

Migración y acceso a servicios de salud: El caso de la población mexicana residente en Minnesota, EEUU

Migration and access to health services: the case of Mexican population living in Minnesota, USA

Ana Melisa Pardo Montaña

Instituto de Geografía, UNAM, México. apardo@igg.unam.mx

Claudio Alberto Dávila Cervantes

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México. claudio.davila@flacso.edu.mx

Fecha de recepción: 9/03/2016. **Fecha de aprobación:** 20/05/2016. **Fecha de publicación:** 16/08/2016

Resumen: El objetivo de esta investigación es presentar un panorama general del acceso a los servicios de salud de inmigrantes mexicanos residentes en Estados Unidos, en particular en Minnesota. Primero se exponen los datos generales acerca de la población mexicana residente en ese país y estado, desagregando el acceso a la seguridad médica y el uso de los servicios de salud por parte de la población en estudio. Enseguida se analiza el caso de la población mexicana en Minnesota. Se finaliza reseñando algunos de los mecanismos de acceso a la salud que están disponibles para los migrantes en ese destino. Se han utilizado las estadísticas más recientes del Consejo Nacional de Población (México), la National Health Interview Survey (2009-2011) y el National Healthcare Disparities Report (2012); además de entrevistas semiestructuradas que se realizaron en Minnesota con inmigrantes y representantes de organizaciones de apoyo de esta población.

Palabras clave: Migración; salud; acceso; servicios; México; Minnesota.

Abstract: The objective of this research is to give a general view of access to health services of Mexican immigrants in the United States (US), particularly in Minnesota. In the introduction we present general data regarding Mexican population living in the US and Minnesota, we also examine this population's access to health insurance and use of health services in the US. Further on, we analyze the particular case of Mexican population living in Minnesota and their access to health services, and we mention some mechanisms through which migrants can have to use health services. The information was obtained from the most recent statistics presented by the Consejo Nacional de Población (Mexico), the National Health Interview Survey (2009-2011) and the National Healthcare Disparities Report (2012). Interviews in Minnesota were carried out, both with migrants and representatives of migrant organizations which provide assistance to this population.

Introducción

La migración de mexicanos hacia Estados Unidos no es reciente. Aunque se puede considerar que el Programa Bracero es uno de los factores que la desencadenó, será a partir de la década de 1960 cuando se empiecen a observar cambios significativos en la intensidad y la magnitud de este fenómeno en la zonas de origen y destino y, con esto, en las rutas o circuitos migratorios. Asimismo, esta migración pasó de tener un carácter de tránsito, como en sus inicios, a uno más permanente, entre otros motivos por el incremento de las restricciones para atravesar la frontera (Zúñiga, Leite & Nava, 2004).

Datos más actuales estiman que, en 2012, habitaban en total 11.9 millones de personas mexicanas en Estados Unidos (CONAPO, 2013). De este total, un alto porcentaje era población indocumentada¹, lo cual repercute considerablemente en aspectos como el acceso a servicios de salud en el destino, entendido como el “proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente” (Restrepo, Echeverri, Vásquez & Rodríguez, 2006, p. 61). El proceso migratorio, en especial para la población sin documentos, suele vincularse a distintos problemas, entre los que se encuentran los que tienen que ver con la salud física y mental. La salud de quienes intentan cruzar la frontera de manera indocumentada se ve afectada por la exposición a distintos factores de riesgo, entre los que destacan: deshidratación y mal nutrición (durante el tránsito por la frontera), cambios en los hábitos alimenticios, consumo y abuso de alcohol y tabaco, e inactividad física (CONAPO, 2013). Sin embargo, aunque todo esto es bien conocido por autoridades y migrantes, no existen suficientes programas que busquen atenuar tal situación.

En el caso específico de Minnesota, como se observa en la figura 1, la población aumentó más de cinco veces entre 1990 y 2010. La Encuesta de la Comunidad Americana (American Community Survey) señaló que el 71% de la población latina en dicho estado era de origen mexicano². Y aunque en la actualidad Minnesota cuenta con distintos programas de apoyo que incorporan a la población inmigrante indocumentada, un gran porcentaje de esta no cuenta con servicios de salud.

Considerando el crecimiento poblacional referido y la importancia del tema de la salud como un derecho humano universal, el objetivo de la presente investigación es analizar el acceso a los servicios de salud de la población mexicana en Estados Unidos, presentando el caso de residentes en el estado de Minnesota. Para cumplirlo, la primera parte de este artículo expone

¹ De acuerdo con Passel y Cohn (2011), en 2000 residían 4.6 millones de mexicanos indocumentados en Estados Unidos, cifra que ascendió a siete millones en 2007, y para 2010, se registraban en total 6.5 millones en 2010.

² Aunque no hay reportes oficiales de la cantidad de población mexicana indocumentada residiendo en Minnesota, el Pew Hispanic Center señala que en 2010 el total de la migración indocumentada en ese estado se estimaba en 95 000 personas, de las cuales, 53% eran de origen mexicano. En: <http://www.pewhispanic.org/files/reports/133.pdf>

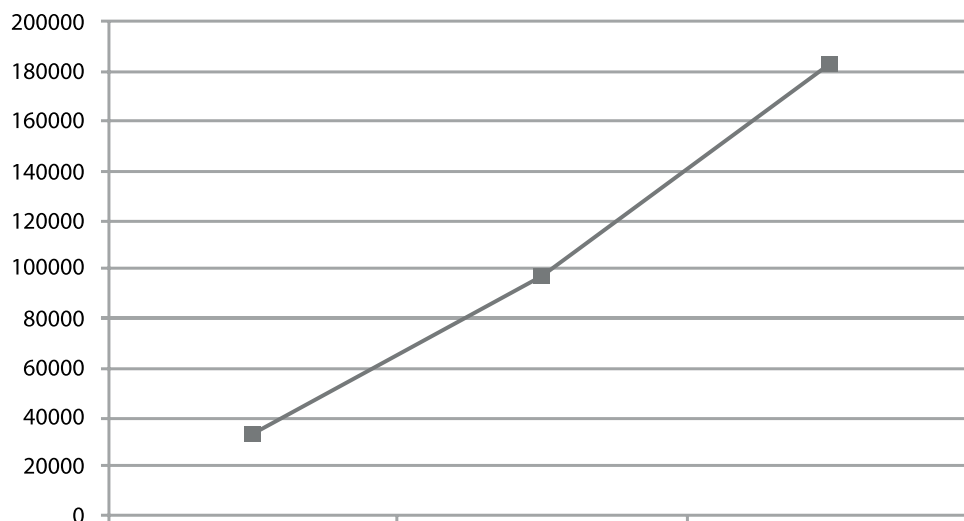


Figura 1. Población de origen mexicano residente en Minnesota entre 1990 y 2010.
Fuente: elaboración propia con base en el U. S. Census Bureau, 5-percent sample 1990, 5-percent sample 2000 y la American Community Survey (ACS), 2010.

un panorama general acerca de los datos sobre la población mexicana en Estados Unidos y Minnesota; luego se dan los detalles del acceso a la seguridad médica y al uso de este tipo de servicios por parte de la población mexicana en Estados Unidos; en la tercera parte se analiza el acceso a los servicios de salud de la población mexicana en Minnesota y, en la última sección, se resumen los principales y actuales mecanismos de acceso a la salud (programas y organizaciones de apoyo) con que cuenta la población migrante en ese destino.

Se trata de un estudio de carácter descriptivo y transversal en el cual se consideran las distintas unidades de análisis involucradas en el proceso, esto es, la población mexicana residente en Estados Unidos y su acceso a los servicios de salud, lo que permite construir un panorama general del fenómeno a nivel nacional, para luego tratar el caso específico de la población mexicana en Minnesota. La información que se utiliza como insumo se obtuvo de las estadísticas más recientes del Consejo Nacional de Población (CONAPO) de la National Health Interview Survey de 2009-2011 y del National Healthcare Disparities Report de 2012. Se llevaron a cabo además quince entrevistas semiestructuradas en Minnesota, tanto entre población inmigrante residente, como entre representantes de organizaciones que le prestan ayuda, con lo que se pretende obtener un primer acercamiento cualitativo al fenómeno migratorio.

Migración México-Estados Unidos

La migración de mexicanos hacia Estados Unidos forma parte de un proceso histórico en el que se pueden identificar cambios a lo largo del tiempo. Se trata de la corriente migratoria

mástrascendente para México, tanto por sus dimensiones, como por sus consecuencias sociales, económicas, políticas y culturales. Sus inicios se remontan al siglo XIX, pero desde la década de 1960, su importancia e impacto han ido en aumento, hasta ser, en la actualidad, el grupo principal de inmigrantes en Estados Unidos.

Para 2012, la migración mexicana en Estados Unidos representaba aproximadamente el 4% de la población total de ese país y el 28% de la población inmigrante (CONAPO, 2013). De acuerdo con los datos del Current Population Survey, las personas residentes mexicanos en Estados Unidos pasaron de 6 485 252, en 1994, a 11 778 92,1 en 2013. Las tasas de crecimiento han variado cada año, y actualmente presentan valores negativos: de -1.9, en 2011, y de -0.8, en 2013. Asimismo, para este último año se registró que el 67.9% de esa migración era económicamente activa y de este porcentaje el 91% se encontraba ocupado. La información también revela que el 25.5% labora en la construcción, o en servicios de baja calificación³ (29.9%). Para el tema que se plantea en esta investigación estos últimos datos son relevantes, pues dicho perfil laboral dificulta el acceso a servicios de salud, ya que la contratación se da con salarios bajos, sin prestaciones y con pocos o ningún servicio de salud (véase el anexo 1). Debe agregarse que otro rasgo destacado de esta población migrante residente en Estados Unidos es el alto porcentaje de personas sin documentos migratorios (figura 2).

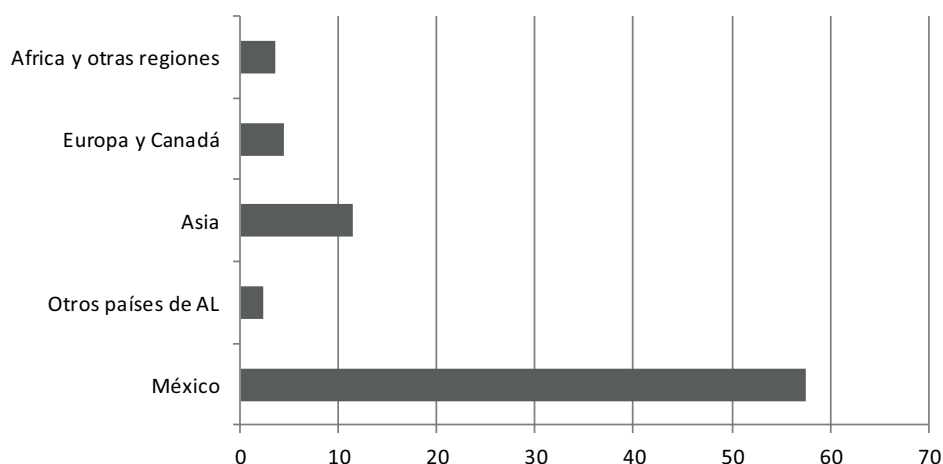


Figura 2. Porcentaje de población inmigrante indocumentada residente en Estados Unidos en 2010, según región de origen⁴. Fuente: tomado de Passel y D'Vera (2011).

Por lo general, la falta de documentación, no hablar el idioma inglés y el costo de los servicios médicos representan los principales factores por los cuales la población migrante mexicana,

³ Este rubro incluye las actividades relacionadas con la preparación de alimentos, mantenimiento y limpieza de inmuebles, servicios domésticos y personales, etcétera.

⁴ Los datos sobre la población hispana residente en Estados Unidos en 2012, pueden consultarse en el anexo 2.

en muchos casos, prefiere prescindir del servicio médico. El contacto con profesionales de la salud incrementa el temor de una denuncia ante las autoridades migratorias (Nigenda, Ruiz, Bejarano, Alcalde & Bonilla, 2009).

Mexicanos en Minnesota

La población migrante en Minnesota se puede dividir en dos grandes grupos. Por un lado, inmigrantes que arriban a este estado, con documentos o sin estos (la mayoría de origen mexicano); por otro, personas refugiadas (sobre todo de origen asiático y africano, que por asuntos políticos han buscado asilo). Esta distinción permite observar que estos dos grupos varían en nacionalidad y origen étnico, pero también en su cultura y experiencias previas y posteriores a la migración (Fennelly y Orfield, 2008). Esto tiene distintas implicaciones, pero destaca el hecho de que los grupos refugiados cuentan con permiso para residir en el país y con esto acceden a muchos de los servicios del gobierno del estado, mientras que los grupos migrantes mexicanos, en su mayoría indocumentados, ven limitado su acceso a esos mismos servicios⁵. Asimismo, las personas refugiadas, a diferencia de las indocumentadas, pueden solicitar que se permita la entrada de sus familiares a través de la política de reunificación familiar.

En cuanto a la población mexicana en Minnesota, existen registros de su presencia desde la década de 1920, cuando se reconoce en la capital, Saint Paul, un barrio mexicano, que se conformaba básicamente de jornaleros (Valdés, 2005). Según los datos del Pew Hispanic Center, (2011), residían 256 603 individuos hispanos⁶ en Minnesota, con una mayoría mexicana de aproximadamente el 71%, lo cual significa un aumento de 79,8% entre 2000 y 2011. Un gran porcentaje de estos migrantes viven en las Ciudades Gemelas (Twin Cities), conformadas por la capital del estado, Saint Paul, y Minneapolis. De acuerdo con datos del censo estadounidense de 2010, en este año había 176 007 mexicanos en Minnesota, un equivalente a 3.3% del total de habitantes en el estado (5 303 925). En el año 2000, del total de población en Minnesota (4 919 479), 95 613 eran de México, lo que representaba un 1.9% del total de la población. En tanto que en 1990 la población total de Minnesota era de 4 375 099 habitantes, la población mexicana en ese estado ascendía a 53 884 personas.

De acuerdo con el consulado de México en Saint Paul, la migración mexicana proviene de distintos estados, pero sobresalen: Morelos (16.34%), Puebla (14.81%), Veracruz (7.37%), Michoacán (6.73%) y el Distrito Federal (6.48)⁷.

⁵ Los altos porcentajes de población indocumentada y los bajos niveles de ciudadanía de la población de origen mexicano condicionan, de manera negativa, el ingreso al mercado laboral y, por lo tanto, explican la falta de acceso a la seguridad médica (CONAPO, 2002).

⁶ El censo de los Estados Unidos considera la raza o etnia, por ello ubica a los mexicanos como población de origen hispano.

⁷ Porcentajes de matrículas consulares que el Consulado de México expidió en Saint Paul, Minnesota, en 2007, discriminando por entidad federativa mexicana.

Acceso a servicios de salud de la población inmigrante mexicana en Estados Unidos

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), el derecho a la salud consiste en que la población acceda a esta en circunstancias de atención oportuna, aceptable y asequible. De igual manera, en los instrumentos internacionales de derechos humanos, se reconoce que aquellos relacionados con la salud son aplicables a todas las personas, incluyendo a la población inmigrante y refugiada, independientemente de su condición jurídica (OMS, 2003).

Ahora bien, los servicios de salud en Estados Unidos, por regla general, están vinculados al empleo y, en la mayoría de los casos, se trata de seguros privados (Bilbao, Burrell & Collins, 2012); mientras que los servicios públicos de salud se destinan a personas con determinadas características⁸, tal es el caso de los programas Medicare⁹ y Medicaid¹⁰ (Leite y Castañeda, 2009). Como resultado de lo anterior, la población mexicana que carece de seguridad social en Estados Unidos es elevada, especialmente en los años más recientes (figura 3).

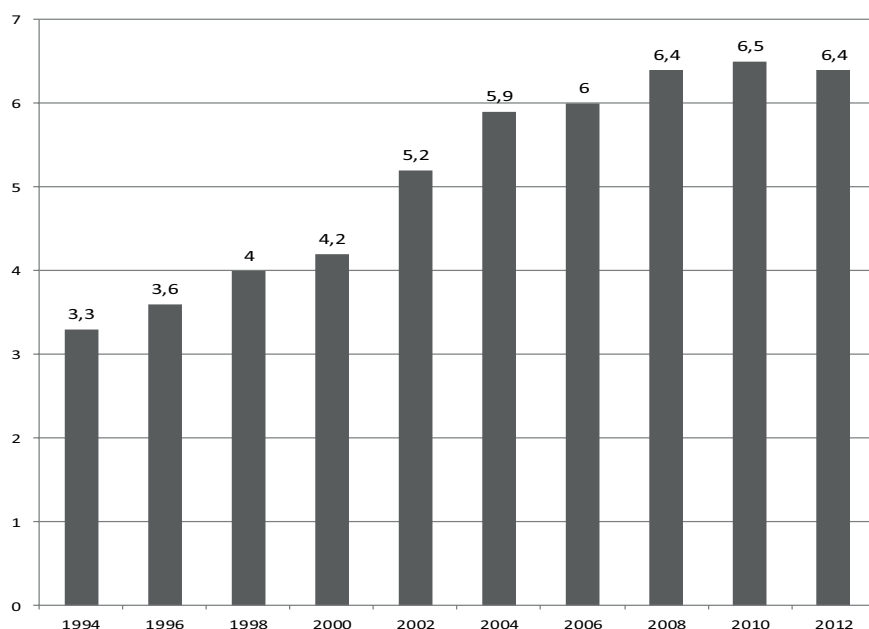


Figura 3. Población inmigrante de origen mexicano (en millones) residente en Estados Unidos que no cuenta con seguro médico, 1994-2012. Fuente: elaboración propia con datos del Bureau of Census y la Current Population Survey (CPS).

⁸ Más adelante se analizan estos programas por separado y se especifican las características de la población que atienden.

⁹ La población objetivo de este programa son las personas mayores de 65 años o algunos grupos más jóvenes con alguna discapacidad o enfermedad como cáncer e insuficiencia renal.

¹⁰ Es un programa para personas de escasos recursos económicos. Atiende sobre todo a familias y niños y niñas, personas adultas mayores y personas con discapacidad.

Entre 2008 y 2012 se observa cierta estabilidad en el número de inmigrantes mexicanos sin seguridad médica, la cual podría estar relacionada con la disminución de la población migrante, en especial a partir de la crisis de 2008. Sin embargo, para 2012, pese a esta reducción, 53% de la migración mexicana carecía de seguridad social, y otros grupos reportaban porcentajes inferiores (nativos blancos 11%, afroamericanos 18%, e inmigrantes de otras nacionalidades, incluyendo centroamericanos, 47%) (CONAPO, 2013).

Uno de los elementos que influyen en la carencia de servicios de salud en la población inmigrante es el tiempo de permanencia en el destino. Así, se observa que los porcentajes de población sin seguro médico disminuyen entre quienes llevan más tiempo en su destino, independientemente de su procedencia (figura 4).

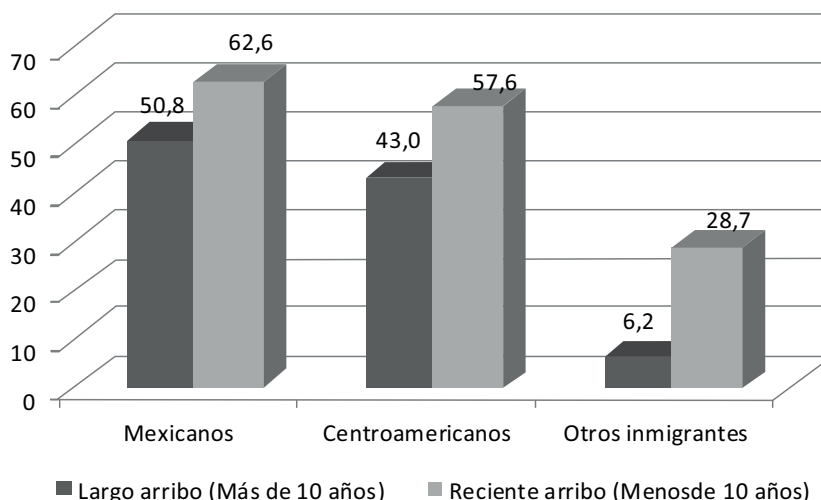


Figura 4. Porcentaje de población sin seguridad médica, según su fecha de arribo a los Estados Unidos, 2012. Fuente: elaboración propia con base en estimaciones del CONAPO, el Bureau of Census y la Current Population Survey (CPS).

Como se observa en la figura 4, existen diferencias considerables en cuanto a carencia de seguro médico entre inmigrantes que arribaron hace más de diez años y quienes se denominan de reciente arribo. En el caso de la población que emigra de México, por ejemplo, la diferencia es de casi 12% entre la de largo arribo y la que arribó hace menos de diez años. Es importante puntualizar que dentro de la figura solo se hace referencia a la fecha de arribo y no a la calidad migratoria de esta población, por lo que seguramente se están considerando muchos de los que para esta fecha ya cuentan con documentos para su estancia, lo que les puede facilitar el acceso a la seguridad social y, con esto, a los servicios de salud. Si bien esta tendencia se constata para los centroamericanos y de otras nacionalidades, son los mexicanos quienes presentan los mayores porcentajes sin seguridad médica. Es posible que esto se relacione con los altos números de población mexicana indocumentada residente en Estados Unidos, la cual es significativamente mayor respecto de la de otras nacionalidades.

De acuerdo con las cifras del [CONAPO \(2013\)](#), al considerar particularidades como el sexo y los grupos de edad, aparecen ciertas diferencias. En el caso de inmigrantes de México, del total de población sin seguro médico, 55.7% son hombres, y 45.3% son mujeres. Algo similar sucede con otras nacionalidades: los hombres son más propensos a carecer de seguridad médica. En relación con los grupos de edad, esta misma fuente explica que la población de entre 18 y 64 años reporta los porcentajes más altos de carencia de seguro médico. Así, 57% de individuos mexicanos adultos en estas edades no cuentan con ningún seguro médico, mientras que entre las personas adultas mayores (de 65 años o más), el porcentaje se reduce al 14.3%. Es importante anotar que para este último grupo poblacional existen programas como el Medicare, el cual les ofrece servicios de salud.

Como se refirió antes, la seguridad social se relaciona con el tipo de trabajo de la población, de tal manera que la actividad laboral de la mexicana, en este destino, puede estar relacionada con los altos porcentajes de población carente de seguridad social. De acuerdo con el Pew Hispanic Center (2014), las principales ocupaciones en las que las personas trabajadoras no gozan de seguro médico son la agricultura, la construcción, los servicios de limpieza y la atención en restaurantes, entre otras; es decir, las fuentes más importantes de empleo para migrantes mexicanos en Estados Unidos en general y en Minnesota en particular. Las formas de contratación en estos rubros económicos en su mayor parte no contemplan la atención en salud, lo que se corrobora en la tabla 1, donde queda claro que las actividades referidas presentan el más alto porcentaje de población sin seguro médico; mientras que profesionistas y el trabajo semi-calificado muestran los porcentajes más bajos.

Tabla 1

Porcentaje de población mexicana residente en Estados Unidos sin seguro médico, de acuerdo con el tipo de actividad en 2012

Tipo de actividad	Porcentaje de población sin seguro médico
Trabajadores agrícolas	70.8
Trabajadores en construcción	68.8
Trabajadores en servicios de baja calificación	63.1
Obreros	48.9
Ventas y apoyo administrativo	44.5
Ejecutivos, profesionistas y técnicos	34.1
Trabajadores en servicios semicalificados	29.1

Fuente: elaboración propia con base en estimaciones del CONAPO, el Bureau of Census y la Current Population Survey (CPS), 2012.

Además del tipo de ocupación, otro elemento a considerar en cuanto a la seguridad social es el estado de destino de la población inmigrante. De acuerdo con el [CONAPO \(2013\)](#), mientras que en Montana, Oklahoma, Ohio y Carolina del Sur, más del 75% de la población inmigrante mexicana carece de seguro médico, en estados como Nebraska, Iowa, Illinois, Indiana, Minnesota y Washington, entre otros, ese porcentaje es del 50% o menos. Esto guarda un lazo directo con las políticas y programas disponibles para los migrantes que los gobiernos estatales y locales ponen a su disposición.

Considerando esas diferencias, se analiza enseguida el caso de Minnesota, un estado que cuenta con distintas políticas de apoyo orientadas a la población inmigrante, pero donde también se observan altos porcentajes de población que, por no tener seguro médico, deben recurrir a otras estrategias a fin de atender sus necesidades en salud. Acceso a servicios de salud para la población inmigrante mexicana residente en Minnesota.

La población mexicana residente en Minnesota ha ido en aumento en los últimos años, proveniente de México y de otros estados americanos como Illinois (de Chicago, en particular), donde la saturación del mercado laboral, entre otras causas, ha provocado que estos grupos migrantes busquen alternativas en lugares como Minnesota ([Pardo, 2012](#)).

En el caso particular de las dos principales ciudades de Minnesota, Saint Paul y Minneapolis, es importante señalar que son consideradas ciudades santuario, lo que implica que en ellas se ofrecen algunas ayudas y programas a inmigrantes sin documentos. Además, el personal funcionario público ni la policía tienen como objetivo identificarles ni reportarles ante las autoridades migratorias. También es relevante asentar que si bien en Saint Paul y Minneapolis se ha intentado, mediante iniciativas de ley, impedir su condición de ciudades santuario, esto se ha desechado, ya que existe un gran interés por parte de la legislación de Minnesota por conservar esa característica ([González, 2011](#)). A pesar de ello, como en su mayoría la población migrante mexicana es indocumentada (al igual que en el resto de los Estados Unidos), aunque Minnesota ofrece numerosos programas de servicios de salud, en general no tienen acceso a una gran cantidad de ellos.

Con todo, el hecho de que las Ciudades Gemelas sean ciudades santuario permite que los grupos migrantes, indocumentados o no, puedan acceder a algunos programas de asistencia. En el tema de la educación, por ejemplo, no se puede indagar sobre el estatus migratorio de sus estudiantes. Esto se traduce en la existencia de muchos programas que ofrecen educación gratuita, acceso a becas y otros beneficios que descartan per se el estatus migratorio de estudiantes. No obstante, solo se aplican hasta el nivel de High School (preparatoria en el caso de México) ([González, 2011](#)).

En cuanto al tema de salud, existen algunos programas a los que la población migrante tiene posibilidad de acceso, entre los que destacan: Medical Assistance, para emergencias y atención de mujeres embarazadas (parto y hasta 60 días posparto), MinnesotaCare y Emergency Medical Assistance (EMA). Y aunque en buena parte únicamente atienden emergencias, consideran a toda la población, independientemente de su condición migratoria (González, 2011).

Medical Assistance es el programa en salud más grande de Minnesota, financiado con fondos públicos. Es un programa que “proporciona cobertura de salud a más de 700.000 personas de bajos ingresos cada mes. Tres cuartas partes de las personas atendidas son niños, mujeres embarazadas y los adultos sin hijos. Los otros son personas de 65 años o mayores y personas con discapacidades” (González, 2011, p.131). De este programa se pueden beneficiar mujeres embarazadas, niños y niñas, y mujeres con cáncer de mama o el cervicouterino, y personas adultas con discapacidad, adultas mayores o no ciudadanas.

No obstante, al programa Medical Assistance no pueden aplicar quienes tengan acceso a otros apoyos. En el caso de personas no ciudadanas también existen restricciones. En general, es necesario probar la residencia, aunque esta información solo se solicita para confirmar la cobertura y no para controlar el estatus migratorio. Pero existen casos de excepción: atención de emergencias, atención a mujeres embarazadas, consultas a personas con enfermedades crónicas graves (cáncer o diabetes, por ejemplo), y servicios que se ofrecen a la población aun cuando no tenga documentos para residir en el país.

El MinnesotaCare es un programa que, según el Minnesota Department of Human Services (2014), atiende a residentes que no disponen de una cobertura en salud asequible. Sin embargo, para ser beneficiario o beneficiaria del programa es necesario el pago de una prima mensual, que se calcula a partir del tamaño de la familia y de sus ingresos. Esto puede constituirse en una de las mayores desventajas, pues la mayoría de migrantes no cuenta con recursos económicos para realizar dicho pago. Asimismo, un requerimiento es el llenado de una solicitud, la cual debe contener el número de seguridad social, del cual carecen los individuos inmigrantes indocumentados. De este modo, el MinnesotaCare atiende a no residentes solo en casos de emergencia.

Por su parte, el Emergency Medical Assistance¹¹, ofrece servicios de salud solo en casos de emergencia, e incorpora entre sus beneficiarios a personas no elegibles para asistencia de fondos federales debido a su estatus migratorio, personas con estatus migratorio “indocumentado” o “no inmigrante”, y a quienes acceden al programa de víctimas de tortura y “no ciudadanos” en proceso de trámites para Acción Diferida¹².

¹¹ Para mayor información sobre este programa, véase http://hcopub.dhs.state.mn.us/03_45_05.htm.

¹² Acción Diferida (Deferred Action for Childhood Arrivals) es una política impulsada por el presidente Barack Obama, la cual busca suspender temporalmente las deportaciones de jóvenes y estudiantes indocumentados de entre 15 y 30 años de edad y que no hayan cumplido los 31 al 15 de junio de 2012 (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2012). En: <http://www.pewhispanic.org/files/reports/133.pdf>.

Como se observa, aunque la población inmigrante puede tener acceso a algunos servicios médicos, los mencionados no son de atención generalizada, sino que se orientan a casos de emergencia o a grupos vulnerables como mujeres embarazadas, niñez y personas adultas mayores. Esto puede estar relacionado con el hecho de que entre migrantes sin documentos, el grupo de edad con los porcentajes más elevados, en cuanto a cobertura en salud es el de los mayores de 65 años (87.4%) (CONAPO, 2002).

La falta de acceso a servicios regulares de salud ha obligado a esta población migrante a cubrir estas necesidades con alternativas distintas. Entre estas, las más recurrentes son la consulta telefónica con familiares, la automedicación, el uso de servicios privados, atención de la salud durante visitas al lugar de origen y el retorno (Nigenda, et al., 2009). En los casos de población cuya residencia es cercana a la frontera, recurren a la atención en ciudades mexicanas fronterizas como Tijuana. En cuanto a inmigrantes residentes en Minnesota, también pueden acudir a algunos centros de atención médica o clínicas comunitarias, que se destinan a personas de escasos recursos y donde no se solicita el estatus migratorio, sino que otorgan su servicio considerando la carencia de un seguro médico y los bajos ingresos. A veces, como lo confirmaba una persona encargada de uno de estos centros, reciben apoyo de algunas embajadas e iglesias para difundir entre la población migrante sus servicios:

Una persona de aquí de las clínicas está allí [en la embajada] respondiendo preguntas de salud, haciendo pues pruebas de diabetes o tomando la tensión, organizando clases de la educación de la salud y conectando a las personas que vienen a que van al consulado con los servicios sanitarios que existen en la comunidad y que para los que pueden ellos aplicar ¿no? Y obtener servicios, así que eso es más o menos lo que hacemos. (Comunicación personal con mujer trabajadora de un Centro de Apoyo en Salud para Migrantes en Minnesota)¹³.

Este tipo de clínicas o centros de apoyo, como lo mencionó la entrevistada, prestan servicios en especial a sectores de la población que no cuentan con ningún otro recurso. En el caso de las mujeres embarazadas, por ejemplo, el estado de Minnesota se encarga de su atención, del parto y de todos los requerimientos hasta seis semanas después del nacimiento, por lo que no es necesario que acudan a otro tipo de programas. Entre los servicios ofrecidos por estos centros médicos, se encuentran programas que atienden enfermedades como el cáncer cervicouterino o la diabetes, entre otras; además de que brindan servicios como la aplicación de vacunas en contra de la influenza y programas deportivos y de nutrición.

Sin embargo, a pesar del éxito de algunos programas, entre los que destaca el de atención para personas diabéticas, la mayor dificultad que estos enfrentan es la falta de conocimiento entre la población inmigrante indocumentada sobre la oferta de sus servicios. Este

¹³ Se omite el nombre del Centro de Apoyo a solicitud de la entrevistada.

desconocimiento se da en particular porque dichos servicios no se ofrecen en específico a esta población. Y a pesar de contar con el apoyo de difusión por parte de la embajada, su alcance entre la población migrante es limitado.

Aunque varios migrantes entrevistados manifestaron conocer varias organizaciones y programas, la mayoría declaró desconocerlos o solo reconocen algunos casos:

Ese tipo de información también la puedes conseguir en CLUES¹⁴ o si no CLUES puede referirte con otro tipo de programas como Portico que existe aquí. Portico es un programa para la gente de bajos recursos que necesita ayuda de salud y parece que no necesitas tener documentos, entonces las mismas asociaciones que ya están te refieren con otras asociaciones que te pueden ayudar; la cosa es que tú tengas el interés y preguntas, porque tú puedes tener, o sea la persona puede tener la necesidad pero si no pregunta, no investiga no va a hallar la respuesta. (Comunicación personal con mujer mexicana, residente en Minnesota desde hace 17 años).

Otros sujetos entrevistados explicaron que aunque han escuchado sobre organizaciones que apoyan a migrantes en distintos temas, entre estos, la salud, dado que no cuentan con documentos, prefieren no pedir esa ayuda por miedo a que las autoridades migratorias les identifiquen y deporten a su lugar de origen: No, nunca he buscado ayuda y gracias a Dios no lo he necesitado. Ya ve que uno siempre siente que lo van a buscar porque no tiene los papeles (Comunicación personal con hombre, inmigrante indocumentado).

El temor a ser identificados y deportados por la policía es un tema común en los estudios sobre migración indocumentada (Izcarra, 2010), situación que aparece incluso en las ciudades santuario como Minneapolis y Saint Paul en Minnesota. Este miedo forma parte de la vida cotidiana de los grupos migrantes en el lugar de destino, y es un motivo por el que muchos prefieren evitar el contacto con cualquier tipo de organización de apoyo. Esto se ha profundizado en los últimos años, cuando se ha notado el incremento de las políticas antiinmigrantes.

Todo ello ha llevado a que la población migrante indocumentada recurra a mecanismos como los ya citados: consultas telefónicas con sus familiares, la automedicación, el pago de servicios privados o la búsqueda de la atención médica durante las visitas al lugar de origen. En otros contextos, inclusive se recurre al retorno temporal para atención en salud, lo que es más frecuente entre inmigrantes que residen en estados fronterizos. No obstante, este mecanismo se utiliza poco entre la población inmigrante de Minnesota, ya que por estar ubicada al norte de Estados Unidos, los costos del transporte resultan elevados.

¹⁴ Comunidades Latinas Unidas en Servicio (CLUES) es una organización sin fines de lucro que brinda apoyo a la comunidad latina residente en Minnesota. Una de sus oficinas se encuentra al lado del consulado de México en Saint Paul, por lo que la comunidad mexicana suele contar con información de los servicios que ofrece.

Consideraciones finales

El acceso a los servicios de salud en Estados Unidos resulta escaso para la población inmigrante, en especial para la indocumentada. Por otra parte, de los grupos de inmigrantes residentes en el vecino país, los latinos, en particular los mexicanos, son los que presentan una menor cobertura en salud (Hubbell, et al., 1991)¹⁵. Esto se convierte en problema, si se considera que en la actualidad dicha población sigue en aumento, aunque no en la misma proporción que en años anteriores.

Disponer de un empleo formal es la condición más favorable para tener acceso a la seguridad social, lo que incluye la atención en salud; sin embargo, en el caso de la población mexicana, dado que el porcentaje de indocumentados es muy elevado, los migrantes se insertan en sectores económicos donde no acceden a este tipo de prestaciones laborales y, por tanto, no pueden disfrutar de tales servicios, de allí que tengan que buscarlos a través de otras alternativas.

Por su parte, la población inmigrante residente en Minnesota cuenta con algunas particularidades. Si bien las Ciudades Gemelas son consideradas como ciudades santuario, esto no significa que quienes ahí residen dispongan de la protección del estado en todos los aspectos. Pese a esto, es precisamente la condición de ciudades santuario lo que permite que el estado ofrezca algunos servicios a la población inmigrante, incluida la indocumentada. Pero, como se pudo ver, la mayor parte de estos servicios son exclusivos para personas vulnerables como mujeres embarazadas, niños y niñas, y personas adultas mayores, o para casos de atención por emergencias. Si bien, esta es una ventaja para quienes ahí residen, en comparación con otros destinos en Estados Unidos, donde ni siquiera cuentan con estos servicios, lo cierto, es que no toda la población puede acceder a estos servicios.

Por otra parte, en Minnesota existen otro tipo de organizaciones, clínicas o servicios de salud, que ofrecen atención a personas sin seguridad social, incluida la población indocumentada. En muchos casos se trata de atención de calidad y, aunque no cuentan con especialidades, sus pacientes reciben distintos tratamientos. Un caso destacado es el del programa de atención a personas que padecen diabetes, el cual brinda atención continua, medicamentos y servicios de nutrición. Lo que se observa entonces, es que incluso los estados que se pueden considerar como incluyentes de la población migrante, como es el caso de Minnesota, en general, tienen políticas que son asistencialistas, que se enfocan en la población vulnerable, pero que no atienden a todos los migrantes, quedando una importante proporción de población sin acceso a servicios de salud. Esta ausencia termina cubriéndose por parte de las organizaciones y/o clínicas que apoyan a los migrantes, las cuales intentan incorporar la mayor cantidad de población posible en sus programas, sin tener en cuenta si se trata de una estancia con documentos o no y

¹⁵ El National Healthcare Disparities Report (2012) no contiene datos específicos sobre la población mexicana sino sobre la hispana, pero es en este grupo donde la primera queda incorporada. Dicho documento explica que la población hispana tuvo, en un 70%, peor acceso a la salud, respecto de la población blanca no hispana. Acerca del tema, véase también a [Ortega et al., \(2007\)](#).

considerando las políticas restrictivas que impiden la atención a todos los migrantes, pero en general, no es el estado realmente el que se encarga de la salud población migrante. Dado que son precisamente estas organizaciones las que intentan incorporar a la población migrante y no es una iniciativa directa del gobierno de destino o de los mismos migrantes, muchas de las estrategias se quedan en la búsqueda de mecanismos para poder atender esta población con las restricciones que tiene la ley y no en presentar propuestas concretas de programas que incorporen a todos los migrantes, lo que de continuar con las políticas actuales que recriminan la migración indocumentada, dificultaría cada vez la incorporación de esta población a los programas de atención en salud.

En general, el gobierno de Minnesota ha considerado en sus políticas el crecimiento de la población inmigrante y las repercusiones que esto acarrea, un ejemplo es el interés por contabilizar a esta población y ofrecerle programas con algunos apoyos. En la mayoría de los casos, han incorporado a sus programas a la población hispana, donde se incluye la de origen mexicano; de acuerdo con el Minnesota Department of Health (2013), esta población recibe atención mediante distintos programas enfocados a enfermedades como el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardíacas, entre otras. Sin embargo, el mayor problema es que estos programas se destinan a la población con documentos, y como ya se ha mencionado anteriormente, la mayoría de inmigrantes de origen mexicano no tienen documentos, motivo por el cual no pueden acceder a estos programas.

Algunos elementos que resultan importantes para analizar el acceso a servicios de salud de la población inmigrante en Estados Unidos son el género, la edad y en especial el tiempo de permanencia en el destino y la condición migratoria, además de otros como el mercado de trabajo donde se inserte. Quienes no cuentan con documentos y trabajan se insertan en un mercado laboral con características más informales y, por lo tanto, no tienen acceso.

En cuanto a las estrategias de las personas migrantes para acceder a la seguridad médica, se debe considerar la carencia de documentos como uno de los factores de impacto, ya que en la mayoría de los casos, por miedo a la deportación, buscan invisibilizarse ante las autoridades, por lo que no acuden ni siquiera a los servicios a los que tendrían derecho (atención a menores, adultos mayores, emergencias). Por esto, recurren a distintas alternativas antes mencionadas, las cuales reflejan el estado de vulnerabilidad en el que se encuentra la mayoría de inmigrantes indocumentados y las pocas soluciones que se ofrecen a estos problemas.

Para finalizar, aunque existen diversos acercamientos al estudio del acceso a servicios de salud para migrantes en Estados Unidos, aún falta mucho por indagar en el tema, más todavía para el caso de la población indocumentada. Atender esta población ayudaría a ofrecer otro tipo de estrategias con miras a disminuir los niveles de vulnerabilidad a los que se enfrentan. Tal vez estudios multidisciplinarios, con metodologías tanto de corte cualitativo como cuantitativo,

son importantes para analizar este tema, ya que pueden indagar sobre las consecuencias que tiene para la salud, el no tener acceso a los servicios de salud o tener miedo de acceder a ellos.

Referencias bibliográficas

- Bilbao, E., Burrell, J. & Collins, J. (Enero-junio, 2012). La migración mexicana y su acceso a los servicios de salud. Una perspectiva binacional desde Puebla y la región de la capital del estado de Nueva York. *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, México, 7(13), p. 61-97.
- Consejo Nacional de Población (Conapo). (2002). Cobertura de salud de la población mexicana en Estados Unidos. *Migración Internacional*, 6(17) México, Boletín editado por el Consejo Nacional de Población.
- Consejo Nacional de Población (Conapo). (2013). *Migración y salud. Inmigrantes mexicanos en Estados Unidos*, México, Secretaría de Gobernación/Consejo Nacional de Población.
- Current Population Survey. (2012). United States Census Bureau. Disponible en <http://www.census.gov/cps/>
- Department of Health and Human Services. (2012). *National Healthcare Disparities Report*. Estados Unidos.
- Fennelly, K. & Orfield, M. (2008). Impediments to the Integration of Immigrants: A Case Study in the Twin Cities. En *Twenty-first century gateways: Immigrant incorporation in suburban America*, (p. 200-224). Estados Unidos.
- González, M. (2011). *La comunidad migrante de Morelos en Minnesota. Su red social y organizaciones* (tesis doctoral). México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales: Sede México.
- Hubbell, F. A., Waitzkin, H., Mishra, S. I., Dombrink, J., & Chavez, L. R. (1991). Access to medical care for documented and undocumented latinos in a southern California county. *Western Journal of Medicine*, 154(4), p. 414-417.
- Izcará, S. (2010). Migración irregular y aislamiento social. Los jornaleros tamaulipecos indocumentados en los Estados Unidos. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 68(2), p. 453-472.
- Leite, P. & Castañeda, X. (2009). Mexicanos en Estados Unidos: (falta de) acceso a la salud. En *La situación demográfica de México*, (p. 117-128) México: Consejo Nacional de Población.
- Leite, P., Angoa, M. A. y Rodríguez, M. (2009). Emigración mexicana a Estados Unidos: Balance de

las últimas décadas. En *La situación demográfica de México*, (p. 103-123). México: Consejo Nacional de Población.

Nigenda, G., Ruiz, J. A., Bejarano, R. M., Alcalde, J. E., & Bonilla, P. (2009). Análisis de las alternativas de los migrantes mexicanos en Estados Unidos de América para atender sus problemas de salud. *Salud Pública de México*, 51(5), p. 407-416.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). Migración internacional, salud y derechos humanos. *Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N.o 4*. Disponible en http://www.who.int/hhr/activities/2005%20PRT%2016325%20ADD%201%20Migr_HHR-Spanish%20edition.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *El derecho a la salud*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

Ortega, A. N., Fang, H., Perez, V. H., Rizzo, J. A., Carter-Pokras, O. y Wallace, S. P. (2007). Health care access, use of services, and experiences among undocumented mexicans and other latinos. *Arch Intern Medicine*, 167(21), p. 2354-2360.

Pardo, A. M. (2012). Entre lo local y lo global. Fiesta de San Pablo Apóstol en Minnesota. En Rosalba Díaz Vásquez, María del Carmen Díaz y Mario Martínez (coords.), *Migración y cultura popular*. México: Universidad Autónoma de Guerrero/Universidad Nacional Autónoma de México.

Passel, J. y Cohn D.V. (2011). *Unauthorized Immigrant Population National State Trends*, 2010. Pew Hispanic Center. Disponible en <http://www.pewhispanic.org/files/reports/133.pdf>

Restrepo, J., Echeverri, E., Vásquez, J., & Rodríguez, S. (2006). *El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia*, Medellín, Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia.

Santos, L. (2011). Migración Mexicana a la región de los Grandes Lagos. Estado de Minnesota, destino nuevo de la migración mexicana. *Miradas en Movimiento*, vol. 5, pp. 27-51.

Valdés, D. (2005). *Mexicans in Minnesota*, Minneapolis, Minnesota Historical Society Press.

Vargas, J. (2005). El mercado transfronterizo de servicios de salud privados entre Tijuana, México y San Diego, EE. UU. *Revista de Economía Mundial*, 13, p.163-184.

Zúñiga, E., Leite, P., & Nava, A. (2004). La nueva era de las migraciones. *Características de la migración internacional en México*. México: Consejo Nacional de Población.

Anexos

Anexo 1

Población nacida en México residente en Estados Unidos según ocupación principal

Ocupación principal	Porcentajes			
	2010	2011	2012	2013
Total	100	100	100	100
Ejecutivos, profesionistas y técnicos	9.1	8.8	8.7	10.3
Trabajadores de servicios semicalificados	1.8	1.5	1.7	1.8
Ventas y apoyo administrativo y de oficinas	12.3	13.1	11.9	12.1
Obreros y trabajadores especializados (exc. trab. construcción)	25.8	26.1	26.5	25.5
Agricultores y trabajadores agrícolas	4.5	4.2	4.4	4.1
Trabajadores de servicios de baja calificación	30.4	29.7	31.1	29.9
Trabajadores de la construcción	16.0	16.5	15.7	16.4

Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en Bureau of Census, Current Population Survey (CPS), marzo de 2010-2013.

Anexo 2

Estado y tipo de cobertura de la población hispana residente en Estados Unidos en 2012

	Total	No cubierto en ningún momento del año	Cubierto por algún tipo de seguro en el año	Cubierto por un seguro privado	Cubierto por el seguro del empleador	Cubierto como trabajador independiente	Cubierto por la compra directa de un seguro	Cubierto por un plan del gobierno
Total	53,230	15,500	37,729	22,679	20,383	9,308	2,396	18,106
Edad								
Menos de 18 años	17,789	2,504	15,285	6,912	6,341	40	624	9,564
Menos de 6 años	6,188	742	5,447	2,162	2,030	0	172	3,765
Entre 6 y 11 años	5,948	788	5,160	2,266	2,105	0	197	3,245
Entre 12 y 17 años	5,653	975	4,679	2,484	2,206	40	255	2,554
Entre 18 y 24 años	6,311	2,515	3,796	2,634	2,149	622	245	1,417
Entre 25 y 34 años	8,597	3,945	4,652	3,596	3,298	2,371	327	1,305
Entre 35 y 44 años	7,629	3,154	4,475	3,587	3,369	2,405	292	1,100
Entre 45 y 54 años	5,955	2,149	3,807	3,079	2,832	2,112	338	910
Entre 55 y 65 años	3,736	1,053	2,684	1,884	1,699	1,269	230	978
Menos de 65 años	50,017	15,319	34,698	21,692	19,689	8,819	2,055	15,274
65 años y más	3,213	181	3,031	986	693	489	341	2,832
Sexo								
Hombre	26,844	8,388	18,456	11,440	10,330	5,213	1,192	8,567
Mujer	26,385	7,113	19,273	11,238	10,053	4,096	1,204	9,539

Fuente: Current Population Survey (2012). Cifras en miles.