

# **Inmigración indocumentada y salud en la era Trump: Prácticas locales de bienvenida al norte de Texas**

## ***Undocumented Immigration and Health in the Trump Era: Welcoming Local Practices to North Texas***

Yetzi Rosales Martínez

*CONACYT-El Colegio de la Frontera Norte, Monterrey, México*

### *Resumen*

El objetivo de este artículo es analizar la provisión de servicios de salud a población indocumentada, particularmente de origen mexicano, en un contexto local con una política migratoria antagónica durante la administración Trump. Se realizaron 20 entrevistas a personas inmigrantes y actores institucionales en el condado de Dallas, Texas. Se encontró que la política de bienvenida en el ámbito de la salud tiene su antecedente en un modelo de atención médica incluyente creado desde la década de 1980. Este modelo sirvió de cimiento durante el recrudecimiento de la política migratoria federal y en Texas para implementar acciones estratégicas por parte de proveedores de salud. La difusión de información y la educación en temas migratorios dirigida a población usuaria inmigrante contribuyó a mitigar el efecto de la política criminalizante en los servicios de salud.

Palabras clave: atención médica, inmigración irregular, políticas pro-migrantes, actores locales, Dallas.

### *Abstract*

The objective of this article is to analyze the provision of health services to the undocumented population, particularly of Mexican origin, in a local context with an antagonistic immigration policy during the Trump administration. Twenty interviews were conducted with immigrants and institutional actors in Dallas County, Texas. It was found that the welcome policy in the field of health has its antecedents in an inclusive medical care model created since the 1980. This model was useful as a basis during the worsening of federal and Texas immigration policy to implement strategic actions by health providers. The dissemination of information and education on migration issues aimed at the immigrant user population contributed to mitigating the effect of the criminalizing policy on health services.

Keywords: medical care, irregular immigration, pro-migrant policies, local actors, Dallas.

Artículo recibido el 24 de agosto de 2021 y aprobado el 08 de agosto de 2022.

## INTRODUCCIÓN

Este artículo contribuye a la literatura sobre las políticas e iniciativas locales de bienvenida a inmigrantes en los Estados Unidos. A través de un estudio de caso representado por el condado de Dallas, Texas, se exploraron las reacciones y prácticas de un grupo de proveedores de salud en un entorno local políticamente polarizado en materia migratoria durante la administración Trump. El punto de partida es el vínculo entre las políticas federales en materia migratoria y de salud que desalienta desde diferentes frentes el encuentro entre los proveedores de salud y las personas indocumentadas, ya sea restringiendo la cobertura médica o inhibiendo la utilización de la escasa atención médica disponible mediante mecanismos intimidatorios (Dobbs y Levitt, 2017; Martínez, *et al.*, 2015; Dondero y Altman, 2020; Young, Beltrán-Sánchez y Wallace, 2020).

El efecto perjudicial de la política migratoria federal de Estados Unidos de América en la utilización de los servicios de salud ha sido más contundente en ciertas coyunturas históricas. Una de ellas fue la elección y llegada a la presidencia de Donald Trump, quien pocos días después de comenzar su mandato firmó órdenes ejecutivas para ampliar el número de agentes de la Patrulla Fronteriza y del Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (*ICE*, por sus siglas en inglés) con el fin de reforzar la seguridad en la frontera e intensificar los arrestos de personas indocumentadas asentadas al interior del país (O'toole, 2019). En esta coyuntura, la actividad del ICE se reforzó al grado de sobrepasar su propia normatividad. Agentes de inmigración llevaron a cabo interrogatorios y detenciones en las inmediaciones o al interior de hospitales y clínicas a pesar de ser considerados "*sensitives locations*", es decir, lugares de excepción para llevar a cabo acciones migratorias. En ese contexto, medios de comunicación dieron a conocer algunos casos, como el interrogatorio en San Antonio a un inmigrante indocumentado que esperaba el diagnóstico de su hijo en un área de cuidados intensivos (Saadi, Ahmed y Katz, 2017); el arresto en *Fort Worth* de una inmigrante indocumentada en un hospital mientras esperaba una cirugía cerebral (Jones, 2017); y en California se reportó también la detención de población infantil y adulta inmigrante duran-

te su estancia en salas de emergencia, después de visitar a familiares enfermos (Abraham, 2018).

Aunque estos casos no se replicaron de forma masiva, sí tuvieron el suficiente eco entre la población indocumentada para diseminar la noción de riesgo ligada al uso de los servicios de salud. El miedo a la deportación y a la separación familiar se recrudeció y propició cambios en el comportamiento de la comunidad inmigrante para evitar encuentros con los agentes migratorios. En Michigan, por ejemplo, se registró una caída en las visitas a clínicas, la cancelación de citas y una menor disposición en familias mixtas<sup>1</sup> a inscribirse en programas de asistencia gubernamental debido al riesgo que implicaba tanto circular en el espacio público para acudir a centros de salud, como brindar información de contacto que eventualmente pudiera caer en manos del ICE (Fleming, *et al.*, 2019).

Durante esa administración federal, los gobiernos estatales radicalizaron sus posturas frente al tema migratorio. Algunos adoptaron abiertamente una política santuario y otros se aliaron oficialmente con agentes de inmigración para colaborar en tareas de detención. Las políticas migratorias a nivel sub-nacional suelen ir de la mano con la voluntad de los gobiernos de proveer o no servicios sociales a la población indocumentada (Young y Wallace, 2019). Así, estados tradicionalmente progresistas como Nueva York, California<sup>2</sup> y Massachusetts han destinado más financiamiento y flexibilizado los criterios de elegibilidad a los programas de salud con el fin de ampliar la cobertura a la población inmigrante (Boerner, 2015; NYSHealth, 2018; DHCS, 2020; Allyn, 2019). En contraste, estados que han manifestado una postura anti-inmigrante, como Texas, se oponen a usar fondos federales y estatales para expandir la elegibilidad de Medicaid, uno de los programas públicos de salud para personas de escasos recursos más importantes en los Estados Unidos (Scotch y Loganathan, 2011; Keisler-Starkey y Bunch, 2020; Callaghan, *et al.*, 2019).

Esta problemática visualizada desde un lente estatal dificulta, sin embargo, ahondar en posibles contrastes políticos al interior de cada estado (Aboii, 2014). Los estudios enfocados en lo local adquieren im-

---

1 Integradas por madre y/o padre inmigrante y descendencia nacida en Estados Unidos.

2 California, por ejemplo, aprobó Medi-Cal en 2015 con fondos estatales y en 2016 permitió a los inmigrantes indocumentados pagar su plan de salud afiliándose a *California Health Plans* (QHP's). En San Francisco, se lanzó el Programa de aseguranza en salud pública *Healthy San Francisco* dirigido a todos los residentes sin importar su estatus migratorio.

portancia debido a que, en dicha escala de análisis, es más frecuente encontrar políticas que limitan la cooperación con el ICE, así como el desarrollo de innovaciones en salud. La relación entre la política migratoria y los servicios de salud puede apreciarse mejor a nivel condado o ciudad donde las instituciones sociales y gubernamentales están más próximas a las necesidades básicas de la población y donde pueden surgir nuevas negociaciones y acuerdos para proteger a las personas en situación migratoria irregular (Hintjens y Pouri, 2014). Más aún, en este nivel de análisis puede observarse un impacto positivo en la vida cotidiana de los inmigrantes más vulnerables, en contextos con políticas y prácticas pro-migrantes aplicadas de manera oficial o extraoficial y cuando son acompañadas del debido presupuesto para su adecuada instrumentación (Cruz, 2019).

A escala local, esta inmediatez con las necesidades de salud de las personas inmigrantes ha generado iniciativas para allegar recursos y apoyos a esta población. Una de ellas fue la iniciativa *Sanctuary Doctoring* que surgió con mayor fuerza en las ciudades de Los Ángeles y Nueva York, ambas con políticas santuario, como una reacción de algunos proveedores de salud frente a los efectos de la política migratoria criminalizante. En términos prácticos, la iniciativa propone proveer apoyo emocional, información, referencia a redes de defensoría de inmigrantes y la aplicación de protocolos de protección y confidencialidad en caso de recibir visitas de agentes migratorios en establecimientos de salud. En este contexto, los proveedores de la salud fungen como actores locales activos y organizados en favor de la población inmigrante (Jones, 2017; Abraham, 2018; Kuczewski, Mejias-Beck Blair, 2019).

Este trabajo contribuye a la literatura sobre el papel de los gobiernos y actores locales en la provisión de servicios de salud a personas indocumentadas en jurisdicciones no reconocidas oficialmente como santuario, pero con prácticas de *bienvenida* a población inmigrante. Las preguntas que guiaron la investigación fueron: ¿Cómo se experimenta la política de bienvenida en el terreno cotidiano de la provisión de servicios de salud en el condado de Dallas? ¿Cuáles son las prácticas en salud hacia la población indocumentada en un contexto local políticamente contrastante en el tema migratorio? y ¿En qué medida dichas prácticas contribuyen a mitigar el impacto de la política migratoria en la utilización de servicios de salud?

El estudio se centra en la atención médica a población inmigrante mexicana por tratarse de la minoría étnica más numerosa en el contexto analizado. Eso significa incluir en el análisis el papel del Estado Mexicano como actor transnacional a través de su política de diáspora que, entre otros propósitos, busca mejorar el acceso a servicios médicos entre los mexicanos y mexicanas más vulnerables en Estados Unidos de América. En los siguientes apartados se describen los elementos estructurantes a nivel macro donde se inserta el proceso local analizado. Se describe en primer lugar el contexto político en materia migratoria del condado de Dallas, seguido de los aspectos metodológicos y un marco de referencia sobre el movimiento de bienvenida en Estado Unidos de América. Posteriormente, se presentan los resultados de la búsqueda documental y del trabajo de campo, para luego concluir con las reflexiones finales.

## **INMIGRACIÓN: UN CONTEXTO POLARIZADO EN EL CONDADO DE DALLAS**

El condado de Dallas forma parte del área metropolitana Dallas-Fort Worth, Texas. Esta gran urbe tiene una presencia importante de población inmigrante que en 2018 representó el 16.0 por ciento (322 mil 476) de la población total, con una composición étnica mayormente latina (NAE, 2018). En términos políticos, el condado de Dallas ha mantenido una agenda pro-migrante sin llegar a asumirse como un espacio santuario. En 2017, cerca de 280 mil inmigrantes que residían en dicho condado tenían un estatus migratorio irregular, de los cuales el 71 por ciento eran de origen mexicano<sup>3</sup>. Poco más de la mitad tenía al menos diez años residiendo en dicho condado (65 por ciento) y la mayoría carecía de cobertura médica (70 por ciento). En cuanto a su perfil socioeconómico, el 70 por ciento de las personas mayores de 16 años estaban insertas en el mercado laboral, principalmente en el sector construcción y servicios y, el 41 por ciento tenía un ingreso familiar igual o superior al 200 por ciento del nivel de pobreza federal (MPI, 2018).

En 2017, la vida cotidiana de esta población se vio afectada como resultado del clima político polarizado en el tema migratorio durante

---

<sup>3</sup> Si bien se dispone información más actualizada, se presentan los datos de 2017 por tratarse del contexto temporal del estudio. En 2019, esta cifra cambió: la población inmigrante sumó 293 mil personas en dicho condado, de los cuales el 68 por ciento eran de origen mexicano.

la llegada de Donald Trump a la presidencia. En ese año, el gobierno de Texas comenzó oficialmente la cooperación con los agentes del Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE) mediante la firma de la Ley *Senate Bill 4* (SB 4), mientras que el Tribunal de Comisionados del Condado de Dallas aprobó la resolución pro-inmigrante llamada *Welcoming Communities* (Commissioners Court of Dallas County, 2017). La Ley SB 4 constituye una medida drástica contra la inmigración irregular y prohíbe las ciudades santuario en Texas. En sus inicios, la ley obligaba a alguaciles y jefes de policía a cumplir las solicitudes del ICE para retener por más tiempo a personas encarceladas, a preguntar por el estatus migratorio y a arrestar inmigrantes por el simple hecho de no tener documentos. Autoridades de varias ciudades y condados texanos argumentaron la inconstitucionalidad de esta Ley e interpusieron una demanda ante un tribunal federal. A raíz de ello, los gobiernos locales ganaron libertad para poner límites o incluso oponerse a colaborar con ICE (ACLU, 2021).

Frente a este escenario estatal, el condado de Dallas mantuvo simultáneamente una agenda anti-inmigrante y otra pro-migrante. La primera estuvo representada por la oficina del Alguacil del Condado de Dallas quien rechazó el Programa 287y estipuló ciertos límites al ICE, pero aceptó colaborar con dicha agencia permitiendo interrogatorios y prolongando la detención de personas ya arrestadas en la cárcel del condado, lugar que terminó convirtiéndose en un centro de detención. Las detenciones a cargo del Alguacil procedían únicamente en delitos considerados como graves (por ejemplo, asaltos o posesión de armas letales) e incluía comunicación con agentes del ICE para notificarles sobre la liberación de las personas con 48 horas de anticipación en delitos graves y 24 horas en delitos menores para luego transferirlos a su custodia (ILRC, 2019, Dallas County Sheriff Office, 2015)). En 2017, un resultado palpable de esta colaboración fue el incremento en el número de arrestos en el condado que representó 71 por ciento más con respecto al año previo, situándose entre los primeros lugares seguido del condado de Harris (Latz, Lusk y Heyman, 2019; TRAC, 2019; Pew Research Center, 2018).

A la par, el Tribunal de Comisionados del Condado de Dallas expresó una postura progresista en la Resolución firmada en febrero de 2017 donde reconocía a los inmigrantes y refugiados como miembros de la comunidad y resaltaba la contribución económica que las personas indocumentadas hacen en el sector de la construcción, manufac-

tura y servicios y a través del pago de sus impuestos. En esa misma resolución, el Tribunal exhortó a las autoridades que aplican la ley de inmigración a respetar y proteger a todos los residentes sin importar su estatus migratorio y a terminar la colaboración no esencial con el ICE.

En la ciudad de Dallas la agenda pro-migrante tomó especial auge. El gobierno creó la *Office of Welcoming Communities and Welcoming Affairs* con el fin de promover la inclusión de los inmigrantes (WCIA, 2018) y más tarde, se certificó como Ciudad Hospitalaria ante la organización nacional sin fines de lucro *Welcoming America* siendo la segunda ciudad texana después de Austin en obtener dicho título (García, 2019; Welcoming America, 2020). En la misma línea, el Departamento de Policía de la ciudad continuó implementando durante la administración Trump el Programa Unidos para brindar asistencia en español y construir confianza en la comunidad inmigrante, especialmente indocumentada.

El objetivo del Tribunal de Comisionados del Condado de Dallas y del gobierno de la ciudad de Dallas de impulsar una política de bienvenida fue acompañada de un plan estratégico que incluía prácticas incluyentes. En el tema de provisión de servicios de salud, dicho Tribunal firmó una Resolución en abril de 2017 para proteger la salud y el bienestar de todos los residentes del Condado a través de los Departamentos de Salud y Servicios Humanos y su Distrito Hospitalario *Parkland*. Este Distrito Hospitalario es una subdivisión política del estado de Texas y es financiado con los impuestos de los contribuyentes del condado de Dallas. El Tribunal de los Comisionados del Condado es el encargado de nombrar a los integrantes de la Junta Directiva del Distrito Hospitalario y de aprobar su presupuesto anual (Parkland, 2018).

Si bien, el compromiso de proveer servicios de salud a todos los residentes del condado responde a una política de bienvenida, indirectamente también es consecuencia de una larga historia de exclusión de la población indocumentada del sistema de salud federal que ha trasladado a los gobiernos locales la función de brindarle servicios sociales básicos.

### **MARCO DE REFERENCIA: ESPACIO LOCAL DE BIENVENIDA**

Este estudio se enmarca en la literatura de políticas e iniciativas locales pro-migrantes en Estados Unidos. El término “santuario” ha sido el más emblemático para referirse a este tipo de políticas, sin embargo,

algunas jurisdicciones con agendas progresistas han utilizado otras denominaciones menos polémicas. El concepto santuario no tiene una definición legal y en la práctica contemporánea en los Estados Unidos se entiende como una postura política adoptada por gobiernos locales para limitar o evitar la cooperación con agentes migratorios federales y promover la protección de los derechos sociales de la población inmigrante. Durante la administración Trump, el discurso oficial punitivo hacia las jurisdicciones que se declararon santuario influyó, en parte, para que otros gobiernos locales no se autoidentificaran bajo este título, a pesar de llevar a cabo prácticas santuario. En este escenario, la terminología que se ha derivado del término santuario se vincula con espacios de “bienvenida”, de “compasión” o “ciudades libres”, existiendo generalmente de por medio una resolución u ordenanza que formaliza dicha postura (Cruz, 2019). No existe tampoco una definición legal de las políticas de bienvenida, sin embargo, sus propósitos y características son afines con los gobiernos santuario, por lo que podrían integrarse en una futura conceptualización a partir de su impacto en la vida de las personas inmigrantes.

Las políticas de bienvenida se han descrito como un movimiento político que incorpora prácticas de gobierno a nivel local para mejorar la integración económica y social de los inmigrantes. A nivel nacional, varias organizaciones lideran esta iniciativa como la Liga Nacional de Ciudades, la Conferencia de Alcaldes de Estados Unidos de América, Ciudades para la Acción, Ciudades para la Ciudadanía, la Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales y *Welcoming America*, fungiendo esta última como la principal representante. Dicha red proporciona asistencia técnica y certifica a las ciudades que buscan convertirse en un lugar de bienvenida para inmigrantes y refugiados. En 2013, se lanzó la iniciativa *Welcoming Cities and Counties* para proporcionar un lugar donde las ciudades de bienvenida a los inmigrantes compartieran recursos e intercambiaran buenas prácticas para construir una infraestructura más acogedora. Con el paso del tiempo, este movimiento ha ganado fuerza y visibilidad tras el incremento de afiliaciones que en 2015 sumaron 50 ciudades distribuidas en 31 estados. Bajo los preceptos instituidos por esta organización, una ciudad o condado de bienvenida se identifica por tener una agenda migratoria basada en el principio de inclusión y cuyo funcionamiento es posible gracias al trabajo colaborativo de actores gubernamentales, empresarios y miem-



bros de organizaciones sin fines de lucro (*Welcoming America*, 2020, McDaniel, Rodriguez y Wang, 2019).

Algunos autores han intentado establecer una diferenciación entre las políticas de bienvenida y las ciudades santuario sin aportar argumentos convincentes (McDaniel, Rodriguez y Wang, 2019; Huang y Yang, 2016). Lejos de ello, ambas políticas apuntan en esencia al mismo propósito: integrar a los inmigrantes a la vida social y económica de las ciudades o condados y fortalecer la confianza entre ellos y los residentes locales. En aras de encontrar matices entre ellas, puede decirse que las políticas santuario enfatizan en limitar la cooperación con agentes de ICE, mientras que las políticas de bienvenida se distinguen más por el diseño e implementación de programas y estrategias específicas, orientadas a atender temas de desarrollo empresarial, desarrollo de la fuerza laboral, desarrollo comunitario y seguridad pública (Huang y Yang, 2016). Este movimiento de bienvenida se ha vinculado al concepto de “receptividad”, desde un enfoque interseccional, para referirse al grado de apertura y calidez de cierto lugar hacia las personas inmigrantes, sin importar su nacionalidad, género, edad, estatus migratorio, etc. a través de políticas y acciones que apuestan por la inclusión (McDaniel, Rodriguez y Wang, 2019).

La adopción de políticas de bienvenida por parte de los gobiernos locales se atribuye en la literatura a diversos factores. Se ha interpretado como un resultado de los desajustes entre las leyes y políticas de inmigración a nivel federal y local. En el ámbito laboral, por ejemplo, las restricciones que impone la legislación federal a las personas indocumentadas encuentran una contraparte en municipios cuyas políticas de bienvenida promueven prácticas para mejorar la participación de dicha población en la fuerza laboral. Un “ajuste” similar ocurre con la aplicación de la ley federal migratoria que genera un sentimiento de miedo colectivo versus la cohesión social que fomentan algunos gobiernos locales (McDaniel, Rodriguez y Wang, 2019). Asimismo, la adopción de estas políticas se ha explicado en función de los cambios demográficos, el crecimiento económico y el contexto político local. Algunos autores argumentan que las ciudades de bienvenida presentan una economía local más lenta en comparación con otras ciudades, por lo que la política de bienvenida se traduce en una estrategia de crecimiento económico a través del empleo de más trabajadores inmigrantes (Huang y Yang, 2016), sin embargo, esta afirmación podría refutarse con relativa facilidad si se considera que la instrumentación

de estas políticas también requiere el debido financiamiento para instrumentar la política, por lo que las ciudades con una mejor salud fiscal disponen de más recursos e infraestructura para emprender innovaciones de este tipo.

En la ciudad de Dallas, la política de bienvenida se estructura en varias temáticas donde intervienen múltiples actores locales. El plan incorpora aristas relacionadas con el acceso a servicios públicos, construcción de relaciones de confianza entre comunidades inmigrantes y agencias locales, acceso al liderazgo y participación comunitaria, así como el mejoramiento de la integración de los inmigrantes a la educación y a la fuerza laboral. Algunas de las estrategias de bienvenida implementadas en esta localidad son: eliminar barreras lingüísticas, mejorar el acceso a vivienda y a atención médica, incrementar el acceso a justicia y educar a la población inmigrante sobre los derechos y obligaciones cívicas (WCIA, 2018).

### **Aspectos metodológicos**

*Diseño.* Se llevó a cabo un estudio exploratorio de corte cualitativo para analizar un estudio de caso a nivel condado. Para ello, se realizó una investigación documental y se recabó información de primera mano en campo. La selección del estudio de caso se justificó en una tipología de políticas migratorias multinivel previamente creada para el proyecto de investigación: “Ciudades santuario como fronteras emergentes. Dinámicas transnacionales y espacios vividos de mexicanos indocumentados en Estados Unidos”, donde se inserta el presente análisis. El Metroplex Dallas-Fort-Worth se eligió para representar el tipo-ideal caracterizado por la combinación de un gobierno local de bienvenida y un gobierno estatal anti-inmigrante.

*Participantes.* En el estudio se incluyeron dos tipos de actores. En primer lugar, se entrevistó a mexicanos y mexicanas en situación irregular que residían en el condado de Dallas, Texas y que al momento de la entrevista tenían al menos tres años residiendo en esa jurisdicción. Los argumentos para incluir a las personas inmigrantes fueron dos: identificar a los proveedores de salud a los que acuden regularmente y validar la información proporcionada por estos últimos. En segundo lugar, se entrevistó a actores locales vinculados con la provisión de servicios de salud a población de bajos recursos y sin seguro médico. Así mismo, se entrevistó a personal del Consulado General de México de Dallas y de la “Oficina de Bienvenida a Comunidades y Asuntos

de Inmigrantes”. En total, se realizaron 20 entrevistas y se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes (Ver Tabla 1).

*Instrumentos.* La técnica de recolección empleada fue la entrevista semi-estructurada. La guía de preguntas a inmigrantes se enfocó principalmente en detectar a los proveedores de salud que fueron posteriormente entrevistados e indagar el trato que habían recibido de ellos. Con base en estos testimonios y los resultados de una búsqueda bibliográfica se diseñó la guía de preguntas a actores institucionales con el fin de explorar la oferta de servicios de salud a inmigrantes, el impacto de la política migratoria federal y estatal en la provisión de servicios de salud y la colaboración entre proveedores de salud en el condado. A partir de ello, se identificaron algunas estrategias e iniciativas locales enfocadas a subsanar el impacto de la política migratoria en la utilización de los servicios por parte de la comunidad inmigrante.

*Procedimiento.* Se llevó a cabo el trabajo de campo a mediados de 2019 y principios de 2020 en Dallas. La mayor parte de la información se recabó de manera presencial y la última etapa de recolección se realizó de manera virtual debido a la pandemia por la COVID-19. Las estrategias para localizar a los y las entrevistadas variaron según el tipo de actor. Las personas inmigrantes fueron abordadas dentro de las instalaciones del Consulado mexicano y en espacios públicos donde se congregan para emplearse en labores de construcción. Se utilizaron preguntas *proxy* para identificar a las personas en situación irregular con el propósito de evitar preguntar directamente por el estatus migratorio. Respecto a los actores locales institucionales, el contacto se hizo a través de un oficio enviado electrónicamente junto con el protocolo de investigación semanas antes de viajar a Dallas.

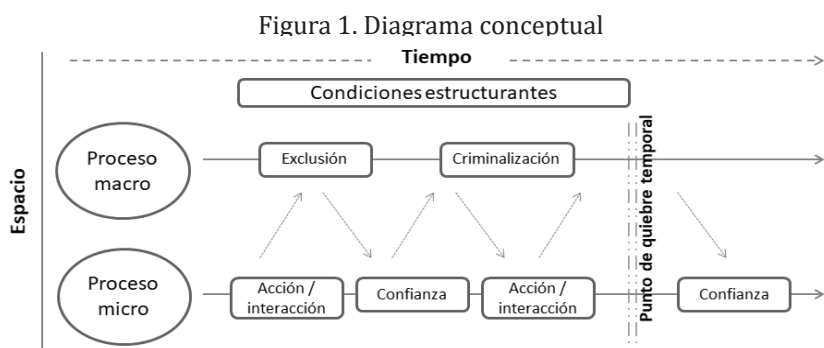
*Estrategia de análisis.* Siguiendo a Strauss y Corbin (2002), el objeto de estudio de este trabajo se situó dentro de un conjunto de condiciones estructurantes a nivel macro (federal) y micro (local). El análisis parte de la interacción entre la estructura y el proceso, donde este último es entendido como un conjunto de acciones/interacciones que evolucionan secuencialmente en un tiempo y espacio, dando cuenta de la capacidad de los individuos para reaccionar ante situaciones propias del contexto donde viven y eventualmente generar cambios.

Tabla 1. Perfil de informantes por tipo de actor

Tipo de actor	#	Informantes
Inmigrantes indocumentados/as	11	Sexo 8 mujeres 3 hombres
		Edad promedio 39 años (rango 21-50 años)
		Tiempo promedio de residencia en Dallas 15 años (rango 3-28 años)
	9	<i>Consulado Mexicano en Dallas</i> 1. Cónsul General 2. Líder de Ventanilla de salud 3. Coordinador de Ventanilla de salud
		<i>Distrito Hospitalario Parkland / Público</i> 4. Medical Director of Ambulatory Service and Population Health
		<i>Clínica comunitaria 1 (Federally Qualified Health Centers)</i> 5. Director of Development and Marketing
		<i>Clínica comunitaria no lucrativa 2</i> 6. Coordinator, Programs and Services
		<i>Clínica comunitaria no lucrativa 3</i> 7. Director of Volunteer Services
		<i>Caridades Católicas (Organización sin fines de lucro)</i> 8. Director. Immigration Legal Services
		<i>Office of Welcoming Communities and Immigrant Affairs (gobierno local)</i> 9. Director and Senior Program Manager
Actores institucionales: Adscripción y cargos		
Total de entrevistas	20	

Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de campo.

Las condiciones estructurantes o contexto contribuyen a responder al *por qué*, mientras que el proceso al *cómo*. El contexto se presenta como un conjunto de acontecimientos históricos a los cuales respondieron los individuos a través de *acciones / interacciones* que reciben el adjetivo de ‘estratégicas’ por llevarse a cabo de forma deliberada para resolver un problema particular. El análisis tiene un énfasis en el nivel micro, sin embargo, se recuperan situaciones macro relevantes para comprender por qué ocurren las acciones / interacciones estratégicas en la vida cotidiana. En este caso, las escalas de análisis mencionadas corresponden empíricamente al espacio nacional, estatal y local (Ver Figura 1).



Fuente: elaboración propia inspirada en la propuesta de Strauss y Corbin, 2002: 182.

El análisis de los datos recabados se hizo por medio de una codificación abierta usando el software Atlas Ti V8. Se seleccionaron *códigos en vivo* que emergieron con cierta frecuencia de los datos y con los cuales se segmentó el texto. Los nombres de los y las informantes fueron reemplazados por seudónimos para garantizar el principio de confidencialidad. Las categorías de análisis principales fueron ‘confianza’ y ‘acción/interacción’. Considerando los elementos de análisis macro y micro se construyó el diagrama anterior para mostrar la intersección entre los conceptos principales, las relaciones entre las condiciones estructurantes y las acciones estratégicas a nivel local. En este diagrama, el ‘punto de quiebre temporal’ se refiere a la irrupción de la política migratoria criminalizante durante la administración Trump que alteró durante un tiempo la dinámica de provisión de servicios de salud a personas inmigrantes en el condado estudiado (Strauss y Corbin, 2002).

## Salud e inmigración: De la política nacional a la local

El propósito de este apartado es mostrar la reciprocidad existente a nivel federal entre las políticas de salud e inmigración y contrastar su lógica excluyente con el modelo de salud desarrollado en el condado de Dallas. Este contexto macro brinda elementos retrospectivos para entender la gestación de un sub-sistema de salud local cuyo principio incluyente fue afín con la política de bienvenida del condado de Dallas implementada a la par de la política criminalizante de la administración Trump.

A nivel federal, la provisión de servicios de salud a población indocumentada ha sido un asunto polémico de antaño. Desde la década de 1970 se desarrolló un debate en torno al derecho de las personas en situación migratoria irregular a recibir atención médica en torno a los costos no compensados y a los servicios que deberían estar disponibles para ellos (Arnold, 1979; Conard, 1975; Nickel, 1986). En la segunda mitad del siglo XX, autores como Young, Hall y Collins (1979) pusieron sobre la mesa de discusión la ausencia de una política nacional destinada a la provisión de servicios médicos para población indocumentada y llamaron la atención sobre la transferencia de este servicio a las comunidades locales receptoras.

James Nickel (1986) contribuyó a esta discusión en favor de proveer servicios de salud a extranjeros indocumentados partiendo de tres argumentos. El primero se enfocaba en las razones prudenciales fundamentadas en los intereses de los propios ciudadanos de Estados Unidos al reducir la propagación de enfermedades transmisibles y mantener una buena salud pública. El segundo evocaba razones de carácter moral derivadas de la contribución económica que los inmigrantes hacen al país mediante el pago de impuestos y, finalmente, planteó razones humanitarias que demeritaban la importancia generalmente otorgada a la ciudadanía como requisito para brindar atención médica (Nickel, 1986). Casi medio siglo después, este debate continúa vigente teniendo como trasfondo barreras estructurales.

En ese país, la provisión de servicios de salud está ligada al principio de autosuficiencia. Desde 1952, este principio está plasmado en la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA, por sus siglas en inglés) definida como el ingreso inadmisibles al país de personas que puedan convertirse en una carga pública debido a la imposibilidad de sostenerse a sí mismas. En 1996, durante la administración Bill Clinton fue firmada

la ley denominada *Personal Responsibility and Work Opportunities Reconciliation Act* (PRWORA) que reforzó el principio de autosuficiencia al legislar la exclusión de la población inmigrante con estatus irregular de programas de bienestar social, entre ellos los servicios de salud financiados por la federación, al tiempo que estipuló un periodo de espera de cinco años para hacer uso de estos programas públicos para aquellos que ingresaran al país con un permiso de residencia (Scotch y Loganathan, 2011). Esta lógica utilitarista prevaleció durante las siguientes administraciones federales, hasta que Trump la reforzó con la llamada nueva regla *Inadmissibility on Public Charge Grounds* ampliando la evaluación de carga pública a inmigrantes que en el futuro solicitaran la residencia permanente o el ingreso a territorio estadounidense (Department Homeland Security, 2019). Cabe mencionar que Biden anuló disposición en los primeros meses de su mandato eximiendo de la carga pública a inmigrantes regulares y solicitantes de visados, pero no a inmigrantes indocumentados.

El principio de autosuficiencia se manifiesta claramente en el modelo privatizado de salud estadounidense. El régimen de bienestar liberal de aquel país concibe la salud como un bien equiparable a una mercancía que las personas adquieren mediante el pago de bolsillo o copagos a través de un seguro médico. Sólo los ciudadanos estadounidenses, naturalizados e inmigrantes con residencia permanente son elegibles para adquirir un seguro de salud en el mercado privado y obtener un subsidio federal a través de *Affordable Care Act* (ACA), conocido también como *ObamaCare*. Como parte de dicho régimen de bienestar liberal, existe un segmento público de salud con programas focalizados a grupos poblacionales en condición de pobreza que funcionan también con mecanismos de elegibilidad. En el caso de los extranjeros en situación de vulnerabilidad, dichos programas aplican para los refugiados, asilados, víctimas de tráfico de personas, entre otros, pero no para personas sin documentos migratorios (Department Homeland Security, 2019).

Los programas públicos de salud federales dirigidos a población en pobreza no son universales. Los más importantes por el volumen de población que atienden son *Medicaid* y *Children's Health Insurance Program* (CHIP) que son co-financiados por la federación y los estados, pero administrados solamente por estos últimos, lo que significa que cada estado define el punto de corte de la línea de pobreza y los criterios de elegibilidad. Existen otros programas federales de asisten-

cia pública administrados también por los estados, como el *Temporary Assistance for Needy Families* (TANF) y el *Supplemental Nutrition Assistance Program* (SNAP) para familias con niños y niñas que no están en posibilidades de cubrir las necesidades vitales y, el *Supplemental Security Income* (SSI) para personas con discapacidad, sin embargo, ninguno de ellos está disponible para personas sin documentos migratorios (National Immigration Law Center, 2015).

En la legislación federal, las únicas dos vías de acceso a servicios de salud para personas indocumentadas son las salas de emergencia hospitalaria y los centros comunitarios de salud. La primera vía tiene su antecedente en la ley *Emergency Treatment and Active Labor Act* (EMTALA) firmada en 1986, que obliga a los hospitales equipados con sala de emergencia a salvar la vida de cualquier persona sin importar su capacidad de pago o estatus migratorio. Esta ley ha sido controversial debido a la ausencia de una bolsa presupuestal que compense a los hospitales los costos no cubiertos por población inmigrante en situación de pobreza (Zibulewsky, 2001). La segunda vía de acceso es a través de los *Federally Qualified Health Centers* (CHC's por sus siglas en inglés), conocidos también como centros comunitarios de salud. Estos centros reciben financiamiento de la agencia federal *Health Resources and Services Administration* (HRSA) para proveer atención preventiva y ambulatoria a población excluida de la cobertura médica del *ObamaCare* y de los programas públicos federales de salud. De acuerdo con Portes y colaboradores (2012), existe una contradicción implícita en el funcionamiento de esta red de centros comunitarios porque su naturaleza de atención incluyente contrasta con el requerimiento de una prueba de residencia, comprobantes de ingreso y copagos por cada visita médica. Sin embargo, en la práctica la solicitud de dichos requisitos depende del nivel de empatía del personal médico que opera los centros de salud (Portes, Fernández-Kelly y Light, 2012). A nivel nacional, estos centros representan una alternativa en salud importante para la población indocumentada, más aún en entidades donde Medicaid no se ha expandido, como en Texas y Georgia. Sin embargo, su impacto es insuficiente cuando se requiere atención especializada y tratamientos costosos. (Scotch y Loganathan, 2011; Wallace, Young, Rodríguez, Bonilla y Pourat (2016).

Frente a este panorama, una intensa actividad legislativa a escala subnacional ha subsanado algunos vacíos de la política federal en el rubro de servicios de salud (Philbin, *et al.*, 2018). De acuerdo con



Dobbs y Levitt (2017), los estados intervienen para mitigar la exclusión de los inmigrantes de los programas federales, sin embargo, esta afirmación no considera dos disyuntivas: La primera es que no todos los estados llevan a cabo políticas de protección e integración hacia los inmigrantes y, la segunda es que el impacto nocivo de la política migratoria criminalizante permea a todos los estados, desalentando los esfuerzos de integración (Latz, *et al.*, 2019). Es aquí donde los gobiernos y actores locales adquieren un papel relevante en la atención a esta población.

### **CONDADO DE DALLAS: BASES PARA UN MODELO DE BIENVENIDA EN SALUD**

El sub-sistema de salud del condado de Dallas tiene una historia inspirada en el principio de no-discriminación. Desde la década de 1980, el Distrito Hospitalario tiene la misión de brindar atención a todos los residentes del condado mediante un modelo de atención primaria en salud denominado *Community-Oriented Primary Care* (COPC, por sus siglas en inglés). Los propósitos de este modelo son descentralizar los servicios de salud, acercar las clínicas a las comunidades y disminuir los costos públicos en salud (Pickens, Boumbulian, Anderson, Ross y Phillips, 2002). Al menos la mitad de los pacientes atendidos en la infraestructura del Distrito Hospitalario y su red de clínicas son de origen latino, muchos de los cuales son indocumentados y clasificados para fines de registro como indigentes. Cabe mencionar que desde 1985 todos los condados de Texas tienen la responsabilidad de proveer atención médica a la población indigente bajo el *Indigent Health Care and Treatment Act*. De acuerdo con esta normatividad, una persona es considerada indigente cuando su ingreso es igual o menor a la línea de pobreza federal y no es elegible para Medicaid (Health and Human Services, 2016-2021).

Debido a que parte del financiamiento en salud proviene de los impuestos locales, algunos sectores conservadores a nivel estatal y local se han opuesto a que las personas indocumentadas reciban atención médica por parte del Distrito Hospitalario del Condado. En 2001, el fiscal de Texas argumentó que brindar servicios a personas indocumentadas violaba la ley federal PRWORA, ya que dicha entidad no había autorizado proveer atención médica a todos los indigentes sin importar su estatus migratorio (Scotch y Loganathan, 2011).

A pesar de ello, el Distrito Hospitalario del Condado, conocido como Parkland, brinda atención compasiva a residentes del condado de Dallas que tienen ingresos bajos y no califican para otros programas públicos de salud a través del programa *Parkland Financial Assistance*. Este programa funciona con base en una determinación de necesidad financiera por medio de un estudio socioeconómico que no considera edad, género, raza, condición social, estatus migratorio, orientación sexual ni religión. Como parte de dicha evaluación, el hospital investiga la posible elegibilidad de los solicitantes a otros programas de salud o fuentes de subvención, de tal forma que su Programa de asistencia financiera represente la última opción<sup>4</sup>. En 2017, el hospital reportó ingresos fiscales para financiar los servicios caritativos de aproximadamente US\$575.7 millones y US\$621.0 millones en 2018. El 32 por ciento de los ingresos totales que recibió Parkland en 2017 provino de impuestos. Respecto al costo de la atención no compensada, durante el año fiscal 2018 se calculó en US\$1,021 millones, de los cuales alrededor de US\$392.00 millones provenían de cuidados caritativos. Este último se calcula mediante una relación de costos generales no compensados incluidos los servicios brindados a beneficiarios de Medicaid, personas sin seguro y pacientes inscritos en programas para indigentes (Parkland, 2018).

La política de salud incluyente del condado de Dallas ha atraído población de condados aledaños. De acuerdo con Hussain (2018), los condados vecinos fomentan este flujo de pacientes no asegurados hacia el Hospital Parkland por convenir a sus intereses evitando así la responsabilidad de ampliar los servicios de salud dentro de su demarcación administrativa (Hussain, 2018). El condado vecino Tarrant tiene una política de salud alineada con su postura abiertamente antiinmigrante a través del Programa 287. La atención médica que este condado brinda a población indigente en su Distrito Hospitalario es la mínima requerida en la ley estatal. Cabe mencionar que el condado de Dallas es el único de los condados colindantes del Metroplex Dallas-Fort Worth que recaba un impuesto especial dirigido al rubro de salud (Martin, 2017).

Desde 2001, los servicios de salud dirigidos a población en situación de vulnerabilidad en el condado de Dallas se diversificaron con

---

<sup>4</sup> Los documentos requeridos por Parkland para aplicar a este programa son: Prueba de identidad, comprobante de residencia en el condado de Dallas, comprobar el número de integrantes del hogar y el nivel de ingresos.

la conformación de una red local de proveedores de salud creada para responder a las deficiencias del sistema de salud federal y disminuir la demanda hospitalaria (Scotch y Loganathan, 2011). Varios actores locales se organizaron para llevar a cabo la intervención en salud denominada *Project Access Dallas* (PAD) basada en el modelo *Community-Based Care Coordination System*. Se trata de una red formal comunitaria constituida por organizaciones de inspiración religiosa, agencias de gobierno, organizaciones sociales sin fines de lucro, hospitales, universidades, voluntarios, médicos especialistas, farmacias, entre otros actores, que colaboran con el propósito de mejorar el acceso a servicios de salud de las personas de bajos ingresos (Dehaven, Gimpel y Kitzman-Carmichael, 2020).

The role of community health science practitioners is to collaborate with those in the community who are already working on any health issue at the clinical, population, or community organization level, facilitate communication and coordination across the different levels, and contribute to partnership-building for creating sustainable solutions for population health improvement (Dehaven, Gimpel y Kitzman Carmichael, 2020, p. 8).

De acuerdo con una evaluación de impacto, después de 20 años el PAD no solo ha mejorado el acceso a servicios de salud, sino que ha fomentado la confianza entre los proveedores de salud y la población beneficiada. Además de brindar atención médica, esta intervención promueve educación para prevenir enfermedades crónico-degenerativas, información sobre cómo navegar en el sistema local de salud y brinda apoyo emocional y psicológico, de tal forma que la interacción de la población inmigrante con los proveedores de salud ha derivado a través del tiempo en una relación de familiaridad. Aunque este proyecto ha tenido buenos resultados, continúan existiendo problemas para acceder a atención médica especializada, barreras geográficas a causa de la lejanía de algunas comunidades y altos costos de medicamentos para algunos padecimientos, como diabetes o depresión (Gimpel, Marcee, Kennedy, Walton, Lee y DeHaven, 2010).

### *Atención médica a población mexicana en Dallas: Una pieza transnacional*

En 2003, un actor transnacional se sumó al modelo de salud del condado de Dallas. La representación consular de México en Dallas y la agencia fiscal “Amigos sin fronteras” comenzaron una colaboración

para facilitar el acceso a atención médica a población mexicana que reside en el norte de Dallas. Poco después, esta iniciativa tomó el nombre de Ventanilla de Salud, bajo un programa más ambicioso impulsado por el gobierno mexicano a través del Instituto de los Mexicanos en el Exterior en todos sus consulados en Estados Unidos de América. para brindar protección social transnacional a su diáspora y contribuir a su integración en aquel país (Valle, *et al.*, 2020).

En materia de provisión de servicios sociales, el trabajo del Consulado consiste en generar colaboraciones con actores locales que van desde los alcaldes y comisionados del condado, los concejales de la ciudad, hasta los departamentos de policía, departamentos de salud, distritos escolares, colegios comunitarios, universidades, organizaciones de defensoría legal, entre otros, con el fin de potenciar sus escasos recursos humanos y financieros. El gobierno mexicano, a través de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Relaciones Exteriores, aporta anualmente un dinero semilla para que cada consulado negocie con agencias locales especializadas y colaboren en la provisión de servicios sociales dirigidos a la comunidad mexicana. Esta política del Estado mexicano se implementa desde la década de 1990 con fines de protección social transnacional e integración de su diáspora a las localidades receptoras en Estados Unidos de América (Délano, 2018).

En Dallas, el Programa Ventanilla de Salud (VDS) ha jugado un papel de interlocutor entre la red de proveedores de servicios descrita anteriormente y la comunidad mexicana. Una serie de barreras culturales, idiomáticas, económicas y estructurales que obstaculizan el acceso a los servicios de salud a la población mexicana, principalmente inmigrantes sin papeles, justificó la implementación de esta intervención. La labor de interlocución se formaliza mediante convenios de colaboración con proveedores de salud dispuestos a brindar sus servicios dentro y fuera de las instalaciones del Consulado mexicano. En 2020, la VDS tenía firmados al menos 60 convenios de colaboración con proveedores locales que brindan servicios de salud gratuitos o de bajo costo, esencialmente preventivos. Más allá de estos convenios existen relaciones de confianza interpersonal que son utilizadas por el personal de la Ventanilla de Salud para negociar el acceso discreto de la población inmigrante a programas de salud a los que oficialmente no son elegibles. Estas redes de confianza se generan sobre todo con clínicas encabezadas por fundadores conservadores que son operadas por personal médico con una actitud empática (E. Camacho, comunicación personal, 3 de julio de 2019).

Además de realizar cabildeo con proveedores de salud locales, el personal de la VDS hace una labor de traducción en sentido literal y figurativo para explicar a la comunidad inmigrante cómo navegar en el sistema de salud del condado de Dallas y de Texas y, al mismo tiempo, sensibiliza a los proveedores de salud sobre la idiosincrasia de la población mexicana con respecto al cuidado de su salud y a la actitud de postergar la búsqueda de atención médica hasta las etapas avanzadas de la enfermedad. En términos operativos, la VDS programa mensualmente visitas de personal de salud bilingüe al Consulado para ofrecer pláticas de salud informativas y aplicar pruebas de detección a población que acude a dicha oficina para realizar otros trámites administrativos.

*Del trabajo de campo: Reacciones de los proveedores de salud en Dallas*

En este apartado se describen las acciones/interacciones estratégicas llevadas a cabo por actores clave involucrados en la provisión de servicios de salud a población inmigrante mexicana en Dallas, Texas durante la administración Trump. Dichas acciones se enmarcan en un proceso micro representado por la conformación de una red de proveedores de salud y el surgimiento paulatino de una relación de confianza entre esta y la comunidad inmigrante. El estudio de caso tiene lugar en un proceso macro caracterizado por una política local de bienvenida y una política federal y estatal excluyente y criminalizante. En términos conceptuales, la coyuntura de la administración Trump y su discurso anti-inmigrante se interpreta en este análisis como un “punto de quiebre” en la interacción entre las personas inmigrantes y los proveedores de salud que fue recuperada a partir de la confianza previamente construida.

*Punto de quiebre: el efecto intimidante de la política migratoria*

La mayoría de los informantes institucionales reportó un efecto negativo de la política migratoria federal y estatal en la utilización de los servicios de salud de las personas inmigrantes en el condado de Dallas. La llegada de Trump al poder vino acompañada de una menor afluencia de usuarios inmigrantes en las salas de espera de algunas clínicas comunitarias. El personal de la Ventanilla de Salud mencionó que mujeres embarazadas dejaron de acudir a sus chequeos mensuales y disminuyó la solicitud de citas de padres de familia que llevaban usualmente a sus hijos a consultas en los programas de salud y nu-

trición. Alrededor de trece clínicas en la ciudad de Dallas empezaron a recibir menos usuarios y algunas comenzaron a hacer recortes de personal.

Meses después de la elección de Trump, me llamó la coordinadora de las clínicas de prenatal y nutrición infantil de Dallas para decirme que estaban perdiendo pacientes. Eso me preocupó, porque va contra la naturaleza del migrante; el migrante puede ignorar su salud, pero no la de sus hijos. Me preocupa ver que los migrantes están prefiriendo sacar a sus hijos de estos programas [de salud] (E. Camacho, comunicación personal, 3 de julio de 2019)

La menor afluencia de usuarios inmigrantes se atribuyó también a la influencia de la nueva ley de carga pública y la información sensacionalista difundida por algunos medios de comunicación. Ante la falta de certeza y la desinformación sobre las posibles repercusiones de la nueva ley de carga pública, padres inmigrantes con hijos e hijas nacidos en Estado Unidos de América inscritos en *Medicaid*, *CHIP* y otros servicios de salud federales renunciaron a estos beneficios, incluso inmigrantes con documentos migratorios optaron por dejar de usarlos ante el riesgo que podría implicar ser descalificados en un futuro para obtener la residencia permanente. Aunado a ello, los informantes mencionaron que esta labor de educación y concientización también era enturbiada por mensajes difundidos en algunos medios de comunicación con contenido extremo o catastrófico, principalmente la televisión en español, relativa a las redadas y deportaciones en el Metroplex, lo que fue calificado por los entrevistados como “una tortura psicológica” para las personas inmigrantes.

En algunos casos, la demanda de atención médica de la población infantil integrante de familias inmigrantes se desplazó de los programas públicos federales a otros proveedores de salud no ligados a la ley de carga pública. Este tipo de proveedores están integrados en buena medida por los centros de salud comunitarios (*Federally Qualified Health Centers*), a pesar de que reciben financiamiento federal a través de la agencia *Health Resources and Services Administration* (HRSA). El presupuesto federal de estos establecimientos de salud está condicionado al envío de información sobre la población atendida, sin embargo, de acuerdo con un entrevistado, los centros de salud no reportan datos personales, sino únicamente estadísticas agregadas y códigos postales para identificar las áreas geográficas que se están cubriendo.

Este tema del recurso federal resulta inquietante para algunos proveedores de salud, quienes prefieren tratar con discreción dicho asunto para evitar malentendidos en los usuarios inmigrantes por relacionarlo erróneamente con la ley de carga pública: “Tenemos financiamiento federal, eso puede causar una confusión, pueden pensar que somos del gobierno, pero no, somos una clínica particular sin fines de lucro” (A. Peterson, comunicación personal, 6 de noviembre de 2020). En este sentido, otras clínicas en Dallas optan por buscar otras fuentes de financiamiento alternas con organizaciones o donadores privados que no condicionen el apoyo a la entrega de registros y rechazan fondos gubernamentales.

Según Solis (2019), las clínicas comunitarias gratuitas o de bajo costo, así como las ferias de salud organizadas varias veces al año en el metroplex Dallas-Fort Worth comenzaron a recibir a los usuarios que habían desertado de los programas federales. Sin embargo, esta percepción no fue compartida por todos los informantes de este estudio. Una informante con tres años de experiencia laborando en una agencia de salud comentó haber percibido una disminución en el quórum de asistentes a las últimas ediciones de las ferias de salud: “Antes había mucha gente; traían a su mamá, a su padre, sus hijos y toda la familia. Hemos visto que ha bajado la participación, no puedo dar un porcentaje, pero he observado que tienen miedo y no quieren participar tanto como antes” (I. Jones, comunicación personal, 2 de marzo de 2020). En el mismo tenor, el coordinador de la Ventanilla de Salud reconoció que el viejo reto de concientizar a la población inmigrante sobre el cuidado oportuno de su salud para prevenir enfermedades crónicas, se complicó debido a la cautela que estas personas muestran aún dentro del propio Consulado mexicano: “Antes de que tuviéramos esta administración era mucho más común que se acercaran y preguntaran por los servicios de salud. Una vez que entra el miedo, notas que en vez de diez personas, se acercan solo cinco a preguntar” (F. Saucedo, comunicación personal, 5 de marzo de 2020).

Además de la disminución de población inmigrante de los programas de salud federales, se reportó un efecto indirecto del ambiente criminalizante traducido en la pérdida de citas médicas. El trato cercano que algunos proveedores de salud establecen con la población usuaria les permite conocer historias personales que interfieren de alguna manera en la utilización de los servicios de salud. En relación con el estatus migratorio, eventos de deportación de familiares han

ocasionado que algunos usuarios tuvieran que elegir entre asistir a una consulta con un médico especialista, por la cual habían esperado durante semanas, o ir a despedirse de algún familiar o amigo antes de ser deportado a México.

Por otro lado, en diversas fuentes periodísticas se ha reportado la actividad de agentes del ICE dentro o alrededor de establecimientos de salud en Texas (Saadi, Ahmed y Katz, 2017; Jones, 2017). No obstante, los participantes de este estudio señalaron no haber presenciado eventos de este tipo. La percepción general en torno a este tema fue que las visitas del ICE en hospitales o clínicas tenían lugar sobre todo en zonas rurales o semiurbanas, pero no en ciudades centrales con una alta densidad poblacional y una diversidad cultural como Dallas: *Siendo ciudad grande es muy diferente a una ciudad más chica donde puede ser más frecuente la presencia del ICE en los servicios de salud* (N. Rodríguez, comunicación personal, 6 de marzo de 2020). A pesar de la política pro-migrante en Dallas y el apego del Distrito Hospitalario al principio de inclusión de todos los residentes del condado, se percibió en la población inmigrante cambios en su interacción con los servicios de salud. Los testimonios recabados son consistentes con lo documentado en otros estudios sobre el efecto intimidante de la política migratoria en inmigrantes con y sin permiso de residencia que genera una menor disposición demandar atención médica para disminuir la exposición a ser arrestados o clasificados como carga pública. Estrategias locales de bienvenida: “Todo se basa en la confianza”

*El presidente es un problema por el miedo en la comunidad, pero no para nuestros servicios*<sup>5</sup>.

Actores locales que han proveído durante años atención médica a la población inmigrante aprovecharon el camino andado con el modelo de salud del condado para instrumentar estrategias que contrarrestaran el efecto intimidante de la política migratoria. Las estrategias locales identificadas se ubican en una línea de tiempo que, en algunos casos, antecedieron a la administración Trump, pero fueron útiles como prácticas de contrapeso y afines a la actual política de bienvenida de ese condado. Los resultados sugieren que el efecto de la política migratoria fue atenuado gracias a la reacción y estrategias implementadas por los proveedores de salud que integran el modelo de salud incluyente del condado de Dallas.

---

5 (A. Jones, comunicación personal, 6 de noviembre de 2020).



Cuando fue anunciado el inminente triunfo de Trump como presidente, las reacciones de algunos proveedores de salud no se hicieron esperar. El discurso anti-inmigrante ampliamente difundido contra los latinos, principalmente de origen mexicano, puso en alerta a los actores locales pro-migrantes en ese país. En el condado de Dallas, la composición étnica de la población que acude a servicios de salud de bajo costo está altamente representada por latinos. Según los registros de algunos informantes, más de la mitad de los aproximadamente 90 mil pacientes atendidos anualmente en uno de los centros comunitarios de salud, eran hispanohablantes. Así mismo, en 2019 el 44.5 por ciento de la población usuaria en una clínica no lucrativa era de origen latino. En este sentido, el personal de un centro comunitario consideró oportuno anticiparse a los posibles efectos de la retórica criminalizante dirigida a esta población:

Cuando el Presidente Trump empezó con ese discurso, la clínica comenzó a generar materiales y videos en español en redes sociales para transmitir a la comunidad inmigrante que sus clínicas son un espacio seguro (E. Sandoval, comunicación personal, 6 de marzo de 2020).

Esta misma estrategia fue reforzada más tarde cuando el gobierno federal anunció la nueva ley de carga pública. En ese escenario, el Programa de Asistencia Financiera en Salud del condado de Dallas a través del Distrito Hospitalario comenzó a recibir menos solicitudes. El requerimiento de la documentación habitual para inscribirse o renovar su inscripción, como comprobante de ingresos, de domicilio y una identificación, generó desconfianza en las personas inmigrantes: “No queremos que el paciente tenga temor de que va a ser deportado o que vamos a ponerlo en su expediente médico ‘usted es indocumentado o documentado’, no hacemos esa pregunta” (G. Santana, comunicación personal, 27 de noviembre de 2020). Frente a esta situación, el Distrito Hospitalario lanzó una campaña de información para transmitir a la comunidad que sus servicios de salud estaban exentos de la reglamentación de carga pública y exhortaba a todos los residentes del condado a continuar demandando atención médica sin miedo.

La difusión de información a la comunidad inmigrante llegó a convertirse en un nuevo componente indispensable en algunos servicios de salud. Con base en la experiencia de trabajo acumulada con esta comunidad, los entrevistados estuvieron dispuestos a invertir recursos y tiempo en estrategias que aminoraran el clima de incertidumbre y

favoreciera la asistencia habitual de pacientes: “Nosotros tuvimos que educar a la gente. Todo es confianza, comunicación y tomar el tiempo para explicarles. Tenemos seis empleados bilingües, ellos explican e inscriben a las personas que aplican a los programas de salud” (C. Andrade, comunicación personal, 4 de marzo de 2020). Así mismo, dentro del Consulado mexicano, el personal de la Ventanilla de Salud (VDS) se dio a la tarea de capacitarse en temas legales de migración y carga pública. La invitación a la comunidad para participar en eventos de salud o inscribirse en programas públicos debía ir acompañada de una explicación y asesorías para desmentir o aclarar las implicaciones migratorias de hacer uso de los servicios sociales. A pesar del trabajo ya realizado por otras agencias especializadas que brindan asesoría jurídica dentro y fuera del Consulado mexicano, fue necesario que el personal de salud de la VDS se sumara a dicha tarea para erradicar información errónea sobre los servicios a los que podían acceder:

Ahora tengo que saber de migración, de la ley, esa es una barrera más y si no respondo ya perdí al paciente, entonces tengo que explicarles que sacarse una mamografía y meter a su niño en servicio prenatal no le va a afectar (F. Saucedo, comunicación personal, 5 de marzo de 2020).

Así mismo, diversas agencias especializadas en salud pública en el norte de Texas que tienen entre sus objetivos disminuir las disparidades en salud, implementaron a la par estrategias para fomentar la confianza en la población usuaria. Dichas estrategias fueron las visitas a las comunidades, el incremento de voluntarios bilingües y la difusión de la gratuidad de los servicios. En relación con esta última, una informante de origen latino hizo hincapié en la cautela que percibían en la población inmigrante durante las campañas de información: “Me preguntan ¿ustedes necesitan mis documentos? Quieren saber si los vamos a reportar” (M. Thompson, comunicación personal, 6 de marzo de 2020). Ante esta reacción, el anuncio de la gratuidad de los servicios era utilizado para transmitir confianza, debido a que generalmente otros servicios proveídos por aseguradoras requieren de entrada una identificación. Una vez ganada la confianza, estas agencias suelen solicitar información demográfica básica y las necesidades de salud de la población mediante el llenado voluntario de un cuestionario. Cabe aclarar que no todos los proveedores ofrecen servicios gratuitos. El monto de la factura se calcula generalmente con base en estudios socioeconómicos a los usuarios y, en caso de no tener capacidad de pago,

se busca financiamiento de agencias privadas y religiosas especializadas para tal fin.

En síntesis, los proveedores de salud entrevistados tuvieron un papel activo frente al escenario migratorio hostil. Algunas de las estrategias descritas fueron posibles gracias al trabajo previo de la red de proveedores de salud y en su impacto influyó la relación de confianza construida con la comunidad inmigrante. Al mismo tiempo, esta experiencia muestra cómo se materializó a nivel micro la política de bienvenida promovida por el gobierno local en ámbito de la salud mediante acciones estratégicas de difusión de educación e información a las personas inmigrantes.

## **REFLEXIONES FINALES**

El efecto de la política migratoria criminalizante en la provisión de servicios de salud no puede entenderse a cabalidad sin analizar su interacción con la política de salud estadounidense. Esta política de salud federal opera como un *continuum* de la política migratoria restrictiva. Ambas comparten el principio de exclusión justificándose en evitar que la población inmigrante se convierta en una carga para el erario público e ignorando el argumento moral planteado desde la década de 1980 en favor de proveer servicios de salud a indocumentados con base en su contribución económica al país por medio de su trabajo y pago de impuestos (Nickel, 1986).

Este trabajo evidencia cómo el entrelazamiento deliberado de ambas políticas federales contribuye a explicar las iniciativas de bienvenida emprendidas por proveedores de salud a escala local en el caso estudiado. Mientras la política de salud restringe la cobertura médica a las personas indocumentadas, la política migratoria inhibe la utilización de la escasa oferta de atención médica hacia esta población a través de mecanismos hostiles. En este escenario, actores locales vinculados a la atención médica en el condado y la ciudad de Dallas respondieron con acciones incluyentes que cubren algunos vacíos de la legislación federal.

Asimismo, los resultados de este trabajo contribuyen a sustentar la hipótesis de Dobbs y Levitt (2017) sobre la intervención de los actores subnacionales y locales en contextos y coyunturas donde los inmigrantes son excluidos de los programas nacionales de bienestar social. Como se expuso a lo largo de este artículo, la política migratoria instrumentada durante la administración Trump trajo consigo un

escenario adverso para los servicios de salud habitualmente utilizados por personas inmigrantes, sobre todo, en entornos subnacionales políticamente conservadores que se oponen a la expansión de programas públicos de salud, como Texas. Pese a ubicarse dentro de un estado anti-inmigrante, el condado de Dallas llevó a cabo prácticas de bienvenida reconocidas simbólicamente en la Resolución firmada en febrero de 2017 que en el terreno del acceso a servicios de salud no quedaron en el discurso.

Este estudio aporta elementos históricos y empíricos que contribuyen, en primer lugar, a demostrar la gestación de prácticas de bienvenida en salud desde la década de 1980 a través de un modelo de salud incluyente y, en segundo lugar, a revelar cómo dicho modelo de salud fue de enorme utilidad durante la administración Trump para contrarrestar el impacto de su política migratoria. En este sentido, una red de colaboración consolidada entre proveedores de salud locales y la Ventanilla de Salud del Consulado mexicano fueron pieza clave en la generación de un contrapeso con base en la relación de confianza previamente construida con inmigrantes mexicanos/as.

Es posible sugerir que la política de bienvenida en el ámbito de la salud en el condado de Dallas obedeció a diversos factores, además de la misión caritativa y humanitaria de los actores locales. Como señalan Young, Hall y Collins (1979), la ausencia de una legislación federal para la atención médica de inmigrantes indocumentados ha derivado gradualmente en la transferencia de este servicio a las localidades de acogida, particularmente en contextos de recepción donde la población inmigrante representa un volumen considerable de la población total y donde sus apremiantes necesidades de servicios de salud estimulan a los gobiernos y actores locales a idear mecanismos para responder a tales necesidades.

Otro factor que explica el origen de iniciativas de bienvenida en salud en el caso estudiado, fue el interés de disminuir los costos no compensados de los servicios de salud, principalmente hospitalarios. En Dallas, el modelo de salud del condado está basado en la prevención y la educación en salud con el propósito de reducir la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas que requieren tratamientos especializados costosos. La vieja apuesta por la prevención implementada en varios sistemas de salud en el mundo para evitar altos costos toma más sentido en sistemas privatizados, como el estadounidense, y en población con poca capacidad de pago y sin seguro médico, como las

personas indocumentadas. Si bien, el Distrito Hospitalario del condado de Dallas ofrece asistencia financiera para otorgar atención especializada independientemente del estatus migratorio, esta alternativa no aplica para personas que no están inscritas en dicho programa. Fuera de la infraestructura del Distrito Hospitalario resulta complicado para el personal de clínicas no lucrativas encontrar cuidado médico especializado para la población con estatus migratorio irregular.

En conclusión la política de bienvenida del condado y la ciudad de Dallas iniciada formalmente en 2017 tuvo un cimiento importante en el rubro de la salud a través del modelo creado décadas atrás. Una red de proveedores de salud en esta localidad se encontraba en una fase de coordinación consolidada cuando recrudesció la política migratoria durante la administración Trump. Las acciones de los proveedores de salud en dicha coyuntura estuvieron encaminadas, sobre todo, a la difusión de información y la educación en temas migratorios a la población inmigrante con el fin de recobrar la relación de confianza afectada temporalmente a causa de las políticas anti-inmigrantes.

Este estudio presenta algunas limitaciones metodológicas. El grupo de informantes no incluyó a todos los proveedores de salud mencionados por los inmigrantes entrevistados. El trabajo de campo se vio restringido debido a las condiciones impuestas por la COVID-19, sin embargo, se lograron resultados alentadores que aportan a la comprensión de los procesos locales de bienvenida en entornos migratorios hostiles. Para futura investigación, sería adecuado continuar explorando el papel que cumplen los gobiernos de origen, particularmente el de México, en la instrumentación de políticas locales pro-migrantes en Estados Unidos.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Aboii, S. (2014). Undocumented Immigrants and the Inclusive Health Policies of Sanctuary Cities, *Harvard Public Health Review*, 9, 1-10.

Abraham, J. (2018). *When ICE comes knocking, healthcare workers want to be prepared*. *HealthcareDive*. Recuperado el 12 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.healthcaredive.com/news/when-ice-comes-knocking-healthcare-workers-want-to-be-prepared/531058/>

ACLU. (2021). Know Your Rights Under SB4. Texas. Recuperado el 9 de enero de 2021. Disponible en: <https://www.aclutx.org/en/sb4>.

Allyn, B. (2019, julio 10). California Is 1st State To Offer Health Benefits To Adult Undocumented Immigrants, NPR. Recuperado el 11 de febrero de

2021. Disponible en: <https://www.npr.org/2019/07/10/740147546/california-first-state-to-offer-health-benefits-to-adult-undocumented-immigrants>

Arnold, F. (1979). Providing Medical Services to Undocumented Immigrants: Costs and Public Policy. *International Migration Review*, 13(4), 706–715. Disponible en <https://doi.org/10.2307/2545183>

Boerner, H. (2015). Migrating care: How the ACA does and does not address undocumented immigration, *Physician leadership journal*, 2(2), 44–6.

Commissioners Court of Dallas County. (2017, febrero 7). Resolution Welcoming Communities Order No. 2017-0117, Texas, february. Recuperado el 10 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.dallascounty.org/Assets/uploads/docs/judge-jenkins/Resolutions/2017/WelcomingCommunities.pdf>

Conard, J. (1975). Health Care for Indigent Illegal Aliens: Whose Responsibility?, *UC Davis Law Review*, 8(1), 107-126.

Cruz, E. (2019). El espectro de ciudades santuario en Estados Unidos: Los contrastes en la génesis y las prácticas de las políticas locales proinmigrantes. *Estudios Fronterizos*, 20(29), 1-23. Disponible en: <https://doi.org/10.21670/ref.1908029>

Dallas County Sheriff Office. (2015, agosto 24). Memorándum. Immigration request for detention offense classifications, August, Dallas. Disponible en: [https://www.ilrc.org/sites/default/files/resources/dallas\\_county.pdf](https://www.ilrc.org/sites/default/files/resources/dallas_county.pdf)

Dehaven, M., Gimpel, N. y Kitzman-Carmichael, H. (2020). Working with communities: Meeting the health needs of those living in vulnerable communities when Primary Health Care and Universal Health Care are not available. *Journal of evaluation in clinical practice*, 1-14.

Délano, A. (2018). *From Here and There: Diaspora Policies, Integration, and Social Rights beyond Borders*. Oxford University Press, 234.

Department Homeland Security. (2019, febrero 24). Final Rule on Public Charge Ground of Inadmissibility. *U.S. Citizenship and Immigration Services*. Recuperado el 9 de enero de 2020. Disponible en: <https://www.uscis.gov/archive/archive-news/final-rule-public-charge-ground-inadmissibility>.

DHCS. (2020, enero 1). Young Adult Expansion, Department of Health Care Services. *California Government*. Recuperado el 1 de diciembre de 2020. Disponible en: <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/youngadultexp.aspx>

Dobbs, E. y Levitt, P. (2017). The missing link? The role of sub-national governance in transnational social protections. *Oxford Development Stud-*

ies, 45(1), 47-63. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13600818.2016.1271867>

Dondero, M. y Altman, C. (2020). Immigrant policies as health policies: State immigrant policy climates and health provider visits among U.S. immigrants. *SSM-Population Health*, 10(1), 2-9. Disponible en: DOI: 10.1016/j.ssmph.2020.100559

Fleming, P., Lopez, W., Mesa, H., Rion, R., Rabinowitz, E., Bryce, R. y Doshi, M. (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. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7290-3>

García, H. (2019, diciembre 11). Dallas es certificada como 'ciudad hospitalaria' por inclusión de inmigrantes. *Al día Dallas*. Recuperado el 11 de febrero de 2020. Disponible en: <https://www.dallasnews.com/espanol/al-dia/dallas-fort-worth/2019/12/11/dallas-es-certificada-como-ciudad-hospitalaria-por-inclusion-de-inmigrantes/>

Gimpel, N., Marcee, A., Kennedy, K., Walton, J., Lee, S. y DeHaven, M. (2010). Patient Perceptions of a Community-Based Care Coordination System. *Health Promotion Practice*, 11(2), 173-181. Disponible en: DOI: 10.1177/1524839908320360

Health and Human Services. (2016). County Indigent Health Care Program. Texas. Recuperado el 5 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.hhs.texas.gov/services/health/county-indigent-health-care-program>

Hintjens, H. y Pouri, A. (2014). Toward Cities of Safety and Sanctuary. *Peace Review: A Journal of Social Justice*, 26(1), 218-224. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10402659.2014.906889>

Huang, X. y Yang Liu, C. (2016). Welcoming Cities: Immigration Policy at the Local Government Level. *Center for State y Local Finance, Georgia State University*, 1-19.

Hussain, Z. (2018). Uncompensated Care: How Much is Too Much? *North Texas Journal of Undergraduate Research*, 15(1), 1-4. Disponible en: <https://doi.org/10.12794/journals.ntjur.v1i1.73>

ILRC. (2019, noviembre 13). National Map of Local Entanglement with ICE. Recuperado el 5 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.ilrc.org/local-enforcement-map>

Jones, B. (2017, octubre 30). Could immigration enforcement in hospitals spawn a public health crisis? *Healthcare Finance*. Recuperado el 3 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://www.healthcarefinancenews.com/news/could-immigration-enforcement-hospitals-could-spawn-public-health-crisis>

Kuczewski, M., Mejias-Beck, J. y Blair, A. (2019). Good Sanctuary Doctoring for Undocumented Patients. *AMA J Ethics*, 21(1), 78-85.

Latz, I., Lusk M. y Heyman J. (2019). Provider perceptions of the effects of current U.S. immigration enforcement policies on service utilization in a border community. *International Consortium for Social Development*, 41(1), 49-63.

Martin, N. (2017). Dallas County taxpayers foot the bill as Parkland treats suburban counties' uninsured residents. *The Dallas Morning News*. Recuperado el 10 de mayo de 2020. Consultado en <https://www.dallasnews.com/news/2017/06/29/dallas-county-taxpayers-foot-the-bill-as-parkland-treats-suburban-counties-uninsured-residents/>

Martinez, O., Wu, E., Sandfort, T., Dodge, B., Carballo-Dieiguez, A., Pinto, R., Scott Rhodes, S., Moya, E. y Chavez-Baray, S. (2015). Evaluating the Impact of Immigration Policies on Health Status Among Undocumented Immigrants: A Systematic Review. *J Immigrant Minority Health*, 17(3), 947-970. Consultado en <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9968-4>

McDaniel, P., Rodriguez, D. X. y Wang, Q. (2019). Immigrant integration and receptivity policy formation in welcoming cities. *Journal of Urban Affairs*, 41(8). Consultado en <https://doi.org/10.1080/07352166.2019.1572456>

MPI. (2018). Profile of the Unauthorized Population: Dallas County, TX. Migration Policy Institute. Consultado en <https://www.migrationpolicy.org/data/unauthorized-immigrant-population/county/48113>

NAE. (2018). Map de impact. New American Economy. Consultado en <https://data.newamericaneconomy.org/map-the-impact/>

National Immigration Law Center. (2015). Opciones de cuidado de salud para inmigrantes: Opciones y barreras. Guía de inmigrantes para la elegibilidad de ACA y programas federales claves, septiembre. Recuperado el 12 de junio de 2020. Consultado en <https://www.nilc.org/get-involved/trainings/nilcwebinars/#healthoptions/>

Nickel, J. (1986). Should Undocumented Aliens Be Entitled to Health Care? *The Hastings Center Report*, 16(6), 19-23.

NYSHealth. (2018). Connecting Undocumented New Yorkers to Coverage, New York State Health Foundation. New York. Recuperado en: [https://nyhealthfoundation.org/wp-content/uploads/2018/08/Connecting-Undocumented-New-Yorkers-to-Coverage\\_final.pdf](https://nyhealthfoundation.org/wp-content/uploads/2018/08/Connecting-Undocumented-New-Yorkers-to-Coverage_final.pdf)

O'toole, M. (2019, enero 27). Must Reads: Trump ordered 15,000 new border and immigration officers — but got thousands of vacancies instead. *Los Angeles Times*. Recuperado el 15 de junio de 2020. Consultado en <https://www.latimes.com/politics/la-na-pol-border-patrol-hiring-20190126-story.html>



Parkland. (2018). Dallas County Hospital District d/b/a Parkland Health y Hospital System A Component Unit of Dallas County, Texas. Consultado en <https://www.parklandhospital.com/Uploads/Public/Documents/Finacial/Parkland%20Finacial%20Statements%202018.pdf>

Pew Research Center. (2018). ICE arrests went up in 2017, with biggest increases in Florida, northern Texas, Oklahoma. Consultado en <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2018/02/08/ice-arrests-went-up-in-2017-with-biggest-increases-in-florida-northern-texas-oklahoma/>

Philbin, M., Flake, M., Hatzenbuehler, M. L. y Hirsch, J. S. (2018). State-level immigration and immigrant-focused policies as drivers of Latino health disparities in the United States. *Social Science y Medicine*, 199(1), 29–38. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.04.007

Portes, A, Fernández-Kelly, P. y Light, D. (2012). Life on the Edge: Immigrants Confront the American Health System. *Ethn Racial Stud*, 35(1), 3–22. DOI: 10.1080/01419870.2011.594173

Saadi A., Ahmed S. y Katz M. (2017). Making a Case for Sanctuary Hospitals. *JAMA*, 318(21), 2079-2080. DOI: 10.1001/jama.2017.15714

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 y Social Policy*, 17(2), 11-24.

Solis, D. (2019, diciembre 3). Dallas: Inmigrantes recurren más a clínicas comunitarias y ferias de salud. *Al día Dallas*. Recuperado el 3 de noviembre de 2020. Consultado en <https://www.dallasnews.com/espanol/al-dia/2019/12/03/dallas-inmigrantes-recurren-mas-a-clinicas-comunitarias-y-ferias-de-salud/>

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada*, Universidad de Antioquia, 341.

TRAC. (2019). Ten-Fold Difference in Odds of ICE Enforcement Depending Upon Where You Live. *Centro de Información de Acceso a Registros Transaccionales, TRAC-Immigration Universidad de Syracuse*. Consultado en <https://trac.syr.edu/immigration/reports/555/>

Valle, V., Gandoy, W. y Valenzuela, K. (2020). Ventanillas de Salud: defeating challenges in healthcare access for Mexican immigrants in the United States. *Estudios Fronterizos*, 21(43), 1-27. Consultado en <https://doi.org/10.21670/ref.2001043>

Wallace, S., Young, M.E., Rodríguez, M., Bonilla, A. y Pourat, N. (2016). Community Health Centers Play a Critical Role in Caring for the Remaining Uninsured in the Affordable Care Act Era. *Health Policy Brief. UCLA Center for Health Policy Research*, 1-8.

WCIA. (2018). Welcoming Dallas Strategic Plan, 2018-2021. Office of Welcoming Communities y Immigrant Affairs. Recuperado el 13 de febrero

de 2021. Consultado en <https://dallascityhall.com/departments/wcia/DCH%20Documents/COD-WCIA-Booklet.pdf>

Welcoming America. (2020). Certified Welcoming. Recuperado el 13 de junio de 2020. Consultado en <https://www.welcomingamerica.org/programs/certification>

Young, C., Hall, W. y Collins, J. (1979). Providing health and social services to illegal alien families. A dilemma for community agencies. *Social Work in Health Care*, 4(3), 309-318. DOI: 10.1300/J010v04n03\_06

Young, M. y Wallace, S. (2019). Included, but Deportable: A New Public Health Approach to Policies That Criminalize and Integrate Immigrants. *AJPH*, 1171-1176.

Young, ME., Beltrán-Sánchez, H. y Wallace, S.P. (2020). States with fewer criminalizing immigrant policies have smaller health care inequities between citizens and noncitizens. *BMC Public Health* 20(1), 1460. Consultado en <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09525-4>

Zibulewsky, J. (2001). The Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA): what it is and what it means for physicians. *Baylor University. Medical Center Proceedings*, 14(4), 339-346.

## **RESUMEN CURRICULAR DE LA AUTORA**

*Yetzi Rosales Martínez*

Doctora en Ciencias Sociales con Especialidad en Estudios Regionales por El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana. Es Investigadora por México-Conacyt desde 2015 adscrita al Departamento de Estudios de Población en El Colegio de la Frontera Norte, Monterrey.  
Dirección electrónica: [romy@colef.mx](mailto:romy@colef.mx)