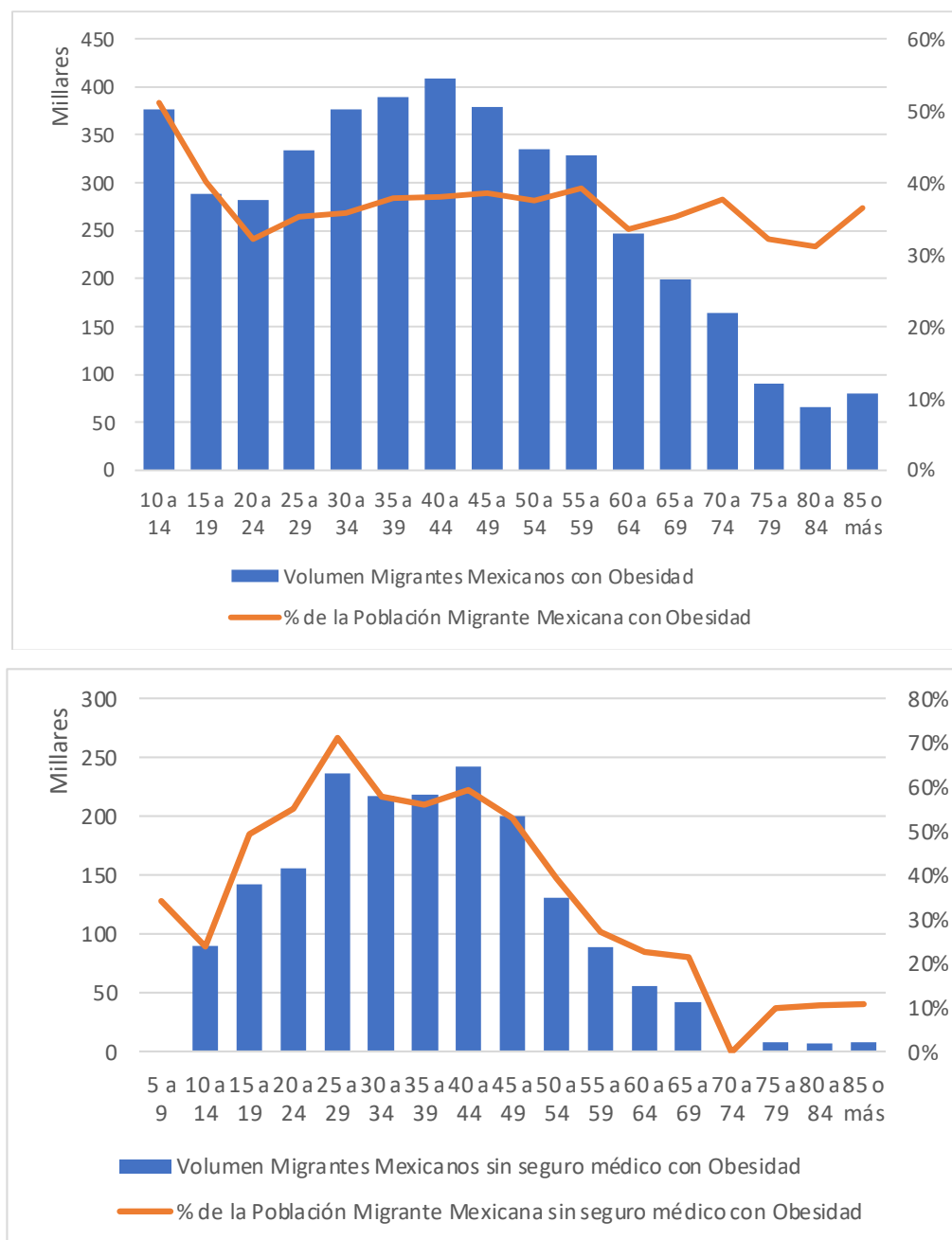
Fuente: Elaboración propia con datos de IPUMS - NHIS

Los datos muestran una variación en los porcentajes de inmigrantes mexicanos con colesterol e hipertensión entre la población con y sin seguro médico, mostrando una tendencia que incrementa en la edad media y en la que, a medida que aumenta la edad, el porcentaje tiende a disminuir. En ambos casos el mayor porcentaje de población no asegurada con dichos padecimientos se encuentra en el grupo de 35 a 39 años para el colesterol alto y en el grupo etario de 44 a 44 años para la hipertensión, representando el 60% y 65% de la población en dichos grupos de edad respectivamente lo que equivale a ciento diez mil y setenta mil inmigrantes mexicanos sin asegurada en dichos grupos de edad, respectivamente.

Se estima que existe un total de 3.85 millones de inmigrantes mexicanos que no cuentan con seguro médico y que cuentan con crónico degenerativos, actualmente. Se observa un mayor porcentaje de individuos sin seguro médico y con padecimientos crónico degenerativos en edad media, representando hasta el 50% de la población total con hipertensión y colesterol alto en los grupos de edad que tienen de 35 a 49 años y de 30 a 44 años, respectivamente.

Por otro lado, el comportamiento de la distribución etaria de la población inmigrante mexicana sin seguro médico y condición de obesidad presenta una concentración del volumen y porcentaje en los grupos de edad media, mostrando hasta un 70% de obesidad en los grupos de 25 a 30 años de inmigrantes sin seguro médico, para luego mostrar un decremento sistematico, manteniendo porcentajes arriba de 60% hasta los 45 a 49 años (gráficas 1.8).

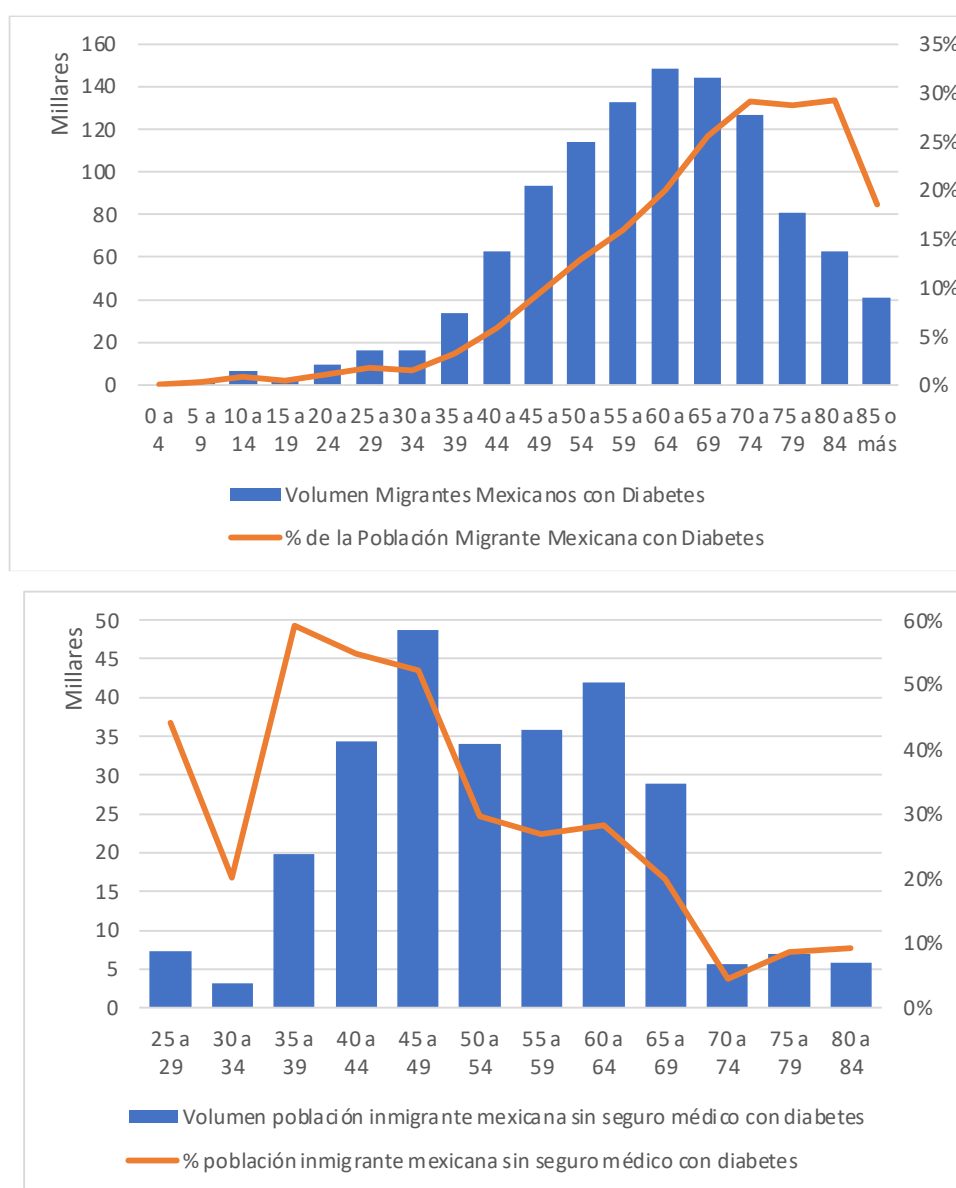
Gráfica 1.8 Población no nacida en Estados Unidos que se identifica como mexicana con obesidad en 2021 por grupos de edad, con y sin seguro médico.



Fuente: Elaboración propia con datos de IPUMS - NHIS

Para finalizar este apartado, se muestra el análisis de la distribución etaria de la diabetes mellitus. A pesar de tener una prevalencia menor a los tres padecimientos crónico degenerativos anteriormente descritos, esta muestra porcentajes elevados en la población en edad media, alcanzando una mayor concentración en el grupo etario de 35 a 39, lo que representa alrededor del 44% de la población inmigrante mexicana de 25 a 29 años con diabetes mellitus, un 59% de la población con diabetes mellitus de 35 a 39 años (gráfica 1.9).

Gráfica 1.9 Población inmigrante mexicana con diabetes mellitus, grupos de edad 2021, población total y población sin seguro médico, Estados Unidos.



Fuente: Elaboración propia con datos de IPUMS - NHIS

Los resultados apuntan a sugerir que existen padecimientos que requieren un diagnóstico y seguimiento. Subrayando la importancia de abordar el acceso a la atención médica y la gestión de las enfermedades crónico degenerativas entre los inmigrantes mexicanos, especialmente en los grupos vulnerables con porcentajes más altos de dichos padecimientos y falta de seguro médico. Sin embargo, ante lo anterior surgen algunas dudas, una de estas es la trayectoria y la dinámica de atención a la salud de los inmigrantes mexicanos que no cuentan con seguro médico, especialmente con esta clase de padecimientos al no ser situaciones de urgencia o emergencia médica o situaciones incapacitantes inicialmente.

1.5. Contexto histórico y social

1.5.1. La subutilización de servicios de salud por parte de la población inmigrante mexicana en Estados Unidos

En los últimos años, los medios de comunicación en países desarrollados han centrado su atención en la disparidad étnica y racial en el acceso a la atención médica pública. Varios estudios han señalado que los mexicanos tienen una de las tasas más altas de falta de seguro médico y de uso de servicios de salud en los Estados Unidos (Cambridge, 2000; Portes, Fernández-Kelly y Light, 2012; Ku y Freilich, 2001; Hacker, Anies, Folb y Zallman, 2015).

La falta de seguros médicos entre la población latina ha sido una preocupación persistente durante más de tres décadas. Hubbell, Waitzkin, Mishra, Dombrink y Chavez (1991) indican que la población mexicana, dentro de la diáspora inmigrante hispana, ya sea indocumentada o no, tiene un acceso más limitado a los servicios de salud que la población anglosajona. Por otro lado, Adams (2015) sostiene que las minorías, como los afroamericanos y latinos adultos, han adquirido seguros médicos a una tasa mayor que la población blanca desde la apertura de la Ley de Cuidado de Salud en 2013 (H.R.3121 - Ley de Reforma del Cuidado de la Salud Estadounidense), pero aún así son menos propensos que la población blanca anglosajona a tener seguro médico.

Según Hubbell, la carencia de seguro médico es el principal indicador de la falta de acceso a servicios de salud en el sur de California. Este tipo de dificultades no solo afecta a aquellos que no pueden buscar atención médica dentro del país debido a su estatus migratorio indocumentado, sino que también impacta a inmigrantes con residencia permanente o ciudadanos naturalizados. Por otro lado, Byrd y Law (2009) argumentan que la elección de buscar atención médica no se basa únicamente en preferencias personales; factores como el costo, la cobertura del seguro, la disponibilidad de servicios y las políticas públicas que facilitan o restringen el acceso a la atención médica influyen en las decisiones de los beneficiarios. Portes y colegas (2012) afirman que esta situación conduce a que los inmigrantes de estatus socioeconómico bajo o no autorizados sean relegados al último lugar en la jerarquía de atención médica.

Adams (2015), Portes, Rumbaut (2006) y Alarcón (2000), señalan que los adultos de origen hispano destacan porque es menos probable que cuenten con un seguro médico patrocinado por empleadores. Esto se debe a que tienden a trabajar en sectores laborales específicos o a tener empleos independientes en áreas como la jardinería o la construcción o bien, se encuentran en situación migratoria irregular en el país y no son elegibles para programas de salud creados por el sistema de salud estadounidense.

Durante mucho tiempo, se ha sostenido la idea de que la comunidad inmigrante latina en Estados Unidos utiliza de manera insuficiente los servicios de salud, especialmente los servicios preventivos como exámenes de rutina o el seguimiento continuo de tratamientos para enfermedades. Sin embargo, en contraposición a esta afirmación, se observa que la misma comunidad latina tiende a utilizar en exceso los servicios hospitalarios, como salas de emergencias o urgencias (Chávez, Cornelius y Williams-Jones, 1985; Leclerc, Jensen, & Biddlecom, 1994; Wallace, Mendez-Luck & Castañeda, 2009; Nandi, Galea, Lopez, Nandi, Strongarone & Ompad, 2008).

Esta situación sugiere que existe una discrepancia significativa en la forma en que la comunidad hispana o latina accede a los servicios de salud. Por un lado, parece haber una subutilización de servicios de atención preventiva y continuada, lo que podría indicar barreras de acceso, falta de conciencia sobre la importancia de la atención preventiva, o problemas de acceso a seguros médicos. Por otro lado, la sobreutilización de servicios hospitalarios, como

salas de emergencias, podría ser indicativa de una falta de acceso o uso inadecuado de atención primaria, posiblemente debido a factores como la falta de seguro médico o la falta de acceso a servicios de atención primaria culturalmente apropiados.

Tanto la población indocumentada como los inmigrantes en general enfrentan una serie de barreras significativas para acceder a los servicios de salud en los Estados Unidos. El temor a la revelación del estatus migratorio y la deportación es una preocupación común que influye en la decisión de evitar el uso de servicios médicos, junto con la falta de recursos financieros, la barrera del idioma, la falta de conocimiento sobre el sistema de salud estadounidense y los procedimientos administrativos, así como la discriminación y los estigmas asociados con su situación migratoria. Además, las barreras legales y la falta de acceso a la documentación necesaria también representan obstáculos importantes.

Según Hacker, Anies, Folb y Zallman (2015), la población indocumentada evita el uso de servicios de salud debido al temor a revelar su estatus migratorio y enfrentar la deportación, la falta de recursos financieros, la dificultad para comunicarse en inglés, el desconocimiento del sistema de salud estadounidense (incluyendo los servicios a los que tienen derecho), la percepción del papeleo como complicado, la discriminación y los estigmas asociados con la población indocumentada, las barreras legales en las leyes de servicios de salud y la falta de conocimiento sobre cómo obtener la documentación requerida. Por otro lado, Portes, Fernández-Kelly y Light (2012) señalan que las principales barreras para acceder a la atención médica son la falta de información, las barreras culturales y lingüísticas, y el temor a ser detectados como inmigrantes irregulares y enfrentar la deportación como resultado.

1.6. Conclusiones del capítulo

Debido al conjunto de dispositivos legislativos que ha diseñado Estados Unidos a lo largo de las últimas décadas, el proceso migratorio representa un desafío de enormes magnitudes para el estado mexicano, ya que se tiene la obligación de proteger y garantizar los derechos humanos de las personas durante el tiempo que permanecen en su territorio nacional (López Arellano, 2014), así como el mantenimiento de las garantías y el bienestar

de aquellos ciudadanos que no radican dentro de los límites territoriales, pues, en palabras de Cruz-Piñeiro y Rangel (2022: 49) “la ciudadanía no se pierde al cruzar las fronteras”. Esto por supuesto incluye la dimensión de la salud.

El gobierno federal, y en algunos casos estatal, ha mostrado una legislación específica dirigida contra los inmigrantes, la cual ha tenido un impacto negativo en las comunidades afectadas por estas medidas. Investigaciones previas han demostrado que un clima hostil hacia los inmigrantes está vinculado con peores resultados de salud, una percepción de salud más baja y un aumento en la discriminación dentro de las comunidades hispanas. Asimismo, se destaca la necesidad de una investigación más exhaustiva sobre los impactos de las leyes anti-inmigrantes en la población inmigrante indocumentada, con el fin de comprender con mayor precisión sus principales resultados y proporcionar evidencia más sólida que oriente la toma de decisiones en materia de políticas públicas.

Durante el lapso de 2000 a 2020, ha habido un notable aumento en la población de mexicanos viviendo en Estados Unidos, pasando de 8.7 a 10.7 millones. Sin embargo, en los últimos cinco años se ha observado una marcada desaceleración en la obtención de seguros médicos por parte de esta población inmigrante. Considerando la estructura demográfica y la cobertura actual de seguros médicos, se estima que hay un total de 3.8 millones de inmigrantes mexicanos en edad laboral que carecen de cobertura médica, de los cuales un 30% tienen más de 21 años radicando en territorio estadounidense.

El Estado mexicano se enfrenta a uno de sus mayores desafíos en cuanto a la protección y apoyo de la población inmigrante en Estados Unidos, dada la postura clara de este país respecto al tema, tanto en su legislación como en sus acciones y no-acciones. La tarea de generar apoyos sociales para los inmigrantes que residen en territorio estadounidense se ve reflejada en estrategias como Ventanillas de Salud. Sin embargo, lograr un impacto positivo en estos asuntos requiere tiempo y es un proceso sistemático, especialmente debido a los múltiples ejes sociales que necesitan ser abordados. Estas cuestiones van más allá de la atención física y requiere un enfoque integral que considere todos los aspectos relacionados con la vida y el bienestar de la población inmigrante.

Con base al análisis de este capítulo no se puede asegurar cuáles son los factores asociados al desarrollo de padecimientos crónico degenerativos en la población inmigrante mexicana que radica en California, Estados Unidos. Sin embargo, hay que destacar las características sociodemográficas que comparte la población inmigrante mexicana más vulnerable y los estudios que demuestran que dichas características sociodemográficas son determinantes en su perfil de salud.

Los altos porcentajes de falta de seguro médico y subutilización de servicios de salud se atribuyen a diversos factores, incluyendo la concentración de la población latina en sectores laborales específicos, su situación migratoria irregular y la falta de elegibilidad para programas de salud patrocinados por empleadores o por el sistema de salud estadounidense. A pesar de que algunos estudios sugieren que un porcentaje de la población inmigrante en situación vulnerable han aumentado la adquisición de seguros médicos desde la implementación de la Ley de Cuidado de Salud, aún persisten desafíos significativos en el acceso a la atención médica. Estos desafíos incluyen barreras financieras, lingüísticas, culturales, y el temor a la detección de su estatus migratorio, lo que influye en la decisión de evitar los servicios médicos. La subutilización de servicios preventivos y la sobreutilización de servicios hospitalarios resaltan la necesidad de abordar estas disparidades y mejorar el acceso equitativo a la atención médica para todos los grupos, independientemente de su origen étnico o situación migratoria (Sentell & Braun, 2012; Foiles-Sifuentes, Robledo Cornejo, Castaneda-Avila, Tija y Lapane 2020; Fiedler, 2020; Moslimani, 2023; Pillai, Artiga, Hamel, Schumacher, Kirzinger, Presiado & Kearney, 2023; Yagi, Luster, Scherer, Farron, Smith & Tipirneni, 2022; Orraca-Romano, Hamilton & Vargas-Valle, 2023).

En este contexto, una pregunta crucial que surge y cuya respuesta es fundamental para comprender el proceso es: ¿existe una correlación entre los padecimientos crónico-degenerativos que presenta la población inmigrante mexicana y algunos de sus factores sociodemográficos?

CAPITULO II. TEORÍAS PARA EXPLICAR EL PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE MEXICANA EN ESTADOS UNIDOS

2.1. Introducción

En el vagaje teórico sobre la condición de salud de la población inmigrante, así como el mantenimiento o la pérdida de dicha condición en el país receptor, es posible identificar dos entramajes. El primero integra las perspectivas que se asocian al modelo de los determinantes sociales de la salud. Se considera este fenómeno como parte de un proceso mucho más amplio y dinámico que engloba aspectos como el medio natural, el medio o entorno creado por el hombre, el medio social o el medio cultural donde el individuo está inmerso y se le atribuyen distintos significados y connotaciones a las características que lo identifican como parte de dicho medio, más allá de un modelo epidemiológico donde solo se encuadre el riesgo de enfermedad a partir de infecciones virales o bacterianas.

El segundo entramaje se refiere a perspectivas que se enfocan sólo en estudiar las características que permiten evaluar la salud de los inmigrantes en comparación con la población nativa del país receptor. Donde se le presta mayor atención a la posibilidad de que la población inmigrante esté seleccionada a partir de un conjunto de variables o categorías que favorecen tanto el proceso de inmigración como su estado de salud y les otorga inicialmente una mejor adaptación, la cual se corre el riesgo de perder conforme al paso del tiempo. En ambos casos adicional a los indicadores externos mencionados anteriormente, existe un conjunto de creencias, actitudes y valores que motivan o inhiben a la población inmigrante a mantener dicho estado de salud.

2.2. ¿Determinantes sociales o determinación social de la salud?

Según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2008), los determinantes sociales de la salud constituyen un modelo conceptual y causal donde el factor central en el proceso salud-enfermedad es la distribución desigual de la salud (imagen 2.1). El bienestar de los individuos que conforman la población depende de su posición social. La OMS clasifica dichos

determinantes en tres niveles: 1) El contexto socioeconómico y político en el que vive dicha población; 2) la posición socioeconómica (determinantes estructurales) y 3) las influencias a nivel individual, es decir hábitos, comportamientos y factores fisiológicos (factores intermedios).

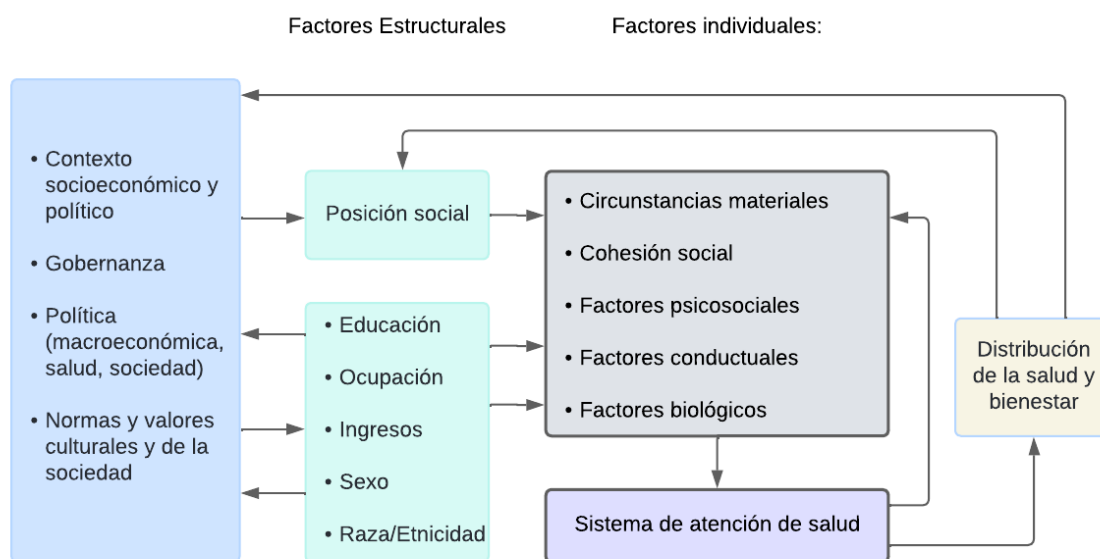
El primer elemento, el contexto político y socio-económico, es un término amplio que ha sido definido de manera deliberada para referirse al abanico de factores estructurales, culturales y aspectos funcionales de un sistema social cuyo impacto no puede medirse a nivel individual y sin embargo tiende a influir en los patrones de estratificación social en el mercado de trabajo, el sistema educativo y las instituciones políticas como el estado de bienestar, ocasionando por ende problemas de salud. El contexto político y socioeconómico está construido a partir de la gobernanza, la política macroeconómica, las políticas sociales, la política pública, los valores sociales y culturales (autopercepción de salud, qué tanto le preocupa a la población su salud) y las condiciones epidemiológicas del Estado. Dicho contexto socioeconómico-político afecta directamente a los factores intermedios, por ejemplo a través de tipo, magnitud y disponibilidad.

Navarro y Shi (2001) justo documentan a lo largo de los años cómo existe una relación positiva entre la forma en la que la política pública de un estado se aproxima a las inequidades sociales de su territorio (tasas de empleo/desempleo, estado de bienestar, cobertura y gastos de atención médica, nivel de ingreso, mortalidad infantil, apoyo a las familias) y una mejora del estado de salud de su población. Raphael y Bryant (2006) comentan algo similar pero ellos nos hablan de políticas públicas de disponibilidad de recursos de salud y seguridad social, comida, vivienda, calidad y disponibilidad de educación y distribución del ingreso.

El segundo componente, el de los factores estructurales, engloba todos aquellos elementos o mecanismos estructurales que originan o fortalecen la estratificación social y que delinean la posición socioeconómica de forma jerárquica en cada individuo, la cual se jerarquiza conforme a clases sociales, estatus ocupacional, grado de educación y nivel de ingresos (Muntaner, Borrell, Benach, Pasarín y Fernandez, 2003; Graham, 2004; Puime & Zunzunegui, 2011).

Muntaner y colegas (2003) emplean el concepto de estratificación para describir las estructuras jerárquicas en las cuales individuos o grupos pueden ser ordenados según la clasificación de ciertos atributos, como los ingresos o los años de educación. Estos indicadores son comúnmente operacionalizados para prever patrones de mortalidad y morbilidad. A pesar de su eficacia en la predicción de resultados de salud, estas medidas no revelan los procesos sociales que explican cómo las personas alcanzan diferentes niveles de recursos económicos, políticos y culturales. Por otro lado, el concepto de "clase social" lo fundamentan en las relaciones de propiedad o control sobre los recursos productivos, tales como los económicos, políticos y culturales. Entre las variables que permiten una aproximación a la medición de la estratificación social se encuentran: 1) los ingresos, 2) la educación, 3) la ocupación, 4) el género y 5) la raza o etnicidad.

Imagen 2.1 Determinantes sociales de la salud.



Fuente: Elaboración propia con información de la organización mundial de la salud.

Por último el tercer elemento del marco de los determinantes sociales en salud son los determinantes intermediarios, los cuales Graham (2004) los define como un conjunto de influencias a nivel individual que incluyen patrones de conducta relacionados con la salud y la fisiología. Estos surgen de la configuración de la estratificación social y determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad a condiciones que comprometen la salud. En

este nivel de análisis, los procesos genéticos y biológicos también toman importancia como mediadores de los efectos a la salud de dichos determinantes sociales.

De acuerdo con la OMS, las categorías principales en los determinantes intermediarios de la salud son: 1) las condiciones materiales como el alojamiento (vivienda, ubicación), el potencial de consumo, las capacidades financieras para aseguir comida saludable, vestimenta, el vecindario y las habilidades físicas para realizar trabajo; 2) el ambiente social y las circunstancias psicosociales, lo cual incluye estresores como eventos negativos o incapacidad para trabajar, circunstancias estresantes como una deuda, falta de apoyo social, mecanismos de defensa; 3) factores biológicos y conductuales como la carga genética, la edad, el sexo, el consumo de tabaco, dieta, consumo de alcohol, sedentarismo o actividad física y 4) el sistema de salud (características y organización del sistema sanitario, accesibilidad y grado de utilización).

Según las particularidades de cada individuo, esas influencias y pautas de comportamiento pueden desempeñar roles tanto como protectores de la salud como factores de riesgo, generando disparidades. La relación causal entre los determinantes sociales y las desigualdades en salud se manifiesta a través de variaciones en la exposición al daño, la vulnerabilidad y/o las diversas consecuencias del proceso de enfermedad experimentadas por distintos grupos o estratos sociales. Esto se conoce como la relación entre la exposición y la vulnerabilidad (Puime & Zunzunegui, 2011).

Este modelo argumenta que no solo los grupos socioeconómicos menos favorecidos, que experimentan circunstancias materiales menos propicias que los grupos socioeconómicos más privilegiados, tienden a adoptar con mayor frecuencia conductas perjudiciales para la salud. Además, las personas ubicadas en los estratos más bajos de la escala social tienden a participar menos frecuentemente en conductas que promueven la salud en comparación con aquellos pertenecientes a grupos socioeconómicos más favorecidos.

Para lograr cambios significativos en los resultados de salud, es necesario considerar la inmigración como un factor determinante de la salud. Ser inmigrante restringe las opciones

de comportamiento y, de hecho, suele tener un impacto directo en la salud, debido a que modifica de manera significativa los efectos de otras posiciones sociales, como la raza/etnia, el género o el estatus socioeconómico. Esto se debe a que sitúa a los individuos en relaciones ambiguas y a menudo conflictivas con el Estado y sus instituciones, incluyendo los servicios de salud (Castañeda, Holmes, Madrigal, Young, Beyeler y Quesada, 2015).

Chang (2019) argumenta que entre los determinantes sociales de la salud que afectan a los inmigrantes de forma más severa se encuentra: 1) el sistema sanitario, siendo éste una de las mayores disparidades en salud principalmente para la población en situación migratoria irregular quienes son inelegibles para participar en apoyos federales en salud u obtener un plan de cobertura médica debido a que carecen de subsidios (Health Coverage for Immigrants – Health for California, s.f.); 2) pobreza, al experimentar tasas desproporcionadas de la misma, contar con probabilidades más altas de recibir sueldos menores a los nativos y no recibir prestaciones laborales; 3) inseguridad en alojamiento y vivienda debido al alto costo de las rentas y la incapacidad de adquirir una hipoteca por su estatus migratorio irregular, un inmigrante tiene mayores probabilidades de terminar sin hogar que la población nativa del país receptor; 4) educación o alfabetismo sanitario, definido como el nivel de instrucción con el que cuenta un paciente para comprender la información que le da un profesional de salud referido a su enfermedad. Un inmigrante suele carecer de esta formación debido a su poca proficiencia en inglés, por lo que terminan teniendo desenlaces negativos en materia de salud; y por último 5) leyes y políticas de inmigración, donde Martinez, Wu, Sandfort, Dodge, Carballo-Diequez, Pinto y Chavez-Baray (2015) han encontrado casos en los cuales programas de financiamiento federal en Estados Unidos restringen de manera explícita el acceso a servicios de salud al utilizar la palabra “indocumentado” y por lo tanto excluyendo a un segmento de la población inmigrante.

Abordar la inmigración como un determinante social de la salud presenta desafíos a las perspectivas y métodos tradicionales, ya que requiere superar las limitaciones del individualismo y el conductismo en la salud pública. Sin embargo, es intuitivo considerar la inmigración de esta manera, dado que la población inmigrante enfrenta un alto riesgo de sufrir disparidades de salud debido a su nuevo contexto político y socioeconómico, la falta

de factores estructurales de apoyo en el país receptor, así como la necesidad de adquirir y adaptarse a nuevos factores intermediarios. No obstante, una crítica válida planteada por Breilh (2006) es que la perspectiva de los determinantes sociales de la salud puede sobrevalorar la importancia de la posición social de un individuo en detrimento de su comportamiento individual.

Desde las ciencias sociales es importante criticar la hegemonía de las aproximaciones epistémicas a la conceptualización del proceso salud-enfermedad. Por eso se considera importante las aportaciones de Breilh (2006, 2013), Brito (2013) y Eslava-Castañeda (2017) quienes consideran importante conceptualizar dicho proceso desde lo social e histórico, donde se interrelacionan componentes tanto globales (dimensiones políticas, económicas, culturales, ambientales, lógicas de producción, consumo, rol del Estado), particulares (condiciones de vida, patrones de trabajo, consumo de bienes y servicios, creación y reproducción de valores culturales e identidad, relaciones ecológicas, disfrute del ambiente) como singulares (fenotipos, genotipos, itinerarios personales, patrones de consumo y capacidad de agencia en defensa de la salud).

Considero que las aportaciones por parte de Breihl (2013) en epidemiología social deben ser elementos que se integren dentro de la formulación de explicaciones del perfil epidemiológico de la población inmigrante en países anglosajones, los cuales en ocasiones y de forma no necesariamente intencional están permeados por fundamentos neoliberalistas. Breilh critica los determinantes sociales de la salud propuestos por la Organización Mundial de la Salud acusándolos de perpetuar “causalismo” similar a la epidemiología clásica (la cual considera tiene una fundamentación positivista que deriva de modelos causales relacionados con los factores de riesgo) y convierte los asuntos estructurales de la determinación social en variables adicionales del modelo clásico, sin considerar componentes históricos, ni criticar la asignación de recursos ni condiciones institucionales, éticas y sociales. Es decir, la distribución de las relaciones de poder y las dinámicas de acumulación de capital por parte de las instituciones del Estado y el sector privado tienen la facultad de generar brechas sociales, y por ende problemas de salud en la población.

Breilh (1997) considera importante cuestionar la definición de determinante, al existir múltiples formas más allá de la causal y enfatizar en el análisis dialéctico de los sistemas sociales donde se estudia el proceso salud-enfermedad. Se considera que ambas aportaciones más que colocar a cada una entre la espada y la pared, funcionan como dos teorías que permiten articular de mejor forma un paradigma de la epidemiología social. Más allá de un determinismo social, cuando se cuestiona la importancia del modo de vida (es decir las dimensiones de la reproducción social y las dimensiones de las formas de vida cotidiana), al construir perfiles epidemiológicos diferenciados, según la posición de cada individuo en la cadena laboral, el interés en identificar las conexiones de determinación social permite visualizar que la salud, la enfermedad y las modalidades de atención están condicionadas social y ambientalmente por las condiciones de explotación, opresión y desposesión inherentes al modelo de acumulación capitalista y esto a su vez influye tanto los procesos de exposición como en los procesos protectores, así como en las condiciones de vulnerabilidad y las patologías presentes.

2.3. La paradoja epidemiológica

Desde el inicio del estudio de la salud en población inmigrante, ha existido una complejidad en la formulación de teorías que sustenten aspectos epidemiológicos y sociales. Una de las teorías más reconocidas y estudiadas es la paradoja epidemiológica de Markides y Coreil (1986:253), la cual describe cómo la población inmigrante que radica en Estados Unidos muestra indicadores de salud mejores o iguales a la población del país receptor.

Existe basta evidencia a lo largo de las últimas tres décadas que sustenta la paradoja epidemiológica en un amplio abanico de indicadores de salud: esperanza de vida, tasas de mortalidad general, mortalidad infantil, causas de defunción y morbilidad. Todo esto a pesar de los diversos factores sociales en los que se encuentra en desventaja la población inmigrante como: el índice de pobreza, los bajos niveles de educación y el acceso limitado a servicios sociales y de salud en comparación con la población estadounidense nativa (Forbes & Frisbie, 1991; Hummer, Eberstein & Nam, 1992; Palloni & Morenoff, 2001; Jass &

Massey, 2004; Markides & Eschbach, 2005; Trejo & Hoffman, 2011; Fernandez, García-Pérez & Orozco-Aleman, 2023).

A pesar de la evidencia formulada en dichos estudios, aún existe un abismo en la explicación de dicho fenómeno. Entre las mayores apelaciones teóricas en las que se ha llegado a cierto consenso se pueden resaltar tres: 1) una hipótesis de orden estadística; 2) la hipótesis de la selectividad del inmigrante y 3) una hipótesis socio-cultural.

Dentro de la hipótesis de orden estadística en la población inmigrante se consideran los siguientes escenarios desde una perspectiva demográfica: 1) un sesgo en el muestreo al no considerar el dinamismo de la población inmigrante en comparación con la población nativa y 2) una distorsión estadística a causa de un subregistro en fuentes de datos tanto de mortalidad como utilización de servicios de salud .

La hipótesis del salmón “*salmon bias*” es una de las más recurridas para explicar la distorsión estadística en el subregistro de fuentes de datos de mortalidad de población adulta. Este se define como un efecto de selección negativo que se debe a un sesgo al seleccionar una muestra donde no se considera la migración de retorno de la población objetivo. Pablos-Mendez (1994) propone que debido a una especie de compulsión o deseo del inmigrante a morir en su lugar de origen, muchos de ellos deciden regresar al país emisor en su vejez después de jubilarse o posterior a haber adquirido un padecimiento grave. Debido a que las muertes de dichos ciudadanos o residentes no quedan registradas en las estadísticas de Estados Unidos se genera un efecto de menor mortalidad, mayor esperanza de vida y mejores condiciones de salud entre la población inmigrante, cuando en realidad se trata de un problema estadístico en la contabilidad de sus registros vitales y administrativos (Pablos-Méndez, 1994; Abraido-Lanza, Dohrenwend, Ng-Mak & Turner, 1999; Turra & Elo, 2008).

Otra hipótesis de distorsión estadística a causa de subregistros está relacionada con la mortalidad infantil, debido a la presunta migración de retorno de madres hispanas a su país de origen posterior al nacimiento de sus hijos en territorio estadounidense, provocando una tasa de mortalidad menor en la población infantil hispana. Los pioneros de dicha explicación

fueron Selby, Lee, Tuttle y Loe (1984), al mostrar evidencia de que los hijos de mujeres con apellidos hispanos en el estado de Texas mostraban tasas de mortalidad infantil mayores en neonatos y menores tasas en mortalidad post-neonatal. Dicho estudio no es representativo de toda la población inmigrante hispana y latina de Estados Unidos y algunos otros estudios referentes al mismo tema no consideran que haya evidencia lo suficientemente representativa para considerar que haya un problema de subregistro o de migración de retorno en los primeros días de dar a luz, por lo tanto la hipótesis terminó siendo rechazada (Forbes & Frisbie, 1991; Hummer, Powers, Pulley, Gossman & Frisbie, 2007).

Otro de los núcleos teóricos de la paradoja es la hipótesis del “inmigrante sano”. La cual sostiene que la presencia de inmigrantes saludables en Estados Unidos se explica por la selección de individuos con buen estado de salud para migrar (Palloni & Morenoff, 2001; Palloni & Arias, 2004; Wingate & Alexander, 2006). Dicho supuesto argumenta que las similitudes en las características físicas y psicológicas de los inmigrantes hispanos no son un resultado aleatorio de la distribución de salud de la población nativa del país de origen, es decir, dicha selección no surge al azar. Los inmigrantes tienden a tener una mejor salud que aquellos que no migran, e incluso sus condiciones de salud pueden superar a la condición de el individuo promedio de la población receptora (Palloni & Arias, 2004).

Esta teoría si bien ha sido explorada a través de tasas de mortalidad y morbilidad, sigue presentando retos metodológicos aun en la actualidad. Abraido et al. (1999) señala que si la salud de los latinos que deciden migrar es el factor principal que contribuye al efecto del *inmigrante sano*, señala cómo los elementos de selección —en teoría—deberían de operar únicamente entre los latinos nacidos en el país emisor. Dado que todos los inmigrantes están sujetos a procesos de selección, según la hipótesis del inmigrante sano, no se anticiparía un beneficio para la salud entre los latinos nacidos en el país receptor es decir, inmigrantes de segunda o tercera generación. Sin embargo, si los latinos nacidos en el extranjero exhibieran tasas de mortalidad o morbilidad más bajas en comparación con sus contrapartes, la hipótesis del inmigrante sano no sería suficiente para explicar de manera simple este hallazgo.

Otro reto metodológico lo señalan Rubalcava, Teruel, Thomas & Goldman (2008) al comentar que los modelos y estudios que se han generado hasta el momento en general no consideran tres aspectos fundamentales: 1) la trayectoria de los inmigrantes desde el país emisor. Es decir, consideran la muestra de personas que se encuentran ya en el país receptor, así como su perfil de salud ya en Estados Unidos, sin considerar su perfil de salud anterior a su arribo; 2) la comparación la realizan entre la población nativa del país receptor y la población que migra de otro país, en lugar de comparar la población que migra y la que no migra del país emisor; y 3) los estudios se basan generalmente en estudios que consideran auto-reportes de salud en lugar de medidas antropométricas.

Si bien, la paradoja es una teoría que ha permanecido a lo largo de las últimas cinco décadas, no cuenta aún con evidencia empírica o elementos metodológicos (indicadores o variables sociales, modelos estadísticos) suficientemente robustos para poder considerarla una explicación a las diferencias de salud que presentan los inmigrantes. Lo cual no significa que se rechace, y más bien ocasiona que se le evalúe como prematura puesto que hay evidencia que apunta a una relación si bien positiva, es un tanto debil como para generalizarla a grandes números poblacionales (Abraido-Lanza et al., 1999; Palloni et al., 2001; Palloni et al., 2004; Wingate et al., 2006; Rubalcava et al., 2008).

Por otro lado, algunos trabajos no solo utilizan indicadores de salud o demográficos para realizar un marco analítico donde se sitúe evidencia de la superioridad en materia de condiciones de salud de la población inmigrante latina en Estados Unidos. Algunos otros (Fernandez et al., 2023) consideran que los factores sociales y culturales desarrollados en el país emisor son no solo los que permiten al inmigrante contar con buena salud al momento de inmigrar, sino que dichos factores también pueden fungir como un elemento protector contra el desarrollo de desenlaces negativos de salud en el país receptor. La cultura entonces se vuelve un factor a considerar en el posible desarrollo tanto de hábitos de vida como de conductas de riesgo.

Cuando un individuo se expone a otra cultura adicional a la de su país de origen, se abre la posibilidad de que haya cambios en sus creencias, valores y prácticas individuales. En los diversos estudios acerca de la integración de los inmigrantes en la sociedad receptora,

se propuso el término “asimilación” para describir el proceso de mezcla e interacción en el cual las personas y grupos adoptan las memorias, sentimientos y actitudes de otros individuos y grupos. Sin embargo, esta definición fue considerada limitada ya que es necesario también considerar como los distintos orígenes raciales y culturales que comparte un territorio en común logran establecer una solidaridad cultural para preservar su identidad nacional (Rumbaut, 1997). Es decir, el contexto en el que ocurre la asimilación puede provocar un efecto en la salud de los individuos.

Fox, Thayer & Wadhwa (2017) definen a la aculturación como el fenómeno que genera cambios en las creencias, valores, identidad o en comportamientos como el lenguaje, costumbres, dieta o relaciones sociales que ocurren en individuos de culturas no-dominantes como resultado de un contacto prolongado con la cultura dominante. Y, de acuerdo con los autores anteriormente mencionados, la aculturación tanto a nivel de población como a nivel individual influye tanto en los patrones de salud, como en el riesgo de contraer enfermedades.

Aplicando dicha teoría a un modelo de salud, el desarrollo de enfermedades en la población inmigrante del territorio estadounidense suele relacionarse con la influencia de los factores culturales en las normas y comportamientos de salud individuales —como hábitos alimenticios o actividad física—. La teoría de la aculturación afirma, por ejemplo, que a medida que los inmigrantes se despojan de las características culturales presuntamente asociadas con su país de origen y adoptan las de la sociedad receptora, su salud empeora (Viruell-Fuentes, 2007). Es decir, el contexto en el que ocurre la asimilación puede provocar un efecto en la salud de los individuos a partir de la pérdida o desvanecimiento de sus prácticas saludables y la adquisición de prácticas más proximas a la cultura del país receptor, las cuales pueden ser más perjudiciales para su salud.

Si bien esta aproximación es atractiva para la explicación de la paradoja epidemiológica, existen deficiencias metodológicas al carecer de indicadores operacionalizables. Entre los datos empíricos con los que se cuenta mayor disponibilidad y consenso son el tiempo de residencia, siendo este el mejor indicador para representar los cambios en la población inmigrante anteriormente mencionados.

Existen estudios donde se demuestra que la salud del inmigrante va en decremento conforme pasan más años en territorio Estadounidense, tomando el tiempo como variable independiente y las enfermedades como dependientes. Mientras más tiempo se haya expuesto a un individuo a Estados Unidos, no solo habrá peores desenlaces en la salud física (como asma, obesidad, enfermedades de transmisión sexual, discapacidades), sino también serán más propensos a involucrarse a comportamientos de riesgo como abuso de sustancias o relaciones sexuales de riesgo (Harris, 1999).

De igual forma, Espinosa de los Monteros, Gallo, Elder & Talavera (2008) y Anderson, Zhao, Daniel, Hromi-Fiedler, Dong, Elhor Gbitto & Chow, (2016) presentan estudios donde se demuestra que no solo la salud del inmigrante adolescente se encuentra en riesgo debido al proceso de aculturación, esto es algo que también sucede en población adulta con enfermedades como síndrome metabólico y la diabetes mellitus, donde el riesgo de desarrollar dichas condiciones puede ser incluso con solo el aumento del tiempo de residencia en Estados Unidos.

Fernández et al., (2023) comenta que el uso de tabaco y alcohol se asocia con factores de riesgo más bajos para el desarrollo de enfermedades como el cáncer y las afecciones cardiovasculares, así como con una menor tasa de mortalidad y una mayor expectativa de vida entre la población hispana. Los patrones de consumo de alcohol y tabaco a menudo están influenciados por interacciones sociales. Una posible explicación de la paradoja puede ser la disparidad en las tasas de tabaquismo y consumo de alcohol entre los inmigrantes hispanos de segunda o tercera generación y los inmigrantes de primera generación. Se considera importante resaltar esto como parte de la investigación, no como factores de riesgo que se vayan a analizar sino como factores que están inmiscuidos en las prácticas que adquiere la población inmigrante conforme aumentan los años residiendo en territorio estadounidense, ya que el tiempo en Estados Unidos si se considerará en la metodología.

Y este debate sobre la conceptualización de la asimilación se ha vuelto tema de conversación en los últimos años al cuestionar si el desarrollo de peores indicadores en salud a lo largo del tiempo no son por una aculturación, sino más bien por una falta de integración. Por ejemplo, Hayes (2017) considera importante definir dos términos adicionales a la

asimilación, los cuales son: 1) la moderación (concepto al cual se refiere como el efecto que tiene una modificación) y 2) la mediación (la facultad de eludir los factores que permiten describir ciertos desenlaces en la salud). De acuerdo con Hayes, la moderación puede alterar la dirección o fuerza de una correlación entre asimilación y salud.

Fox et al., (2017) comentan que la relación entre la asimilación y la salud no es necesariamente monotónica y más bien es condicional en la naturaleza. Es decir, la salud está en función de una o más variables y no solo con base a si se logra una asimilación o no. Además, argumentan que el contexto sociocultural puede modificar la exposición a la cultura receptora, lo cual conduce a que no se logre una internalización adecuada. Adicionalmente incluyen otros dos términos para referirse al complejo proceso que se realiza a través de la aculturación: a) trayectorias, para enfatizar el proceso temporal donde se lleva a cabo el cambio aculturativo; y b) estrategias, para enfatizar los caminos distintos que puede tener dicho cambio.

A pesar de que los estudios citados presentan evidencia empírica de que más que una superioridad biológica o suerte de panacea en la población inmigrante latina existen diferencias sociales en sus resultados de salud, la paradoja epidemiológica continua siendo una fuente de cuestionamientos aún en proceso de construir un marco de respuestas, y sin embargo aporta un peso adicional al estadístico, al considerar la migración y la salud algo más allá de condiciones inmutables y estáticas.

2.4. Teorías para definir qué influye u obstaculiza que un inmigrante utilice los servicios de salud

En la búsqueda de explicaciones teóricas sobre cómo la población inmigrante en Estados Unidos atiende sus padecimientos se pueden considerar dos escenarios. El primero es considerar este fenómeno –mas que causal y lineal– como parte de un proceso amplio y dinámico, al estar conformado por un conjunto de determinantes no solo epidemiológicos sino también sociales donde interviene tanto necesidades, recursos y características que predisponen a utilizar o no dichos servicios, así como el medio en el cual el sujeto está inmerso más allá de la necesidad de salud. En este caso, las perspectivas se asocian al modelo

de utilización de servicios de salud. La segunda opción se refiere a perspectivas que se enfocan a buscar explicaciones teóricas de cómo la población inmigrante logra atender sus padecimientos a pesar de los obstáculos institucionales y políticos que el Estado ha diseñado a lo largo de la historia.

2.4.1. Diferenciando acceso, demanda y utilización de servicios de salud

Antes de ahondar en cómo la posición social de una persona y qué tan estratificada se encuentra del medio o sociedad donde se encuentra inmersa influyen en la causalidad en la desigualdad en el acceso y utilización de servicios sanitarios, me gustaría abrir un parentesis para diferenciar la demanda, el acceso y la utilización de la exposición o la vulnerabilidad. De acuerdo con Puime y Zunzunegui (2011) la demanda se relaciona con los servicios que las personas solicitan, surgiendo de una necesidad que primero se percibe y luego se expresa. Según la definición clásica de Bradshaw y McLachlan (1972), esto implica la identificación de la necesidad de atención sanitaria en una población. La necesidad se define desde el sistema de salud, basándose en la opinión de expertos y normas (necesidad normativa), que no siempre es percibida de la misma manera por toda la población. No todas las necesidades sanitarias son experimentadas por las personas, y aunque lo sean, no siempre se expresan como una demanda específica. Por otro lado, la utilización se refiere a los servicios que las personas reciben. La accesibilidad, ubicada entre la demanda y la utilización de los servicios, se entiende como la disponibilidad de recursos en el momento y lugar necesario. No todos los individuos con la misma necesidad tienen la misma oportunidad de recibir atención sanitaria.

Sánchez-Torres (2017) señala que al tratar de definir y medir la accesibilidad a servicios de salud, es necesario considerar dos líneas o aspectos: el acceso de acuerdo a las características de la población —ingreso familiar, cobertura de seguro o aseguranza, actitud hacia la atención médica— y el desempeño del sistema —la distribución y organización de la mano de obra e infraestructura—. Aday, Andersen y Fleming (1980) consideran que es necesario analizar las características del sistema de atención y del riesgo de la población de enfermarse, así como la utilización actual de los servicios y la satisfacción del consumidor

de dichos servicios —dichas variables o indicadores también deberían tener a consideración las barreras que impiden el acceso a dichos servicios de salud, como por ejemplo las económicas, culturales o administrativas entre el personal de servicios médicos y la población—.

Por otro lado, Arredondo & Meléndez (1992) consideran también dos vertientes, pero las definen como la oferta (proveedores de servicios de salud) y la *demand*a (población que requiere los servicios de salud); las cuales conforman en conjunto el proceso de atención médica, junto con todas sus variables y condicionantes determinadas por la alteración de la salud, caracteres sociales y psicosociales y la demanda de los servicios a partir de las necesidades que perciba la población o los usuarios —lo cual se puede ver aplicado en países desarrollados con una gran oferta de servicios médicos de costos variados y un gran flujo receptor de inmigrantes que cuentan con necesidades específicas de salud, así como contextos culturales dinámicos—.

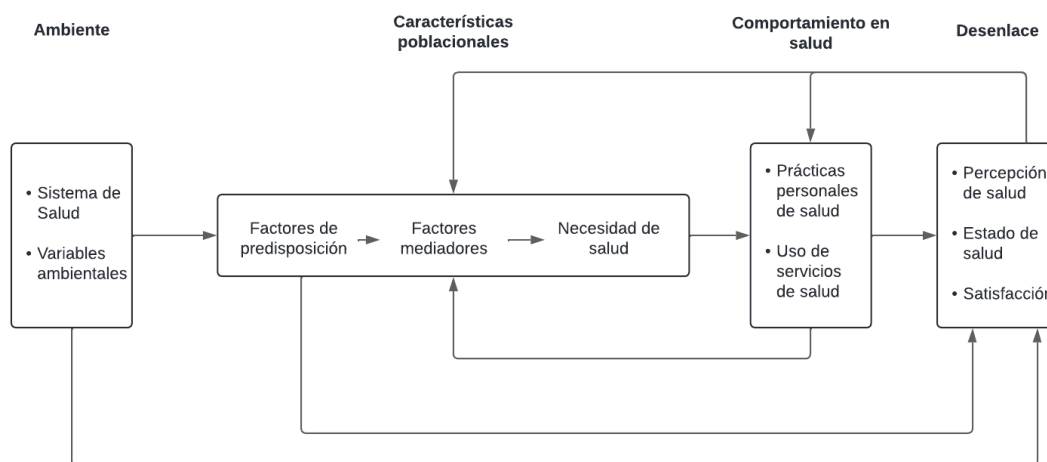
Por otro lado, entre las perspectivas que se enfocan directamente en explicar la utilización de servicios de salud, el enfoque teórico de Phillips, Morrison, Andersen & Aday (1998) es uno de los más utilizados desde su creación hasta el presente. Dicha teoría afirma que la decisión de acudir a una clínica u hospital es resultado de la interacción factores tanto internos como externos. Dentro de los internos existen tres factores principales: a) predisponentes (aquellos factores que están presentes antes de un proceso patológico y que son inherentes a la persona, y por tanto se consideran inmutables por cambios en las políticas de salud y se les denomina variables exógenas del modelo); b) mediadores (aquellos que facilitan u obstaculizan el acceso a los servicios de salud y que son susceptibles de modificación mediante las políticas de salud); y c) de necesidad (se expresa a través de la percepción y gravedad de los síntomas de enfermedad).

En la operacionalización de factores externos entran: 1) factores de predisposición (la demografía de la zona, la estructura social y variables referentes a creencias y actitudes hacia el uso de servicios de salud); 2) variables ambientales como características referentes al sistema de salud (tales como las políticas, recursos organización y financiamiento que influye en la accesibilidad, disponibilidad de especialistas o doctores en su comunidad y

aceptabilidad) y características referentes al ambiente exterior (como la economía, las políticas, los niveles de estrés o violencia y las normas en las cuales están inmersas la sociedad); y 3) variables relacionadas con el proveedor de servicios de salud (especialidad o género del médico o si el prospecto a paciente cuenta con seguridad, ha usado previamente los servicios o es capaz de pagar por dichos servicios) adicional a la necesidad de atención médica.

Dicho modelo ha pasado por múltiples modificaciones desde su creación en 1960, siendo revisitado constantemente por especialistas tanto de salud pública como de las ciencias sociales. En la actualidad, el modelo enfatiza las diversas influencias, dinámicas y la naturaleza selectiva que incide en la utilización de servicios de salud y, consecuentemente, en el estado de salud del individuo. Asimismo, abarca circuitos de retroalimentación que ilustran cómo el resultado afecta a su vez a los factores predisponentes subsiguientes y a la necesidad percibida de servicios, así como al comportamiento relacionado con la salud (Imagen 2.2).

Imagen 2.2 Modelo de utilización de servicios de Salud de Andersen.



Fuente: Elaboración propia con base a información de Andersen, R. M. (1995)

En resumen, el modelo de utilización de servicios de salud propuesto por Andersen ofrece una estructura para comprender la intrincada interacción de factores que afectan la atención médica dentro de la población en general, así como subpoblaciones o poblaciones vulnerables. Al considerar los determinantes culturales, sociales y estructurales de la salud,

podemos identificar las disparidades y trabajar en áreas de mejora para abordar las necesidades de salud de la población inmigrante de manera más efectiva.

2.4.2. Teorías para definir qué otras alternativas utilizan los inmigrantes para atender sus padecimientos

Para comprender la dinámica del fenómeno migratorio y su impacto en la salud, es esencial tener en cuenta la diversidad cultural de la población inmigrante y las particularidades de cada grupo en términos de costumbres, idiomas, tradiciones y estilos de vida. Cada individuo que emigra lleva consigo una gama única de experiencias y recursos culturales. Por lo tanto, las estrategias que adoptan para enfrentar cuestiones relacionadas con la salud varían considerablemente. Es crucial reconocer la compleja interacción entre los factores biológicos, sociales, ambientales y psicológicos que influyen en la utilización de servicios de salud por parte de una población o subpoblación determinada.

Portes, Fernández-Kelly y Light (2013) nos hablan de una barrera entre la interacción entre inmigrantes y los sistemas de salud en Estados Unidos, especialmente en inmigrantes irregulares. Existe una contradicción entre la demanda por su labor y la ausencia en una efectividad en la política migratoria. La falta de acceso y los altos costos a la salud obligan a la población a buscar diferentes estrategias de afrontamiento. Es por esto por lo que Portes y colegas realizan una clasificación de servicios de salud alternativos en la que resalta el uso de servicios de salud informales, la compasión institucionalizada y los cuidados transnacionales.

En la primera categoría Portes et al, nos hablan de los distintos tipos de proveedores de servicios de salud informales que existen en Estados Unidos y a los cuales acuden diversos tipos de poblaciones inmigrantes, entre ellos la latina. Estos servicios no proveen cirugías o servicios médicos mayores, pero si otorgan asistencia primaria, alivio a condiciones crónicas u otorgan comodidad psicológica.

La medicina tradicional es muy próspera en comunidades inmigrantes, como ejemplo podemos tomar a las tiendas botánicas, que son farmacias populares donde se utilizan hierbas y brebajes para tratar enfermedades como diabetes mellitus y depresión; los curanderos, los

cuales son personas que ejercen prácticas curativas sin tener el título de médico y utilizan métodos naturales o rituales; los sobadores, personas que buscan curar mediante fricción y masajes; las parteras, conocidas así popularmente, son obstetricias o matronas tradicionales. Esta está esparcida sobre toda la comunidad de mexicanos inmigrantes en California. Se puede rastrear el uso de medicina tradicional entre inmigrantes mexicanos que viven en zonas urbanas de Estados Unidos desde los años noventa (Chávez ,1984).

Un segundo tipo de servicio de salud informal es provisto por doctores, dentistas y otros profesionales de la salud que ejercen sin licencias, conocido como “medicina gris (*grey medicine*)”. Ofrecida en su mayoría por individuos que estudiaron fuera del territorio americano, comúnmente en los países de origen de sus pacientes. Fallando en aprobar —o incluso sin siquiera haber atentado en tomar— los exámenes de acreditación correspondientes para practicar medicina en Estados Unidos, estos profesionales se ganan la vida proveyendo servicios en comunidades de inmigrantes.

En ocasiones los inmigrantes utilizan tratamientos alternativos y servicios de salud clandestinos, como por ejemplo profesionistas de otros países (enfermeros, dentistas, médicos) que no cuentan con licencias o formación profesional certificada en Estados Unidos, esto debido a que estos servicios son menos costosos y existe menos dificultad en idioma y trato al inmigrante irregular. Esta situación no es reciente y se ha registrado a lo largo de las últimas tres décadas (Newman, 1990; Ku y Freilich, 2001; Interlandi, 2010).

Junto con el sector médico informal, una de las fuentes más importantes de asistencia para inmigrantes, especialmente los no autorizados, son los hospitales y las clínicas que operan mediante la filosofía de que la salud es un derecho humano. Estas son en su mayoría, pero no siempre, instituciones de afiliación religiosa comprometidas con las personas en situación de pobreza. Estas clínicas se encuentran disponibles para la población en general sin importar el poder costear los gastos o presentar documentos formales para obtener la atención médica.

Las clínicas gratuitas generalmente se encuentran afiliadas a una religión o tienen lazos con hospitales sin fines de lucro. La demanda de atención es muy grande por parte de la población sin seguro médico o en condiciones precarias y a pesar de eso no cuenta con recursos suficientes; las instalaciones de dichas clínicas son pequeñas, atendidas por practicantes del área aún no titulados o especialistas voluntarios por solo unas cuantas horas a la semana.

Por último, Portes, Fernández y Light comentan que uno de los mecanismos utilizados por los inmigrantes involucra viajar a otros países para obtener la atención médica necesaria. Algunos hospitales de California han realizado acuerdos y establecido relaciones con instituciones mexicanas debido que el servicio de salud mexicano es universal y obtiene financiamiento público. Muchos doctores animan a inmigrantes con situación migratoria legal a cruzar de nuevo la frontera para obtener atención de un especialista médico mexicano cuando la burocracia del servicio de salud americano se complica.

Byrd, Law (2009) y Da Silva (2019) señalan la existencia de residentes de Estados Unidos que deciden cruzar la frontera de California en búsqueda de atención médica o medicamentos en México. Entre los que destaca en sobremanera la compra de antibióticos sin prescripción. Da Silva habla de ciudadanos americanos en general, mientras Byrd y Law nos mencionan que la mayoría de los residentes o ciudadanos americanos que cruzan a México son de ascendencia latina e hispana (aproximadamente un 69%). Entre los motivos destaca la ausencia de seguro médico en el país de origen, la falta de rigor en el sistema de salud mexicano a la hora de obtener ciertos medicamentos que requieren generalmente prescripción, los elevados costos de algunos medicamentos y la diferencia entre el peso y el dólar vuelve la compra de medicamentos en México bastante accesible.

En cuanto a inmigrantes en situación irregular, algunos acuden a México si cuentan con el dinero suficiente para cruzar nuevamente de forma clandestina, sino es así, generalmente solicitan apoyo de sus familiares o amigos en México para pedir consejo, diagnóstico e incluso el envío de medicamentos o remedios tradicionales (Portes, et al, 2012; Ku & Freilich 2001).

De acuerdo con Casner, Guerra (1992), Escobedo y Cárdenas (2006) entre los motivos por los cuales residentes legales de Estados Unidos deciden cruzar la frontera para obtener medicamentos o atención médica se encuentra la accesibilidad de costos, la diferencia entre los requerimientos para una prescripción y las preferencias culturales, este comportamiento se repite en las múltiples ciudades que existen en los cuatro estados fronterizos de Estados Unidos.

2.5. Conclusiones del capítulo

Dada la relevancia de cómo se contextualiza un fenómeno, se sugiere inicialmente diferenciar los elementos que componen el modelo de determinantes sociales de la salud, cuestionar la supuesta causalidad del modelo y enriquecerlo con el modelo de determinación social de la salud. De esta manera, se puede interpretar que, además del modelo biomédico, hay una serie de factores sociales, culturales y ambientales que pueden influir en la aparición o prevención de enfermedades. Además, se deben considerar aspectos vinculados al modelo socioeconómico y político imperante en el Estado, lo que lleva a cuestionar si estos determinantes sociales de la salud están predefinidos por dispositivos presentes en las lógicas y dinámicas legislativas y sociales, incluso antes de que un inmigrante llegue al país receptor.

En este capítulo se hizo una revisión a las aproximaciones teóricas del perfil de salud de la población inmigrante hispana, considerando tres hipótesis: 1) una de orden estadística; 2) otra socio-cultural y 3) otra desde la presunta selectividad de la población que migra. Esto con la intención de profundizar sus diferencias sociales en sus resultados de salud.

Para finalizar se muestran dos modelos para explicar el deterioro de la salud del inmigrante hispano, el primero basado en la asimilación de la cultura estadounidense a partir del número de años que tiene radicando en Estados Unidos, el segundo proceso a partir de los factores intrínsecos y extrínsecos que influyen en la utilización de servicios de salud, así como un modelo de los servicios alternativos a los cuales acuden cuando no se dirigen a servicios de salud que ofrece el estado. Para esto se parte inicialmente en la caracterización de la utilización, con la intención de diferenciarlo de el acceso y la demanda de servicios de salud. Es importante considerar que cada uno de estos modelos permite explicar una pequeña

parte del fenómeno pero no su totalidad, sin embargo son piezas fundamentales que permiten en conjunto una explicación teórica del fenómeno y desarrollar este trabajo de investigación.

Desde la articulación de este capítulo resulta complicado adoptar un modelo que considere el constante dinamismo de las variables sociales en el proceso salud-enfermedad, sin embargo, desde una perspectiva estadística y tomando en cuenta las variables que recuperan los formularios de registro de las Ventanillas de Salud –las cuales formarán parte de nuestras fuentes primarias de estudio–, es posible aportar al debate teórico de la paradoja epidemiológica y el modelo de determinantes sociales de la salud a partir de los factores sociodemográficos que se pretende utilizar en este estudio.

CAPÍTULO III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA Y FUENTES DE INFORMACIÓN

1.1. Introducción

En este capítulo se establece la metodología para investigar el perfil de salud de la población inmigrante mexicana en California, Estados Unidos, centrándose en el análisis de variables socio-demográficas relacionadas con el desarrollo de enfermedades crónicas y el acceso a los servicios de salud. Basándose en la discusión teórica, se propone abordar este fenómeno mediante un análisis reflexivo y comparativo de las experiencias y percepciones de los individuos involucrados. Se elige California por su proximidad geográfica, por la accesibilidad y los recursos disponibles, por afinidad y experiencia previa, así como las condiciones únicas en términos de representatividad de población inmigrante migración y fenómenos de salud.

El análisis empírico de los determinantes sociales de la salud presenta desafíos significativos, especialmente desde una perspectiva cuantitativa, debido a la escasez de datos sobre el contexto de la población inmigrante en Estados Unidos en temas relacionados con la salud. Por lo tanto, se propone una metodología mixta. Esta combinación se justifica por la necesidad de profundizar en ciertos aspectos del perfil de salud, como medidas antropométricas, características socio-demográficas y la relación de estos factores con el desarrollo de enfermedades crónicas y el acceso a los servicios de salud.

Se propuso un enfoque cuantitativo con el objetivo de examinar las asociaciones entre los factores socio-demográficos (edad, sexo, años de residencia en Estados Unidos, posesión de seguro médico, nivel educativo y ocupación) y la presencia de indicadores de enfermedades crónicas degenerativas. Para ello, se utilizó el Sistema de Información Continua y Reportes de Salud de los Mexicanos en Estados Unidos (SICRESAL-MX) como fuente de datos, que proporciona tanto información demográfica como antropométrica y permite obtener un panorama general del perfil de salud sin necesidad de recurrir a auto-declaraciones. Además, se emplearon técnicas estadísticas, como estadísticas descriptivas y modelos de regresión

logística, para identificar los factores asociados a la presencia de enfermedades crónicas degenerativas.

En cuanto al enfoque cualitativo mediante entrevistas semi-estructuradas, que combinan preguntas cerradas con espacios para que los entrevistados puedan expresar libremente elementos que enriquezcan la discusión sobre su perfil de salud, autopercepción de salud, barreras y facilitadores que perciben en el acceso a clínicas u hospitales, así como los recursos que utilizan para abordar sus problemas de salud. El trabajo de campo se llevó a cabo presencialmente en Riverside, California, con personas de origen mexicano que hayan residido en Estados Unidos durante al menos cinco años.

1.2.Planteamiento del problema

La falta de utilización de servicios de atención médica entre los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos ha sido un desafío a lo largo del tiempo. A pesar de los esfuerzos realizados por leyes como la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act) para reducir la cantidad de personas sin seguro médico en el país, tanto los inmigrantes documentados como los regularizados e irregulares carecen de los recursos necesarios para obtener cobertura médica, lo que dificulta su acceso a servicios de salud.

Además, dicho segmento poblacional tiende a evitar el uso de los servicios médicos disponibles en el sistema de salud estadounidense, independientemente de su estatus migratorio y de su estado de salud. Este fenómeno se atribuye, en parte, al temor de dejar un registro que pueda conducir a la deportación, según señala Kennedy (2018), quien destaca que la población inmigrante hispana es tres veces más propensa a evitar los servicios de salud en comparación con otros segmentos poblacionales en Estados Unidos, como la población blanca anglosajona.

Este comportamiento puede tener consecuencias graves, ya que algunos autores advierten que los inmigrantes que evitan el tratamiento médico pueden terminar recurriendo a servicios de emergencia, lo que resulta en una atención más costosa y menos preventiva en el futuro.

Además, eludir el tratamiento de enfermedades crónicas puede generar problemas de salud más graves a largo plazo como complicaciones y comorbilidades, como señalan Adams (2018) y Rangel, Zapata, González, Tonda y Cortés (2016).

Entre los recursos que se mencionaron en el primer capítulo resalta las estrategias para atención a la salud que ha implementado el gobierno mexicano para brindar acceso a servicios de salud a sus ciudadanos en Estados Unidos, como las Ventanillas de Salud (VDS). Las cuales ofrecen orientación, detección y referencia para la atención médica. Sin embargo, estas iniciativas no son suficientes para abordar completamente las necesidades de atención médica de los inmigrantes mexicanos, como sugieren varios estudios (Rangel Gómez et al., 2017; Valle et al., 2020; Secretaría de Salud et al., 2021).

Con base en el debate teórico y los argumentos contextuales que preceden este capítulo podemos argumentar que el acceso y la atención a la salud en Estados Unidos representan un problema estructural para la población inmigrante mexicana, y existe una falta de comprensión sobre las características socio-demográficas tanto de aquellos que enferman como de quienes no buscan atención médica, así como sobre las formas alternativas en que la comunidad atiende sus necesidades de salud fuera del sistema de salud estatal. Este problema constituye un área importante de investigación para comprender mejor tanto la correlación que existe entre los factores estructurales que fomentan el desarrollo de un padecimiento, como las barreras y las soluciones potenciales para mejorar el acceso a la atención médica entre la población inmigrante mexicana.

El objetivo es demostrar la existencia de un perfil sociodemográfico común entre diferentes grupos de enfermedades dentro de un segmento específico de la población inmigrante mexicana en California, Estados Unidos y que existe una relación positiva entre dichas variables sociodemográficas con la probabilidad de desarrollar enfermedades crónico degenerativas en territorio estadounidense. Parte de este proceso de enfermedad se explica por los determinantes sociales que influyen en la búsqueda y atención de necesidades de salud en la población inmigrante.

1.3. Perspectiva analítica

La investigación propuso que variables sociodemográficas como el número de años radicando en Estados Unidos, la edad media o avanzada, el dominio nulo de inglés y el no contar con seguro médico caracterizan a un grupo de inmigrantes mexicanos en Estados Unidos, colocándolos en una situación de vulnerabilidad debido a su asociación positiva con el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas en el país. Se sostiene que la utilización de servicios de salud por parte de los inmigrantes juegan un papel importante en este proceso. Este argumento se apoyó en el modelo de los determinantes sociales de la salud de la OMS y la teoría de la utilización de servicios de salud de Andersen.

La investigación realizada, consistió en examinar el fenómeno a través de un análisis secuencial que se enfocaba principalmente en la interacción de factores predisponentes, mediadores y de necesidad del inmigrante. El objetivo fue interpretar los elementos presentes antes de que se manifieste un proceso patológico y que estos son intrínsecos a la persona, aquellos que pueden facilitar o dificultar la utilización de servicios de salud y son susceptibles de modificación mediante políticas de salud o inmigración. Además, se consideraron aquellos factores que se reflejaban en la percepción y gravedad de los síntomas de enfermedad en un individuo. "Es importante, por un lado, resaltar la importancia de las características de la población que podían facilitar la utilización y, por el otro, la relevancia de la percepción del estado de salud, es decir, que el contexto en el que se desarrollaba la utilización de servicios iba más allá del sistema de salud" (Andersen, 1995:7).

Para ello se analizaron los determinantes sociales que influyen en que un inmigrante mexicano en California buscare y atendiera sus complicaciones y padecimientos más allá de los servicios que ofrecía el sistema de salud estadounidense. Para explicar los determinantes sociales que intervenían en el proceso de salud-enfermedad, fue necesario considerar factores contextuales, así como el perfil sociodemográfico y las necesidades de salud del individuo. Estos factores no son uniformes en términos históricos o geográficos, sino que están influenciados por contextos culturales y sociales específicos, que a su vez están definidos por el entorno socioeconómico y político. El perfil de salud y la utilización de servicios de salud

no se pueden explicar desde un plano biomédico y de estilos de vida solamente, por lo que, para identificar y ordenar la complejidad alrededor de los determinantes sociales de la salud, se decidió emplear el método de teoría fundamentada.

La teoría fundamentada constituyó una herramienta útil desde la cual se puede explicar el vínculo que existe entre características y necesidades de salud individuales, así como el contexto social, económico y político donde dichos individuos se encuentran inmiscuidos. En términos generales, la teoría fundamentada buscó explicar la manera en que los determinantes estructurales y sociales influyen en la utilización y no utilización de servicios de salud en Estados Unidos. Bajo esta perspectiva, se tomaron los principios de Cuesta-Benjumea (2006), y Denzin y Lincoln (2005): se buscó una aproximación interpretativa y naturalista, intentando dar sentido a los fenómenos en función de los significados que las personas daban; búsqueda de procesos enfatizando en la temporalidad, es decir, cómo fueron las experiencias a lo largo del tiempo o cómo cambiaban; los datos se recolectaron de manera naturalística, a través de entrevistas.

El proceso de análisis de datos se realizó siguiendo las sugerencias de Ochoa (2013), es decir en dos momentos: un momento descriptivo y un momento relacional. Una vez que se identificaron los conceptos, propiedades y dimensiones en la problemática de utilización de servicios de salud entre la población inmigrante, se procedió a relacionar categorías y subcategorías alrededor de un eje que las enlazó en cuanto a propiedades y dimensiones. Para esto se recurrió a tres herramientas: el muestreo teórico, la codificación y la saturación teórica.

El primer concepto implicaba la selección cuidadosa de participantes y la modificación de las preguntas formuladas en la recopilación de datos conforme a la necesidad de precisión y refinamiento de la teoría que se estaba desarrollando. El segundo concepto hacía referencia al análisis de datos cualitativos, el cual se realizaba a partir de tres tipificaciones: la codificación teórica, la codificación selectiva y la codificación axial. La codificación teórica implicaba la identificación de conceptos y el descubrimiento de datos a través de sus propiedades y dimensiones; la codificación selectiva consistía en la integración y el refinamiento teórico; y la codificación axial se centraba en la acción de relacionar

categorías con subcategorías a través de ejes a los que se les asignó una jerarquía. Por último, el tercer concepto, la saturación teórica, se refiere a cuando la recogida de nuevos datos ya no aportaba información adicional o relevante para explicar las categorías existentes o descubrir nuevas categorías (Gaete Quezada, 2014; Acuña, 2015; Glaser & Strauss, 2017).

Desde una perspectiva metodológica, la teoría fundamentada permitió explorar experiencias locales y específicas, al mismo tiempo que contribuía a la comprensión de relaciones y conceptos explicativos en un nivel más amplio. El proceso de llevar a cabo un estudio de teoría fundamentada implicaba una interacción multidimensional. A diferencia de la etnografía, que se enfoca en un análisis más allá de la "cultura" —es decir, servía para estudiar prácticamente todo el mundo social— como concepto central, en la teoría fundamentada no se considera la cultura o el mundo social como la categoría más destacada para analizar. En su lugar, se puso énfasis en el proceso social como elemento central del estudio. No obstante, este proceso social se desarrollaba dentro de un contexto cultural, lo que subrayaba la importancia de no ignorar el papel de la cultura en la investigación (Nayar & Clair, 2020).

En el caso de la población inmigrante mexicana, su experiencia en el sistema de salud estadounidense estaba acompañada por contar o no con seguro médico, barreras lingüísticas, económicas, la falta de familiaridad con los servicios disponibles y la falta de conocimiento sobre el sistema de salud. Esto podía sugerirse como características que predisponían o deshabilitaban al individuo a atender sus necesidades de salud. Sin embargo, estos eventos no permitían explicar completamente el perfil de salud del inmigrante e incluso estaban asociados a diferencias culturales y creencias personales, así como a las estrategias que implementaba el individuo para superar las barreras estructurales como no contar con seguro médico o su estatus migratorio.

Para analizar dichas estrategias de utilización de servicios de salud en la población inmigrante mexicana, así como los factores sociodemográficos asociados a éstas, se propusieron considerar tres categorías: las características de la población, el comportamiento de salud y el desenlace de salud. En la primera categoría se incluyó la edad, la educación, el género, estado civil y ocupación. En la segunda categoría se habla de ingresos, seguro médico

y distancia a la institución de salud más cercana. Por último, en la tercera categoría se consideró si contaban o no con enfermedades crónico-degenerativas, problemas de salud y percepción de salud. De esta forma, la formulación teórica se definió conforme a las características del contexto de cada participante del estudio.

Considerando la relación entre el perfil sociodemográfico de la población inmigrante mexicana y los diversos determinantes sociales mencionados anteriormente, se anticipó que la falta de uso de servicios de salud se manifestaría más entre la población inmigrante con estatus migratorio irregular, con limitado dominio del idioma inglés, con un prolongado tiempo de residencia en Estados Unidos, así como una mayor asiduidad a buscar otras alternativas de atención médica más allá de las proporcionadas por el sistema de salud estadounidense.

Como preguntas de investigación, se propuso: ¿cómo analizar de qué manera los determinantes sociales se relacionan con el desarrollo de padecimientos crónico-degenerativos? Además, ¿de qué manera dichos determinantes obstaculizan la utilización de los servicios de salud que ofrece el estado de California e influyen en la utilización de servicios de salud alternativos por parte de la población inmigrante mexicana?

Para el análisis de dicho estudio, se propuso una metodología mixta correlacional-explicativa, a partir de un estudio de prevalencia, un modelo de regresión, ambos transversales, así como una explicación de dichos determinantes sociales a partir de la teoría fundamentada. La utilización de ambas perspectivas metodológicas se justificó por la complejidad del fenómeno y la manera en que se complementan entre sí.

La investigación de la relación entre determinantes sociales de la salud en poblaciones vulnerables requiere estrategias metodológicas adaptables. Al utilizar metodologías mixtas, se validan descubrimientos, se reducen interpretaciones alternativas, se esclarecen diferentes aspectos del fenómeno y se obtiene una visión detallada de las vivencias de los participantes. Estos enfoques diversos se complementan entre sí para abordar la complejidad de los fenómenos sociales y de salud, generando conclusiones sólidas y ampliando el alcance del estudio. Los métodos mixtos son esenciales para abordar desafíos como las disparidades en salud y pueden transformar comunidades vulnerables, incluidas las minorías étnicas y

aquellos con bajos recursos o desigualdades de género (Stewart, Makwarimba, Barnfather, Letourneau & Neufeld, 2008).

Con base en lo anterior, se definió a la población objetivo como aquellos individuos nacidos en México, que se encuentran en edad laboral, emigraron a Estados Unidos y que asistieron a las diez VDS ubicadas en el estado de California y a la unidad móvil en los últimos cinco años. Respecto al planteamiento del problema, la metodología de esta investigación propuso un acercamiento mixto a la población sujeto de estudio.

La primera aproximación es a partir de fuentes de información secundaria; es decir la base de datos conformada por los registros administrativos dirigidos únicamente a las personas que acudieron a las unidades de Ventanillas de Salud ubicadas en los consulados de México o en las unidades móviles. En teoría, todos los individuos incluidos son población inmigrante. El segundo acercamiento fue a partir de entrevistas con algunos inmigrantes que vivan en la ciudad de Perris, California. En este caso, se consideró solo aquellos que hayan nacido en México o que cuenten con cinco años o más de estancia en Estados Unidos, utilizando los criterios que se emplean para calcular saldos migratorios y definir población inmigrante a través del lugar de origen o tiempo de estancia en el país receptor.

La utilización de los registros administrativos de las Ventanillas de Salud permitió recolectar datos cuantitativos que facilitaron el análisis estadístico de las características sociodemográficas y los patrones de utilización de servicios de salud. Por otro lado, las entrevistas cualitativas proporcionaron un entendimiento profundo de las experiencias individuales y las estrategias empleadas para superar las barreras en el acceso a la atención médica. Este enfoque mixto permitió obtener una visión integral y detallada de cómo los determinantes sociales influyen en la salud de la población inmigrante mexicana en California.

1.4. Perspectiva cuantitativa

Volumen y porcentaje. El primer objetivo de la perspectiva cuantitativa fue mostrar los porcentajes y frecuencias del uso de servicios médicos ofrecidos por las Ventanillas de Salud en California (siendo 11 en total: 10 ventanillas y 1 unidad móvil, ubicadas en Calexico/Frontera, Fresno, Los Ángeles, Sacramento, San Bernardino, San Diego/Frontera, San Francisco, San José y Santa Ana), así como las variables que caracterizan a la población promedio que utiliza dichos servicios. Para lograr este objetivo, se utilizó el Sistema de Información Continua y Reportes de Salud de los Mexicanos en Estados Unidos (SICRESAL-MX), ya que dicha base de datos es el mecanismo oficial para registrar la información de usuarios de servicios de las Ventanillas de Salud y Ventanillas Móviles.

El Sistema de Información Continua y Reportes de Salud de los Mexicanos en Estados Unidos (SICRESAL-MX) capta información socio-demográfica y de salud de la población inmigrante que se acerca a la Ventanilla de Salud dentro de los consulados mexicanos o en las unidades móviles en territorio estadounidense, a través de cuestionarios que incluyen chequeos, pruebas de detección de enfermedades y referencias a instituciones de salud estadounidenses. Dicha información es generada en tiempo real y permite la medición de características sociales o propiedades de salud de la población captada. En este caso, se emplearon las bases anuales del 2019 al 2023 para estimaciones del volumen de la población analizada.

Debido a que la información para el componente cuantitativo se obtuvo de fuentes de datos secundarias, no se estimó un cálculo de muestra y se trabajó con las 6,731 observaciones disponibles. El tamaño de muestra por año se presenta en la tabla 3.1.

Cuadro 3.1 Recuento no ponderado de usuarios de Ventanillas de Salud en California que se realizaron una toma de datos antropométricos 2019 – 2023.

Año	Hombre	Mujer	Total
2019	692	896	1588
2020	55	61	116
2021	176	189	365
2022	520	648	1168
2023	1476	2018	3494

Fuente: elaboración propia a partir de información de SICRESAL, 2018 – 2023.

Para este ejercicio, en una primera etapa, se buscó identificar a la población sujeta de estudio mediante las preguntas destinadas a recabar información sobre medidas antropométricas como peso, talla, presión arterial, glucosa y colesterol, las cuales se encuentran en los formularios que aplica el personal que labora en las Ventanillas de Salud. Es crucial tener en cuenta que no todos los individuos de la población participarán en la toma de estas medidas, lo que probablemente influyó en una reducción de la muestra. La población objetivo entonces son los usuarios de Ventanillas de Salud del estado de California, de origen mexicano que se hayan realizado un chequeo de glucosa, presión arterial o toma de peso y talla en los últimos cinco años.

Perfil sociodemográfico del usuario de VDS. Para completar el primer objetivo de la metodología cuantitativa se pretendió caracterizar a la población inmigrante que acudió a alguna de las 11 Ventanillas de Salud. Entre las características sociodemográficas de interés para la caracterización se consideraron las variables sexo y edad como variables de control. La información de las variables se puede ver en el cuadro 3.2.

Donde la edad se muestra agrupada: menos de 39 años, de 40 a 61 años, mayores de 62 años. En el primer grupo de edad se incluye a la población adulto joven de 19 a 39 años, los cuales incluyen población que comienza a asumir responsabilidades personales y se integran al ámbito laboral. En el segundo grupo se incluye a población en edad media de 40 a 62 años, edad donde el funcionamiento físico comienza a mostrar deterioro y aparecen los primeros indicios de enfermedades crónico degenerativas, se decide indicar hasta los 61 años

ya que en California se puede solicitar jubilación o retiro a partir de los 62 años. Por último se integra la edad avanzada con 62 años o más, donde se incluye a población en edad de retiro laboral.

Cuadro 3.2 Operacionalización de las variables de Ventanillas de Salud en California

Variable	Definición	Tipo	Periodicidad	Análisis
Persona tiene seguro social	Usuario cuenta con un seguro médico	Categórica	2018 - 2023	Independiente, predictora
Persona Sexo	Sexo del usuario	Categórica	Intervalo	Independiente, de control
Ventanilla	Ventanilla donde fue a atenderse	Categórica		
Persona edad	Edad del usuario de ventanillas	Numérica	Intervalo	Independiente, de control
ISD_VIVEU_A	Años viviendo en Estados Unidos	Numérica		Independiente, explicativa
ISD_ESC	Nivel de escolaridad	Categórica	Intervalo	Independiente, explicativa
ISD_ING	Habla inglés	Categórica	Intervalo	Independiente, predictora
ISD_TRAB	Ocupación	Categórica	Intervalo	Independiente, explicativa
D_MA_PESO	Peso	Numérica	Intervalo	Dependiente
D_MA_TALLA	Estatura	Numérica	Intervalo	Dependiente
D_TP_mm Gh	Resultado de toma de presión	Numérica	Intervalo	Dependiente
D_GH_mg/dL	Resultado de toma de glucosa	Numérica	Intervalo	Dependiente
D_C_mg/dL	Resultado de toma de colesterol	Numérica	Intervalo	Dependiente

Fuente: Elaboración propia con base a información del formulario inicial del SICRESAL-MX.

Se consideran variables como la ocupación, la escolaridad, el tiempo de residencia en Estados Unidos y la posesión de seguro médico, ya que están relacionadas con la utilización de servicios de atención médica. Además, se tienen en cuenta las características asociadas al perfil de salud del inmigrante, obtenidas a partir de medidas antropométricas realizadas de forma transversal. Es importante reconocer las limitaciones de estos datos, ya que, aunque no son autorreferidos, pueden carecer de precisión y exactitud para un diagnóstico a largo plazo. Esto se debe a diversos factores que pueden influir en la toma de estas medidas antropométricas, como el estado físico del individuo, el tiempo de descanso o el ayuno previo a la toma. Además, al ser medidas captadas en una sola ocasión como parte de un formulario inicial, no proporcionan información longitudinal para calcular medias, por lo que no pueden confirmar directamente condiciones como la hipertensión o la diabetes mellitus en los usuarios, sino que ofrecen solo una aproximación diagnóstica al perfil de salud de la población. Teniendo esto en cuenta, se consideran medidas antropométricas como resultados de toma de colesterol, glucosa y presión, así como peso y talla, las cuales servirán posteriormente para el cálculo del índice de masa corporal.

El resumen de las características que se consideraron para describir el perfil de los usuarios de las Ventanillas de Salud se presenta en el cuadro 3.3. Es importante destacar que esta información se obtendrá directamente de los formularios que las Ventanillas de Salud aplican a los usuarios de sus servicios. Estos datos están disponibles en el Sistema de Información Continua y Reportes de Salud de los Mexicanos en Estados Unidos (SICRESAL-MX).

Cuadro 3.3 Caracterización de los usuarios de Ventanillas de Salud en California

Eje	Variable	Indicador
- Características socio demográficas	Usuario cuenta con un seguro médico	Si No
	Sexo del usuario	Hombre Mujer
	Ventanilla de salud donde fue atenderse	Ventanilla de salud donde fue a atenderse
	Edad del usuario	Menores de 18 años De 19 a 39 años De 40 a 61 años Mayores de 62
	Años viviendo en Estados Unidos	Menos de 5 años De 6 a 10 años De 11 a 15 años De 16 a 20 años Mas de 21 años
	Nivel de escolaridad	1 a 25 años
	Qué tan bien habla inglés	Malo Regular Bueno Muy bueno
	Ocupación	No Ocupado Ocupado
- Medidas Antropo métricas	Peso	de 0 a 300 libras
	Estatura	de 0 a 6 pies 56 pulgadas
	Resultado de toma de presión	Normal <120/80 mm Hg Elevada 120/80 mm Hg – 129/80 mm Hg Hipertensión nivel 1 130/80 mm Hg - 139/89 mm Hg Hipertensión nivel 2 >140/90 mm Hg Crisis hipertensiva >180/120 mm Hg
	Resultado de toma de glucosa	Glucosa normal <100 mg/dL Prediabetes mellitus 100 a 125 mg/dL Diabetes mellitus >126 mg/dL
	Resultado de toma de colesterol	Colesterol deseable <200 mg/dL Colesterol alto 200-239 mg/dL Colesterol muy alto >240. mg/dL

Fuente: Elaboración propia con base a información del formulario inicial del SICRESAL-MX.

Factores sociodemográficos asociados al desarrollo de padecimientos crónico-degenerativos en los usuarios de las VDS. El segundo objetivo de la metodología cuantitativa fue explorar la asociación entre el desarrollo de indicadores de padecimientos crónico-degenerativos como obesidad, hipertensión y diabetes mellitus con las variables sociodemográficas que conforman el perfil de los usuarios de las Ventanillas de Salud.

Se ajustó un modelo probabilístico para conocer la relación entre una o más variables para el desarrollo de padecimientos crónico-degenerativos en la población inmigrante mexicana de California. Se optó por la regresión logística múltiple debido a que ésta permite interpretar el efecto estimado de cada variable que forme parte de el modelo probabilístico. Dicha técnica es ampliamente utilizada en el campo de la salud para analizar la asociación entre una variable dependiente dicotómica (por ejemplo, presencia o ausencia de indicadores de un padecimiento) y una o más variables independientes o explicativas, que son llamadas covariables (por ejemplo, edad, sexo, nivel educativo, contar o no con seguro médico).

En dicho análisis transversal se utilizó un modelo de regresión logística múltiple por cada padecimiento crónico-degenerativo acorde al siguiente modelo:

$$Padecimiento_i = \beta_0 + \beta_1 Edad_i + \beta_2 Sexo_i + \beta_3 Seguro\ Médico_i + \beta_4 Dominio\ Inglés_i + \beta_5 Escolaridad_i + \beta_6 Tiempo\ en\ EUA_i$$

Donde *Padecimiento* fue una variable dicotómica que expresa si el individuo *i* muestra indicios de hipertensión, obesidad o diabetes mellitus a partir de su antropometría, o no. Dicha ecuación se estimó para cada uno de los padecimientos crónico-degenerativos, así que en total se corrieron tres ecuaciones diferentes para el análisis transversal de datos. Se utilizaron regresiones logísticas debido a que las variables dependientes solo tomaron cero y uno como valores (McCullagh & Nelder, 1989).

Debido a que el modelo pretendía que las variables independientes tengan valor 0 y 1, se definió el cociente de la probabilidad de ocurrencia y no ocurrencia a partir de razón de momios. La razón de momios (*odds ratio* en inglés) permiten una aproximación de cuánto más frecuente (positivo o negativo) es para la variable dependiente que haya o no presencia

u ocurrencia de un suceso. Sin embargo, los momios son valores restringidos ya que oscilan entre el 0 al infinito (∞) (McCullagh & Nelder, 1989).

$$\frac{Padecimiento_i}{1 - Padecimiento_i} = \beta_0 + \beta_1 Edad_i + \beta_2 Sexo_i + \beta_3 Seguro Médico$$

$$+ \beta_4 Dominio Inglés_i + \beta_5 Escolaridad_i$$

$$+ \beta_6 Ocupación_i + \beta_7 Tiempo en EUA_i$$

Para ajustar totalmente el modelo se optó por una función logística que aplique a un rango más amplio de valores, que serían de $-\infty$ a ∞ . Para esto se aplicó un logaritmo a la razón de momios de la variable dependiente:

$$\log \left(\frac{Padecimiento_i}{1 - Padecimiento_i} \right) = \beta_0 + \beta_1 Edad_i + \beta_2 Sexo_i +$$

$$\beta_3 Seguro Médico_i + \beta_4 Dominio Inglés_i +$$

$$\beta_5 Escolaridad_i + \beta_6 Ocupación_i + \beta_7 Tiempo en EUA_i$$

Ahora solo se necesita una función que prediga probabilidad, para esto la función logística se aplicó directamente a los valores logarítmicos:

$$Padecimiento_i = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 Edad_i + \beta_2 Sexo_i + \beta_3 Seguro Médico_i + \dots + \beta_7 Tiempo en EUA_i)}}$$

Por lo tanto, cuando la razón de momios sea mayor a uno, implica una relación positiva, es decir, que aumenta la probabilidad de que ocurra el evento. En contraste, si la razón de momios es menor que uno, indica una disminución en la probabilidad de que ocurra el evento. Por último, una razón igual a uno implica que no hay efecto discernible sobre la probabilidad de ocurrencia del evento. Todos los coeficientes logísticos β se estimaron en

un procesador mediante el software estadístico STATA/MP versión 14.1. Los resultados de las regresiones logísticas se presentan en razones de momios.

1.5. Perspectiva cualitativa

Para contactar con la población inmigrante se realizó una estrategia de bola de nieve de forma presencial en la ciudad de Perris, en el condado de Riverside, California durante el primer semestre de 2024. Según datos de la American Community Survey 2011 – 2021, el condado de Riverside cuenta con el mayor crecimiento de población latina del 2000 al 2010 y del 2010 al 2020 (siendo un 87.9% de origen mexicano), donde se estima que la ciudad de Perris, California está en el top tres de las ciudades del condado de Riverside con mayor porcentaje de población latina (80.2%)⁸. Mediante el análisis de las entrevistas semi estructuradas, se buscó ampliar la comprensión de los factores sociales que motivan a un inmigrante mexicano en California a buscar y tratar sus problemas de salud fuera de los servicios proporcionados por el sistema de salud estadounidense.

Las tres categorías que se propusieron para identificar las barreras y facilitadores a la utilización de servicios de salud en la población inmigrante son:

- 1) *Contexto social y de salud del inmigrante en el país destino:* Con la intención de mostrar la diferenciación entre un determinante social o una determinación social de la salud se identificaron aspectos sociodemográficos y de salud de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos: donde creció, hasta qué nivel de escolaridad alcanzó y en dónde (país de origen o destino), qué tanto dominio tiene del idioma inglés, en qué trabaja actualmente, su historial laboral en el país destino, qué tan distante se encuentra al lugar donde vive de la unidad de servicios de salud más cercana, qué tantas clínicas u hospitales se encuentran cerca de su vecindario, cuánto tiempo tiene viviendo en Estados Unidos, si cuenta o no con seguro médico y proveedor de servicios de salud, su autopercepción de salud, una aproximación al historial de salud

⁸ Ramakrishnan, K., Tamayose, B., Rettberg, G., Quanfeng, Z., Li, T., Calderon, E., & Wright, S. (2022).

familiar, su historia de salud, sus hábitos saludables y de ser posible, su estatus migratorio.

- 2) *Creencias y actitudes*: Se sugiere que uno de los elementos reguladores de la utilización de servicios de salud y las prácticas de cuidado de la salud se originan y desarrollan a partir de las creencias y actitudes que se aprenden y reproducen dentro del contexto social del inmigrante. Estas pueden ser múltiples y algunas pueden ser predecibles: La creencia de generar un registro de su estancia, ser deportado, recibir un trato diferenciado por su condición de inmigrante, recibir un trato diferenciado a causa de un fenotipo, el considerar el trámite complicado, percibirlo como una pérdida de tiempo o percibirse sano.
- 3) *Estrategia ante las políticas de inmigración y el sistema de salud*. Este eje consideró el papel de las políticas de inmigración y el sistema de salud en el país receptor en la utilización de servicios de salud por parte del entrevistado. Se buscó saber cómo el inmigrante relaciona el uso o no uso de servicios de salud con su estatus migratorio, buscando al mismo tiempo saber cómo manejan su estatus migratorio en relación con la atención a sus padecimientos o malestares físicos. Particularmente para saber si utilizan servicios de salud alternativos como medicina tradicional (sobadores, remedios, botánica, naturismo, shamanismo, brujería), transnacional (turismo médico, facilitación de medicamentos a través de la frontera) o servicios de salud clandestinos (médicos de cochera).

Para el análisis e interpretación de las lógicas de los inmigrantes mexicanos en California, se llevó a cabo una serie de entrevistas. Dado que estas entrevistas no siguieron un protocolo estandarizado y no se pretendía obtener una muestra representativa desde un punto de vista estadístico, los participantes fueron seleccionados de manera no probabilística entre aquellos que accedieron a participar. El criterio de selección se basó en dos condiciones: que tuvieran más de cinco años de residencia en Estados Unidos y que hubieran nacido en México. Se optó por no excluir a los participantes en función de su contexto socioeconómico, nivel educativo, situación laboral o estado civil, ya que se buscaba capturar la diversidad de

experiencias en cuanto a la utilización de servicios de salud entre la población inmigrante mexicana. En total, se realizaron 10 entrevistas.

El objetivo de estas entrevistas semi-estructuradas fue explorar ¿De qué manera los determinantes sociales obstaculizan la utilización de servicios de salud que ofrece el estado de California e influyen en la utilización de servicios de salud alternativos por parte de la población inmigrante mexicana?. Durante la elaboración de la entrevista, se procuró profundizar tanto en la percepción que tienen los individuos sobre sí mismos como en su percepción del entorno que los rodea, contrastándolas con la evidencia que surge de sus propias narrativas. El propósito de estructurar la entrevista de esta manera fue facilitar que los participantes pudieran expresar sus puntos de vista sobre los temas clave relacionados con la utilización de servicios de salud.

Se inició con preguntas sobre datos generales y contextuales como sexo, edad, nivel de escolaridad, ocupación, estado civil, historial de residencia en California o Estados Unidos. Después se pidió al entrevistado que hablara acerca de la forma en la que auto percibe su salud, sobre antecedentes de salud familiares y enfermedades o padecimientos actuales, así como toma de medicamentos y experiencias previas con profesionales de salud en Estados Unidos (cuadro 3.3).

Posteriormente, se indagaron las vivencias y percepciones sobre la salud del individuo, es decir, cómo enfrenta sus enfermedades y dolencias, así como qué factores creen que influyen en sus decisiones relacionadas con el cuidado de la salud. En esta fase, se consultó al entrevistado sobre los servicios de salud que utiliza y, a través de una serie de preguntas, se estableció una relación entre la necesidad de recibir atención médica por un problema de salud y los obstáculos o dificultades que considera que enfrenta para acceder a los servicios de salud convencionales. Asimismo, se exploró el uso de servicios de salud alternativos, es decir, aquellos que van más allá de los servicios de salud proporcionados por el Estado, pero que el inmigrante recurre para satisfacer sus necesidades de atención médica.

Cuadro 3.3 Guía temática de la entrevista semiestructurada

Ejes temáticos	Objetivo
Datos generales y contextuales	Datos sociodemográficos para comprender la historia personal y el contexto de vida de los participantes (Edad, nivel de escolaridad, ocupación, estado civil, historial de residencia en California y Estados Unidos).
Autopercepción de salud	Se indaga sobre la percepción de salud actual, la presencia de condiciones médicas, el uso de medicamentos o suplementos, así como antecedentes familiares de salud y experiencias previas con profesionales de salud.
Experiencias y percepciones en materia de salud	Se busca entender como la población inmigrante mexicana busca atender sus enfermedades y qué factores influyen en sus decisiones de cuidado de salud.
Servicios de salud utilizados	Se exploran los tipos de servicios de salud utilizados en el pasado, la renuencia de uso y los motivos para utilizar o no dichos servicios. Además, se indaga sobre experiencias positivas o negativas en la utilización de servicios de salud.
Barreras y facilitadores en la utilización a servicios de salud	Se identifican los desafíos o problemas al acceder a servicios de salud, así como barreras relacionadas con idioma, costos y estatus migratorio.
Servicios alternativos de salud	Se explora el uso de remedios caseros, medicina naturista, sobadores y otras formas de atención médica alternativa (facilitación de medicamentos a través de la frontera, medicina transfronteriza,

Fuente: elaboración propia.

1.5.1. Trabajo de campo

El objetivo de este ejercicio fue recuperar las experiencias y testimonios de inmigrantes que tuviesen problemas de salud o padecimientos crónico degenerativos y que no cuenten con un seguro médico o un proveedor de salud, con la intención de profundizar en la explicación de las estrategias a las cuales recurre dicho sector de inmigrantes para atender sus necesidades de salud, dentro o fuera del sistema de salud estadounidense.

Para esto se realizaron entrevistas semi estructuradas, entendiendo que si bien no existe una definición única de entrevista existe una tipología donde las dimensiones de dicho instrumento varían entre el grado de libertad y el nivel de profundidad con que se efectúa. Se empleará una entrevista con preguntas preestablecidas con la intención de mantener la conversación enfocada sobre temas en particular, proporcionando al informante el espacio y la libertad suficientes para definir el contenido de sus argumentos (Tarrés, Peón, Serrano, García, Wiesner, Margel & Plascencia, 2014).

Es crucial tener en cuenta que la entrevista cualitativa, al igual que cualquier otra técnica de investigación, posee tanto riqueza como limitaciones. Esto se debe a que en ella se entrelazan las experiencias, sentimientos, subjetividades e interpretaciones individuales de la vida y la sociedad, que son fenómenos inherentemente multidimensionales. Aunque su singularidad puede enriquecer la comprensión, no siempre garantiza la identificación segura de aspectos clave que puedan aplicarse de manera generalizada. A pesar de estas consideraciones, la entrevista desempeña un papel crucial en la investigación social (Tarrés, Peón, Serrano, García, Wiesner, Margel & Plascencia, 2014).

Se consideró esencial incorporar en los ejes de la entrevista la descomposición de las características de la población en relación con la utilización de servicios de salud, siguiendo el modelo de Aday (1980) y Andersen (1995), que incluye factores de predisposición, capacidad y necesidad; comportamiento y desenlace de salud. Aunque estos factores son fundamentales, no se pretendió limitar la entrevista a ellos, sino asegurar que se aborden adecuadamente.

En cuanto a la estructura de la entrevista, se solicitó inicialmente al individuo que proporcione algunos datos generales, como género, edad, nivel educativo más reciente, ocupación actual, estado civil, tiempo de residencia en Estados Unidos, una breve descripción de su árbol genealógico y su experiencia migratoria. Posteriormente, se le pidió al entrevistado que contextualice su estado de salud actual de manera narrativa, abordando temas como condiciones médicas existentes, uso de medicamentos o suplementos,

antecedentes de salud familiar, historial de diagnósticos médicos, patrones de alimentación, calidad del sueño, nivel de actividad física, consumo de agua y posibles conductas de riesgo. A partir de esta narración, se estableció el contexto de salud del inmigrante y se clasificó según sus características. Luego, se profundizó en la utilización de los servicios de salud, explorando las motivaciones y los procesos de decisión del individuo, cómo decide si buscar atención médica, qué factores influyen en esta decisión, si se considera urgente o si puede posponerse, si existen emociones o creencias que afecten la búsqueda de atención médica, y finalmente, cuál fue el resultado de la atención recibida para sus problemas de salud.

Otra consideración importante en la elección de participantes fueron las observaciones de Lederle, Tempes & Bitzer (2021) los cuales comentan que, si bien la mayoría de las personas que padecen síntomas de enfermedades crónico degenerativas son individuos mayores de cincuenta años, estos son de igual forma el mayor cohorte enrolado a un seguro médico en Estados Unidos, así como los que tienen un mayor seguimiento médico. Por lo cual se consideró importante que en las entrevistas, más que captar la utilización de servicios de salud de la población en edad avanzada o con padecimientos crónico-degenerativos, se planteó incluir a cualquier persona que tenga más de cinco años en el país, sin importar su edad o si presenta indicadores de enfermedad.

Para establecer contacto con la población inmigrante, se implementó una técnica de muestreo conocida como "bola de nieve", la cual se inició a partir de contactos previos y afinidades con personas de origen mexicano. La estrategia de campo se llevó a cabo entre diciembre de 2023 y mayo de 2024, con el objetivo de contactar al mayor número posible de inmigrantes mexicanos en la ciudad de Riverside, California. Como resultado de este esfuerzo, se logró entrevistar a 10 inmigrantes, quienes provienen de diversos trasfondos y experiencias en Estados Unidos.

1.6. Consideraciones éticas

Se consideró que la participación en el estudio y la incertidumbre sobre los resultados podrían haber generado la probabilidad de cierta aprehensión en los participantes, lo que afectaría su

bienestar psicológico. Además, se consideró el riesgo potencial de consecuencias sociales negativas, como la invasión de la privacidad o la violación de la confidencialidad. Estas situaciones podrían exponer actitudes personales, comportamientos o preferencias de los participantes, lo que a su vez podría llevar a la estigmatización, discriminación o prejuicio contra ellos.

Es por esto que para el aspecto cuantitativo: 1) La base de datos a la que se tuvo acceso no contaba con información relacionada con la identificación de las personas. Solo las variables de interés para este estudio; 2) la información estaba disponible únicamente para aquellos individuos directamente involucrados en el estudio; 3) el acceso estuvo restringido y limitado; 4) se asignaron contraseñas a las computadoras para acceder a las bases de datos; y 5) los registros se mantuvieron en un lugar cerrado y seguro.

En cuanto al aspecto cualitativo: 1) la información no estuvo vinculada a los sujetos, ya que se utilizará un número de registro en lugar de sus nombres; 2) se obtuvo un consentimiento informado de los participantes antes de que se convirtieran en parte de la investigación; y 3) las entrevistas se llevaron a cabo de manera sensible, en un ambiente de inclusión, confianza y respeto, con el objetivo de evitar la estigmatización.

Se proporcionó información sobre el acceso y los servicios disponibles en las Ventanillas de Salud, con la intención de aumentar las probabilidades de que la población vulnerable en términos de salud se dirigiera hacia servicios de salud comunitarios. Además, se identificaron algunas de sus condiciones de salud y se desarrollaron estrategias de autocuidado para promover un estado físico saludable. Esto con la intención de beneficiar a la comunidad local al proporcionarles mejores recursos para mantener su salud y solucionar problemas relacionados con la atención médica, lo que también pudiera reducir los costos de cuidado y mejorar su conocimiento sobre salud.

Después de la intervención propuesta, se siguió invitando a la población a participar en las actividades ofrecidas por las Ventanillas de Salud en California. Esto es especialmente importante dada la vulnerabilidad de la población local y los beneficios que ofrece este programa en términos de detección y acceso a servicios de salud accesibles.

Entre los riesgos más relevantes se consideró el sesgo de respuesta debido a preocupaciones sobre estigmatización, discriminación o temor a divulgar información sensible que pueda comprometer su estatus migratorio en el país. De igual forma, se consideró también el riesgo de dañar la sensibilidad cultural de los participantes, lo que podría conducir a malentendidos o interpretaciones incorrectas. Además, se consideró la posibilidad de revelar problemas de salud a población sin acceso adecuado a atención médica, lo que podría generar ansiedad o angustia en los participantes.

Por otro lado, entre los beneficios se consideró que la información proporcionada por los participantes pudiere permitir una comprensión detallada de las experiencias de salud de los inmigrantes mexicanos, identificando factores sociales, culturales y económicos que influyen en su bienestar. Además, se podría detectar problemas de salud no diagnosticados o subestimados, así como estrategias de afrontamiento que podrían haber pasado desapercibidas en métodos cuantitativos.

Dicho esto, una vez sometido al proceso de revisión de las consideraciones anteriormente mencionadas, el comité de ética de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos con IRB 8950 y FWA 19948 decidió aceptar el presente proyecto de investigación como exento debido a ser un proyecto educativo, con REF (23-21-02-2024).

CAPÍTULO IV. FACTORES ASOCIADOS A INDICADORES DE PADECIMIENTOS CRÓNICO-DEGENERATIVOS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE MEXICANA USUARIA DE LAS VENTANILLAS DE SALUD EN CALIFORNIA

4.1.Introducción

En este capítulo se busca analizar, desde una perspectiva cuantitativa, hasta qué punto los factores sociodemográficos de la población inmigrante mexicana que utiliza las Ventanillas de Salud están relacionados con el desarrollo de indicadores de padecimientos crónico-degenerativos. A lo largo de la investigación, se han presentado evidencias empíricas que sugieren que la falta de seguro médico, el estatus migratorio, el limitado dominio del inglés y el tiempo de permanencia en Estados Unidos influyen en el desarrollo de enfermedades en la población hispana. Se argumenta que la población que acude a las Ventanillas de Salud tiene un perfil de salud particular que incrementa la probabilidad de desarrollar indicadores de padecimientos como hipertensión, diabetes mellitus y obesidad.

Se realiza una estimación del perfil sociodemográfico de la población inmigrante mexicana usuaria de las Ventanillas de Salud en California, así como una descripción de sus indicadores de padecimientos crónico-degenerativos. Para ello, se utilizó la información del Sistema de Información Continua y Reportes de Salud de los mexicanos en Estados Unidos (SICRESAL-MX), con el objetivo de estimar el volumen y los porcentajes de las características sociodemográficas y analizar las medidas antropométricas de dichos usuarios. A continuación, se presentan los resultados de esta investigación en dos secciones: 1) condiciones sociodemográficas y de salud de los usuarios de VDS y 2) un modelo de regresión logística para estimar las variables más explicativas del desarrollo de padecimientos crónico-degenerativos en los usuarios de VDS. La primera sección incluye una descripción detallada de las características de la muestra. En la segunda sección, se presentan los resultados de las asociaciones transversales entre las características sociodemográficas y los indicadores de hipertensión, diabetes mellitus y obesidad, con el objetivo de observar el impacto de estas variables y determinar si existe evidencia empírica de una relación causal.

4.2. Descripción del perfil sociodemográfico de las VDS en California

¿Cuál es el perfil sociodemográfico de la población inmigrante mexicana en donde se concentra el uso de Ventanillas de Salud? Con información del Sistema de Información Continua y Reportes de Salud de los mexicanos en Estados Unidos (SICRESAL-MX), recopilado del año 2018 al 2023, se identifica la distribución de las características sociodemográficas de los usuarios. Las características que se demuestran en la tabla 4.1 son la edad, la escolaridad, si cuentan o no con seguro médico, su nivel de inglés y el tiempo que tienen radicando en Estados Unidos.

La muestra total fue de 6,729 usuarios en las Ventanillas de Salud de California, de los cuales el 56% (3,810) son mujeres y el 44% (2919) son hombres. Los resultados dan cuenta que entre el año 2018 al 2023:

- 1) La edad media de los usuarios fue de 45.7 años; un 12.14% menor de 30 años y un 54.5% población entre los 31 y 50 años. Es decir, se trata de una población concentrada en las edades productivas.
- 2) Solo un 54% de los usuarios comenta tener educación. De los cuales un 25% cuenta con educación profesional y el 75% restante cuenta con años de educación básica.
- 3) El porcentaje de la población usuaria de VDS en California que no cuenta con un seguro médico es del 80%. Del cual 44% son hombres y 56% son mujeres.
- 4) La población usuaria de VDS en California tiene niveles muy bajos de dominio del idioma nativo. El porcentaje de usuarios que no saben o no hablan tan bien inglés es un total del 84%. De los cuales 43% son hombres y 57% son mujeres.
- 5) Hay un mayor porcentaje en los usuarios que han vivido en Estados Unidos por más de 21 años y entre 10 y 20 años, representando el 44% y el 38% de la muestra, respectivamente.

Tabla 4.1 Características sociodemográficas de la población inmigrante mexicana usuaria de las VDS de California, Estados Unidos.

	Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%
Edad				
Menores de 30	450	12	376	13
31 a 50 años	2063	54	1609	55
Mayores de 51	1297	34	934	32
Escolaridad				
Primaria	314	8	162	6
Secundaria	277	7	157	5
Preparatoria	340	9	168	6
Universidad y posgrado	281	7	188	6
Sin información	2598	69	2244	77
Seguro médico				
Si	789	21	557	19
No	3021	79	2362	81
Nivel de inglés				
No sabe	409	11	234	8
No tan bien	2833	74	2191	75
Muy bien	568	15	494	17
Tiempo en Estados Unidos				
0 a 10 años	197	5	177	6
11 a 20 años	459	12	329	11
más de 21 años	494	13	409	14
Sin información	2660	70	2004	69
Total	3810	100	2919	100

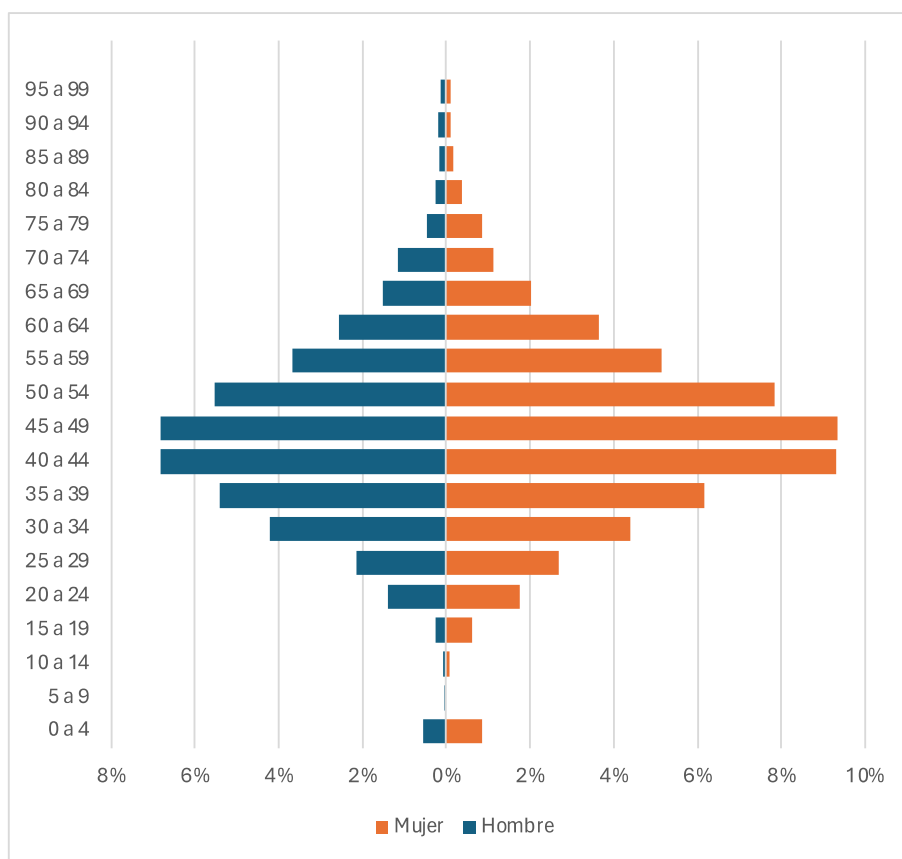
Fuente: elaboración propia con datos del SICRESAL-MX.

Podría argumentarse que estos datos son los esperados en el análisis descriptivo debido a que la estrategia de Ventanillas de Salud está diseñada justamente para atender a la subpoblación vulnerable de inmigrantes mexicanos, al encontrarse en puntos estratégicos como lo son los consulados mexicanos o Unidades móviles cerca de aeropuertos, puntos de cruce o puntos de deportación. El dato más sensible y que no es posible captar tanto por ética como limitaciones metodológicas es el estatus migratorio de los participantes. Dificilmente se puede afirmar que la población que acude a Ventanillas de Salud tenga un estatus irregular,

sin embargo, estudios demuestran que la población inmigrante de segunda o tercera generación cuenta con un mayor número de recursos para poder atender sus dolencias y enfermedades que un inmigrante de primera generación o con estatus irregular. (Viruell-Fuentes, 2007; Acevedo-Garcia, Sanchez-Vaznaugh, Viruell-Fuentes & Almeida, 2012).

Adicional a esto, existen pocos motivos, sino es que nulos, para que un inmigrante naturalizado o ciudadano mexicoamericano nacido en Estados Unidos acuda al consulado mexicano. La hipótesis anterior puede ser cierta para un segmento parcial de los usuarios de Ventanillas de Salud, sin embargo el objetivo no es refutar o aceptar esto, lo importante es mostrar que entre la distribución de los usuarios de Ventanillas de Salud se observa una relación con la falta de dominio de inglés, educación y seguro médico.

Gráfica 4.1 Pirámide poblacional de los Usuarios de VDS en California, Estados Unidos, 2018 – 2023.



Fuente: elaboración propia con datos de SICRESAL-MX

En relación con la distribución por sexo y edad, se observa que los 6,729 usuarios están distribuidos de manera desigual entre hombres y mujeres (gráfica 4.1). En ambos sexos, se muestra una concentración en las edades potencialmente productivas y reproductivas, es decir, entre los 30 y 54 años, donde en ambos casos existe una cúspide en la edad media, entre los 30 a los 49 años. Se destaca que tanto en la curva como en la cúspide, el porcentaje de mujeres es más alto en comparación con el de hombres.

En cuanto a ocupación, se agrupó la información disponible de VDS en grupos más grandes (cuadro 4.1) siguiendo la clasificación de industria y ocupación de la Encuesta de Población Actual (Current Population Survey, CPS), parte de los Datos de desempleo y fuerza laboral, de la Oficina de Estadísticas Laborales de Estados Unidos (Census Bureau). Estos grupos están basados en el Sistema Norteamericano de Clasificación de la Industria del 2017. La clasificación se detalla a continuación.

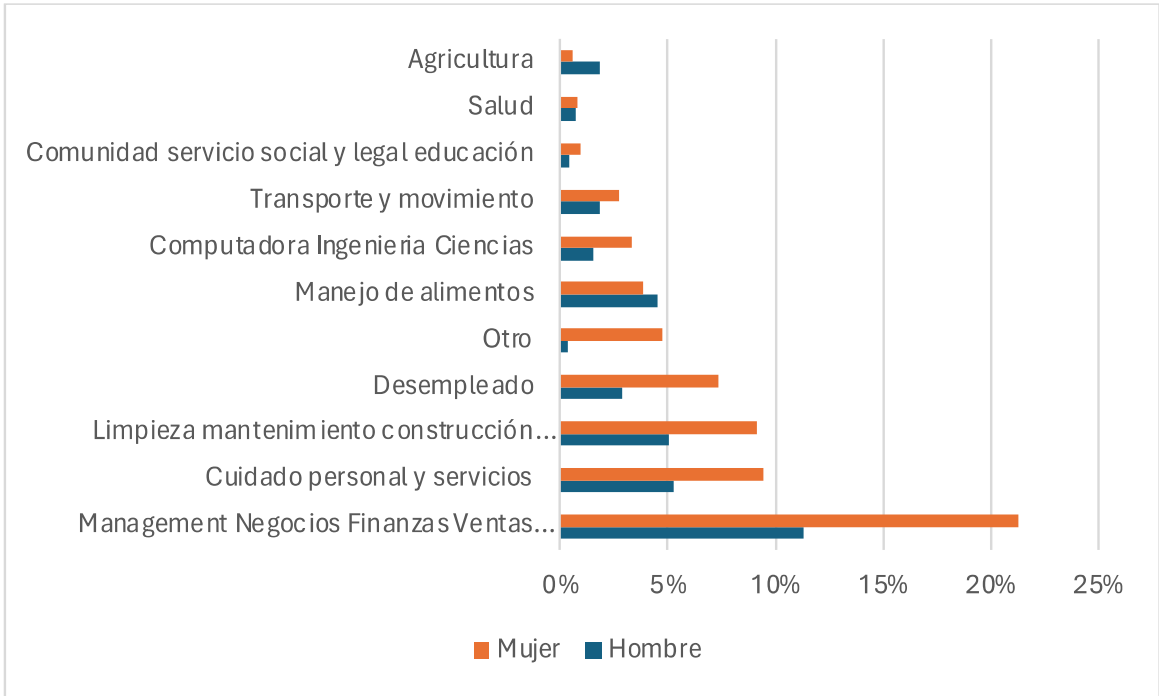
Cuadro 4.1 Distribución de las ocupaciones captadas en VDS de acuerdo al Sistema Norteamericano de Clasificación de la Industria.

Ocupación (n =1823)	n	%	ISD_TRAB (n = 1823)	N	%
			Actividades financieras	70	3.84%
			Administrador, gerente, supervisor	24	1.32%
Management, negocios, finanzas, ventas, oficina	268	14.70%	Cajero	99	5.43%
			Hotelería	5	0.27%
			Ventas	70	3.84%
Computadora, ingeniería, ciencias	28	1.54%	Fábrica	19	1.04%
			Ingeniero	9	0.49%
Comunidad, servicio social, servicio legal y educación	89	4.88%	Abogado	20	1.10%
			Asistencia social	18	0.99%
			Educación	51	2.80%
Salud	25	1.37%	Enfermera	16	0.88%
			Médico	9	0.49%
			Cocinero	78	4.28%
Manejo de alimentos	84	4.61%	Mesero	6	0.33%
			Construcción	52	2.85%
Limpieza, mantenimiento, construcción y landscaping	152	8.34%	Jardinería	11	0.60%
			Limpieza	54	2.96%
			Mantenimiento	35	1.92%
Cuidado personal y servicios	93	5.10%	Cuidado infantil	71	3.89%
			Secretaria o recepcionista	22	1.21%
Agricultura	258	14.15%	Agricultura	258	14.15%
Transporte y movimiento	44	2.41%	Transporte	36	1.97%
			Mecánico	8	0.44%
Desempleo	595	32.64%	Desempleado	595	32.64%
Otro	187	10.26%	Otro	187	10.26%

Fuente: elaboración propia con base a información obtenida en SICRESAL-MX

Los resultados indican que el 33% de los usuarios de Ventanillas de Salud laboran en ocupaciones relacionadas con administración, negocios, finanzas o ventas, en segundo lugar se encuentran en cuidados personales y servicios con un 15%, mientras que en la tercer categoría ocupacional es limpieza, mantenimiento o construcción, siendo un 14% quienes se encuentran insertados laboralmente en estas áreas (gráfica 4.2).

Gráfica 4.2 Principales ocupaciones de los inmigrantes mexicanos usuarios de VDS en el estado de California, Estados Unidos, 2018 – 2023.



Fuente: elaboración propia con datos de SICRESAL-MX

4.3. Perfil de salud de los usuarios de Ventanillas de Salud en California

En el apartado anterior se hizo una descripción somera del perfil sociodemográfico de los usuarios de Ventanillas de Salud, donde podemos observar que no cuentan con seguro médico, educación ni dominio de inglés sin importar si tienen o no padecimientos crónico-degenerativos. Este hecho refuerza la hipótesis de que hay un perfil compartido entre los usuarios. Ahora en el presente apartado se propone describir el perfil de salud de los usuarios de VDS en California. Para esto, se analiza las variables sociodemográficas de la población que presenta indicadores de padecimientos crónico-degenerativos.

4.3.1. Padecimientos crónico-degenerativos

El primer aspecto para explicar cómo y por qué los usuarios de Ventanillas de Salud en California muestran indicadores de padecimientos crónico-degenerativos es mostrar la relación que existe entre su perfil sociodemográfico y sus medidas antropométricas. Lo

anterior bajo la hipótesis de que existe una relación positiva entre su falta de aseguranza, su poco dominio de inglés y sus bajos niveles de educación.

Las encuestas que tradicionalmente se emplean para estudiar a la población inmigrante y sus indicadores de salud, como la *NHIS (National Health Interview Series)*, incluyen algunas preguntas asociadas a su perfil de salud, por ejemplo, si alguna vez un médico u otro profesional de la salud les dijo que tenía hipertensión, presión arterial alta, diabetes mellitus, colesterol, así como el número de visitas donde se lo han dicho, pero incluyen poco o nada sobre características antropométricas. Por lo anterior, resulta un reto metodológico mostrar relaciones en el proceso de enfermedad a partir de estas encuestas. En el capítulo dos de esta investigación, se planteó recurrir al análisis a partir de fuentes secundarias en los formularios que aplican a los usuarios de Ventanillas de Salud. Específicamente, debido a que a pesar de que no es una base de datos ponderada o con una muestra calculada, cuenta con tomas de medidas antropométricas y permite un acercamiento a un segmento poblacional que por lo general es complicado captar.

En un primer acercamiento se desagregó la información por indicadores antropométricos, distinguiendo: 1) prediabetes mellitus (glucosa en la sangre arriba de 100 mg/dL y debajo de 125 mg/dL) de diabetes mellitus (arriba de 126 mg/dL); 2) Presión elevada (presión sistólica entre 120 y 129 mm Hg y presión diastólica entre 80 mm Hg), hipertensión nivel I (presión sistólica entre 129 y 139 mm Hg y presión diastólica entre 80 y 89 mm Hg), nivel II (presión sistólica entre 140 y 180 mm Hg y presión diastólica entre 90 y 120 mm Hg) y crisis hipertensiva (presión sistólica arriba de 180 mm Hg y presión diastólica arriba de 120 mm Hg); y 3) sobrepeso (IMC entre 25 y 29.9), obesidad moderada (IMC entre 30 y 34.9), severa (IMC entre 35 y 39.9) y mórbida (IMC arriba de 40). Se descarta las medidas de colesterol debido a que no se cuentan con suficientes observaciones dentro del sistema.

Con base a dicha desagregación de datos (tabla 4.2) podemos concluir que:

- 1) En cuanto a glucosa, la prediabetes mellitus afecta de manera similar a hombres y mujeres, con prevalencias casi iguales en ambos sexos. Este hallazgo sugiere que los factores que conducen a la prediabetes mellitus están distribuidos de manera equitativa entre hombres y mujeres. Sin embargo, la diabetes mellitus es más prevalente en hombres (11.3%) en comparación con mujeres (8.2%). Esta diferencia puede indicar que los hombres tienen una mayor susceptibilidad a progresar de prediabetes mellitus a diabetes mellitus o que los factores de riesgo, como hábitos de vida o predisposiciones genéticas, afectan más a los hombres.
- 2) Respecto a los indicadores de presión arterial, los hombres presentan una mayor razón de indicadores de presión arterial (53.9%) en comparación con las mujeres (41.9%). Todos los niveles de hipertensión (presión elevada, hipertensión nivel I y nivel II) tienen una mayor prevalencia en hombres, destacando especialmente la hipertensión nivel II, que afecta al 28.1% de los hombres frente al 19.4% de las mujeres. Este patrón sugiere una mayor incidencia y severidad entre los hombres a desarrollar formas más severas de hipertensión.
- 3) En términos de peso y talla, no se observan diferencias significativas entre los sexos, ya que las prevalencias de sobrepeso y obesidad son similares en todas las categorías. Esto indica que tanto hombres como mujeres enfrentan riesgos similares con relación al peso y la obesidad.

Tabla 4.2 Prevalencia de indicadores de padecimientos crónico-degenerativos en usuarios de Ventanillas de Salud, California 2018-2023 por sexo.

	Hombre		Mujer	
	n	%	n	%
Indicadores de glucosa	901	30.9%	1058	27.8%
Prediabetes mellitus	571	19.6%	745	19.5%
Diabetes mellitus	330	11.3%	313	8.2%
Indicadores de presión arterial	1573	53.9%	1598	41.9%
Presión elevada	220	7.5%	258	6.8%
Hipertensión nivel I	527	18.1%	593	15.6%
Hipertensión nivel II	820	28.1%	740	19.4%
Crisis hipertensiva	6	0.2%	7	0.2%
Indicadores de peso/talla	135	4.7%	177	4.7%
Sobrepeso	47	1.6%	66	1.7%
Obesidad moderada	50	1.8%	59	1.6%
Obesidad severa	1	0.0%	1	0.0%
Obesidad mórdiba	37	1.3%	51	1.3%

Fuente: elaboración propia con base a datos de SICRESAL-MX

Al desagregar los datos de los indicadores de glucosa, presión arterial e índice de masa corporal, se observa una escasa cantidad de datos disponibles, lo cual limita la representatividad y precisión de los resultados obtenidos. Por lo que se decidió que para identificar a los usuarios que cuentan con padecimientos crónico-degenerativos en grupos más grandes, se agrupó a aquellos con los siguientes criterios antropométricos: 1) para diabetes mellitus solo población con glucosa arriba o igual a 126 mg/dL; 2) para hipertensión solo población con presión sistólica arriba de 120 mm Hg y presión diastólica arriba de 80 mm Hg; 3) para obesidad solo a población con un índice de masa corporal arriba de 30. Se calculó el porcentaje de usuarios para cada uno de estos casos (tabla 4.3). Los resultados muestran que de acuerdo con datos obtenidos a partir del SICRESAL 2018-2023, el 88.9% (5,442) de los usuarios de las VDS de California indican padecimientos crónico-degenerativos, siendo la hipertensión el padecimiento más representativo captado por Ventanillas de Salud (47.12%), continuando con diabetes mellitus (29.10%) y en último lugar, la obesidad (4.7%).

Tabla 4.3 Prevalencia de padecimientos crónico-degenerativos en usuarios de Ventanillas de Salud, California 2018 – 2023.

Indicadores de Padecimientos	n	% IC
Diabetes mellitus	1959	29.10% (28.02% - 30.21%)
Hipertensión	3171	47.12% (45.92% - 48.33%)
Obesidad	312	4.7% (4.19% - 5.21%)

Fuente: elaboración propia con base a datos de SICRESAL-MX.

Con base a los resultados de la tabla 4.4 se puede inferir que en las Ventanillas de Salud de California, entre el año 2018 y 2023:

- 1) Si bien, los usuarios con padecimientos crónico degenerativos se concentran en la población de 30 a 50 años de edad, la prevalencia de hipertensión y diabetes mellitus pareciera aumentar con la edad, siendo más alta en el grupo de mayores de 50 años.
- 2) Se puede destacar una relación entre el tiempo en el país receptor y los padecimientos crónico degenerativos. Las personas que han estado más tiempo en Estados Unidos muestran una mayor prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión. El porcentaje de población con más de 21 años radicando en Estados Unidos es mayor en los tres padecimientos crónico-degenerativos que se analizaron.
- 3) Solo un 22% de la muestra cuenta con algún indicio de educación, sea básica o profesional. A simple vista aún no se percibe una relación entre la educación y los padecimientos crónico-degenerativos.
- 4) La falta de seguro médico está asociada con una mayor prevalencia de hipertensión, diabetes mellitus y obesidad. El 69.2% de la muestra no cuenta con seguro médico. Siendo un 48.5% hombres y el 51.5% mujeres.

- 5) Las personas que no hablan inglés presentan una mayor prevalencia de estos padecimientos, especialmente la obesidad. El 83.56% de la muestra no cuenta con dominio de inglés. Siendo el 45.5% hombres y el 54.5 mujeres.

Tabla 4.4 Condiciones sociodemográficas de los usuarios que presentan indicadores de padecimientos crónico-degenerativos en VDS, California 2018 – 2023.

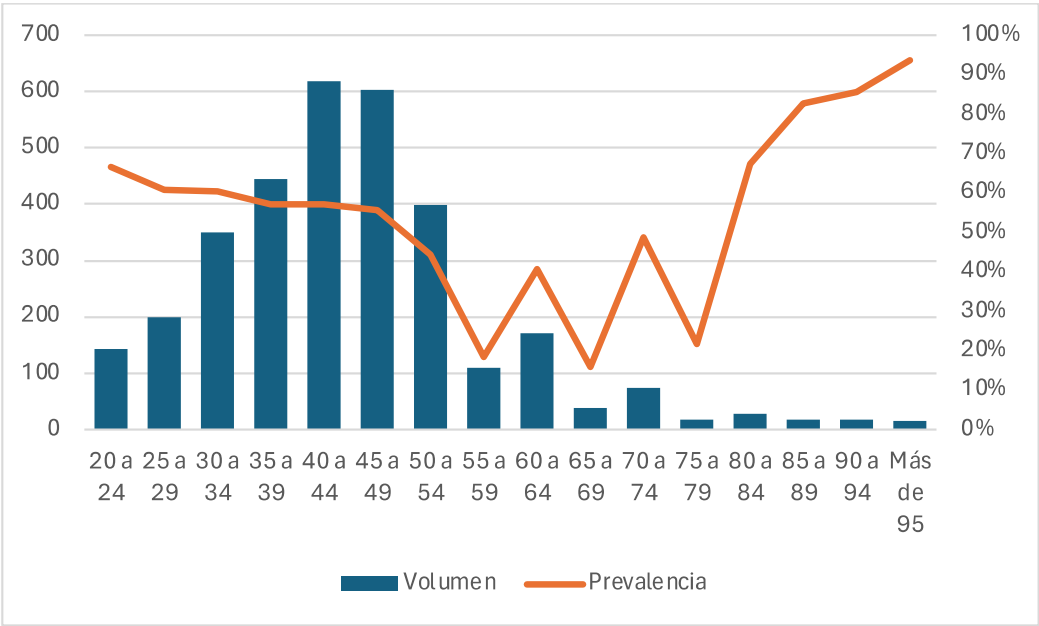
	Hipertensión (n=3171)				Diabetes mellitus (n=1959)				Obesidad (n=312)			
	H	%	M	%	H	%	M	%	H	%	M	%
Edad												
Menos de 30	205	6.5	136	4.3	106	5.4	87	4.4	24	8	25	8
de 30 a 50	834	26.3	776	24.5	434	22.2	513	26.2	88	28	109	35
Mayores de 50	534	16.8	686	21.6	361	18.4	458	23.4	23	7	43	14
Escolaridad												
Educación												
Básica	178	5.6	212	6.7	124	6.3	99	5.1	29	9	28	9
Educación												
Profesional	227	7.2	257	8.1	161	8.2	141	7.2	8	3	18	6
Tiempo en Estados Unidos												
1 a 10 años	95	3.0	67	2.1	45	2.3	60	3.1	7	2	4	1
10 a 20 años	294	9.3	313	9.9	166	8.5	222	11.3	19	6	27	9
Más de 21 años	357	11.3	376	11.9	250	12.8	284	14.5	18	6	23	7
Seguro Médico												
Si	464	14.6	514	16.2	301	15.4	352	18.0	18	6	28	9
No	1109	35.0	1084	34.2	600	30.6	706	36.0	117	38	149	48
Inglés												
Si	374	11.8	262	8.3	237	12.1	179	9.1	12	4	11	4
No	1199	37.8	1336	42.1	664	33.9	879	44.9	123	39	166	53

Fuente: Elaboración propia con datos de SICRESAL-MX.

A continuación, se analiza la prevalencia y volumen de padecimientos crónico-degenerativos en grupos etarios. Los inmigrantes mexicanos que registraron indicadores de hipertensión presentan características particulares (gráfica 4.3). El mayor volumen se encuentra en los grupos de edad media de 35 a 49 años, mostrando una cantidad significativamente mayor de personas en comparación con otros grupos. El volumen aumenta significativamente a partir del grupo etario de 20 a 24 años y luego comienza a disminuir a

partir de los 50 años. Si bien, existen incrementos menores en algunos grupos de edad avanzada, el volumen de población con hipertensión muestra una tendencia decreciente a partir de los 50 años.

Gráfica 4.3 Volumen y prevalencia de indicadores de hipertensión en usuarios de VDS California 2018-2023.



Fuente: elaboración propia con datos de SICRESAL-MX.

En cuanto a la prevalencia, esta se muestra estable a partir de los 30 años y muestra una ligera disminución y fluctuaciones hasta los 60 años. Es importante enfatizar que la prevalencia tiende a ser menor en los grupos con mayor volumen de personas y que los grupos de edad con mayor volumen no coinciden necesariamente con los más altos en la prevalencia. A partir de los 70 años, la prevalencia comienza a aumentar nuevamente, esta muestra ir en aumento volverse extremadamente alta en grupos etarios de edad avanzada, llegando casi al 100%.

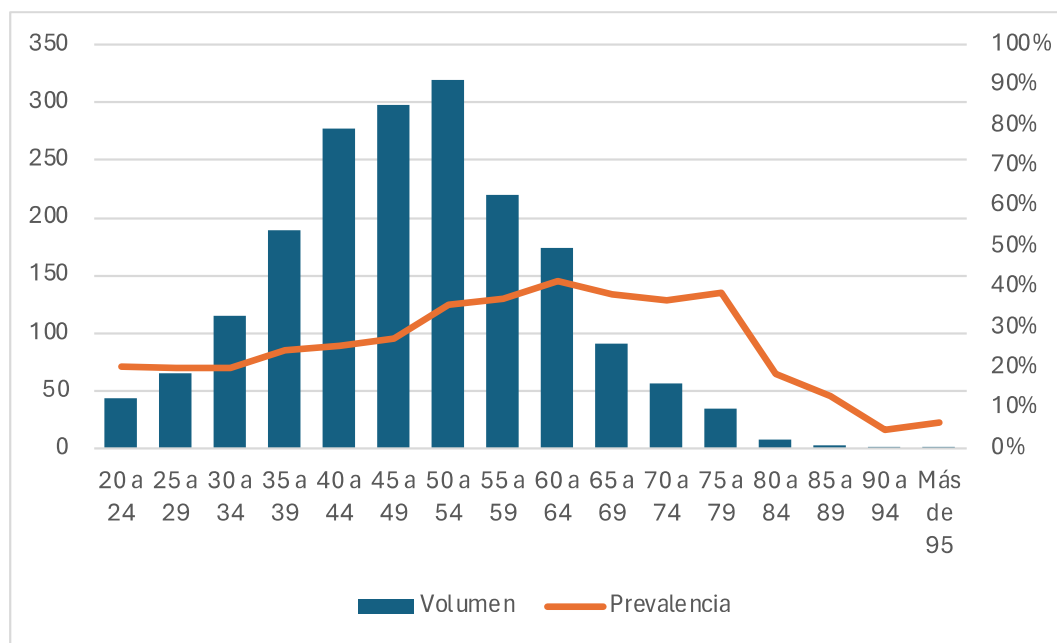
Esto puede explicarse con tres hipótesis: i) la primera es que los volúmenes de población de esta edad que acuden a ventanillas son muy bajos, por lo que cualquier caso afecte significativamente el porcentaje; ii) estos sectores poblacionales acuden a Ventanillas de Salud buscando adquirir un servicio médico o que identifiquen la causa de una condición

o dolencia, lo que implica que no necesariamente la población en general de esa edad cuenta con indicadores crónico-degenerativos, solo aquellos pocos que son captados; y iii) a medida que las personas envejecen, la prevalencia de padecimientos crónico-degenerativos tiende a aumentar.

En el caso de los usuarios que muestran indicadores de diabetes mellitus (gráfica 4.4) hay un aumento lineal en el volumen desde los 25 años, alcanzando un pico en los grupos etarios de 40 hasta los 49 años, para posteriormente disminuir gradualmente y reducirse notablemente en los grupos mayores de 60. A partir de los 20 años, la prevalencia de diabetes mellitus aumenta gradualmente y se mantiene relativamente estable alrededor del 30-40% en los grupos de 30 a 54 años, mostrando una baja a partir de los 55 años, disminuyendo significativamente en los grupos mayores de 70.

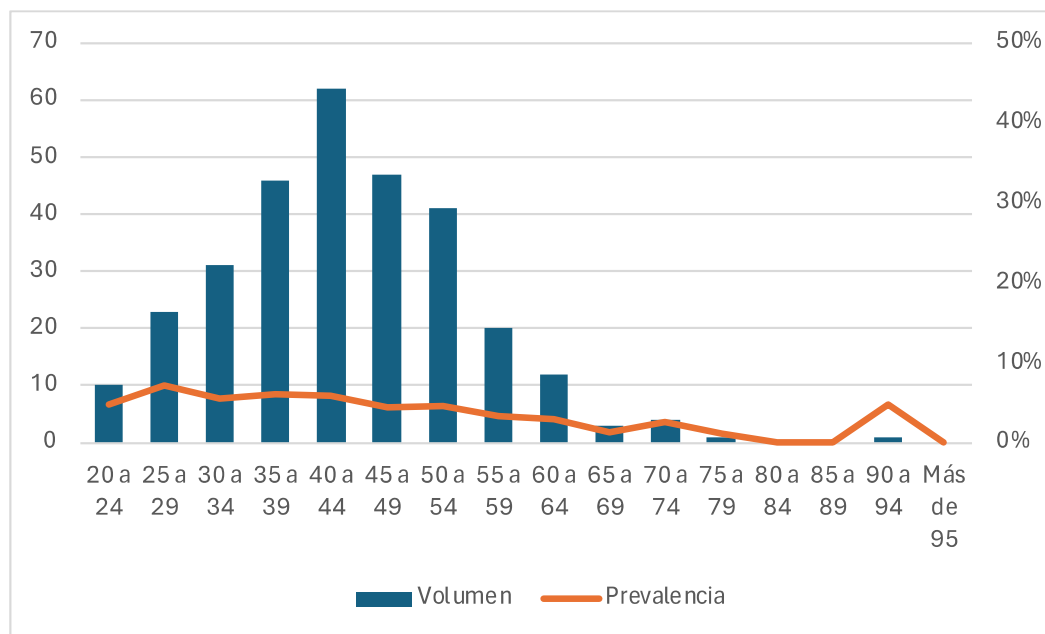
Los picos en el volumen coinciden con una prevalencia moderada de grupos en edad adulta (30 – 54 años), lo que sugiere que hay una concentración de personas con este padecimiento en grupos etarios de edad productiva y reproductiva. La reducción de prevalencia en los grupos de edad avanzada puede indicar una menor presencia de la condición en estas edades posiblemente por factores de mortalidad, diagnósticos menos frecuentes o la poca utilización de servicios de Ventanillas de Salud por parte de estos sectores etarios.

Gráfica 4.4 Volumen y prevalencia de indicadores de diabetes mellitus en usuarios de VDS California 2018-2023.



Fuente: elaboración propia con datos de SICRESAL-MX.

Gráfica 4.5 Volumen y prevalencia de indicadores de obesidad en usuarios de VDS California 2018-2023.



Fuente: elaboración propia con datos de SICRESAL-MX.

En cuanto a obesidad, el mayor volumen se encuentra entre las edades de 25 a 44 años. El volumen disminuye gradualmente después de los 50 años. A partir de los 20 se mantiene relativamente baja y estable mostrando que solo el 5 y 10% de los grupos etarios de edad adulta y edad media muestran indicadores de obesidad, para posteriormente mostrar una tendencia a la baja, disminuyendo significativamente en los grupos mayores de 60 años.

4.3.2. Factores sociodemográficos asociados a padecimientos crónico-degenerativos

Como se mencionó anteriormente, factores como el seguro médico y el nivel de inglés están relacionados con el desarrollo de enfermedades en la población inmigrante mexicana. Ahora, el objetivo es evaluar la relevancia de estos factores en diferentes enfermedades. Antes de proceder al diseño del modelo logístico con todas las variables independientes, se realiza un análisis bivariado para analizar los tres padecimientos crónico-degenerativos reportados por los usuarios de las Ventanillas de Salud en California: diabetes mellitus, hipertensión y obesidad, tanto de forma general como por sexo. Los resultados son explicados a partir de razones de momios.

Los resultados del análisis del modelo bivariado (ver tabla 4.5) muestran que las variables incluidas ayudan a explicar el desarrollo de indicadores de enfermedades crónico-degenerativas en los usuarios de las Ventanillas de Salud en California. En cuanto al sexo, los hombres tienen una mayor probabilidad de desarrollar hipertensión en comparación con las mujeres, (1.62). Respecto a la diabetes mellitus, los hombres también presentan una probabilidad ligeramente mayor de desarrollarla (1.16) en comparación con las mujeres. En cuanto a la obesidad, no se observaron diferencias significativas entre las probabilidades de desarrollar indicadores en hombres en comparación con las mujeres.

Por otro lado, los resultados del modelo bivariado indican que existe una relación entre la edad avanzada y el desarrollo de indicadores de hipertensión y diabetes mellitus entre los usuarios de VDS en California en comparación con personas de edades tempranas y medias. La población mayor de cincuenta años presenta mayor riesgo de desarrollar estos padecimientos en comparación con los grupos menores de 30 años y grupos de 30 a 50 años,

con probabilidades de riesgo de 1.65 para indicadores de hipertensión y 1.70 para indicadores de diabetes mellitus.

En cuanto a escolaridad, los resultados del modelo bivariado muestran una asociación positiva entre la educación profesional y el desarrollo de indicadores de hipertensión y diabetes mellitus. La población con educación profesional muestra mayor riesgo de desarrollar estos padecimientos en comparación con los grupos con educación básica, con probabilidades de riesgo de 1.65 y 1.64 para hipertensión y diabetes mellitus, respectivamente. Mientras que para la obesidad, los usuarios con educación básica muestran una probabilidad significativa de desarrollar obesidad (2.16) en comparación con la población con educación profesional, la cual funge como un factor de protección dentro de dicho padecimiento disminuyendo las probabilidades de desarrollar dichos indicadores en 0.46.

En relación al tiempo de residencia en Estados Unidos, se observa que las personas que han vivido en el país más de 21 años presentan una mayor probabilidad de riesgo al desarrollo de indicadores de hipertensión y diabetes mellitus en comparación con grupos con menos años residiendo en el país. El riesgo de desarrollar indicadores de hipertensión pasados 20 años en Estados Unidos son de 1.39 en comparación con los usuarios que tienen de 1 a 20 años en el país, mientras que la probabilidad de riesgo de diabetes mellitus es de 1.57.

Para concluir el análisis del primer modelo bivariado, se observa que tanto la falta de seguro médico como el desconocimiento del idioma local están fuertemente asociados con una mayor probabilidad de padecer enfermedades crónico-degenerativas en comparación con las personas que si cuentan con dichas facilidades. La ausencia de seguro médico incrementa el riesgo de desarrollar indicadores de hipertensión y diabetes mellitus un 3.86, mientras que la probabilidad de riesgo de desarrollar diabetes mellitus es de 2.94 en comparación con la población que sí cuenta con seguro médico. Por otro lado, no hablar inglés aumenta la probabilidad de desarrollar hipertensión y diabetes mellitus en un 1.85 y 1.72, respectivamente. Mientras que la probabilidad de desarrollar indicadores de obesidad es significativamente mayor, siendo de 2.46 en comparación con los usuarios que si demuestran

habilidades para hablar inglés. Es importante destacar que el tener seguro médico funciona como un factor de protección reduciendo la probabilidad de desarrollar indicadores de hipertensión y diabetes mellitus disminuyendo la probabilidad de desarrollarlo en 0.25 y 0.33, respectivamente. De igual forma el hablar inglés disminuye las probabilidades de desarrollar indicadores de hipertensión, diabetes mellitus y obesidad (0.53, 0.58 y 0.41, respectivamente).

Como se explicó en los capítulos uno y dos, varios factores sociodemográficos vinculados con el desarrollo de indicadores de padecimientos ya han sido ampliamente estudiados. Ahora se busca examinar su impacto en ambos sexos. Para ello, se ajustó un modelo de regresión logística específico para la población con padecimientos, separado por sexo. El modelo busca mostrar la diferencia del peso por cada sexo de los factores sociodemográficos. Con base en los resultados del análisis descriptivo y el primer modelo, se podría esperar que los factores sean significativos al momento de explicar seguro médico, años en Estados Unidos y dominio de inglés.

Tabla 4.5 Modelo bivariado de factores sociodemográficos asociados a padecimientos crónico-degenerativos en los usuarios de VDS, California 2018 - 2023.

	Hipertensión			Diabetes mellitus			Obesidad		
	OR	(IC 95%)	valor p	OR	(IC 95%)	valor p	OR	(IC 95%)	valor p
Sexo									
Hombre	1.62	(1.47 - 1.78)	0.000	1.16	(1.04 - 1.29)	0.006	1.00	(0.80 - 1.26)	0.937
Mujer	0.62	(0.56 - 0.68)	0.000	0.86	(0.77 - 0.95)	0.006	0.99	(0.78 - 1.25)	0.937
Edad									
Menos de 30	0.76	(0.66 - 0.88)	0.000	0.71	(0.60 - 0.84)	0.000	1.35	(0.98 - 1.84)	0.062
de 30 a 50	0.75	(0.68 - 0.82)	0.000	0.70	(0.63 - 0.78)	0.000	1.47	(1.16 - 1.86)	0.001
Mayores de 50	1.57	(1.42 - 1.74)	0.000	1.70	(1.53 - 1.90)	0.000	0.52	(0.39 - 0.68)	0.000
Escolaridad									
Educación Básica	0.60	(0.50 - 0.72)	0.000	0.61	(0.49 - 0.74)	0.000	2.16	(1.34 - 3.46)	0.001
Educación Profesional	1.65	(1.37 - 1.98)	0.000	1.64	(1.34 - 2.01)	0.000	0.46	(0.29 - 0.74)	0.001
Tiempo en Estados Unidos									
1 a 10 años	1.05	(0.66 - 1.67)	0.812	1.20	(0.79 - 1.83)	0.370	0.72	(0.30 - 1.74)	0.471
10 a 20 años	0.92	(0.74 - 1.14)	0.451	0.79	(0.66 - 0.95)	0.010	1.33	(0.96 - 1.83)	0.152
Más de 21 años	1.39	(1.12- 1.72)	0.002	1.57	(1.31 - 1.87)	0.000	0.67	(0.44 - 1.02)	0.060
Seguro Médico									
Si	0.25	(0.23 - 0.29)	0.000	0.33	(0.30 - 0.38)	0.000	1.49	(1.08 - 2.04)	0.014
No	3.86	(3.39 - 4.40)	0.000	2.94	(2.60 - 3.30)	0.000	0.67	(0.49 - 0.92)	0.014
Inglés									
Si	0.53	(0.47 - 0.61)	0.000	0.58	(0.50 - 0.66)	0.000	0.41	(0.26 - 0.62)	0.000
No	1.85	(1.62 - 2.11)	0.000	1.72	(1.50 - 1.97)	0.000	2.46	(1.60 - 3.79)	0.000

Fuente: elaboración propia con base a información obtenida en SICRESAL-MX.

Se realizó un modelo aparte aplicado a las ocupaciones que reportaron los usuarios. Los resultados (tabla 4.6) indican que existe una probabilidad significativamente mayor a desarrollar hipertensión en personas que laboran en el ámbito computacional y de ingenierías, así como en trabajos referentes a servicios sociales y legales en comparación con la población

que se desempeña en áreas como *management*, negocios y ventas, siendo la probabilidad de riesgo de 5.81 y 2.14, respectivamente. Otras ocupaciones que demuestran significancia y probabilidades de riesgo de desarrollo de hipertensión son las personas que se dedican a servicios como limpieza, construcción, *landscaping* (1.56), así como ocupaciones relacionadas al transporte (3.37), en comparación con usuarios que se dedican a *management*, negocios y ventas.

En cuanto a diabetes mellitus, las ocupaciones con mayores probabilidades a desarrollar indicadores de dicho padecimiento son los usuarios que laboran en servicios sociales y legales, así como empleos relacionados con el transporte, donde las probabilidades de riesgo son de 1.66 y 2.03, respectivamente con comparación con personas que tienen ocupaciones en *management*, negocios y ventas. En cuanto a las ocupaciones relacionadas con manejo de alimentos, limpieza, construcción y *landscaping*, el modelo indica que dichas ocupaciones tienen factores de protección que reducen la probabilidad de desarrollar indicadores de diabetes mellitus en comparación con los usuarios que laboran en *management*, negocios y ventas, con probabilidades de protección de 0.52 y 0.39, respectivamente.

El modelo no demostró significancia estadística en la asociación de ocupaciones como el manejo de alimentos y la limpieza, construcción y *landscaping* y el desarrollo de indicadores de obesidad. Sin embargo, estos resultados se considera le falta robustez para poder ser considerados hallazgos, debido a que tanto la razón de momios como los intervalos de confianza son muy elevados, sugiriendo una varianza muy grande en los participantes.

Tabla 4.6 Ocupaciones asociadas a padecimientos crónico-degenerativos en los usuarios de VDS, California 2018 - 2023.

Ocupación (<i>Management, Negocios, Ventas</i>)	Hipertensión			Diabetes mellitus			Obesidad		
	OR	IC 95%	valor p	OR	IC 95%	valor p	OR	IC 95%	valor p
Computadora, Ingeniería Comunidad, servicio social y legal	5.81	(2.14 - 15.7)	0.001	1.44	(0.64 - 3.21)	0.370	-	-	-
Salud	2.14	(1.31 - 3.51)	0.002	1.66	(1.01 - 2.72)	0.044	1.51	(0.27 - 8.40)	0.637
Manejo de alimentos	2.24	(0.96 - 5.26)	0.063	1.48	(0.64 - 3.44)	0.356	-	-	-
Limpieza, construcción, landscaping	1.01	(0.62 - 1.67)	0.951	0.52	(0.29 - 0.96)	0.036	6.13	(1.74 - 21.5)	0.005
Transporte	1.56	(1.04 - 2.32)	0.030	0.39	(0.24 - 0.66)	0.000	13.8	(4.70 - 40.6)	0.000
Desempleado	3.37	(1.66 - 6.82)	0.001	2.03	(1.07 - 3.88)	0.031	-	-	-
	0.77	(0.57 - 1.03)	0.077	0.82	(0.61 - 2.07)	0.238	1.47	(0.47 - 4.57)	0.006

Fuente: elaboración propia con base a información obtenida en SICRESAL-MX.

Para finalizar el análisis bivariado, se realizaron dos modelos adicionales separando los casos y controles por sexo. Los resultados del modelo bivariado ajustado a usuarios hombres (ver tabla 4.7) indican que existe 1.68 de probabilidad de riesgo a desarrollar indicadores de diabetes mellitus en comparación con usuarios hombres menores de 50 años. En cuanto a la obesidad, existe una asociación con la edad media y el desarrollo de indicadores de dicho padecimiento en comparación con las edades más jóvenes. En hipertensión se encuentra una probabilidad de riesgo levemente elevada en usuarios hombres mayores de 50 años (1.21) en comparación con edades más jóvenes.

En cuanto a la escolaridad, el modelo ajustado para hombres muestra que los usuarios de VDS con educación profesional tienen mayores probabilidades de desarrollar hipertensión y diabetes mellitus (1.75 y 2.14 veces, respectivamente) en comparación con aquellos que solo tienen educación básica. Por otro lado, la población con educación básica tiene una probabilidad 3.98 veces mayor de desarrollar obesidad en comparación con los usuarios con educación profesional. A su vez, la educación profesional en población con indicadores de obesidad actúa como un factor de protección, reduciendo la probabilidad de desarrollar dicho

padecimiento en 0.25 veces en comparación con aquellos que solo cuentan con educación básica.

El tiempo en Estados Unidos no se mostró significativo en los usuarios hombres con padecimientos crónico degenerativos, con excepción de los usuarios con diabetes mellitus que tienen más de 21 años en el país. Los resultados indican que dicho grupo presenta una probabilidad de riesgo de 1.70 mayor a desarrollar diabetes mellitus en comparación con los grupos que tienen menos de 20 años en el país.

Tabla 4.7 Modelo bivariado de factores sociodemográficos asociados a padecimientos crónico-degenerativos en usuarios hombres de VDS, California 2018 - 2023.

	Hipertensión		Diabetes mellitus		Obesidad	
	OR (IC 95%)	Valor p	OR (IC 95%)	Valor p	OR (IC 95%)	Valor p
Edad						
Menos de 30	1.02 (0.82 - 1.27)	0.804	0.86 (0.68 - 1.10)	0.229	1.49 (0.95 - 2.36)	0.084
de 30 a 50	0.83 (0.72 - 0.96)	0.015	0.67 (0.57 - 0.78)	0.000	1.58 (1.10 - 2.27)	0.013
Mayores de 50	1.21 (1.03 - 1.42)	0.016	1.68 (1.43 - 1.99)	0.000	0.42 (0.26 - 0.65)	0.000
Escolaridad						
Educación						
Básica	0.57 (0.42 - 0.78)	0.000	0.46 (0.33 - 0.64)	0.000	3.98 (1.79 - 8.83)	0.001
Educación						
Profesional	1.75 (1.28 - 2.38)	0.000	2.14 (1.56 - 2.94)	0.000	0.25 (0.11 - 0.56)	0.001
Tiempo en Estados Unidos						
1 a 10 años	1.03 (0.42 - 2.54)	0.940	0.79 (0.43 - 1.45)	0.451	1.07 (0.30 - 3.80)	0.920
10 a 20 años	0.86 (0.67 - 1.12)	0.276	0.81 (0.62 - 1.06)	0.120	1.45 (0.78 - 2.69)	0.239
Más de 21 años	0.87 (0.58 - 1.30)	0.508	1.70 (1.31 - 2.22)	0.000	0.51 (0.26 - 0.99)	0.048
Seguro Médico						
Si	0.18 (0.14 - 0.23)	0.000	0.29 (0.24 - 0.35)	0.000	0.62 (0.38 - 1.03)	0.071
No	5.62 (4.44 - 7.13)	0.000	3.45 (2.85 - 4.17)	0.000	1.59 (0.96 - 2.64)	0.071
Inglés						
Si	0.31 (0.25 - 0.38)	0.000	0.41 (0.34 - 0.50)	0.000	0.46 (0.25 - 0.83)	0.010
No	3.24 (2.59 - 4.05)	0.000	2.45 (2.01 - 2.98)	0.000	2.19 (1.20 - 4.00)	0.010

Fuente: elaboración propia con base a información obtenida en SICRESAL-MX

Por último, el modelo bivariado ajustado para hombres indica que existe una relación entre no tener seguro médico y no hablar inglés con mayores probabilidades de riesgo a desarrollar indicadores de hipertensión, diabetes mellitus y obesidad en comparación con aquellos que si cuentan con dichas facilidades. Aquellos usuarios con dichos padecimientos y que no contaban seguro médico tenían una probabilidad de riesgo de 5.62 y 3.45 mayor de contraer hipertensión y diabetes mellitus en comparación con los usuarios que si cuentan con seguro médico, respectivamente. En contraparte a lo anterior, la población con seguro médico tiene una probabilidad de reducir el desarrollo de indicadores de hipertensión y diabetes mellitus un 0.18 y 0.29 veces, en comparación con la población que presenta dichos indicadores y no cuenta con seguro.

Dicho modelo también indica que el no contar con la facilidad para hablar inglés es un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de desarrollar indicadores de los tres padecimientos crónico-degenerativos analizados, donde existe una probabilidad mayor de desarrollar indicadores de hipertensión (3.24 veces), diabetes mellitus (2.45 veces) y obesidad (2.19 veces) comparado con aquellos que si cuentan con seguro médico. A su vez, el modelo ajustado para hombres indica que el poder hablar inglés es un factor de protección para reducir indicadores en los tres padecimientos analizados. Donde el hablar inglés reduce la probabilidad de desarrollar indicadores de hipertensión, diabetes mellitus y la obesidad en un 0.31, 0.41 y 0.46, respectivamente en comparación con aquellos usuarios que no hablan inglés.

Ahora, para el modelo bivariado ajustado a mujeres (ver tabla 4.8) los resultados indican que las usuarias mayores de 50 años presentan probabilidades considerablemente mayores de riesgo a desarrollar hipertensión y diabetes mellitus en comparación con usuarias menores de 50 años, con una probabilidad de riesgo de 1.97 y 1.74, respectivamente. En cuanto a la escolaridad, similar a los resultados indicados en hombres, las usuarias con educación profesional muestran mayor probabilidad de riesgo a desarrollar indicadores de hipertensión y diabetes mellitus en comparación con usuarios con solo educación básica. Con una probabilidad de riesgo de 1.59 y 1.33, respectivamente.

Respecto al tiempo de residencia en Estados Unidos, no se encontraron probabilidades significativas en los grupos analizados, salvo en las mujeres con indicadores de hipertensión que han vivido en el país por más de 21 años, quienes enfrentan un riesgo significativamente mayor, con una probabilidad de 1.68 en comparación con aquellas que tienen menos de 20 años de residencia. En cuanto a seguro médico, el modelo indica que contar con seguro médico reduce considerablemente el riesgo de indicadores de hipertensión y diabetes mellitus en comparación con la población usuaria que no cuenta con seguro médico (0.29 y 0.38, en el orden dado). Y de manera inversa, la falta de seguro incrementa notablemente las probabilidades de desarrollar dichos padecimientos, aumentando la probabilidad de riesgo de contraer indicadores de hipertensión y diabetes mellitus 3.34 y 2.64 veces, respectivamente.

Tabla 4.8 Modelo bivariado de factores sociodemográficos asociados a padecimientos crónico-degenerativos en mujeres usuarias de VDS, California 2018 - 2023.

	Hipertensión		Diabetes mellitus		Obesidad	
	OR (IC 95%)	Valor p	OR (IC 95%)	Valor p	OR (IC 95%)	Valor p
Edad						
Menos de 30	0.56 (0.45 - 0.69)	0.000	0.59 (0.46 - 0.75)	0.000	1.23 (0.79 - 1.90)	0.346
de 30 a 50	0.67 (0.60 - 0.77)	0.000	0.73 (0.63 - 0.84)	0.000	1.39 (1.01 - 1.89)	0.038
Mayores de 50	1.97 (1.72 - 2.25)	0.000	1.74 (1.50 - 2.01)	0.000	0.61 (0.43 - 0.86)	0.005
Escolaridad						
Educación						
Básica	0.62 (0.50 - 0.79)	0.000	0.75 (0.57 - 0.99)	0.042	1.45 (0.79 - 2.65)	0.228
Educación						
Profesional	1.59 (1.26 - 2.01)	0.000	1.33 (1.01 - 1.74)	0.042	0.69 (0.37 - 1.26)	0.228
Tiempo en Estados Unidos						
1 a 10 años	0.99 (0.56 - 1.75)	0.970	1.77 (0.99 - 3.14)	0.051	0.47 (0.13 - 1.71)	0.250
10 a 20 años	0.87 (0.67 - 1.12)	0.276	0.78 (0.62 - 0.99)	0.045	1.25 (0.75 - 2.12)	0.391
Más de 21 años	1.68 (1.30 - 2.19)	0.000	1.47 (1.16 - 1.86)	0.001	0.81 (0.48 - 1.39)	0.450
Seguro Médico						
Si	0.29 (0.25 - 0.35)	0.000	0.38 (0.32 - 0.45)	0.000	0.70 (0.47 - 1.06)	0.094
No	3.34 (2.83 - 3.94)	0.000	2.64 (2.24 - 3.11)	0.000	1.42 (0.94 - 2.14)	0.094
Inglés						
Si	0.82 (0.68 - 0.98)	0.029	0.81 (0.67 - 0.98)	0.031	0.36 (0.20 - 0.67)	0.001
No	1.22 (1.02 - 1.46)	0.029	1.24 (1.02 - 1.50)	0.031	2.76 (1.48 - 5.12)	0.001

Fuente: elaboración propia con base a información obtenida en SICRESAL-MX.

Además, el modelo indica que la falta de dominio en inglés se asocia de manera positiva con el desarrollo de indicadores en los tres padecimientos analizados, siendo notablemente mayor la probabilidad de riesgo a desarrollar obesidad en comparación con aquellos usuarios que si hablan inglés (2.76 veces más). Al comparar ambos modelos, se destacan varios puntos clave en relación con los factores sociodemográficos y su influencia en el desarrollo de indicadores de hipertensión, diabetes mellitus y obesidad entre hombres y mujeres:

- 1) El único factor sociodemográfico donde las mujeres muestran una mayor probabilidad de desarrollar indicadores es en la edad. Particularmente, las mujeres mayores de cincuenta años presentan una probabilidad de riesgo de 1.97 para hipertensión y 1.74 para diabetes mellitus, en comparación con mujeres menores de cincuenta años. Lo cual representa una probabilidad de riesgo aún mayor que las indicadas en el mismo modelo aplicado a hombres. En los demás indicadores, las diferencias entre ambos sexos son menos pronunciadas.
- 2) En términos de escolaridad, si bien tanto hombres como mujeres con educación profesional muestran mayores probabilidades de riesgo a desarrollar indicadores de hipertensión y diabetes mellitus en comparación con usuarios con solo educación básica, los hombres indican una probabilidad mayor de desarrollar dichos padecimientos en comparación con las mujeres, con probabilidades de riesgo de 1.75 y 2.14 respectivamente. Otro hallazgo es que los hombres con educación básica tienen una probabilidad de riesgo significativamente mayor (3.98) a desarrollar obesidad en comparación con usuarios hombres con educación profesional y mujeres en general, indicando una mayor propensión en este grupo. Además, el modelo indica que la educación profesional es un factor de protección que reduce el desarrollo de indicadores de obesidad en población masculina, en comparación con hombres que solo tienen educación básica. Dicho modelo no fue estadísticamente significativo en mujeres usuarias de ventanillas que padecen de obesidad.
- 3) El tiempo de residencia en Estados Unidos no muestra diferencias significativas ni probabilidades de riesgo elevadas entre ambos sexos y sus diferentes grupos etarios. Las probabilidades más significativas de desarrollar estos padecimientos se encuentran en la población con más de 21 años en Estados Unidos, siendo significativamente mayor el riesgo a hipertensión en los mujeres y diabetes mellitus en hombres. Con una probabilidad de riesgo de 1.68 en mujeres y 1.70 en mujeres, en comparación con población con menos de 20 años en el país. Esto resalta que el tiempo de estancia en Estados Unidos es un factor crucial en el desarrollo de estos indicadores.

- 4) La falta de seguro médico incrementa significativamente la probabilidad de desarrollar indicadores de hipertensión y diabetes mellitus tanto en hombres como en mujeres, siendo el riesgo a indicadores de hipertensión significativamente mayor en hombres, con una probabilidad de 5.62 en comparación con los hombres que si tienen seguro. Adicional a eso, el modelo indica que el contar con seguro médico es un factor de protección en ambos sexos, en comparación con la población que no cuenta con uno.
- 5) Finalmente, los hombres que no hablan inglés indican un riesgo significativamente mayor de desarrollar diabetes mellitus e hipertensión en comparación con usuarios hombres que si hablan inglés, con probabilidades de riesgo de 3.24 y 2.45 respectivamente. Las mujeres que no hablan inglés muestran probabilidades de riesgo levemente elevadas a desarrollar indicadores en esos mismos padecimientos en comparación con las mujeres que si hablan inglés, estas razones no son significativas en comparación con las probabilidades de riesgo en los hombres. En cuanto a obesidad, las mujeres que no dominan el inglés presentan una probabilidad de riesgo de 2.76, en comparación con los hombres que no hablan inglés, los cuales muestran una probabilidad de riesgo de 2.19. El modelo indica que el hablar inglés es un factor de protección para reducir el desarrollo de hipertensión, diabetes mellitus y obesidad en hombres en comparación con aquellos que no hablan inglés. Mientras que el modelo determina que el hablar inglés solo es un factor de protección en indicadores de obesidad en mujeres en comparación con aquellas que no hablan inglés.

El objetivo ahora es evaluar la relevancia de estos factores sociodemográficos en conjunto. Para ello, se ha ajustado un modelo de regresión logística aplicado a los tres padecimientos crónico-degenerativos analizados. Este modelo pretende mostrar la influencia del tiempo en Estados Unidos, el nivel de inglés, la educación, el seguro médico, la edad y el sexo. Según los resultados del análisis descriptivo, se espera que estos factores sean significativos al explicar el desarrollo de indicadores de hipertensión, diabetes mellitus y obesidad. Por lo tanto, el principal objetivo es identificar cuáles de estos factores tienen

mayor peso. La selección y cantidad de variables se basa tanto en el debate teórico como en los resultados del análisis bivariado.

A partir de los datos, se realizaron pruebas de bondad de ajuste y de verosimilitud. Con un nivel de significancia del 5%, hay suficiente evidencia para concluir que los modelos para hipertensión y diabetes presentan un ajuste moderado según el coeficiente de Pearson (0.5784 y 0.5783, respectivamente). Los valores del test de Hosmer (0.7208 y 0.6753, respectivamente) indican que ambos modelos se ajustan bien a los datos, siendo el modelo para hipertensión ligeramente mejor. Además, las áreas bajo la curva ROC para ambos modelos muestran una buena capacidad discriminatoria (0.7365 y 0.7090, respectivamente), con el modelo para hipertensión demostrando una mayor habilidad para distinguir entre casos positivos y negativos.

Por otro lado, a un nivel de significancia del 5%, los datos de la muestra no proporcionan pruebas suficientes para concluir que el modelo de obesidad se ajusta bien a los datos según Pearson (0.0000) y Hosmer (0.0002). Sin embargo, el modelo muestra una capacidad discriminatoria razonable entre casos positivos y negativos con una curva ROC de 0.7072. Esto se atribuye al pequeño tamaño de la muestra y a una elevada varianza en los datos.

Los resultados del modelo (ver tabla 4.9) muestran que las variables incluidas ayudan a explicar la influencia de ciertos factores sociodemográficos en el desarrollo de diversas enfermedades crónico-degenerativas entre la población inmigrante mexicana en Estados Unidos. En el caso de los usuarios de Ventanillas de Salud con hipertensión, la falta de seguro médico es la variable sociodemográfica que más contribuye al aumento de las probabilidades de desarrollar esta condición. Por ejemplo, un individuo sin seguro médico tiene 5.03 veces más probabilidades de desarrollar hipertensión en comparación con alguien que sí cuenta con seguro. El impacto de la falta de seguro médico es similar en otros padecimientos, aunque con diferente peso (probabilidades de 3.03 y 3.76 para el desarrollo de diabetes mellitus y obesidad, respectivamente).

En cuanto al sexo los resultados indican asociaciones similares en los padecimientos analizados. Entre los usuarios hombres existe una probabilidad de 2.51 y de 2.29 de desarrollar indicadores de hipertensión y diabetes mellitus respectivamente, en comparación con usuarias mujeres. La obesidad no indicó significancia estadística, lo cual podría ser resultado de una deficiencia en el ajuste del modelo o el tamaño de la muestra ya que existe plausibilidad biológica para sugerir que los hombres son más propensos a desarrollar dicho padecimiento en comparación a las mujeres.

Otra de las variables en las que se insistió fue en la edad. El modelo indica que entre la población usuaria de VDS el ser mayor a 50 años aumenta la probabilidad de riesgo a desarrollar indicadores de hipertensión y diabetes mellitus en un 1.97 y 2.21 respectivamente, en comparación con la población usuaria menor de 50 años. Resultado que, al igual que los anteriores, se había observado en el análisis bivariado. Por último, el no contar con inglés y el tener una escolaridad básica demostró significancia en obesidad, indicando que la población que no cuenta con dominio del idioma nativo y no cuenta con educación profesional tiene una probabilidad de riesgo de 2.89 y 2.94 respectivamente de desarrollar indicadores de obesidad, en comparación con la población que sí habla inglés y cuenta con educación preparatoria, pregrado y/o posgrado.

Con base a los resultados anteriores se puede sugerir que el perfil sociodemográfico de la población usuaria de Ventanillas de Salud en California muestra asociaciones positivas con el desarrollo de indicadores de padecimientos crónico-degenerativos. Se puede observar que a mayor edad hay mayores probabilidades de desarrollar indicadores de padecimientos como hipertensión y diabetes mellitus, esto se puede deber por un lado a los hábitos de vida que adquieren en el país receptor o simplemente por plausibilidad biológica puesto que existen estudios que demuestran que en la actualidad las prevalencias de dichos padecimientos se desarrollan a esas edades (Mackenbach, 1994; Adogu, Ubajaka, Emelumadu y Alutu, 2015).

Tabla 4.9 Modelo logístico multivariado de factores sociodemográficos asociados a padecimientos crónico-degenerativos en usuarios de VDS, California 2018 - 2023.

	Hipertensión			Diabetes mellitus			Obesidad		
	OR	IC 95%	valor p	OR	IC 95%	valor p	OR	IC 95%	valor p
Sexo (<i>mujer</i>)									
Hombre	2.51	(2.04 - 3.09)	0.000	2.29	(1.85 - 2.85)	0.000	1.44	(0.92 - 2.26)	0.113
Seguro médico (<i>si tiene</i>)									
No tiene	5.03	(3.86 - 6.55)	0.000	3.03	(2.32 - 3.97)	0.000	3.76	(2.09 - 6.76)	0.000
Edad (<i>menos de 50</i>)									
51 o más	1.97	(1.58 - 2.44)	0.000	2.21	(1.76 - 2.77)	0.000	0.34	(0.18 - 0.61)	0.000
Habla inglés (<i>si</i>)									
No	1.15	(0.92 - 1.45)	0.207	1.00	(0.79 - 1.27)	0.996	2.89	(1.53 - 5.48)	0.001
Escolaridad (<i>educación profesional</i>)									
Educación básica	1.40	(1.09 - 1.79)	0.007	1.23	(0.94 - 1.61)	0.123	2.94	(1.63 - 5.33)	0.000

Fuente: elaboración propia con base a información obtenida en SICRESAL-MX.

De igual forma, el modelo mostró ser significativo en el sexo. Esto quiere decir que a pesar de que el volumen y porcentaje de mujeres usuarias en VDS es mayor, la probabilidad de riesgo se muestra significativamente más alta en los hombres en comparación con las mujeres. Esto coincide con estudios donde se muestra que las tasas de mortalidad y las prevalencias de padecimientos son mayores en población masculina (Kalben, 2000).

Adicionalmente, el modelo mostró significancia en el seguro médico. Esto quiere decir que la probabilidad de riesgo se muestra significativamente más alta en población que no cuenta con seguro médico en comparación con aquellos que si tienen. Coincidiendo con estudios donde señalan el acceso a seguro médico como determinante social clave en la salud de población inmigrante (Orraca-Romano, Hamilton y Vargas-Valle, 2023).

4.4. Conclusiones del capítulo

De acuerdo con los datos de SICRESAL-MX se recopilaron datos antropométricos de 6729 usuarios de Ventanillas de Salud en California. Al analizar su situación, se identificaron varias características sociodemográficas comunes: 1) la mayoría de los usuarios está en edad productiva, con un promedio de 45 años y 20 residiendo en Estados Unidos; 2) las mujeres utilizan los servicios ligeramente más que los hombres (57% frente a 43%); 3) la mayoría de los usuarios tiene educación secundaria, no cuenta con seguro médico y no domina el inglés.

Entender cómo los factores sociodemográficos configuran el perfil de la población inmigrante mexicana ayuda a explicar su estado de salud en el país receptor. Los datos presentados en este capítulo sugieren que hay una relación positiva entre el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas y los factores sociodemográficos de los usuarios de Ventanillas de Salud en California. Estas correlaciones son más pronunciadas en hombres sin seguro médico, que no hablan inglés y que han vivido en Estados Unidos por más de 10 años. Ahora, es importante analizar cómo se mantienen estos padecimientos y por qué los inmigrantes mexicanos tienden a posponer la atención médica que necesitan.

CAPÍTULO V. FACTORES Y ESTRATEGIAS INVOLUCRADOS EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE MEXICANA DE ESTADOS UNIDOS.

5.1. Introducción y características de los entrevistados

Existe un índice de subutilización de servicios de salud por parte de la población inmigrante mexicana, así como miles de mexicanos con padecimientos crónico-degenerativos que no están llevando seguimiento (lo cual se puede inferir a partir de la población que acude a Ventanillas de Salud que no cuenta con seguro médico y está siendo referida a clínicas comunitarias) pero poco se sabe de las motivaciones y mecanismos que siguen a su subutilización. Con la finalidad de identificar y ordenar los factores y estrategias que influyen en la decisión de posponer su atención médica, se presentan y analizan desde una perspectiva cualitativa los casos de diez inmigrantes mexicanos radicando en Riverside, California en Estados Unidos. Se analiza los factores sociodemográficos y de predisposición relacionados a la decisión de acudir a servicios de salud que ofrece el Estado o el buscar alternativas informales para atender sus necesidades de salud.

El proceso procuró incluir casos de inmigrantes con y sin enfermedades crónicas degenerativas, así como aquellos con y sin seguro médico. No se establecieron cuotas en función de la edad ni se aplicaron criterios de exclusión o inclusión que favorecieran una mayor representación de hombres o mujeres. Se llevaron a cabo entrevistas con un total de 6 hombres y 4 mujeres, cuyas edades varían entre los 22 hasta los 61 años, mientras que los años en territorio estadounidense oscilan entre los 5 y los 48 años. Esto permite sugerir que la información recopilada en dicho trabajo de campo abarca una variedad de experiencias que permiten un análisis rico en el proceso de utilización de servicios de salud en la población estudiada (cuadro 5.1).

Cuadro 5.1 Mexicanos entrevistados en California con o sin seguro médico y padecimientos crónico-degenerativos.

Seudónimo⁹ y edad	Sexo	Nivel de Inglés	Años en Estados Unidos	Seguro Médico	Padecimientos Crónico- degenerativos	Educación
Momo (26)	Hombre	Bajo	5	No	No	Primaria
Alfredo (22)	Hombre	Bajo	5	No	No	Profesional
Ángel (28)	Hombre	Bajo	8	Si	No	Profesional
Fili (46)	Hombre	Muy bueno	20	No	Si	Secundaria
Leonel (28)	Hombre	Bajo	5	No	No	Preparatoria
Emma (47)	Mujer	Bajo	20	Si	Si	Preparatoria
Osbelia (42)	Mujer	Bajo	20	No	Si	Secundaria
Juan (61)	Hombre	Bajo	42	Si	Si	Primaria
Loy (53)	Mujer	Muy bueno	48	Si	Si	Preparatoria
Sainahi (24)	Mujer	Bajo	14	No	No	Profesional

Fuente: elaboración propia.

5.2. Análisis del contexto social y de salud del inmigrante en el país destino

5.2.1. Factores predisponentes y de necesidad de salud

Las entrevistas revelan una variedad de situaciones en el entorno de salud de los entrevistados en California. Sin embargo, hay un acuerdo general en cuanto al perfil de antecedentes y la autopercepción de salud de los entrevistados. Muchos mencionan que familiares cercanos, como padres o tíos, han sufrido de diabetes mellitus, hipertensión y problemas cardíacos, una tendencia común entre la mayoría de los entrevistados.

⁹ Se utilizaron nombres ficticios para garantizar la confidencialidad.

Además, se observa la presencia de enfermedades crónico-degenerativas en aquellos de edad media, es decir, mayores de cuarenta años. La mayoría de ellos con más de veinte años de residencia en Estados Unidos, presentan diversidad en su estatus migratorio, incluyendo ciudadanos, residentes e inmigrantes indocumentados. Entre los factores predisponentes, los participantes muestran conciencia de sus condiciones de salud, principalmente a través de chequeos anuales, que enfatizan como su única visita a clínicas u hospitales, cuenten o no con seguro médico. Solamente dos participantes hicieron referencia a factores de predisposición como la distancia de las clínicas y hospitales, comentando que se encontraban lejos de donde vivían y que llegar a ellos toma bastante tiempo.

El setenta por ciento de los participantes no cuenta con educación profesional, de los cuales un cuarenta por ciento solo cuentan con educación primaria y media superior. Un ochenta por ciento afirma tener bajo dominio del idioma inglés. La población que no habla el idioma local o cuenta con bajos niveles de alfabetización en salud se encuentra en desventaja en términos de acceso a servicios de salud. De acuerdo con Wilson, Chen, Grumbach, Wang, Fernandez (2005), Portes, Fernández-Kelly, Light (2013), Gulati y Hur (2022) la población en Estados Unidos con dominio limitado del inglés tiene mayores dificultades para entender situaciones médicas y el uso de medicamentos en comparación con quienes dominan el inglés. Indican que la falta de fluidez en inglés y las diferencias culturales pueden crear barreras significativas, ya que los pacientes no logran describir sus síntomas, lo que dificulta a los médicos diagnosticar, proporcionar instrucciones y asegurar el cumplimiento del tratamiento. También comentan que, en California por ejemplo, la población con dominio limitado del inglés tiene menos probabilidades de contar con un lugar habitual para acudir cuando están enfermos, aparte de la sala de emergencias, y son menos propensos a haber recibido atención preventiva en el último año.

El sesenta por ciento de los participantes no tienen seguro médico. Según Porteny, Ponce y Sommers (2022), a pesar de las disparidades en el acceso a la atención médica, existe una conexión notable entre tener una fuente regular de atención médica y contar con seguro médico. Este resultado resalta la importancia de mantener una relación constante con un proveedor de atención médica, lo cual puede ser fundamental para asegurar una cobertura de

salud adecuada. Este hallazgo, al igual que la relación significativa identificada en el capítulo anterior entre el desarrollo de enfermedades crónicas y la falta de seguro, subraya aún más la necesidad de establecer y mantener esta conexión médica continua.

En cuanto a chequeos con especialistas, ninguno hace referencia a esto más que Momo, el cual comenta tuvo que acudir al hospital central para atenderse una carnosidad en el ojo. Dicho hospital se encontraba en una ciudad llamada Ontario, la cual queda a cuarenta minutos de distancia de la ciudad donde él radica. La ciudad donde Momo radica cuenta con clínicas pequeñas para chequeos y atención a problemas ambulatorios, sin embargo, para atención especializada es necesario conmutar a ciudades más grandes.

Fili, de cuarenta y seis años, oriundo de una pequeña localidad de Jalisco, inmigró de forma irregular a los veintiséis junto con algunos de sus familiares más cercanos, viviendo siempre en el sur de California. Al igual que sus padres, padece hipertensión y prediabetes mellitus, la cual le fue diagnosticada desde el año 2013. Fili no cuenta con seguro médico y comenta que han pasado tres años desde su última visita al médico, al cual solo acude cuando presenta una emergencia o complicación médica a causa de posponer su atención:

Pues mi papá era diabético, fue tal vez la causa de su muerte. Yo creo la diabetes mellitus, después empezó el corazón, la presión, yo creo algo así. Pues hasta ahorita mi mamá es prediabética. De parte de mi esposa, su mamá y casi todos han tenido cáncer, mi familia no, casi no solo diabetes mellitus (Fili, 46 años).

Casi lo único que salgo mal casi siempre es el hígado graso, el colesterol y la presión alta. Lo demás no me dicen nada, casi siempre lo único es el colesterol, los triglicéridos y prediabético desde dos mil trece, diez años que me dijeron que era diabético (Fili, 46 años).

Juan de sesenta y un años, llegó a Estados Unidos en 1982 cruzando la frontera de forma terrestre cuando aún no se encontraba totalmente cercado el límite geográfico entre Baja California y California. En la actualidad es residente permanente y está interesado en realizar su naturalización puesto que ya puede aplicar para el examen en español. Juan cuenta con seguro médico, padece hipertensión, la cual le fue diagnosticada en territorio

estadounidense hace diez años. Comenta que sus hermanos padecen diabetes mellitus. En cuanto a su utilización de servicios de salud menciona acudir al médico cada tres meses para darle seguimiento a sus medicamentos y las visitas médicas las realiza solamente para su chequeo médico anual:

Solamente tengo presión alta, me la diagnosticaron hace diez años. Últimamente hay cáncer en la familia. Un hermano y una hermana tienen cáncer, incluso operaron a mi hermana de la tiroides, le salió mal y se la quitaron. Dos de mis hermanos padecen de diabetes mellitus. [...] Casi no voy al médico, solamente cuando voy a agarrar pastillas para la presión y eso me siento que soy saludable sobre esa parte. Cada tres meses tengo que ir por pastillas, al chequeo voy cada año y no me sale nada más que de la presión (Juan, 61 años).

Por otro lado, Loy de cincuenta y tres años fue traída a Estados Unidos por sus padres. Actualmente es ciudadana naturalizada. Loy cuenta con seguro médico, padece hipertensión y comenta tiene síntomas a los cuales especialistas de la salud aún no le dan un diagnóstico. Comenta sus padres padecieron de diabetes mellitus y problemas cardiacos. Comenta asistir al médico en situaciones de emergencia y acudir con regularidad para chequeos o exámenes:

Mi estado de salud está más o menos. [...] He estado poquito confundida porque todavía no me pueden dar respuesta de lo que tengo, he pasado por algunos desmayos y hasta ahorita no me han logrado decir qué es lo que me lo está provocando. Estoy tomando vitaminas y medicina para la presión alta. [...] Mi papá tenía el corazón grande, problemas con el corazón. Mi mamá tuvo diabetes mellitus. [...] Acudo tanto a clínicas como hospitales, voy en caso de emergencias debido a mis desmayos y cuando requiero exámenes o chequeos médicos (Loy, 53 años)

A partir de las experiencias recopiladas para esta investigación en la comunidad inmigrante de Riverside, California, se observa una diversidad en los recursos sociales que influyen en la disposición para utilizar servicios de salud más allá de la necesidad misma. Estos recursos sociales están vinculados tanto a hábitos de vida como a creencias y percepciones más allá de la sensación y gravedad de síntomas de enfermedad. En resumen, la población inmigrante estudiada muestra una heterogeneidad en sus características sociales, pero pareciera haber un consenso en la forma en que asocian sus necesidades de salud, puesto que existen patrones e indicadores similares en su utilización de servicios de salud.

5.4. Factores mediadores en la utilización de servicios de salud

Como parte de los hallazgos, se identificaron varios contextos que influyen en las creencias, percepciones y actitudes que desalientan o motivan el acudir a clínicas u hospitales en la comunidad de inmigrantes mexicanos de Riverside. Al examinar las entrevistas de los participantes, se observa una diversidad de creencias y actitudes en torno a los servicios de salud que ofrece el Estado, lo que llevó a la construcción de una red semántica para sintetizar dicha información. Esta red incluye tres códigos: a) Percepción de restricciones en la atención médica; b) Insatisfacción y miedo debido a un trato diferenciado; y c) Percepción de costos elevados.

Percepción de restricciones en la atención médica. Entre este factor de predisposición externa destaca que la impresión de invertir o perder tiempo juega un papel crucial en la decisión de utilizar o no los servicios de salud. Se sugiere que el proceso de atención a las necesidades de salud de la población inmigrante mexicana en California está determinado por la percepción de la utilidad de la visita médica y su relación con la gestión del tiempo. Factores como invertir tiempo en un diagnóstico erróneo, en visitas médicas repetidas sin encontrar alivio, en tratamientos ineficaces, o en ausentarse del trabajo o la escuela para acudir a una visita médica, son razones por las cuales la comunidad inmigrante estudiada elige no buscar atención médica, incluso cuando experimentan dolencias o enfermedades.

Con la intención de ilustrar el entramaje que articula este código se mencionan las citas de algunos casos. Loy y Juan, dos personas con estatus migratorio regularizado que cuentan con la facilidad de salir y entrar del país sin represalias en su estancia, ambos con más de cuarenta años viviendo en Estados Unidos. Sus testimonios sugieren una insatisfacción con los servicios médicos. Por un lado, Loy menciona que no han logrado una aproximación diagnóstica a su sintomatología a pesar de acudir de forma regular a chequeos médicos y encontrarse bajo tratamiento médico. Juan, por otro lado, expresa su frustración indicando que experimentó demoras significativas en la atención de emergencia y percibe limitaciones en las opciones de tratamiento. En ambos testimonios esta frustración e insatisfacción se atribuye a la percepción de perder el tiempo que invierten en sus visitas

médicas tanto en tiempos de espera como en la renuencia de visitas al médico que no terminan con un diagnóstico eficiente:

Quisiera decir que he tenido experiencias negativas porque igual no me han dado los resultados bien como yo quiero, he tenido desmayos, urticarias aquí pero no me dan medicina para controlármelo. [...] Tuve que ir a México y ahí es donde me dieron medicina para controlar un poco (Loy, 53 años).

Una vez que me corté la mano me llevaron en ambulancia al hospital. Cuando llegué como a las nueve me operaron como a las 3:30 p.m., más que nada no creían que tuviera una lesión grave hasta que me salió mucha sangre y estaba convulsionando me atendieron más rápido. [...] Duras hasta cinco horas para que te atiendan [...] Te dan medicina solamente para el dolor y nada más, está muy restringido aquí eso. Allá en México te dan medicina fuerte que te alivia rápido y aquí no, aquí te dan calmantes nada más (Juan, 61 años).

De igual forma, ambos testimonios sugieren una percepción de restricciones, especialmente en términos de acceso a medicamentos y opciones de tratamiento, lo cual lo atribuyen a una inversión de tiempo que no termina en mitigar sus padecimientos. Juan menciona que solo recibe analgésicos para el dolor, mientras que Loy indica que no recibe medicamentos adecuados para controlar sus síntomas. Como último punto a enfatizar, ambos participantes hacen comparaciones directas entre la atención médica en Estados Unidos y aquella que tienen facultad de adquirir en México, destacando preferencias por el sistema de salud mexicano en términos de acceso a medicamentos y rapidez en la atención. Loy menciona que en México le dieron medicamentos para controlar su sintomatología de manera efectiva, mientras que Juan señala que en México recibió tratamientos más efectivos y rápidos para atender sus necesidades médicas (se profundiza la atención médica en México en el eje de servicios alternativos de salud).

Por otro lado, Ángel y Alfredo, de 28 y 22 años respectivamente, cuentan con cinco años en territorio estadounidense. Entre los criterios que mencionan en sus testimonios destacan barreras percibidas relacionadas con distancia, tiempo, responsabilidades personales y experiencias de atención médica, que influyen en la utilización de servicios de salud. Ángel menciona que la distancia hasta el hospital puede ser un problema en vista de

que percibe se encuentra lejos. De igual forma, Ángel menciona que cree que puede tolerar el malestar y esperar a que sane solo, optara por esa opción. Una observación importante que resaltar es que, a pesar de no tener un estatus migratorio regularizado, no perciben esto como una barrera en la utilización de servicios de salud a diferencia de otros entrevistados:

Creo que siempre ha sido más que nada un tema de distancias si vivo algo lejos el hospital, entonces en ocasiones eso llega a ser un problema. Por un lado, mi ritmo de vida en ocasiones me lo impide. Desconozco si esto puede ser negligencia hacia mi persona, pero si me conflictúa demasiado mis padecimientos no dudo en atenderlos, por otro lado, si creo que puedo pasar algunos días con el malestar y dejar que sane solo no dudo en optar por esa opción (Ángel, 28).

Esto puede obstaculizar su capacidad para buscar atención médica de manera oportuna. Alfredo también resalta el desafío de ausentarse del trabajo o de la escuela para buscar atención médica, lo que sugiere que las responsabilidades laborales y educativas pueden ser obstáculos para acceder a la atención médica.

Además, Alfredo menciona que los tiempos de espera son largos y frustrantes. Esto sugiere que los obstáculos percibidos no se limitan solo a la accesibilidad en sus horarios personales, sino también a la experiencia de recibir atención médica, lo que influye en su satisfacción como usuario de servicios de salud y en su disposición para buscar atención médica, lo que a su vez puede llevarlo a postergar el cuidado de su salud. Al igual que Ángel, Alfredo muestra una tendencia a evaluar su sintomatología antes de buscar atención médica:

En general pues más o menos, tengo que faltar ya sea a la escuela o al trabajo para poder ir a ser atendido en caso de que suela surgir de que tenga que faltar ambos. [...] Los tiempos de atención son muy largos y suele ser muy enfadoso estar en la sala de espera. Para evitar ir suelo tomar en cuenta la reacciones que he tenido en enfermedades anteriores o en ocasiones anteriores en las que me he mostrado enfermo tal cual cuidarme (Alfredo, 22).

De acuerdo con Rodríguez, Vargas Bustamante, Ang (2009) y Chang (2019) la población inmigrante latina —tanto regular como irregular— es más propensa a percibir que han recibido atención médica de baja calidad en lugar de excelente o buena, y son más propensos a no recibir información sobre salud o atención médica por parte del personal de

salud en Estados Unidos. A partir del análisis de los factores de predisposición externa se puede sugerir que uno de los ejes principales en el proceso de utilización de servicios de salud de los inmigrantes entrevistados es la percepción de un mal servicio, sea por una ausencia de diagnóstico médico o la percepción de poca eficacia de los medicamentos recetados.

Por otro lado, Chi, Handcock (2014) comentan que si bien las disparidades en acceso a la salud existen tanto en inmigrantes que acaban de llegar al país receptor como aquellos que tienen tiempo viviendo en el territorio, la población inmigrante más nueva tiende a utilizar con menor frecuencia los servicios de salud y esto está mediado por la falta de seguro médico, la falta de recursos financieros adecuados y la incapacidad de navegar por el sistema de salud debido al poco dominio del inglés. Si bien, parte del no uso de servicios de salud en los inmigrantes jóvenes que fueron entrevistados parte del no querer invertir tiempo en ir a servicios de salud debido a su ritmo de vida y administración de tiempos, existe la posibilidad de que también esté mediado por factores intrínsecos como el dinero, es por eso que el aspecto económico y los costos de servicios serán profundizados en un apartado adicional.

Insatisfacción y miedo debido a un trato diferenciado. En este aspecto, se incluyeron testimonios breves que resaltan la actitud percibida por los usuarios hacia la atención proporcionada por el personal médico, destacando la predisposición que surge debido a las barreras culturales y lingüísticas que enfrentan en la atención médica. Leonel, un joven que llegó al país con visa de turista en 2018, relata que inicialmente enfrentó dificultades debido a su nacionalidad y a su limitado dominio del inglés al acudir a servicios de salud. Del mismo modo, Juan señala que el idioma ocasionalmente representó un obstáculo, pero logra comunicarse de todas formas. De igual forma, ambos testimonios expresan una preocupación por la actitud prepotente percibida en el personal de salud, relacionando de forma negativa la falta de atención adecuada en términos de calidad y costo:

Al principio fue un problema porque era mexicano [...] porque el idioma fue un problema [...] el racismo más que nada fue un problema que tuve, pero encontré un médico familiar que me sentí cómodo y por lo regular cuando siento la necesidad de ir voy con él (Leonel, 28 años)

Algunos médicos son muy prepotentes que piensan que son de ellos la clínica. El idioma a veces es un problema, pero le navega mucho uno, uno trata a señas de entenderse [...] No es barato, no te atienden bien, ni en las ambulancias ni en el hospital te ponen la atención que debe de ser (Juan, 61 años).

De acuerdo con Lee, Ayers, Kronenfeld (2009) la percepción de discriminación por parte del personal médico contribuye a generar disparidad en la salud de la población inmigrante hispana. Esta percepción tiene un impacto directo en el estado de salud que reportan. Además, debido a que esta comunidad percibe dicha discriminación, es más probable que retrasen la búsqueda de atención médica, lo cual se asocia con un deterioro de salud. Bazargan, Cobb & Assari (2021) comentan que la percepción de discriminación está relacionada con la desconfianza hacia el personal médico. La intención de este apartado no es profundizar en cuestiones sociales o culturales sino integrarlas en la decisión de posponer o no utilizar servicios de salud. Tanto Leonel como Juan hablan de cuestiones subjetivas que percibieron y afectan la confianza en el sistema de salud estadounidense, lo que termina por disuadir a la población entrevistada de buscar atención médica cuando la necesitan.

Momo y Emma subrayan que su estatus migratorio complica significativamente el acceso a la atención médica. Momo señala que los inmigrantes no reciben el mismo nivel de ayuda que un ciudadano o un residente, lo que dificulta aún más la obtención de servicios de salud accesibles. Emma menciona el temor constante que tenía a la deportación cuando aún no se encontraba regularizada, lo que la disuadía de buscar atención médica antes de obtener su residencia legal:

Lo que pasa es que nunca me ha tocado, pero si tuviera una (enfermedad), yo siento que sí sería muy complicado, porque sí... es que todo, por el estatus migratorio y aparte por el dinero, porque sí, hay servicios que son caros y no es como que te... como que te hagan como si eres de aquí, porque si tú eres de aquí te ayudan [...] como no eres de aquí, entonces pues sí, es un poquito más complicado, por todos lados, porque te van a cobrar bien caro (Momo, 26 años).

Principalmente el costo sí y al principio pues que todavía no estaba <<legalizada>> no tenía mi residencia pues se queda uno con el trauma verdad, entonces ya cuando empiezas a ir te sientes que te va a caer la migra, que te van a agarrar (Emma, 47 años).

Emma destaca el “trauma” y el miedo a ser deportada, lo que la hacía sentir insegura al buscar atención médica. Este miedo es una barrera psicológica significativa que afecta la disposición de los inmigrantes a buscar atención médica cuando la necesitan. Como se discutió en el marco contextual, las políticas de inmigración pueden afectar el bienestar y la salud de la población indocumentada. Estudios demuestran que las leyes y políticas en materia migratoria explícitamente proveen o restringen acceso a servicios de salud. Existe un gran número de leyes de inmigración que usan la palabra “indocumentado” para excluir a inmigrantes de programas federales de cuidado y que reciban servicios vitales o tratamiento a través de apoyos sociales y subsidios. Esto a través de derechos restrictivos o derechos mínimos mediados por la práctica legal, provocando cambios en el ambiente y el comportamiento del individuo desencadenando un acceso distinto a los servicios de salud y generando un desenlace de salud negativo (Martinez, Wu, Sandfort, Dodge, Carballo-Diequez, Pinto, ..., Chavez-Baray, 2015; Chang, 2019).

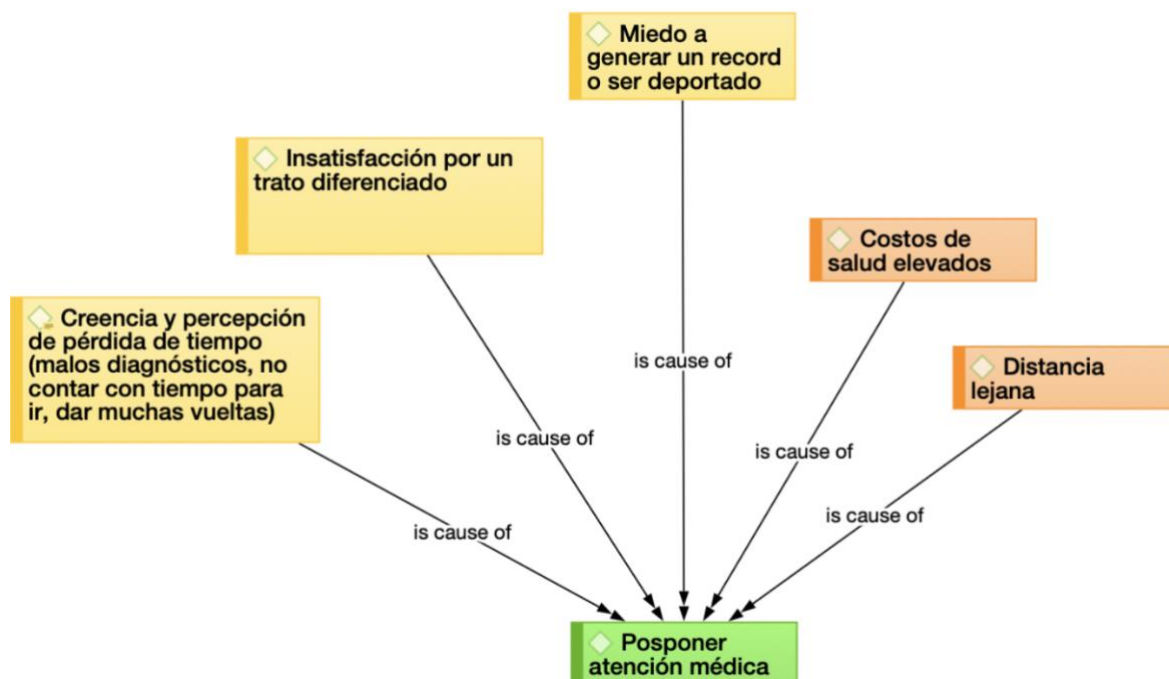
Percepción de costos de salud elevados. Se refiere a como el costo de la atención médica es subrayado por la comunidad inmigrante mexicana como una barrera significativa para la utilización de servicios de salud. Esta limitación impide un acceso continuo y adecuado a la atención médica, provocando que pospongan su uso y lo limiten a chequeos anuales, si es que los utilizan. Sainahí, por ejemplo, compara su experiencia cuando tenía seguro bajo el programa de acción diferida (DACA, por sus siglas en inglés), con la dificultad financiera que enfrentó después de perder dicho estatus. Alfredo también menciona que los costos hacen casi imposible acceder a tratamientos, incluso en situaciones de emergencia, donde el costo de una ambulancia puede equivaler a una cantidad considerable de horas de trabajo:

Pues el costo cuando tenía el DACA era diferente porque tenía seguro, pero cuando cambio mi estatus tuve que comenzar a pagar y pues los servicios la mayoría son muy caros, entonces ya me costó más trabajo. [...] Pues más que nada el costo, porque la verdad a veces si son como que muy muy altos y no, no alcanzo a pagarlos. [...] no es accesible la verdad (servicios de emergencia), o sea considero que es algo caro, el simple hecho de pedir una ambulancia de sale caro (Sainahi, 24).

Suelo usar chequeos anuales, mientras tanto no los utilizo ya que son muy costosos. [...] Como son muy elevados los costos suele ser imposible o casi imposible ser tratado o acceder a un tratamiento. [...] He tenido que pagar servicios y al final es mucho el deducible. La atención aquí en California sale muy costosa, el simple hecho de llamar alguna ambulancia puede costar toda una semana de trabajo (Alfredo, 22 años)

Portes, Fernández-Kelly y Light (2013) señalan que uno de los mayores obstáculos para acceder a la atención médica es el estatus migratorio de los pacientes. Estos no solo temen ser descubiertos y deportados, sino también enfrentarse a complicadas normativas burocráticas y costos elevados. Los grupos descritos anteriormente resumen las experiencias recopiladas en el trabajo de campo. No obstante, existen coincidencias entre diferentes percepciones, lo que significa que las experiencias mencionadas a menudo se combinan al decidir posponer la atención médica. Por ejemplo, Juan menciona que su limitado dominio del inglés, la percepción de tratos diferenciados y la percepción de baja calidad en la atención médica lo llevan a preferir posponer su atención médica en Estados Unidos y buscar otras alternativas. En otros casos, como el de Momo, la percepción de un trato diferenciado debido a su estatus migratorio, la falta de servicios médicos accesibles y el aumento de costos en salud hacen que decida posponer la atención a sus padecimientos. La imagen 5.1 resume los puntos principales abordados en este subapartado.

Imagen 5.1 Red semántica sobre las creencias y percepciones que causan el posponer la atención médica.



Fuente: elaboración propia.

5.5. Estrategias de atención médica ante las políticas de inmigración y los costos de salud

Portes, Fernández-Kelly y Light (2012) enfatizan lo poco común que es encontrar a inmigrantes padeciendo en las calles de California, lo cual sugiere que deben de existir otros caminos para que el inmigrante logre obtener atención médica a pesar de los obstáculos burocráticos y económicos, así como la posibilidad de redes de apoyo entre los mismos. Por lo tanto, es frecuente que se considere que los inmigrantes tienen agencia en su salud y encuentran formas de mitigar sus padecimientos a través de servicios de salud alternativos.

Por lo tanto, debido a los altos costos que perciben tienen los servicios de atención médica los inmigrantes mexicanos que radican en Riverside, California, se investiga cómo los entrevistados emplean estrategias para atender sus padecimientos más allá de la utilización de clínicas u hospitales. Estas estrategias se resumen en tres grupos, que incluyen

los siguientes códigos: a) facilitación de medicamentos y servicios médicos a través de la frontera; b) médicos y dentistas informales; y c) medicina tradicional. Lo que interesa ahora es mostrar cómo se explican dichas estrategias, es decir, por qué deciden recurrir a estas alternativas.

5.5.1. Facilitación de medicamentos y atención médica a través de la frontera.

Las experiencias recopiladas en las entrevistas muestran una homogeneidad en la facilitación de medicamentos y atención médica a través de la frontera, donde pierde relevancia el estatus migratorio. Es decir, población inmigrante irregular, naturalizada, con visa o residencia muestran una inclinación al cruzar la frontera para atenderse con médicos mexicanos o solicitar o comprar medicamento para posteriormente cruzarlo a territorio estadounidense. Los testimonios recopilados indican que los participantes a menudo optan por buscar atención médica y medicamentos en México debido a los costos más bajos, la percepción de mayor efectividad y calidad de los tratamientos, así como una mayor facilidad de acceso a medicamentos regulados en Estados Unidos.

Según los testimonios de Loy, Fili y Momo, hay una dependencia notable en las redes sociales de apoyo, ya que mencionan que familiares y amigos les traen medicamentos de México. Esto señala la importancia de estas redes en la reducción de barreras para tratar sus enfermedades y padecimientos. Además, estas redes de apoyo están vinculadas a la intención de superar barreras económicas y a la confianza y afinidad lingüística y cultural que los inmigrantes tienen con los servicios de salud y medicamentos mexicanos:

Medicina que ya conozco que es de México por ejemplo como penicilina. Todo eso que sé que es antibiótico que a mí me ha ayudado en toda mi vida como para una gripa, una fiebre o algo así que me han ayudado si, si los he pedido que me traigan y a veces siempre me gusta tener en la casa como pastillas o inyectables también. Ya cuando me siento mal algo así una inyección, unas pastillas y así es como me alivio. [...] Los precios porque si va a un doctor así cada vez pues si te cobran algo y si encargas unas medicinas en México tal vez sale más económicos. [...] Te sale más barato comprarlos allá en Tijuana que comprar unas pastillas aquí dentro del país, especialmente si un familiar que te las compró y te las da a precio de allá pues te salen casi

regaladas comparado con lo que cuestan aquí. A veces son eficientes ¿o será la fe que le tiene uno a la medicina mexicana? (Fili, 46 años).

Soy nacida aquí. [...] Le he pedido que me traigan medicamento a familia o amigos de México, prefiero esto a solicitar medicamento en California porque son mejor beneficio, nos funciona mejor. He cruzado la frontera para ir con médicos a tratarme las urticarias. [...] Son mejores, dan medicina que nos cura más rápido, o sea más barato. También le he pedido a familiares o amigos que me traigan medicina de México, prefiero eso a solicitarlo aquí (California) porque tienen mejores beneficios, nos funcionan mejor (Loy, 53 años).

Le he pedido medicina a familiares de México, se me hace más fácil, pero yo de que es riesgoso por estar medicándome solo. Aunque es más fácil conseguir las cosas de allá [...] Uno tiene que andar encargando medicinas o yendo, tener que ir a otros lugares por falta de (Momo, 26 años).

Según Fernández-Kelly y Portes (2012) una estrategia de afrontamiento común es utilizar los países de origen como fuente de atención médica. México, por ejemplo, tiene un sistema de salud universal financiado públicamente que, aunque no tiene los mismos avances tecnológicos que el sistema de salud estadounidense, está diseñado para ser accesible a toda la población. Al recibir medicamentos y tratamientos de familiares y amigos en México, la población inmigrante puede evitar los altos costos de la atención médica en Estados Unidos.

Esto es especialmente importante para el segmento poblacional que no cuenta con seguro médico o que enfrenta costos significativos incluso con seguro. Sin embargo, el uso de servicios de salud y compra de medicamentos en México no es exclusivo de la población sin seguro médico o con estatus migratorio irregular, puesto que participantes como Loy, Emma y Juan comentan también hacer uso de dichos servicios. Algunos entrevistados, como Emma y Juan, perciben que la calidad de la atención médica en México es superior, o al menos más personalizada y efectiva, en comparación con la atención recibida en California. Esto incluye tanto el trato de los médicos como la disponibilidad y efectividad de los tratamientos y medicamentos, atribuyendo los mismos mediadores que comenta los demás participantes del trabajo de campo:

He cruzado la frontera para acudir al médico porque es más barato, además puedo solicitar antibióticos. Principalmente es por los costos y ahora la facilidad de salir también a atenderme (Emma, 47 años)

Estoy yendo cada siete o quince días a Tijuana por fisioterapia porque es muy caro todo eso y aparte no es bueno el servicio aquí (California) de los terapeutas, solamente son trapos calientes y ya y vuelve para dentro de ocho días y allá no, te dan unos masajes buenos y aparte te relajan con parches eléctricos y todo eso le ayudan a uno mucho. [...] La medicina de México es más fuerte, con el medicamento de aquí no te alivias rápido. Aparte allá (México) te ponen inyecciones y aquí no. La inyección te alivia más rápido que las pastillas y esa es mi razón por la que me gusta más la medicina de allá (México). [...] Es caro, por eso que uno se va a México que está más barato todo allá. Sin seguro anda costando doscientos a trescientos dólares y para una emergencia te sale en tres mil cuatri mil dólares. [...] Ir a México al doctor es más barato, todo eso con lo que pagas una vez aquí (en California) allá puedes pagar cuatro o cinco veces (Juan, 61 años).

En parte suele ser menos costoso, es más fácil conseguirlo (medicamento) y pues en ocasiones la mayoría de los medicamentos pueden pasar de un país al otro. En una ocasión un familiar mío estaba teniendo problemas del estómago y lo más fácil o lo que tuvimos más cerca fue cruzarlo a México para que pudiera ser atendido. [...] La atención en México es más fácil o suele ser más este... económico (Alfredo, 22 años).

La verdad es que siempre lo he visto como una alternativa porque el medicamento en México no todo es barato, pero sin duda alguna comparado con California la verdad es que el costo cambia demasiado. [...] Cuando era más joven en una ocasión empecé a tener molestias en la espalda así que para que no fuera tan caro debido a que si me estaba saliendo una protuberancia me llevaron de regreso a México para tratarme. Era un absceso, tuvieron que hacerme una cirugía menor para extirparlo, pero si, al final de cuentas la idea era precisamente eso: economizar (Ángel, 28).

Autores como Pylip (2001), Wallace, Mendez-Luck, Castañeda (2009), Glinos, Baeten, Helble y Maarse (2010) coinciden en que el costo, la falta de seguro y la conveniencia motivan a la población inmigrante mexicana en Estados Unidos a buscar atención médica a lo largo de la frontera mexicana. No obstante, los retornos médicos son frecuentes incluso entre los mexicanos que tienen seguro de salud y aquellos que no viven cerca de la frontera.

Esto indica que la cultura particular de la medicina practicada en las clínicas fronterizas que visitan los mexicanos puede ser tan influyente en los retornos médicos como la conveniencia y el costo.

De igual forma Madden (2015) habla de cómo el tráfico de medicamentos por la frontera es una de las estrategias más comunes de cuidado y acceso a la salud por parte de las comunidades de inmigrantes mexicanos. Esta clase de estrategias son comunes en regiones con grandes concentraciones de inmigrantes mexicanos con bajos ingresos y que no califican para seguro médico, con proximidad geográfica con México. Madden menciona el uso de redes sociales para la búsqueda de medicamentos que requieren prescripción con la finalidad de traspasarlas a territorio estadounidense a población irregular que no puede cruzar la frontera.

Glinos, Baeten, Helble, Maarse (2010) comentan que dicha movilidad se produce cuando los pacientes eligen, de manera deliberada y mas o menos voluntaria, viajar al extranjero para recibir atención médica. Al comparar los servicios de salud en su país de residencia con los de otros lugares, los pacientes deciden dónde recibir tratamiento. Dado que esto implica una elección, es posible diferenciar cuatro factores motivacionales: 1) la disponibilidad (en términos de cantidad y tipos de servicios médicos); 2) la accesibilidad en costos (a causa de no contar con seguro médico y que los servicios disponibles en el país receptor sean prohibitivos); 3) la afinidad (lingüística y cultural) y 4) la calidad percibida de la atención médica. Aunque los pacientes consideran más aspectos al decidir viajar para recibir atención, la movilidad suele ser desencadenada por una de estas cuatro motivaciones.

Se puede concluir que los altos costos y la falta de accesibilidad económica en el sistema de salud de California obligan a muchos inmigrantes a buscar atención médica en México. Esto no solo permite reducir gastos, sino que también aprovecha la percepción de mayor eficacia y afinidad lingüística y cultural con los servicios y medicamentos mexicanos. Los testimonios de Alfredo y Ángel destacan la recurrencia a servicios médicos en México debido a los altos costos y la accesibilidad en comparación con los servicios que ofrece el estado de California. De igual forma, testimonios como los de Fili y Juan expresan una fuerte

creencia en la efectividad y calidad de los medicamentos y tratamientos en México. Prefieren estos debido a su afinidad con ellos y la percepción de que son más potentes o efectivos que los disponibles en California. Respecto a la facilitación de medicamentos a través de la frontera, se considera que la falta de un seguimiento a la toma de antibióticos, así como el autodiagnóstico, si bien mitiga el padecimiento en el momento que es tomado, representa riesgos a la salud de la población inmigrante a largo plazo al generar resistencia bacteriana y el riesgo de padecimientos más graves en la vida adulta avanzada.

5.5.2. Médicos y dentistas informales

Otra de las estrategias que se encontraron en los testimonios de algunos de los participantes en la búsqueda de alternativas más económicas para recibir atención médica fuera del sistema oficial de servicios de salud son los servicios médicos informales dentro de territorio estadounidense. Estos servicios surgen como parte de las estrategias que integran para afrontar las barreras y costos de los servicios de salud formal. Aun cuando estos servicios no ofrecen atención quirúrgica o servicios médicos especializados, sirven en la asistencia primaria, en la búsqueda de alivio a condiciones crónicas y en ofrecer confort psicológico.

Alfredo y Ángel señalan los altos costos de las clínicas convencionales en comparación con los precios más bajos ofrecidos por proveedores informales. Ambos testimonios muestran cómo, por razones económicas, optaron por recibir atención fuera del sistema médico formal de California. Alfredo se benefició de la recomendación de un amigo, lo que resalta la importancia que tienen las redes sociales en la decisión de recurrir a la atención médica informal. Por su parte, Ángel buscó deliberadamente un dentista “clandestino” para ahorrar dinero:

Recuerdo que tenía un problema en una muela e iba a atenderme, me dijeron en la clínica que iban a ser mil dólares, pero un amigo me dijo que conocía a un dentista que trabajaba por fuera y me cobraba cuatrocientos nada más (Alfredo, 22 años).

Perdí un pedazo de diente y para no perder la pieza completa, pero de igual manera por el tema económico considerando esa parte opté por ir con un dentista no sé si sea la palabra adecuada

clandestino se podría decir para que fuera más económico. De momento como tal ya no tengo más molestias, me cobró solo trescientos dólares. Coticé en una clínica y me dijeron que me iba a costar novecientos dólares (Ángel, 28 años).

Sainahí también recurre a un médico mexicano que se encontraba en territorio estadounidense para recibir un tratamiento específico, lo que muestra que las alternativas informales no solo se limitan a la odontología, sino también a otros tipos de atención médica:

Solamente con un médico de México que una vez que vino le pedí que fuera a mi casa y me aplicó suero vitaminado, me cobró doscientos dólares (Sainahí, 24).

Portes, Fernández-Kelly y Light (2013) comentan que uno de los servicios de salud informales a los que acude la población inmigrante latina es a profesionales de salud sin licencias. Estos servicios son generalmente proporcionados por inmigrantes que se formaron profesionalmente en otros países, generalmente del mismo origen étnico que sus pacientes. Además de ser servicios más económicos que los servicios del sistema de salud de Estados Unidos —el cual es percibido como burocrático e impersonal—, la población inmigrante elige acudir a ellos por la afinidad, comodidad y confianza que una cultura compartida les genera. Portes y colegas comentan que la calidez de un médico de su mismo origen étnico llega a compensar la falta de equipamiento o conocimientos actualizados, es por eso que este tipo de estrategias prospera en áreas con alta concentración de inmigrantes.

5.5.3. Sobadores

Por último, los testimonios revelan información sobre cómo los inmigrantes mexicanos muestran una preferencia por medicina tradicional que se especializan en masajes y ajustes físicos. Esto se observa en los testimonios de Emma, Ángel, Fili, Loy y Sainahí, quienes recurren a estos métodos para tratar dolencias comunes como dolores musculares y problemas intestinales. Los testimonios demuestran una gran confianza en la eficacia de la medicina tradicional y los tratamientos naturales. Sainahí, por ejemplo, menciona la fe que tiene en estos métodos debido a su tiempo de vida en México:

He ido con sobadores o naturistas. Sí porque pues como en México es muy común le tenemos como que mucha fe y así que si funciona y pues por eso lo sigo utilizando (Sainahí, 24).

No somos muy enfermizos, si nos da una gripa pues hago un caldito de pollo el reposo. [...] mi esposo de repente con un sobador va por dolores musculares: que la espalda, que ya le duele el cuello, que una pierna (Emma, 47 años).

Yo alguna vez tenía problemas intestinales, entonces opté por ir con un sobador, eso por recomendación de mi esposa. Igual contemplaba ir al médico en esa ocasión. Opté por eso porque consideré que tampoco era algo de gravedad y afortunadamente con la visita con el sobador quedó solucionado (Ángel, 28 años).

Estos métodos son accesibles y familiares para la población inmigrante, ya que están arraigados en sus prácticas culturales y experiencias previas en México. Emma y Ángel destacan cómo estas prácticas son integradas en su rutina de salud y son vistas como soluciones viables y efectivas. Portes., Fernández-Kelly y Light (2013) comentan que entre los proveedores de servicios informales de salud también se encuentran los sobadores, los cuales son personas cuyo oficio es curar a través de masajes y fricción en el cuerpo. Estos servicios tienen un dominio amplio sobre los enclaves de inmigrantes de origen hispano en California. Además de la confianza cultural, la conveniencia y los costos también juegan un papel crucial. Los tratamientos con sobadores suelen ser menos costosos y más accesibles que los servicios médicos formales, lo que es una consideración importante para aquellos segmentos poblacionales con recursos financieros limitados. Nuevamente el estatus migratorio y el contar con seguro médico muestran ser características heterogéneas entre la población usuaria de servicios informales, Loy y Juan muestran confianza y renuencia a los servicios que otorgan los sobadores a pesar de ser población que cuenta con ciudadanía, seguro médico y tienen más de 40 años en California:

Pues que te duele la garganta o gripe, pues algún tecito o cualquier hierba hervida creo que todo mientras esté calentito. [...] A veces cuando te tuerces un brazo o te lastimas o que andas con la espalda media que te duele si he ido a sobadores y siento que me han aliviado. Eso sí, no todos son buenos eh he ido a varios y hay veces que no sientes alivio y hay unos que a la primera como

que “luego luego” saben dónde es, no sé a lo mejor saben dónde están tus nervios torcidos o algo así, si he recurrido (Fili, 46 años).

Fui con un sobador porque me pongo a hacer manualidades y a veces me lastimo las manos o me duele la espalda y ya, voy a una sobadora para que me ayude en eso (Loy, 53 años).

La población usuaria de dichos servicios pareciera evaluar la gravedad de sus problemas de salud antes de decidir si acudir a un médico formal o a un sobador. Ángel, por ejemplo decidió acudir con un sobador porque no consideró su problema intestinal como algo grave. Cruz, Christie, Allen, Meza, Nápoles y Mehta, (2022) comentan que los sobadores son personas cuyo oficio es el uso de masajes para movilizar y manipular músculos que tienen tirones, articulaciones lesionadas, así como el movimiento interno de los órganos con la intención de curar. En un ejercicio de búsqueda sistemática de literatura reúnen diferentes estudios a lo largo de Estados Unidos donde se reconoce que en el sur de California existen sobadores a los cuales acude la población inmigrante hispana para atender problemas gastrointestinales, obstrucciones pseudo-intestinales (empacho), dolor abdominal, dolor muscular o esquelético, dolores de cabeza, dolores de espalda, pérdida de peso. Siendo personas con afecciones agudas o crónicas, así como personas con lesiones relacionadas con el trabajo las que acuden principalmente a estos servicios.

De igual forma, la población inmigrante mexicana en California a menudo utiliza la medicina tradicional y los sobadores debido a su accesibilidad, costos más bajos, afinidad cultural, lingüística y confianza en estos métodos. Aunque estos enfoques pueden ofrecer alivio y mitigar padecimientos, y son importantes para los usuarios por su conexión cultural, también presentan riesgos potenciales debido a la falta de regulación y la posibilidad de generar retraso en recibir tratamiento médico formal, lo cual podría llevar al desarrollo de problemas de salud más graves a largo plazo.

5.6. Conclusiones del capítulo

El resultado del análisis sugiere que la subutilización de servicios de salud en la población inmigrante mexicana en California, Estados Unidos, se debe a una combinación de factores internos y externos relacionados con el contexto en el que se encuentran. Estos factores incluyen elementos predisponentes, mediadores, necesidades, así como aspectos estructurales y ambientales tanto del individuo, la región geográfica y el sistema de salud del país receptor. El objetivo en este apartado consiste en analizar y sintetizar estos factores.

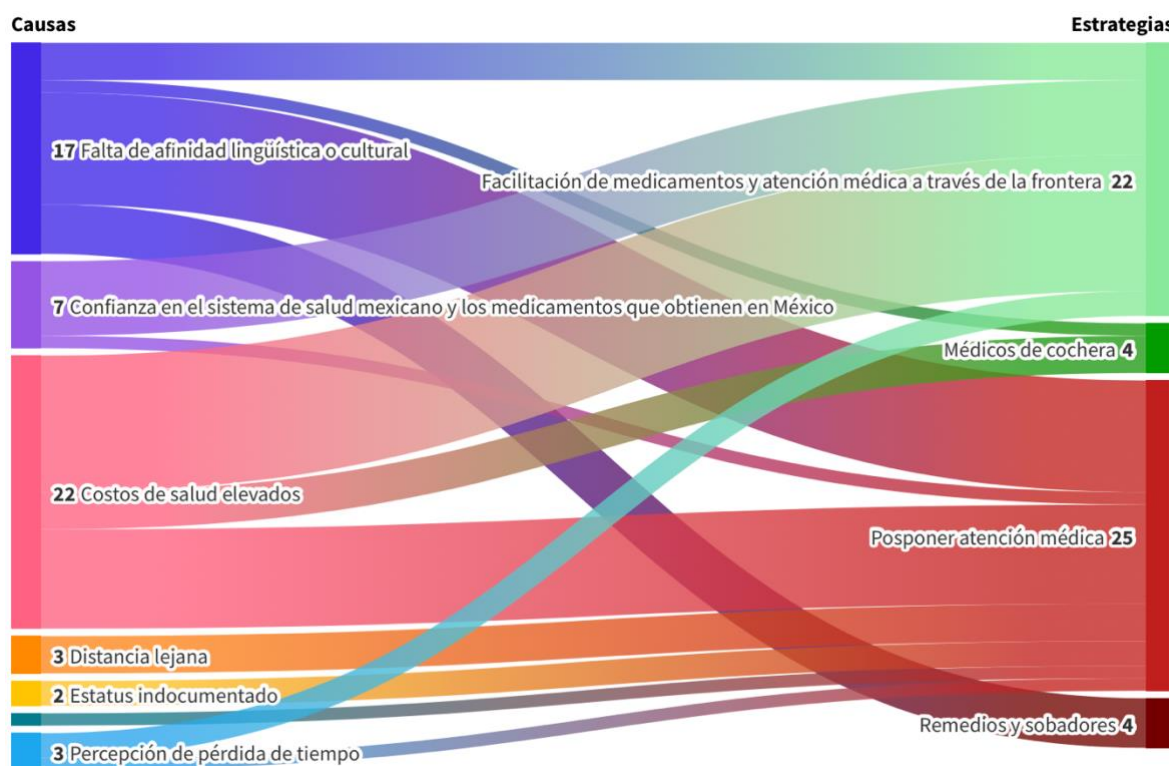
La población inmigrante experimenta diversas experiencias en la interacción con los servicios de salud, que incluyen problemas al entender al personal, obstáculos burocráticos al momento de solicitar atención médica, costos elevados porque no cubre su póliza de seguro médico el costo del servicio o porque no cuentan con seguro médico, temor a generar un registro de su estancia o ser deportados debido a no tener un estatus migratorio regularizado, percepción de mal servicio, poca eficacia y calidad en el diagnóstico o medicamentos. Esta diversidad es resultado de distintas combinaciones de factores de predisponentes y mediadores.

La diferencia en los costos y las regulaciones de medicamentos y servicios médicos es un factor importante para explicar por qué los inmigrantes mexicanos evitan utilizar servicios médicos formales y optan por servicios de salud informales. Sin embargo, no es el único factor y no siempre es el más importante para esta población. Además de la falta de seguro médico o poder adquisitivo, también influyen la afinidad cultural y lingüística, así como la percepción de calidad y eficacia de los servicios. Según el análisis de las entrevistas (imagen 5.2), familiares y amigos juegan un papel clave en motivar y facilitar el uso de servicios de salud informales y en disuadir el uso de los servicios médicos del Estado.

Entre los entrevistados se observaron casos en los que no existe una relación directa entre el estatus migratorio y el retraso en la atención médica. Esto significa que tener un estatus migratorio regularizado o ser naturalizado no necesariamente evita que una persona posponga la atención médica o subutilice los servicios de salud. Del mismo modo, tener un

estatus migratorio irregular no implica automáticamente que se evite acudir al médico en California. Aunque no es un factor determinante en todos los casos, el estatus migratorio sí puede influir en algunos.

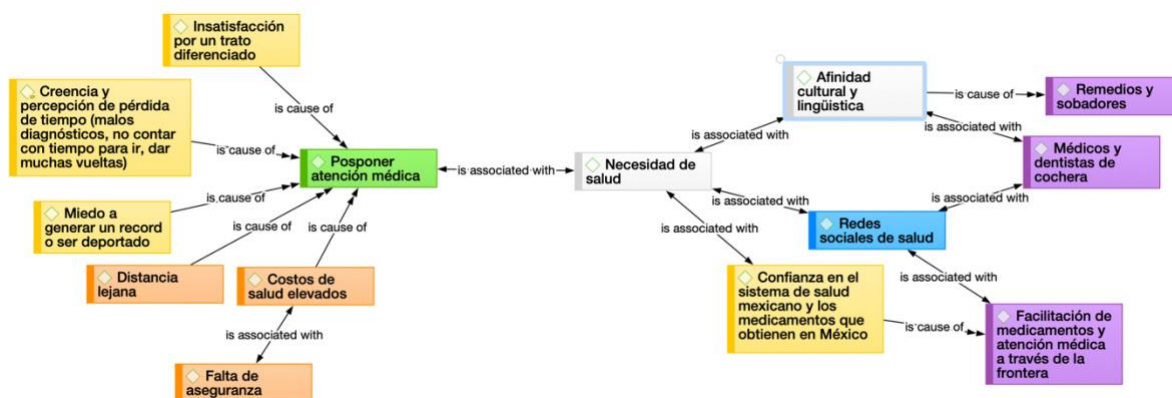
Imagen 5.2 Análisis de las co-ocurrencias entre posponer la atención médica y usar servicios de salud alternativos en inmigrantes mexicanos en California.



Fuente: elaboración propia.

El modelo en la imagen 5.3 resume los posibles procesos que siguen los inmigrantes mexicanos en la comunidad de Riverside, California, para atender sus problemas de salud. Se identifican los factores que llevan al inmigrante a subutilizar los servicios del sistema de salud de Estados Unidos o incluso a posponer su atención médica. Para cubrir sus necesidades de salud no satisfechas, los inmigrantes recurren a servicios de salud informales debido a la afinidad cultural o lingüística, las redes sociales, la confianza en un sistema de salud extranjero, o la facilidad de acceso a medicamentos regulados en el país receptor.

Imagen 5.3 Modelo de barreras y facilitadores de utilización de salud en la comunidad inmigrante mexicana de California.



Fuente: elaboración propia.

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN

A continuación se interpretarán los resultados encontrados a partir del marco teórico expuesto en el segundo capítulo y se discutirán los resultados de esta investigación con otros estudios similares. Esta investigación se centró en conocer la relación entre indicadores de padecimientos crónico-degenerativos (diabetes mellitus, hipertensión y obesidad) y el perfil sociodemográfico de la población usuaria de la Estrategia de Ventanillas de Salud en California, así como las estrategias personales que facilitan u obstaculizan la utilización de servicios de salud en población inmigrante mexicana en California. Para ello se utilizaron los formularios de registro de usuarios —los cuales se encuentran en el Sistema de Información Continua y Reportes de Salud de los mexicanos en Estados Unidos (SICRESAL-MX)—, así como entrevistas recabadas en el trabajo de campo.

Los resultados cuantitativos de esta investigación permitieron reforzar y replantear las hipótesis sobre la salud de la población inmigrante mexicana en Estados Unidos, destacando fuertes asociaciones entre factores sociodemográficos como la falta de seguro médico, el bajo dominio del inglés y el sexo con una mayor prevalencia de indicadores de hipertensión, diabetes mellitus y obesidad en los usuarios de los servicios de VDS en California.

Los factores sociodemográficos no afectan de la misma manera todos los padecimientos. Un mismo factor puede tener un efecto protector sobre una condición crónico-degenerativa y, al mismo tiempo, ser un factor de riesgo para otra, o no tener efecto alguno. Esto es relevante, ya que al inicio de la investigación se asumió que los determinantes sociales de la salud serían uniformes para todos los padecimientos. Aunque se utilizó un modelo único para hipertensión, diabetes mellitus y obesidad, resultó ser más explicativo para los dos primeros, y menos para la obesidad, donde el tamaño de la muestra no fue suficiente para resultados significativos en todos los factores sociodemográficos.

En la población usuaria de VDS, los indicadores de padecimientos crónico-degenerativos no inciden de manera uniforme. Por ejemplo, en el caso de la prediabetes mellitus, tanto hombres como mujeres presentan prevalencias similares, pero son los

hombres quienes terminan con una mayor prevalencia de diabetes mellitus. Asimismo, la hipertensión tipo II muestra prevalencias significativamente mayores en hombres en comparación con mujeres. En resumen, el modelo logístico presentó correlaciones con mayor significancia en la hipertensión y diabetes mellitus, y menos para obesidad. Los resultados indican que cada factor sociodemográfico afecta de manera diferente el desarrollo de estos padecimientos, lo cual es crucial para que las políticas de atención a la población inmigrante consideren estas diferencias y no los traten como un fenómeno homogéneo.

En cuanto a los resultados de las asociaciones en el modelo logístico, observamos que la falta de seguro médico y el dominio del inglés coinciden con los hallazgos de estudios previos. Por ejemplo, Foiles-Sifuentes, Robledo Cornejo, Castañeda-Avila, Tija y Lapane (2020) encontraron que las personas que no hablan inglés bien (especialmente los hispanohablantes) tienen menos acceso a seguros de salud y médicos habituales en comparación con las personas que solo hablan inglés. Estas diferencias se mantienen incluso cuando se consideran otros factores como la edad y el género. De manera similar, Sentell y Braun (2012) identificaron que el dominio limitado del inglés se asocia con peores desenlaces de salud debido a una baja comprensión de la salud, aumentando el riesgo de una mala salud. Esto coincide con los hallazgos de este estudio, que indican que el bajo nivel de inglés está correlacionado con mayores prevalencias de padecimientos crónico-degenerativos. Además, el estudio de Orraca-Romano, Hamilton y Vargas-Valle (2023) señalan la importancia del acceso a seguro médico como un determinante clave en la protección a la salud de los inmigrantes. Esta investigación confirma esta relación, mostrando que la falta de seguro médico está significativamente asociada con una mayor prevalencia de padecimientos crónico-degenerativos entre la población inmigrante mexicana en California.

Por otro lado, la dimensión del tiempo en Estados Unidos muestra un efecto confusor en el análisis de factores sociodemográficos asociadas a diabetes mellitus, hipertensión y obesidad. Al incluir dicha variable en el modelo logístico, se observa que otras variables como el acceso a seguro médico o dominio del inglés pierden peso en la asociación con el desarrollo de indicadores de padecimientos crónico-degenerativos. Por lo tanto cobran mucha importancia estos factores sociodemográficos como variables de control. Esto refleja

que la duración de la estancia en Estados Unidos si bien puede influir significativamente en la salud de los usuarios de las VDS, posiblemente debido a aculturación, acceso a recursos y servicios y otros factores contextuales que cambian con el tiempo. En los resultados se observa una relación menos clara cuando se incluye el tiempo de residencia en el modelo logístico. Este hallazgo destaca la necesidad de una comprensión de cómo diversos factores sociodemográficos interactúan de forma distinta dependiendo el contexto. La heterogeneidad de los contextos de los usuarios de la estrategia VDS reflejan que no se puede inferir una relación causal entre tiempo de estancia y desarrollo de padecimientos.

Sin embargo en el análisis bivariado se observó una asociación entre el número de años en Estados Unidos y una mayor probabilidad de desarrollar indicadores de hipertensión y diabetes mellitus. A pesar de que no se considera esta evidencia como lo suficientemente robusta para hacer una afirmación, se considera importante señalar que dicho hallazgo coincide con estudios que teorizan que las condiciones de salud tienden a deteriorarse a medida que aumenta el tiempo de residencia en los Estados Unidos, ya que los inmigrantes se aculturán y modifican sus hábitos de actividad física y alimentación (Rumbaut, 1997, Viruell Fuentes, 2007; Espinosa de los Monteros, Gallo, Elder y Talavera, 2008 y Anderson, Zhao, Daniel, Hromi-Fiedler, Dong, Elhor Gbitto & Chow, 2016).

Estos resultados refuerzan la idea de que factores sociodemográficos específicos, como el acceso a seguro médico y el dominio del inglés, son determinantes cruciales de la salud en esta población. La coincidencia de nuestros hallazgos con los de estudios anteriores valida la consistencia de estos factores como indicadores importantes de salud en poblaciones inmigrantes. En resumen, la congruencia entre estos resultados y los de estudios previos subraya la necesidad de enfoques de políticas de salud pública que consideren estos factores sociodemográficos. Intervenciones dirigidas a mejorar el acceso a seguro médico, facilitar el aprendizaje del inglés y proporcionar apoyo específico a los inmigrantes con esta clase de limitaciones (a través de traductores o clínicas comunitarias) podrían ser esenciales para mejorar los resultados de salud en esta población vulnerable.

Por otro lado, el nivel educativo no se asoció con ninguno de los indicadores de salud evaluados en este estudio. En este sentido, la presente investigación no concuerda con estudios previos que han encontrado asociaciones entre el nivel educativo y los indicadores de padecimientos y condiciones de salud. Por ejemplo, Aguila, Escarce, Leng y Morales (2013) encontraron que a medida que aumenta el número de años de educación, disminuyen las probabilidades de que tanto hombres como mujeres informen tener problemas de salud u obesidad. Contrariamente a estos hallazgos, los resultados de esta investigación no muestran una relación significativa entre el nivel educativo y la prevalencia de indicadores de hipertensión, diabetes mellitus y obesidad en la población inmigrante mexicana usuaria de Ventanillas de Salud en California. Esto sugiere que, en esta población específica, la educación no actúa como un factor protector o mediador en el desarrollo de padecimientos crónico-degenerativos.

Esta discrepancia podría deberse a varias razones. Una posible explicación es que las diferencias contextuales entre la población inmigrante mexicana y otras poblaciones estudiadas podrían influir en la relación entre educación y salud. Factores como las barreras lingüísticas, el acceso limitado a los servicios de salud y las condiciones socioeconómicas adversas pueden afectar a esta población de manera distinta, reduciendo los beneficios generalmente asociados con un mayor nivel educativo. Otra explicación puede ser de naturaleza estadística, sugiriendo que la información sobre el nivel educativo en la muestra no fue suficiente para que los resultados fueran representativos, a pesar del número considerable de observaciones que se logró integrar en la base de datos.

Una explicación alternativa, considerando la transición demográfica y epidemiológica de Estados Unidos, sugiere que los usuarios con educación profesional que acuden a las VDS posiblemente tienen empleos calificados y llevan estilos de vida sedentarios. Esto a su vez puede contribuir al desarrollo de indicadores de hipertensión y diabetes mellitus. Sin embargo, no debe interpretarse como una relación causal simplista donde mayor educación implica un mayor riesgo de estos padecimientos (Coale, 1989; Gribble y Preston, 1993; Kirk, 1996; Santosa, Wall, Fottrell, Högberg y Byass, 2014).

Por ultimo una explicación se sugiere que pueda ser debido a falta de información en esta variable, siendo esta la limitación más fuerte. Enfatizando en el reto que es la capacitación y sensibilización a las agencias y promotores de salud en la importancia del llenado de los formularios de registro de usuarios que solicitan servicios preventivos en Ventanillas de Salud.

Un resultado similar son los datos obtenidos del modelo logit aplicado a la ocupación donde posteriormente no fue posible incluirla en el modelo debido al tamaño de la muestra. Similar a la escolaridad, las ocupaciones con inclinaciones más sedentarias mostraron mayores probabilidades de riesgo a desarrollar hipertensión y diabetes mellitus en comparación con aquellos que se dedicaban a puestos administrativos, de negocios o de gerencia (*management*). Se puede inferir entonces que aquellos usuarios con empleos calificados muy posiblemente cuentan con estilos de vida sedentarios, por lo que muestran mayores riesgos de desarrollar padecimientos crónico degenerativos.

En conclusión, aunque la educación es comúnmente vista como un determinante importante de la salud, en el caso de los inmigrantes mexicanos que asisten a las VDS en California, otros factores sociodemográficos como la falta de seguro médico, dominio del inglés y el sexo parecen desempeñar un rol mucho más significativo en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas. Por lo tanto, no podemos concluir que la educación sea un mecanismo mediador significativo en el desarrollo de estos padecimientos dentro de esta población específica.

Sin embargo, no basta con observar la asociación que existe entre factores sociodemográficos e indicadores de padecimientos en la población inmigrante mexicana en California, se considera necesario analizar si existe una relación entre dichos factores sociodemográficos con las estrategias que obstaculizan y facilitan la utilización de servicios de salud y verificar si efectivamente se relacionan con las características de la población que desarrolla indicadores de padecimientos crónico-degenerativos.

Si algunos inmigrantes mexicanos presentan factores predisponentes para desarrollar enfermedades y no buscan atención médica formal, es posible que estén satisfaciendo sus necesidades de salud a través de otros medios. El análisis cualitativo reveló que varios inmigrantes recurren a servicios de salud no regulados por el Estado. Estos servicios alternativos son facilitados a través de redes sociales de salud donde no solo les indican a dónde acudir dentro y fuera del país, sino que también proveen medicamentos traídos de México.

Para sustentar lo anterior, esta investigación demostró que la subutilización de los servicios de salud por parte de los inmigrantes mexicanos está asociada a factores sociodemográficos y estructurales que influyen en su percepción y decisiones, más allá de sus necesidades de salud. A través del análisis cualitativo, se propuso que las barreras económicas y de accesibilidad, debido a los altos costos de los servicios de salud y la falta de seguro médico, la falta de alfabetización médica (causada por el desconocimiento del inglés y la falta de educación) y la falta de afinidad cultural y lingüística influyen significativamente en las decisiones de salud de los inmigrantes mexicanos en California. En contraste, se observa una fuerte presencia de redes sociales relacionadas con la salud y una gran familiaridad con la cultura y el idioma del país de origen, lo que facilita la adopción de estrategias asociadas a servicios de salud alternativos e informales, como la medicina transnacional, la obtención de medicamentos a través de la frontera, médicos informales y sobadores.

En este sentido, uno de los objetivos de la investigación fue caracterizar y contextualizar los determinantes sociales por los cuales un inmigrante mexicano en California busca y atiende sus complicaciones y padecimientos más allá de los servicios que ofrece el sistema de salud estadounidense. A partir de un análisis cualitativo del fenómeno, se observó que las visitas a México para recibir atención médica más asequible, la compra de medicamentos para ingresarlos posteriormente a Estados Unidos vía terrestre y la utilización de proveedores informales y sobadores en territorio estadounidense son estrategias comunes. Estas prácticas se encuentran tanto en la población indocumentada (a través de facilitadores y redes sociales) como en la población residente o naturalizada. Estas

estrategias se desarrollan en diversos contextos y no siempre están influenciadas por la falta de seguro médico, recursos económicos o un estatus migratorio regularizado. Aunque estas alternativas mitigan las barreras inmediatas, presentan riesgos para la salud debido a la falta de regulación y la posibilidad de recibir tratamientos inadecuados.

Estos resultados coinciden con la perspectiva que otros autores emplean para explicar tanto la subutilización de servicios de salud como el uso de servicios de salud alternativos. Portes, Fernández-Kelly, Light (2012), Yu, Kelley, Morgan, Duong, Mahajan y Gipson (2020) mencionan que el miedo, la desinformación y las percepciones erróneas sobre la cobertura y las políticas de inmigración reducen la utilización de servicios médicos entre la población inmigrante mexicana. Además, destacan que la falta de habilidades en inglés, las diferencias culturales en la definición de enfermedad y cuidado, la falta de seguro médico, la reciente llegada a Estados Unidos y el estatus migratorio indocumentado son las principales barreras percibidas por los inmigrantes que dificultan su acceso a servicios de salud. Esto los lleva a recurrir a estrategias alternativas para aliviar su salud, como servicios médicos informales y sin licencia, medicina tradicional y atención transnacional a través de viajes a la frontera México-Estados Unidos.

Para terminar, abordaremos las fortalezas y limitaciones que presenta esta investigación. Uno de los logros principales de esta investigación fue utilizar datos de los registros de Ventanillas de Salud, que no estaban estructurados de manera lógica y sistemática para un análisis estadístico. Aun así, se demostró que poseen un considerable potencial explicativo. Esta información no proviene de un diseño de muestra formal, sino de formularios de registro previos a pruebas y exámenes médicos, lo que resalta la capacidad de los datos administrativos para proporcionar inferencias valiosas, a pesar de sus limitaciones.

Se recomienda que, debido al gran valor explicativo que ha mostrado el uso de los registros administrativos de las Ventanillas de Salud para identificar asociaciones sociodemográficas y problemas de salud en la población inmigrante mexicana, los futuros registros administrativos de VDS enfatizen en la recopilación de variables sociodemográficas

— como por ejemplo información educativa o laboral—, y se invierta en el entrenamiento y la capacitación del personal encargado de realizar estos registros.

De igual forma, se recomienda invertir en la producción y la elaboración del dato en los formularios para que la formulación y disposición de las preguntas cuenten con un mayor cuidado y evitar contar con tantas omisiones o errores, esto con el fin de poder delimitar un margen de error dentro de límites razonables, contar con una mayor facilidad para codificar y tabular dichos datos.

Esto es importante porque una de las mayores fortalezas de este estudio —una vez realizado el trabajo artesanal anteriormente descrito— es su singularidad: no se conoce otro análisis correlacional basado en la información obtenida de los formularios que aplica Ventanillas de Salud al referenciar usuarios. Es crucial entender cómo se puede caracterizar esta información en función de los determinantes sociodemográficos y las medidas antropométricas. Además, este trabajo es un esfuerzo por reflexionar en torno al trabajo que se ha realizado e inversión para contar con un sistema de registro de los servicios que brindan las Ventanillas de Salud y Unidades Móviles, ya que la información recopilada tiene el potencial de generar un conocimiento más profundo sobre el contexto de la población inmigrante mexicana en Estados Unidos, lo que permite al Gobierno de México no solo priorizar los servicios que brindan las VDS, sino a partir de la generación de evidencia, con la información que se registra en el sistema, focalizar acciones que permitan fortalecer los servicios brindados e implementar nuevas acciones a partir de las necesidades observadas como parte de los resultados del análisis de información de los servicios brindados.

Finalmente, otra fortaleza de esta investigación radica en la capacidad de observar las diferencias de género en el desarrollo de indicadores de padecimientos crónico-degenerativos y sus determinantes sociales. Al analizar por separado las poblaciones de hombres y mujeres, fue posible evidenciar el impacto de las variables sociodemográficas según el género.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra que se basa en datos transversales, lo que restringe la capacidad de establecer relaciones causales. Futuros estudios

longitudinales serían útiles para examinar cómo la influencia de los factores sociodemográficos evolucionan con el tiempo en los indicadores de padecimientos crónico-degenerativos en ambos sexos. Además, investigaciones adicionales deberían explorar las razones detrás de las diferencias de género observadas en la prevalencia de padecimientos crónico-degenerativos, incluyendo factores sociales, culturales, económicos y biológicos. Otra limitación que debe ser reconocida es que las conclusiones basadas en esta investigación solo aplican a la población usuaria de los servicios preventivos que brindan las VDS, la cual forma parte de la población objetivo, pero no es representativa de la población inmigrante mexicana que vive en Estados Unidos.

Otra limitación fue el bajo número de personas captadas a través de datos sociodemográficos debido a las medidas sanitarias implementadas durante la pandemia. El periodo analizado incluye los últimos cinco años, incluyendo 2019 y 2020, cuando la pandemia de COVID-19 impactó significativamente el enfoque comunitario de la estrategia de Ventanillas de Salud. Las restricciones de aforo en los consulados y la suspensión de eventos de salud limitaron la recopilación de datos y el apoyo a las comunidades inmigrantes que necesitaban atención preventiva. Esto afectó el tamaño de la muestra y la capacidad para realizar análisis año por año y regionales. La toma de medidas antropométricas se concentró en Sacramento, San Bernardino y Fresno, mientras que consulados como Santa Ana, San Jose y Los Angeles mostraron porcentajes de toma de datos menores. Además, se eliminó del análisis la variable de colesterol - problemas cardíacos debido a la baja cantidad de observaciones en los últimos cinco años en California.

La calidad de la información se considera una limitación importante. Se encontró que la información recabada en SICRESAL-MX no se encuentra homogeneizada. Por ejemplo en la presión arterial, muchos de los datos solo incluían la presión sistólica y no la diastólica o se encontraban ambas registradas en una sola variable o con signos de puntuación, espacios o guiones, esto por la diferencia que existía en la forma que una región captaba la información en comparación con otra. En este sentido, gran parte del trabajo de esta investigación fue la corrección y codificación de la información con la finalidad de homogeneizarla, para posteriormente poder describirla y correlacionarla a través de modelos estadísticos.

Para finalizar las limitaciones se considera importante señalar que el resultado del análisis cualitativo no es representativo y no se puede realizar una aproximación al volumen o porcentaje de inmigrantes que subutiliza servicios de salud a través de estos hallazgos, sin embargo esta metodología permite profundizar cómo los factores sociodemográficos interactúan en el proceso de utilizar o posponer una necesidad de salud. Lo más relevante fue constatar que hay una estrecha relación entre los factores sociodemográficos que desarrollan indicadores de padecimientos crónico-degenerativos y los factores que predisponen a un inmigrante a posponer atención a una necesidad de salud.

CONCLUSIONES

Esta investigación se centró en identificar el perfil sociodemográfico y de salud de los residentes en California, con el objetivo de determinar en qué medida sus características sociodemográficas se asocian con indicadores de padecimientos crónico-degenerativos como la diabetes mellitus, la hipertensión y la obesidad. Además, se buscó caracterizar y contextualizar los determinantes sociales que llevan a los inmigrantes mexicanos en California a buscar atención para sus complicaciones y padecimientos fuera del sistema de salud estadounidense.

Mediante un análisis mixto de metodología cuantitativa y cualitativa, se obtuvieron varias conclusiones significativas. Los resultados indican que factores sociodemográficos como la falta de seguro médico, el bajo dominio del inglés y el sexo están fuertemente asociados con una mayor prevalencia de hipertensión, diabetes mellitus y obesidad en la población inmigrante mexicana que utiliza la Estrategia Ventanillas de Salud. Sin embargo, cada uno de estos factores afecta de manera diferente a cada padecimiento, lo que subraya la necesidad de no tratar estos problemas de salud como fenómenos homogéneos.

A diferencia de estudios previos, el nivel educativo no mostró una relación significativa con la prevalencia de estos padecimientos en esta población específica. Esto puede sugerir que: 1) en el contexto de los inmigrantes mexicanos en California, otros factores sociodemográficos tienen un impacto mayor en la determinación de su estado de salud; o 2) existe falta de información en esta variable.

Adicionalmente, la investigación cualitativa reveló que muchos inmigrantes recurren a servicios de salud no regulados y transnacionales debido a barreras económicas, lingüísticas y culturales dentro del sistema de salud estadounidense, así como una mayor afinidad lingüística y cultural sobre las alternativas de salud que eligen. Esto ocurre incluso entre aquellos inmigrantes que cuentan con seguro médico y que han residido en Estados Unidos por más de 21 años. Estas barreras evidencian la necesidad de políticas de salud pública más inclusivas que faciliten el acceso y mejoren la calidad de la atención médica para esta población vulnerable.

En esta investigación, se destaca lo efectiva que fue la aplicación de una metodología mixta para lograr responder a las preguntas de investigación, ya que esto enriqueció el análisis con una comprensión integral de los determinantes sociales de la salud en la población inmigrante mexicana en California de una manera innovadora. Esta metodología permitió abordar tanto la amplitud como la profundidad del problema. Por un lado, se logró ofrecer una visión más completa y detallada del perfil sociodemográfico y de salud de los usuarios de Ventanillas de Salud, proporcionando una visión general de las tendencias y asociaciones. Por otro lado, se exploraron las experiencias personales y contextuales que subyacen a estas tendencias a través de entrevistas profundas.

El uso de ambos enfoques permitió una triangulación de datos, lo que aumentó la validez y fiabilidad de los resultados, ofreciendo una mayor confianza en las conclusiones. Los datos cuantitativos permitieron identificar tendencias generales y asociaciones estadísticas, mientras que la información cualitativa permitió entender cómo estos factores afectan de manera diferente a cada individuo, proporcionando una comprensión más matizada y detallada.

La combinación de métodos cuantitativos y cualitativos proporcionó una base sólida para el desarrollo de políticas y programas de intervención más efectivos. Los datos cuantitativos señalaron la magnitud de los problemas, mientras que la metodología cualitativa permitió basarse en las experiencias y necesidades reales de la población estudiada. A través del enfoque cualitativo, se pudo comprender mejor las barreras económicas, lingüísticas y culturales que enfrentan los inmigrantes al buscar servicios de salud. Estos aspectos contextuales son difíciles de captar únicamente con métodos cuantitativos, lo que destaca la importancia y el valor añadido de una metodología mixta en esta investigación.

Aunque los resultados de esta investigación muestran desafíos significativos de salud para los inmigrantes usuarios de Ventanillas de Salud en California, los hallazgos pueden considerarse coherentes con el marco teórico y contextual planteado al inicio del estudio, al considerar factores como la duración de la residencia en el nuevo país, las barreras de acceso

a los servicios de salud y las diferencias en la selección de la población estudiada. La paradoja epidemiológica del inmigrante puede no aplicarse de manera uniforme a todas las subpoblaciones de inmigrantes.

Si bien la investigación señala que muchos inmigrantes han residido en Estados Unidos por más de veintiun años, esto implica una exposición prolongada a factores de riesgo en el nuevo entorno, lo cual podría explicar el deterioro de su salud con el tiempo. Adicionalmente, las barreras económicas, lingüísticas y culturales dentro del sistema estadounidense también juegan un papel crucial. La falta de seguro médico y el bajo dominio del inglés limitan el acceso a servicios de salud adecuados y oportunos, contribuyendo al deterioro de la salud de la población estudiada.

Existe la posibilidad de que aquellos que utilizan servicios como las Ventanillas de Salud estén en una situación más precaria que otros inmigrantes con mejor acceso a recursos y apoyo social. Además, la preferencia por servicios de salud no regulados y transnacionales, debido a barreras culturales y una mayor afinidad lingüística y cultural, puede indicar un rechazo o desconfianza hacia el sistema de salud estadounidense, lo que afecta negativamente la salud de los inmigrantes a largo plazo.

Sin embargo, se pueden plantear nuevas preguntas a partir del fenómeno investigado. ¿Cuáles son las diferencias específicas en cómo los factores sociodemográficos afectan a la diabetes mellitus, hipertensión y obesidad? ¿Existen otros factores que no se captan en VDS que podrían estar asociados con estos padecimientos? ¿Qué explicación se puede ofrecer para la diferencia en los resultados del nivel educativo en comparación con estudios previos? ¿Qué otros factores sociales o de salud podrían explicar dicha divergencia? ¿Qué factores impactan la baja toma de medidas antropométricas en las regiones de Santa Ana, San José y Los Angeles? ¿Qué tipo de servicios de salud no regulados y transnacionales son más frecuentemente utilizados por la población inmigrante mexicana? ¿Cómo se diferencian estos servicios en accesibilidad comparados con los servicios de salud estadounidenses?

Basado en estas conclusiones, se recomienda considerar en la aplicación de la Estrategia de Ventanillas de Salud la implementación de campañas informativas sobre su existencia, así como los beneficios y servicios preventivos que dicha estrategia ofrece. Se sugiere desarrollar y lanzar estas campañas para aumentar la conciencia, utilizando medios tradicionales y digitales para alcanzar a la mayor cantidad de personas posible. Además, es esencial ampliar y fortalecer la Estrategia de las Ventanillas de Salud para que puedan ofrecer de manera integral sus servicios preventivos, asegurando que cada ventanilla cuente con los recursos financieros, humanos y materiales necesarios para proporcionar estos servicios de forma regular y continua. Promover la colaboración entre organizaciones comunitarias, instituciones de salud y agencias gubernamentales también es fundamental para abordar las necesidades específicas de la población inmigrante, considerando el contexto único de cada región donde se ubica una ventanilla. La sinergia entre estas entidades puede mejorar significativamente la eficacia y el alcance de los servicios ofrecidos.

En el diseño de políticas públicas, se recomienda enfatizar en el desarrollo de políticas de salud inclusivas que consideren las barreras económicas, lingüísticas y culturales que enfrenta la población inmigrante latina/hispana. Estas políticas deben ser accesibles y sensibles a las necesidades específicas de esta comunidad. También se recomienda fomentar la contratación de personal médico y administrativo bilingüe en áreas con alta concentración de inmigrantes hispanos o latinos. Tener personal que hable el idioma y comprenda la cultura de los usuarios puede mejorar considerablemente la comunicación y la calidad de la atención médica.

Asimismo, se considera vital desarrollar y ofrecer programas de educación en salud que sean bilingües. Se sugiere que estos programas se enfoquen en enseñar a la población inmigrante cómo navegar el sistema de salud estadounidense, promover hábitos de vida saludables y el manejo de enfermedades crónico-degenerativas. La educación en salud es clave para empoderar a los individuos y mejorar su bienestar general. Finalmente, se recomienda implementar campañas informativas sobre la disponibilidad de seguros médicos y los beneficios de estar asegurado, destacando especialmente las opciones disponibles para la población irregular o indocumentada en California. Estas campañas deben ser claras y

accesibles, utilizando un lenguaje sencillo y métodos de comunicación efectivos para llegar a la población objetivo, considerando las características de su perfil sociodemográfico.

Estas recomendaciones buscan mejorar la eficacia de la Estrategia de Ventanillas de Salud y desarrollar políticas públicas que atiendan de manera integral y equitativa las necesidades de la población inmigrante mexicana en California, asegurando que reciban la atención médica y preventiva adecuada.

Para enfatizar las contribuciones de esta investigación, me gustaría confirmar que los resultados apoyan a la resolución del planteamiento del problema al proporcionar evidencia empírica sobre cómo los factores socio-demográficos y estructurales afectan el acceso y la atención a la salud entre la población inmigrante mexicana en Estados Unidos. Los hallazgos de la investigación permiten enfatizar cuestiones importantes que ayudan a abordar el problema planteado:

- 1) Se logró caracterizar un perfil sociodemográfico, de igual forma se logró captar la prevalencia de enfermedades en la población usuaria de Ventanillas de Salud en California, identificando claramente cómo características sociodemográficas como la falta de seguro médico, el bajo dominio del inglés y el sexo se asocian con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, hipertensión y la obesidad.
- 2) Se resalta las barreras estructurales (económicas, lingüísticas y culturales) que disuaden al inmigrante mexicano a utilizar servicios de salud de forma adecuada y oportuna. Poniendo en manifiesto los problemas estructurales del sistema de salud estadounidense que afectan negativamente a la población inmigrante mexicana.
- 3) La preferencia por servicios de salud no regulados y de carácter transnacional debido a las barreras culturales y una mayor afinidad lingüística y cultural muestra cómo la comunidad inmigrante busca formas alternativas de atender sus

necesidades de salud fuera del sistema estatal. Resaltando la importancia de entender las soluciones alternativas que emplea la comunidad inmigrante mexicana cuando el sistema oficial no es accesible o confiable.

Por último, es importante señalar cómo algunos de los hallazgos de esta investigación confirman y reexaminan teorías y suposiciones existentes. Dentro de los determinantes sociales de la salud, la falta de seguro médico y el bajo dominio del inglés emergen como factores clave que afectan negativamente la salud de la población inmigrante. Las barreras económicas y culturales también se destacan como obstáculos significativos. Sin embargo, la educación no mostró una relación significativa en este estudio, lo que plantea preguntas sobre las condiciones en las que este determinante puede ser un factor de riesgo o, por el contrario, un factor protector.

Además, el impacto de las estructuras sociales, las políticas públicas y las prácticas de salud influye en la distribución de la determinación social y, en consecuencia, en los resultados de salud. Los resultados de esta investigación indican que las políticas y prácticas de salud en Estados Unidos no siempre están diseñadas para ser inclusivas y culturalmente competentes, lo cual afecta negativamente la salud de la población inmigrante. Esto confirma que las estructuras sociales y las políticas tienen un impacto directo en la salud de las poblaciones. Asimismo, la investigación cualitativa revela cómo las inequidades culturales y lingüísticas en el sistema de salud estadounidense conducen a que muchos inmigrantes busquen atención fuera del sistema formal. Esto dialoga con la determinación social de la salud, que sostiene que las inequidades en la distribución son responsables de las disparidades en salud.

La exposición prolongada al país receptor es otro factor a considerar en este diálogo. Aunque todavía falta evidencia empírica para corroborar una asociación directa, se sugiere que la exposición prolongada a factores de riesgo en un nuevo entorno impacta negativamente la salud. Esto apoya la determinación social de la salud y también se relaciona con la paradoja del inmigrante, que subraya la importancia del contexto y la duración de la exposición a factores sociales y de salud adversos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraido-Lanza, A. F., Dohrenwend, B. P., Ng-Mak, D. S. & Turner, J. B. (1999). The Latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses. *American journal of public health*, 89(10), 1543-1548.
- Adams, R. (2018). Immigration Crackdown Raises Fears of Seeking Health Care. <https://rollcall.com/2018/01/25/immigration-crackdown-raises-fears-of-seeking-health-care/>
- Aday, L. A., Andersen, R., & Fleming, G. V. (1980). A theoretical framework for the study of access to medical care. *Health Care in the US: Equitable for whom*, 25-45.
- Adogu, P. O. U., Ubajaka, C. F., Emelumadu, O. F., & Alutu, C. O. C. (2015). Epidemiologic transition of diseases and health-related events in developing countries: a review. *American Journal of Medicine and Medical Sciences*, 5(4), 150-157.
- Acevedo-Garcia, D., Sanchez-Vaznaugh, E. V., Viruell-Fuentes, E. A., & Almeida, J. (2012). Integrating social epidemiology into immigrant health research: a cross-national framework. *Social science & medicine*, 75(12), 2060-2068.
- Acuña, V. M. (2015). La codificación en el método de investigación de la grounded theory o teoría fundamentada. *Innovaciones educativas*, 17(22), 77-84.
- Aguila, E., Escarce, J., Leng, M., & Morales, L. (2013). Health status and behavioral risk factors in older adult Mexicans and Mexican immigrants to the United States. *Journal of aging and health*, 25(1), 136-158.
- Al Shamsi, H., Almutairi, A. G., Al Mashrafi, S., & Al Kalbani, T. (2020). Implications of language barriers for healthcare: a systematic review. *Oman medical journal*, 35(2), e122.

- Almeida, J., Biello, K. B., Pedraza, F., Wintner, S., & Viruell-Fuentes, E. (2016). The association between anti-immigrant policies and perceived discrimination among Latinos in the US: A multilevel analysis. *SSM-population health*, 2, 897-903.
- Alvarez, R. M., & Butterfield, T. L. (2000). The resurgence of nativism in California? The case of Proposition 187 and illegal immigration. *Social Science Quarterly*, 167-179.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of health and social behavior*, 1-10.
- Anderson, C., Zhao, H., Daniel, C. R., Hromi-Fiedler, A., Dong, Q., Elhor Gbitto, K. Y., ... & Chow, W. H. (2016). Acculturation and diabetes mellitus risk in the Mexican American Mano a Mano Cohort. *American journal of public health*, 106(3), 547-549.
- Arredondo, A., & Meléndez, V. (1992). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud pública de México*, 34(1), 36-49.
- Batalova, J., Hanna, M., & Levesque, C. (2020). Frequently requested statistics on immigrants and immigration in the United States. *Migration policy institute*. <https://www.migrationpolicy.org/article/frequently-requested-statistics-immigrants-and-immigration-united-states>.
- Bazargan, M., Cobb, S., & Assari, S. (2021). Discrimination and medical mistrust in a racially and ethnically diverse sample of California adults. *The Annals of Family Medicine*, 19(1), 4-15.
- Berk, M. L., & Schur, C. L. (2001). The effect of fear on access to care among undocumented Latino immigrants. *Journal of immigrant health*, 3(3), 151-156.
- Breilh Paz y Miño, J. E. (1997). *Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología: un ensayo de desmitificación del proceso salud-enfermedad* (Master's thesis).

- Breilh, J. (2006). Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. In *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade* (pp. 317-317).
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.
- Brito, A. E. (2013). La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 1-3.
- Byrd, T. L., & Law, J. G. (2009). Cross-border utilization of health care services by United States residents living near the Mexican border. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 26(2), 95-100.
- Cardona, J. (2016). Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 16(1), 183-191.
- Casner, P. R., & Guerra, L. G. (1992). Purchasing prescription medication in Mexico without a prescription. The experience at the border. *Western Journal of Medicine*, 156(5), 512.
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M. E. D., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual review of public health*, 36, 375-392.
- Chang, C. D. (2019). Social determinants of health and health disparities among immigrants and their children. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 49(1), 23-30.
- Chavez, L. R. (1984). Doctors, curanderos, and brujas: health care delivery and Mexican immigrants in San Diego. *Medical Anthropology Quarterly*, 15(2), 31-37.

- Chavez, L. R. (2012). Undocumented immigrants and their use of medical services in Orange County, California. *Social Science & Medicine*, 74(6), 887-893.
- Chi, J. T., & Handcock, M. S. (2014). Identifying sources of health care underutilization among California's immigrants. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 1, 207-218.
- Coale, A. J. (1989). Demographic transition. In *Social economics*(pp. 16-23). London: Palgrave Macmillan UK.
- 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
- Cruz, M. L., Christie, S., Allen, E., Meza, E., Nápoles, A. M., & Mehta, K. M. (2022). Traditional healers as health care providers for the Latine community in the United States, a systematic review. *Health equity*, 6(1), 412-426.
- Cruz-Piñeiro, R, Rangel-Gómez, M.G. (2022). Principales problemáticas en materia de salud, enfermedades y padecimientos de la población de origen mexicano en Estados Unidos. *Migración y salud. Reflexiones en contextos de alta movilidad. Los casos de México y Venezuela*. - Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte. Pag. 49.
- Cuesta-Benjumea, C. D. L. (2006). Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud.
- Da Silva, Ch. (2019) Thousands of Americans are crossing the border into Mexico every year to get affordable medical treatment. U.S. Link: <https://www.newsweek.com/thousands-americans-cross-border-mexico-affordable-medical-treatment-each-1426943> (Consulta 6 de Enero 2024).

- Denzin, N. K. y Lincoln, Y.S. (2005). The sage handbook of qualitative research. (El manual de salvia de investigación cualitativa). Sage. Londres.
- De Salud, S. B. (18 de Junio del 2024). Inauguración de semanas binacionales en el tiempo *Recuperado de:* <https://www.semanabinacionalmexicousa.org/>
- Diamond, L., Izquierdo, K., Canfield, D., Matsoukas, K., & Gany, F. (2019). A systematic review of the impact of patient–physician non-English language concordance on quality of care and outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 34, 1591-1606.
- Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The social basis of disparities in health. *Challenging inequities in health: From ethics to action*, 1, 12-23.
- Dondero, M., & Altman, C. E. (2020). Immigrant policies as health policies: State immigrant policy climates and health provider visits among US immigrants. *SSM-Population Health*, 10, 100559.
- Durand, J., & Massey, D. S. (1992). Mexican migration to the United States: A critical review. *Latin American Research Review*, 27(2), 3-42.
- Durand, J., Massey, D. S., & Zenteno, R. M. (2001). Mexican immigration to the United States: Continuities and changes. *Latin American research review*, 36(1), 107-127.
- Escobedo, L. G., & Cardenas, V. M. (2006). Utilization and purchase of medical care services in Mexico by residents in the United States of America, 1998-1999. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19(5), 300-305.
- Eslava-Castañeda, J. C. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Revista de Salud Pública*, 19, 396-403.
- Espinosa de los Monteros, K., Gallo, L. C., Elder, J. P., & Talavera, G. A. (2008). Individual and area-based indicators of acculturation and the metabolic syndrome among low-

- income Mexican American women living in a border region. *American Journal of Public Health*, 98(11), 1979-1986.
- Fabi, R., & Saloner, B. (2016). Covering undocumented immigrants—state innovation in California. *N Engl J Med*, 375(20), 1913-1915.
- Farfán, F., Vizcarra, I., & González, N. (2012). Políticas de salud: Estrategia biopolítica para controlar a los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos. *Migración y desarrollo*, 10(19), 3-32.
- Fenton, J. J., Moss, N., Khalil, H. G., & Asch, S. (1997). Effect of California's proposition 187 on the use of primary care clinics. *Western Journal of Medicine*, 166(1), 16.
- Fernandez, J., García-Pérez, M., & Orozco-Aleman, S. (2023). Unraveling the Hispanic Health Paradox. *Journal of Economic Perspectives*, 37(1), 145-167.
- Fernández-Kelly, P., & Portes, A. (2012). Health care and immigration—understanding the connections. *Ethnic and Racial Studies*, 35(1), 1-2.
- Fiedler, M. (2020). The ACA's Individual Mandate In Retrospect: What Did It Do, And Where Do We Go From Here? A review of recent research on the insurance coverage effects of the Affordable Care Act's individual mandate. *Health Affairs*, 39(3), 429-435.
- Foiles-Sifuentes, A. M., Robledo Cornejo, M., Li, N. C., Castaneda-Avila, M. A., Tjia, J., & Lapane, K. L. (2020). The role of limited English proficiency and access to health insurance and health care in the affordable care act era. *Health Equity*, 4(1), 509-517.
- Forbes, D., & Frisbie, W. P. (1991). Spanish surname and Anglo infant mortality: Differentials over a half-century. *Demography*, 28(4), 639-660.

- Ford, C. L., & Harawa, N. T. (2010). A new conceptualization of ethnicity for social epidemiologic and health equity research. *Social science & medicine*, 71(2), 251-258.
- Fox, M., Thayer, Z. M., & Wadhwa, P. D. (2017). Acculturation and health: the moderating role of sociocultural context. *American anthropologist*, 119(3), 405-421.
- Gaete Quezada, R. (2014). Reflexiones sobre las bases y procedimientos de la Teoría Fundamentada. *Ciencia, docencia y tecnología*, (48), 149-172.
- Gee, G. C., & Ford, C. L. (2011). Structural racism and health inequities: Old issues, New Directions1. *Du Bois review: social science research on race*, 8(1), 115-132.
- Glaser, B., & Strauss, A. (2017). *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Routledge.
- Glinos, I. A., Baeten, R., Helble, M., & Maarse, H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health & place*, 16(6), 1145-1155.
- Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101-124.
- Gribble, J. N., & Preston, S. H. (1993). The epidemiological transition. *Policy and planning implications for developing countries Washington, DC: National Academy Press*.
- Gulati, R. K., & Hur, K. (2022). Association between limited English proficiency and healthcare access and utilization in California. *Journal of immigrant and minority health*, 24(1), 95-101.
- Harris, K. M. (1999). The health status and risk behaviors of adolescents in immigrant families. *Children of immigrants: Health, adjustment, and public assistance*, 286-347.
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications.

- Health for California - The Health Insurance Marketplace - Health coverage for immigrants. <https://www.healthcare.gov/immigrants/coverage/>. Accessed November 23th 2023.
- House, J. S., Schoeni, R. F., Kaplan, G. A., & Pollack, H. (2008). The health effects of social and economic policy: the promise and challenge for research and policy. *Making Americans healthier: Social and economic policy as health policy*, 1-26.
- Hummer, R. A., Eberstein, I. W., & Nam, C. B. (1992). Infant mortality differentials among Hispanic groups in Florida. *Social Forces*, 70(4), 1055-1075.
- Hummer, R. A., Powers, D. A., Pullum, S. G., Gossman, G. L., & Frisbie, W. P. (2007). Paradox found (again): infant mortality among the Mexican-origin population in the United States. *Demography*, 44(3), 441-457.
- Interlandi, J (2010) Unlicensed doctors fill need for hispanic M.D.S. <https://www.newsweek.com/unlicensed-doctors-fill-need-hispanic-mds-73235>
- Jass, G., & Massey, D. S. (2004). *Immigrant health: Selectivity and acculturation* (No. 04/23). IFS Working Papers.
- Kalben, B. B. (2000). Why men die younger: causes of mortality differences by sex. *North American Actuarial Journal*, 4(4), 83-111.
- Kennedy, K. (2018). 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
- Kirk, D. (1996). Demographic transition theory. *Population studies*, 50(3), 361-387.

- Krieger, N., Williams, D. R., & Moss, N. E. (1997). Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annual review of public health, 18*(1), 341-378.
- Krieger, Nancy. "Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective." *International journal of epidemiology* 30.4 (2001): 668-677.
- Ku, L., & Freilich, A. (2001). Caring for Immigrants: Health Care Safety Nets in Los Angeles, New York, Miami, and Houston.
- Kupersztch, J. (2007). Prioridades en salud para la acción social de mexicanos en el extranjero. *Salud pública de México, 49*, 11-13.
- Langellier, B. A., Martínez-Donate, A. P., Gonzalez-Fagoaga, J. E., & Rangel, M. G. (2020). The relationship between educational attainment and health care access and use among Mexicans, Mexican Americans, and US–Mexico migrants. *Journal of immigrant and minority health, 22*, 314-322.
- Laque, E. (2021). Immigration law and policy: before and after September 11, 2001.
- Lee, C., Ayers, S. L., & Kronenfeld, J. J. (2009). The association between perceived provider discrimination, health care utilization, and health status in racial and ethnic minorities. *Ethnicity & disease, 19*(3), 330.
- Light, D., & Terrasse, M. (2017). Immigrant access in the Affordable Care Act: legacies of the Confederacy. *Journal of Ethnic and Migration Studies, 43*(12), 1985-2002.
- López Arellano, M. B. (2014). Diagnóstico sobre acceso a servicios de salud para personas inmigrantes, solicitantes de asilo y refugiadas. *Sin Fronteras*.
- López-Sanders, L. (2017). Navigating health care: Brokerage and access for undocumented Latino immigrants under the 2010 Affordable Care Act. *Journal of Ethnic and Migration Studies, 43*(12), 2072-2088.

- Mackenbach, J. P. (1994). The epidemiologic transition theory. *Journal of epidemiology and community health*, 48(4), 329.
- Madden, E. F. (2015). Cultural health capital on the margins: Cultural resources for navigating healthcare in communities with limited access. *Social Science & Medicine*, 133, 145-152.
- Markides, K. S., & Coreil, J. (1986). The health of Hispanics in the southwestern United States: an epidemiologic paradox. *Public health reports*, 101(3), 253.
- Markides, K. S., & Eschbach, K. (2005). Aging, migration, and mortality: current status of research on the Hispanic paradox. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(Special_Issue_2), S68-S75.
- Martinez, O., Wu, E., Sandfort, T., Dodge, B., Carballo-Diequez, A., Pinto, R., ... & Chavez-Baray, S. (2015). Evaluating the impact of immigration policies on health status among undocumented immigrants: a systematic review. *Journal of immigrant and minority health*, 17, 947-970.
- Marx, J. L., Thach, A. B., Grayson, G., Lowry, L. P., Lopez, P. F., & Lee, P. P. (1996). The effects of California Proposition 187 on ophthalmology clinic utilization at an inner-city urban hospital. *Ophthalmology*, 103(5), 847-851.
- Massey, D. S., Alarcón, R., Durand, J., & González, H. (1990). *Return to Aztlan: The social process of international migration from western Mexico* (Vol. 1). Univ of California Press.
- Massey, D. S., & Espinosa, K. E. (1997). What's driving Mexico-US migration? A theoretical, empirical, and policy analysis. *American journal of sociology*, 102(4), 939-999.
- McCullagh, P., & Nelder, J. A. (1989). Binary data. In *Generalized linear models* (pp. 98-148). Springer US.

- Monogan, J. E. (2013). The politics of immigrant policy in the 50 US states, 2005-2011. *Journal of Public Policy*, 33(1), 35-64.
- Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J. C., & Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de salud pública*, 15(6), 810-813.
- Moslimani, M, Noe-Bustamante, L., & Shah, S. (2023). Facts on Hispanics of Mexican origin in the United States, 2021. Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org/hispanic/fact-sheet/us-hispanics-facts-on-mexican-origin-latinos/> (Consultado el 5 de Enero 2024)
- Moss, N., Baumeister, L., & Biewener, J. (1996). Perspectives of Latina immigrant women on Proposition 187. *Journal of the American Medical Women's Association* (1972), 51(4), 161-165.
- Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Pasarín, M. I., & Fernandez, E. (2003). The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *International journal of epidemiology*, 32(6), 950-958.
- Navarro, V., & Shi, L. (2001). The political context of social inequalities and health. *International Journal of Health Services*, 31(1), 1-21.
- Nayar, S., & Clair, V. W. S. (2020). Multiple cultures—one process: Undertaking a cross cultural grounded theory study. *American Journal of Qualitative Research*, 4(3), 131-145.
- Newman, M (1990) Unlicensed clinics may be on rise U.S. <https://www.latimes.com/archives/la-xpm-1990-06-14-me-392-story.html>

- Ochoa, D. A. R. (2013). La Teoría Fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. *Revista CES Psicología*, 6(1), 122-133.
- Orraca-Romano, P. P., Hamilton, E. R., & Vargas-Valle, E. D. (2023). Unauthorized Mexican-Born Immigrants, Occupational Injuries, and the use of Medical Services in the United States. *International Migration Review*, 01979183221149017.
- Pablos-Méndez, A. (1994). Mortality among hispanics. *Jama*, 271(16), 1237-1238.
- Palloni, A., & Morenoff, J. D. (2001). Interpreting the paradoxical in the Hispanic paradox: demographic and epidemiologic approaches. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 954(1), 140-174.
- Palloni, A., & Arias, E. (2004). Paradox lost: explaining the Hispanic adult mortality advantage. *Demography*, 41, 385-415.
- Passel, J. & Krogstad, J.M. (2023). What We Know About Unauthorized Immigrants Living In The U.S. Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org/short-reads/2023/11/16/what-we-know-about-unauthorized-immigrants-living-in-the-us/>
- Perreira, K. M., Yoshikawa, H., & Oberlander, J. (2018). A new threat to immigrants' health—the public-charge rule. *N Engl J Med*, 379(10), 901-903.
- Phillips, K. A., Morrison, K. R., Andersen, R., & Aday, L. A. (1998). Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health services research*, 33(3 Pt 1), 571.
- Pillai, D., Artiga, S., Hamel, L., Schumacher, S., Kirzinger, A., Presiado, M., & Kearney, A. (2023). Health and health care experiences of immigrants: the 2023 KFF/LA times survey of immigrants. *Retrieved November, 1, 2023*.

- Porteny, T., Ponce, N., & Sommers, B. D. (2022). Immigrants and the affordable care act: changes in coverage and access to care by documentation status. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24(1), 86-94.
- Portes, A., Fernández-Kelly, P., & Light, D. (2013). Life on the edge: immigrants confront the American health system. In *Health Care and Immigration* (pp. 4-22). Routledge.
- Puime, Á. O., & Zunzunegui, M. V. (2011). Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. *AM Zurro & GJ Solá (coords.) Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes*, 87-99.
- Pylypa, J. (2001). Latino immigrants: Self-medication practices in two California Mexican communities. *Journal of Immigrant Health*, 3, 59-75.
- Ramakrishnan, K., Tamayose, B., Rettberg, G., Quanfeng, Z., Li, T., Calderon, E., & Wright, S. (2022). ¡Aquí Estamos! A Data Profile of Latinos in the Inland Empire. Center for Social Innovation at the University of California, Riverside.
- 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.
- Rangel Gómez, M. G., Tonda, J., Zapata, G. R., Flynn, M., Gany, F., Lara, J., ... & Rosales, C. B. (2017). Ventanillas de Salud: a collaborative and binational health access and preventive care program. *Frontiers in Public Health*, 5, 151.
- Rangel Gómez, M. G., Salazar, S., López Jaramillo, A. M., Lira Chávez, I. A., Romero Rangel, A., Caballero Abraham, M. L., ... & Rosales, C. B. (2022). Ventanillas de Salud (VDS) and Mobile Health Units (MHU): A binational collaborative models. *Frontiers in Public Health*, 10, 976941.

- Raphael, D., & Bryant, T. (2006). Maintaining population health in a period of welfare state decline: political economy as the missing dimension in health promotion theory and practice. *Promotion & education*, 13(4), 236-242.
- Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L. Y., Barnes, A. J., Saltman, R. B., Van Ginneken, E., & World Health Organization. (2013). United States of America: health system review.
- Rodríguez, M. A., Vargas Bustamante, A., & Ang, A. (2009). Perceived quality of care, receipt of preventive care, and usual source of health care among undocumented and other Latinos. *Journal of general internal medicine*, 24, 508-513.
- Rosenbaum, S. (2011). The Patient Protection and Affordable Care Act: implications for public health policy and practice. *Public health reports*, 126(1), 130-135.
- Rubalcava, L. N., Teruel, G. M., Thomas, D., & Goldman, N. (2008). The healthy migrant effect: new findings from the Mexican Family Life Survey. *American journal of public health*, 98(1), 78-84.
- Rumbaut, G. (1997), "Assimilation and its discontents: ironies and paradoxes" en *International Migration Review*, vol. 31, núm. 4, Special Issue: Immigrant Adaptation and Native Born Responses in the Making of Americans.
- Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89.
- Sánchez-Siller, Iza María, & Gabarrot-Arenas, Mariana. (2014). ¿Exclusión en los dos lados? Un análisis de las políticas de salud para inmigrantes mexicanos en Estados Unidos desde una perspectiva binacional. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 147-167. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyaps13-27.edla>

Santosa, A., Wall, S., Fottrell, E., Högberg, U., & Byass, P. (2014). The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review. *Global health action*, 7(1), 23574.

Secretaría de Salud, (2018) Estrategia Ventanillas de Salud. *Secretaría de Salud, Secretaría de Relaciones Exteriores, Instituto de los Mexicanos en el Exterior, Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos*.

Secretaría de Salud, Secretaría de Relaciones Exteriores, Instituto de los Mexicanos en el Exterior, Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos. (2021). *Informe Ejecutivo: Estrategias Ventanillas de Salud Resultados 2020 y proyectos estratégicos*. Gobierno de México.

Selby, M. L., Lee, E. S., Tuttle, D. M., & Loe Jr, H. D. (1984). Validity of the Spanish surname infant mortality rate as a health status indicator for the Mexican American population. *American Journal of Public Health*, 74(9), 998-1002.

Sentell, T., & Braun, K. L. (2012). Low health literacy, limited English proficiency, and health status in Asians, Latinos, and other racial/ethnic groups in California. *Journal of health communication*, 17(sup3), 82-99.

Spetz, J., Baker, L., Phibbs, C., Pedersen, R., & Tafoya, S. (2000). The effect of passing an “anti-immigrant” ballot proposition on the use of prenatal care by foreign-born mothers in California. *Journal of Immigrant Health*, 2, 203-212.

SSA (2001) Se inicio la semana Binacional de Salud México - Estados Unidos http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2001-10-12_121.html (Consulta: 3 de Enero del 2023)

Steven Ruggles, Sarah Flood, Matthew Sobek, Daniel Backman, Annie Chen, Grace Cooper, Stephanie Richards, Renae Rodgers, and Megan Schouweiler. IPUMS USA: Version 15.0 [dataset]. Minneapolis, MN: IPUMS, 2024. <https://doi.org/10.18128/D010.V15.0>

- Stewart, M., Makwarimba, E., Barnfather, A., Letourneau, N., & Neufeld, A. (2008). Researching reducing health disparities: Mixed-methods approaches. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1406-1417.
- Tarrés, M. L., Peón, F. V., Serrano, R. S., García, R. R. R., Wiesner, M. L. R., Margel, G., ... & Plascencia, J. R. (2014). *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. El Colegio de México/FLACSO Mexico.
- Trejo, A. C., & Hoffman, T. P. (2011) Aspectos paradójicos de la salud en los inmigrantes mexicanos que viven en estados unidos. La migración en México y su impacto en la vida social de las personas. Universidad Anahuac.
- Turra, C. M., & Elo, I. T. (2008). The impact of salmon bias on the Hispanic mortality advantage: New evidence from social security data. *Population research and policy review*, 27, 515-530.
- Valle, V. M., Vázquez, W. L. G., & Moreno, K. A. V. (2020). Ventanillas de Salud: Desafíos en el acceso a servicios de salud de inmigrantes mexicanos en EE. UU. *Estudios fronterizos*, (21), 15.
- Verano, B. (2024). California becomes first state to offer health insurance to all eligible undocumented adults but many remain uninsured because of a range of enrollment barriers. Western Center on Law and Poverty. <https://wclp.org/california-becomes-first-state-to-offer-health-insurance-to-all-eligible-undocumented-adults-but-many-remain-uninsured-because-of-a-range-of-enrollment-barriers/> (Consultado el 8 de Julio del 2024)
- Vernice, N. A., Pereira, N. M., Wang, A., Demetres, M., & Adams, L. V. (2020). The adverse health effects of punitive immigrant policies in the United States: A systematic review. *PLoS One*, 15(12), e0244054.

- Viruell-Fuentes, E. A. (2007). Beyond acculturation: immigration, discrimination, and health research among Mexicans in the United States. *Social science & medicine*, 65(7), 1524-1535.
- Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P. Y., & Abdulrahim, S. (2012). More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social science & medicine*, 75(12), 2099-2106.
- Wallace, S. P., Mendez-Luck, C., & Castañeda, X. (2009). Heading south: why Mexican immigrants in California seek health services in Mexico. *Medical care*, 47(6), 662-669.
- Wilson, E., Chen, A. H., Grumbach, K., Wang, F., & Fernandez, A. (2005). Effects of limited English proficiency and physician language on health care comprehension. *Journal of general internal medicine*, 20(9), 800-806.
- Wingate, M. S., & Alexander, G. R. (2006). The healthy migrant theory: variations in pregnancy outcomes among US-born migrants. *Social science & medicine*, 62(2), 491-498.
- World Health Organization. (2008). *Social determinants of health* (No. SEA-HE-190). WHO Regional Office for South-East Asia.
- Yagi, B. F., Luster, J. E., Scherer, A. M., Farron, M. R., Smith, J. E., & Tipirneni, R. (2022). Association of health insurance literacy with health care utilization: a systematic review. *Journal of general internal medicine*, 1-15.
- Yu, M., Kelley, A. T., Morgan, A. U., Duong, A., Mahajan, A., & Gipson, J. D. (2020). Challenges for adult undocumented immigrants in accessing primary care: a qualitative study of health care workers in Los Angeles County. *Health Equity*, 4(1), 366-374.

El autor es Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma de Nayarit (UAN) y especialista en Migración Internacional por El Colegio de la Frontera Norte. Egresado de la Maestría en Estudios de Población de El Colegio de la Frontera Norte.

Correo electrónico: rulocastillon@gmail.com

© Todos los derechos reservados. Se autorizan la reproducción y difusión total y parcial por cualquier medio, indicando la fuente.

Forma de citar:

Chávez Castellón, Raúl Benjamín (2024). Caracterización de factores sociodemográficos asociados a padecimientos crónico-degenerativos y la utilización de servicios de salud en población inmigrante mexicana de california. Tesis de Maestría en Estudios de Población. El colegio de la Frontera Norte, A.C. México. 178 pp.