



Voces indocumentadas: ¿A dónde acude cuando enferma? Experiencias de atención médica en EE.UU

Yetzi Rosales Martínez

SECIHTI - El Colegio de la Frontera Norte,
Unidad Monterrey

Resumen

Este documento narra las experiencias de atención médica de personas mexicanas sin documentos en Estados Unidos. En el contexto de una política migratoria criminalizante y una exclusión histórica de los programas de salud federales, se rescatan las voces de personas mexicanas y su experiencia cotidiana en los servicios de salud en jurisdicciones con políticas pro-migrantes. Se usó información de una encuesta no representativa y entrevistas semi-estructuradas realizadas durante 2020-2023 en las áreas metropolitanas de Nueva York, Chicago, Los Ángeles y Dallas-Fort Worth. Se encontró que los lugares a donde más recurre esta población son los centros de salud y hospitales públicos y, en menor medida, dispensarios en iglesias y Ventanillas de salud de los consulados mexicanos. Casi el 80% de las personas encuestadas tenía 10 años o más residiendo en EE.UU., dato relevante que refiere una experiencia acumulada navegando los sistemas de salud locales.

Introducción-Antecedentes

La población sin documentos migratorios en Estados Unidos ha sido históricamente excluida de los programas de salud federales. El criterio de autosuficiencia contenido en la Ley de Inmigración y Nacionalidad (1952), enfocado en evitar que la población inmigrante represente una carga pública, ha sido uno de los argumentos de los gobiernos federales en turno para justificar dicha exclusión. Este criterio, junto con otros de carácter político, ha sido usado para mantener al margen a la población con estatus irregular de los programas de bienestar social, como Medicaid, Medicare y otros. Las únicas vías de acceso a servicios de salud federales para esta población son las salas de emergencia hospitalaria y los centros comunitarios de salud (Scotch y Loganathan, 2011).

Además de la exclusión federal, la utilización de estos servicios se ha visto impactada negativamente por la política migratoria criminalizante (Fleming, P., (et. al.), 2019). Hasta 2024, los servicios de salud formaban parte de las llamadas "zonas sensibles" donde personal del

Servicio de Control de Inmigración y Aduana (ICE) tenía prohibido llevar a cabo inspecciones y detenciones, no obstante, a pesar de esta medida se documentó su presencia en inmediaciones de clínicas u hospitales. A partir de enero de 2025, Trump puso oficialmente fin a esta directriz dando rienda suelta a las “fuerzas del orden” para realizar detenciones en dichas zonas (DHS, 2025).

A nivel de vida cotidiana, la comunidad migrante experimenta realidades contrastantes debido en parte a las respuestas de los gobiernos locales. A *grosso modo*, las personas sin documentos que residen en jurisdicciones con políticas progresistas suelen tener mayor acceso a planes de salud de bajo costo que cubren desde atención preventiva, hasta tratamientos costosos. En cambio, aquellas que residen en jurisdicciones conservadoras tienden a recibir menores beneficios sociales, ya que los gobiernos dedican poco presupuesto a mejorar las condiciones de vida de esta población.

Así mismo, otros actores privados y religiosos representan también alternativas de atención médica. En todo el país existen organizaciones civiles, dispensarios en iglesias, consultorios privados y clínicas sin fines de lucro que brindan servicios, principalmente preventivos y ambulatorios y, por parte del gobierno mexicano, existen las Ventanillas de salud de los consulados mexicanos, quienes disponen de una red de aliados locales donde canalizan a la población inmigrante con necesidades de salud.



Fotografía: Yetzi Rosales.

Metodología

La información presentada se obtuvo de una encuesta no representativa y entrevistas cualitativas derivadas del proyecto “Las ciudades santuario como fronteras emergentes. Dinámicas transnacionales y espacios vividos de mexicanos indocumentados en Estados Unidos”. Se usaron datos recabados en las zonas metropolitanas de Los Ángeles (28.0%), Chicago (28.0%), Dallas (27.2%) y Nueva York (16.8%) durante 2020-2023. El 72.5% de los cuestionarios fueron aplicados en los consulados mexicanos.² Los criterios de inclusión de las personas informantes fueron: tener nacionalidad mexicana, ser mayor de edad (>17 años), haber residido al menos tres años en Estados Unidos y no pertenecer al Programa Daca³ (N = 1,480). Las preguntas hicieron referencia a la primera administración Trump. Se analizaron las respuestas del cuestionario sobre autopercepción del estado de salud y búsqueda de atención médica, así como las experiencias de atención médica captadas en entrevistas realizadas a 11 mujeres y 1 hombre, que tenían entre 18 y 22 años viviendo en las zonas mencionadas.

Resultados

Perfil de informantes: Más de la mitad de las personas encuestadas tenía entre 25 y 44 años (54%). El 48.3% eran mujeres, 1% se identificó con otro género y el resto hombres. La mayoría tenía al menos 10 años residiendo en EE.UU. (76.5%). En cuanto al nivel educativo, el 1.2% declaró no tener estudios, 56.8% había terminado la educación básica y el 9.1% la universidad o posgrado.

Con respecto a su estado de salud, el 65.8% percibió estar en buena o muy buena condición, 5.5% se consideró en el otro extremo (mala o muy mala) y el resto la calificó como regular. Así mismo, se indagó si requerían de tratamientos prolongados y/o consultas médicas frecuentes, a lo cual 18.2% respondió afirmativamente. Finalmente, el 12.1% dijo haber evitado buscar atención médica por miedo a controles migratorios.

Uso de servicios de salud. Los lugares donde las personas encuestadas buscaban atención médica fueron principalmente centros de salud (50.6%) y hospitales públicos (42.9%). Con base en los testimonios se constató que dichos servicios eran proveídos en su mayoría por los gobiernos de las ciudades o condados, quienes financian planes de salud enfocados en población sin seguro médico y en situación de pobreza. Incluso el condado de Fort Worth, tradicionalmente conservador, brinda esta cobertura, aunque con intervenciones limitadas comparadas con las que ofrece su condado vecino Dallas (Rosales, 2022).

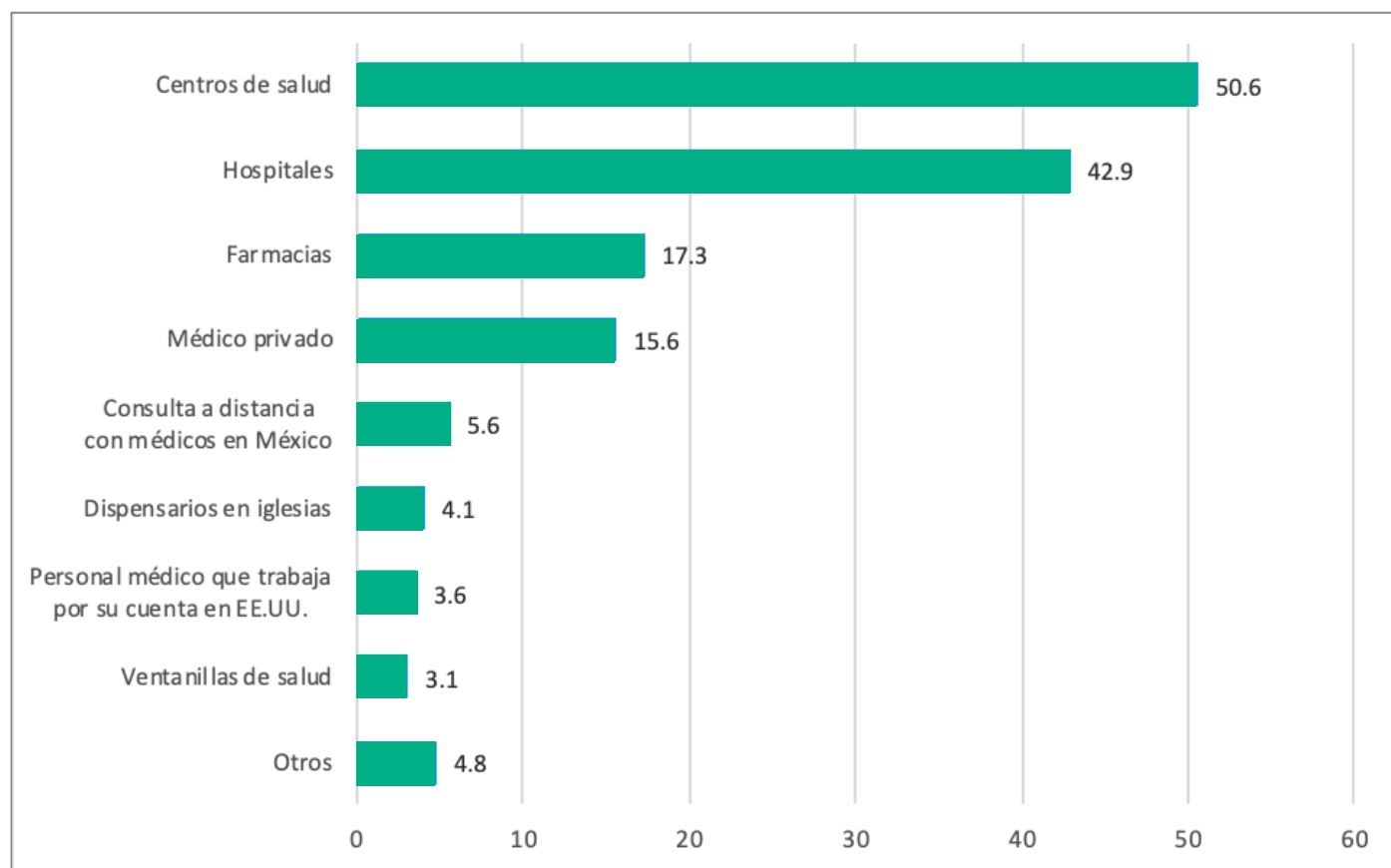
Además de estos servicios de salud, las personas encuestadas mencionaron acudir con menor frecuencia a farmacias (17.3%) y médicos privados (15.6%). De acuerdo con las narrativas, estas opciones de tipo preventivo o ambulatorio se usan ocasionalmente cuando se tiene la posibilidad de pagar, pero en general existe una oferta de servicios públicos del mismo tipo a bajo costo o gratuitos. Así lo relató Magdalena, de 45 años, que vivía en Fort Worth desde hace 18 años. Ella acostumbraba realizarse cada año una mastografía y papanicolau en un servicio público de salud móvil⁴, pero en una ocasión acudió a un servicio privado buscando mayor privacidad: *“Una vez fui a una clínica muy elegante y bonita, pero vine pagando como 700 dólares y después dije, mejor me lo hago en el camioncito, ahí me cuesta 30-40 dólares, lo hacen bien y es seguro”*.

También se mencionaron otras opciones de atención médica de carácter comunitario o transnacional. El 4.1% dijo utilizar dispensarios en iglesias, 5.6% consultas virtuales con médicos en México, 3.6% con personal médico mexicano que trabaja por su cuenta en EE.UU. y, un porcentaje menor había utilizado las Ventanillas de salud (3.1%). Este último dato sugiere un alcance limitado de este recurso consular frente al volumen significativo de connacionales que residen en ese país. Finalmente, el 4.8% dijo usar servicios médicos en universidades, remedios naturales o automedicación (Ver Tabla 1).

³Programa de Acción Diferida para los Llegados en la Infancia (DACA, por sus siglas en inglés).

⁴No se especificó si se trataba de la Ventanilla de salud sobre ruedas.

Tabla 1. ¿A dónde acude cuando enferma?



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta "Las ciudades santuario como fronteras emergentes".

Nota: Los porcentajes suman más de 100%, porque la pregunta permitió respuestas múltiples.

Las personas entrevistadas tenían mucho tiempo viviendo en Estados Unidos. Esta característica no solo conlleva procesos de arraigo, sino también un conocimiento acumulado sobre el funcionamiento del sistema de salud local. Las narrativas reflejaron cierta familiaridad con dicho sistema al relatar a dónde acuden, los requisitos para ser atendidas o inscritas a planes de salud públicos, los costos, así como las limitaciones en la atención. Cabe señalar que estas doce personas no habían dejado de utilizar servicios de salud por miedo a controles migratorios.

"En cualquier parte de Estados Unidos puedes ir a cualquier hospital de emergencia, tengas o no tengas papeles te van a atender, ahí es donde entra un presupuesto que tienen todos los hospitales para atenderte de emergencia, no van a investigar primero tu situación legal. Ya si se trata de tratamientos preventivos, no te los hacen"
(Magdalena, 45 años, Fort Worth).

“Buscándole hay mucha ayuda”. El conocimiento sobre los servicios de salud es regularmente antecedido por procesos de ensayo y error. Las personas van descartando servicios de salud donde fueron rechazadas o mal atendidas y seleccionan otros que posteriormente van recomendando a familiares y conocidos. Particularmente, mujeres que han usado servicios de atención prenatal están mayormente expuestas a información en salud a través de trabajadoras/es sociales; dicha información es difundida después en sus comunidades. Todas las personas entrevistadas mencionaron, ya sea un hospital público, consultorio privado o clínica no lucrativa donde solían acudir cuando enfermaban.

Beatriz, quien vivía en Dallas desde hace 22 años, acudía a un consultorio privado donde ya tenían su expediente: *“Nunca te piden ninguna identificación, ni tampoco comparten información tuya a nadie que tú no quieras, es muy confidencial”*. Ella pudo haber escogido el Hospital del condado como su proveedor de cabecera, sin embargo, percibía que el servicio era malo luego de una experiencia que tuvo su esposo durante una cirugía, por tanto, terminó descartándolo. En cambio, para Isabel ese mismo hospital era la mejor opción, porque el plan de salud le ofrecía una cobertura amplia: *“Todo lo que usted necesite en cuestión de cirugía, emergencia, ahí todo lo brindan. Usted mete una aplicación para bajos recursos y paga una cuota mínima por una cirugía, unos estudios, una consulta, sus medicinas. Ahí es donde yo tengo mi seguro”* (19 años de residencia en Farmers Branch).

En Fort Worth, Lucía sabía que el hospital del condado les proveía exámenes básicos preventivos, pero el acceso a especialidades médicas era restringido. Por ejemplo, las personas sin documentos podían acceder a tratamientos de diálisis, pero solo a un número limitado de sesiones; en tal caso, debían buscar otras opciones. Una alternativa era el sector privado, pero también ahí enfrentaban dificultades por no tener un seguro médico:

“Para llegar a los especialistas tienes que ir referido por alguien más. También si no tienes aseguranza(sic) es muy difícil que los especialistas te agarren. Si miran que no tienes aseguranza te rechazan o casi tienes que pagar la consulta antes de entrar. Mi esposo necesitaba un neurólogo; en Fort Worth hay 20 neurólogos, pero sólo 4 te agarran sin seguro, entonces tuvimos que andar investigando”
(Lucía, 50 años, Fort Worth).

En Nueva York, las informantes acudían al hospital público de la ciudad. En general, la percepción sobre la atención era buena, salvo por los tiempos de espera. Para Juana, el Medicaid de emergencias le cubrió una estancia hospitalaria de 15 días por una cirugía, aunque le quedó una deuda de \$300 dólares por las quimioterapias que no fueron incluidas en el programa. Por su parte Sonia, quien tenía un plan de salud en ese mismo hospital, señaló que suele esperar meses por una consulta, situación que no atribuyó a una posible saturación de los servicios, sino a su estatus migratorio: *“Pienso que nos dejan esperando, porque uno no tiene papeles”* (20 años de residencia), pero lejos de interpretarlo como un acto discriminatorio, lo asumía como un trato esperado.

Conclusiones

- Aunque a nivel federal las personas sin documentos en EE.UU. están excluidas del sistema de salud, a nivel local existen opciones de atención médica a las que suelen acudir.
- En las zonas metropolitanas de Los Ángeles, Chicago, Nueva York y Dallas-Fort Worth, la población encuestada acudía principalmente a servicios médicos proveídos por los gobiernos de las ciudades y/o condados.
- Las experiencias de atención médica relatadas dan cuenta de un acceso a servicios de salud preventivos y de emergencia, aunque con tiempos de espera prolongados y costos que se traducen en deudas para personas de escasos recursos.
- Sólo el 12.1% de los encuestados manifestó haber dejado de utilizar servicios médicos por miedo a controles migratorios. Este porcentaje pudo haber incrementado durante la segunda administración Trump tras la eliminación de la directriz de zonas sensibles que prohibía a ICE acercarse a los servicios de salud.

Recomendación

Vincular a la comunidad mexicana en la promoción de las Ventanillas de salud. Algunas mexicanas y mexicanos han adquirido conocimiento valioso sobre el sistema de salud local que posteriormente transmiten de forma orgánica entre sus allegados. Esta práctica podría incluir la promoción de los servicios brindados por las Ventanillas de salud si se impulsa una iniciativa donde los connacionales, de manera voluntaria, formen parte del equipo de las Ventanillas, reciban información y la acerquen directamente a sus comunidades.

Referencias

Scotch, R. y Loganathan, S. (2011). Local government's role in health care for undocumented immigrants: Three counties in North Texas. *Journal of Public Management & Social Policy*, 17(2), 11-24.

Fleming, P., (et. al.). (2019). A qualitative study on the impact of the 2016 US election on the health of immigrant families in Southeast Michigan. *BMC Public Health*, 19(947), 2-9.

DHS. [January 21, 2025]. Statement from a DHS Spokesperson on Directives Expanding Law Enforcement and Ending the Abuse of Humanitarian Parole. Recuperado de: <https://www.dhs.gov/news/2025/01/21/statement-dhs-spokesperson-directives-expanding-law-enforcement-and-ending-abuse>

Rosales, Y. (2022). Inmigración indocumentada y salud en la era Trump: Prácticas locales de bienvenida al norte de Texas. *Huellas De La Migración*, 7(13), 77-110.

Equipo coordinador de la serie:

Yetzi Rosales-Martínez,
Karla A. Valenzuela,
Benjamín Bruce y
Ámbar Paz-Escalante