



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TESIS

Detección por Enfermería de Problemas de Salud y Factores de Riesgo que Predisponen a Enfermedades de Tipo Crónico en Connacionales. Consulado Mexicano y Clínica Comunitaria en Seattle, Washington

Tesis para obtener el Título de:
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

P r e s e n t a:

Ruth Marcela Estrada Martínez
Número de cuenta
301565691

M. C. E. Araceli Jiménez Mendoza
Tutora de Tesis

México, D.F. a 10 de Septiembre de 2013





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TESIS

Detección por Enfermería de Problemas de Salud y Factores de Riesgo que Predisponen a Enfermedades de Tipo Crónico en Connacionales. Consulado Mexicano y Clínica Comunitaria en Seattle, Washington

Tesis para obtener el Título de:
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

P r e s e n t a :

Ruth Marcela Estrada Martínez
Número de cuenta
301565691

M. C. E. Araceli Jiménez Mendoza
Tutora de Tesis

Dr. Jorge Baruch Díaz Ramírez
Co-Tutor de Tesis



México, D.F. a 10 de Septiembre de 2013

Agradecimientos

Ñoñis te me adelantaste, ya no esperaste a leer estos agradecimientos ni la tesis pero sé que hoy estas aquí conmigo, fuiste un hombre con muchas virtudes y defectos los cuales hoy se hacen menos, gracias por la familia que me diste, hoy que incursionó en el mundo laboral veo todo lo que hiciste para que yo llegaré a este momento, mi titulación, gracias por tu trabajo, gracias por tus desvelos, gracias por mis dibujos para los lunes en la primaria, gracias por esos licuados deliciosos los días de escuela, gracias por ir por mí a la escuela, gracias por empujarme al límite para que pudiera superarme, gracias por tus cuidados y preocupaciones, creíste en mi y en mi fuerza infinita, tú sabías antes de morir que lo iba a lograr y no te equivocaste Pá, reconozco que me hubiera gustado que estuvieras físicamente aquí para ver que todo el esfuerzo y sacrificio valió la pena, que tu amada Universidad me dio la carrera que yo elegí y que hoy tu amor por ella vive en mí no solo como herencia si no como testimonio de que el esfuerzo fructifica. Esta tesis es tuya, aunque no viviste el proceso se que en cada desvelo, estabas atrás de mi inspirándome para escribirla. Te quiero y te extraño mucho pero ¿qué crees? si lo logramos Papito! Gracias!

Cheli, de verdad que no hay palabras para decirte cuanto te agradezco, cuanto significas en mi, eres mi impulso y mi ejemplo para ser mejor día a día, esta tesis es tuya, de hecho es mucho mas tuya que mía, viviste todos y cada uno de los procesos que me llevaron a culminar mi Licenciatura, gracias por darme la vida, gracias por ir a verme bailar cada festival, gracias por darme el gusto por la escuela, gracias por reírte de mis tonterías, gracias por tus consejos, gracias por tus desvelos, gracias por darme la vocación de cuidar de alguien más; con tus cuidados no dudo que tú seas el motivo principal por lo que disfruto tanto ser Enfermera, mejor ejemplo de entrega al prójimo no pude tener, gracias por ser el mejor ejemplo de lo que un ser humano debe ser, gracias por confiar en mí, por creer en mis sueños que hiciste tuyos, eres mi mejor y única amiga mi cómplice de locuras y mi confidente, no sé de qué manera agradecerte todo lo que has sacrificado y hecho por mí, solo me queda decirte ¡Lo logramos Má!

Hermano, eres y serás mi héroe, gracias por convertirte de manera involuntaria en mi dummie de inyecciones, gracias por impulsarme a ser lo que hoy día soy, gracias por la mejor infancia del mundo, sin ti no soy eres parte fundamental de esta tesis me impulsaste para lograr culminar este sueño que ya es de todos,

Lalis gracias por estar ahí junto con tu familia, por confiar en mis consejos de salud y por aunque no entendían nada siempre pusieron cara de que todo era muy claro de mi tesis. Esta también es para ustedes!

Piky y Joly mis otros padres, gracias por darme ejemplo de fortaleza y coraje, por darme indirectamente las herramientas para mi éxito personal y profesional, ustedes son pieza clave de la tesis, sin ustedes no hubiera ido a Seattle, gracias por los consejos y los mails en la lejanía ustedes hicieron que mi estadía haya fuera lo que fue, llena de éxitos que hoy se ven culminados en esta tesis, gracias por todo! Los quiero.

Familia Pallares Martínez gracias por todo su apoyo, no saben lo mucho que significa, ustedes han sido fundamental en esta aventura que llamó vida, siempre alentándome a seguir dando el 100% y a perseguir mis sueños así como a crecer personal y profesionalmente los quiero mucho.

Familia Estrada Cuevas crecí con ustedes y siempre estuvieron ahí son parte vital de mi vida y no sería quien soy hoy si no fuera por ustedes que me enseñaron que la unión familiar es lo que nos saca delante de todo y es como se disfrutan más los logros. Gracias los quiero.

Familia Estrada Sifuentes-Aispuro mi contacto constante y más bello con la Medicina, pieza unificadora de la familia, gracias por estar a cada pasó del camino, por compartir mis chistes médicos y entenderlos como nadie, gracias por el apoyo, las visitas en lugares lejanos pero sobre todo por ser parte de quién soy, esto es para ustedes. Los quiero!

Mi Gran Círculo Social: Veli, Paty, Ale y Ever gracias por estar, por esas noches donde escuchaban mis traumas de las rotaciones o como me asustaban en el hospital o por leer solo los agradecimientos de mi tesis gran parte de eso me hizo esforzarme aún mas para provocar el que leyeran hasta la introducción y lograr engancharlos, gracias por destensarme cuando nadie más lo logra, por alimentarme y por adoptarme cuando la sociedad no me aguanta, gracias por aguantar mis ñoñeces y a veces compartirlas (verdad Ever?) ustedes han estado en mis momentos más tristes y en los más felices como en éste los quiero. Gracias!

Mis Mágicas Yaz, Adriana, Lorena, Ericka, Danny, “Inge”, Eli gracias por creer en mí, por dejarme experimentar con ustedes todos los conocimientos adquiridos en la escuela, por extrañarme en mis ausencias ya fuera por

intercambios o por guardias, gracias por las risas, los desvelos, por pedirme consulta y creer en lo que les decía aunque solo fuera en primer semestre, gracias por el cariño y el apoyo, gracias por dejarme hacer catarsis de mis traumas del hospital y por compartir conmigo sus experiencias; de sus quejas aprendí que tipo de enfermera no quiero ser. Gracias de verdad las quiero.

Familia ENEO a lo largo de la carrera crecí con ustedes, algunos llegaron a mi vida para enseñarme más de lo que yo les pude enseñar, ese amor por la camiseta puma lo aprendí con ustedes mis docentes, mis amigos, mis colegas, que amamos esta profesión, gracias por crecer conmigo a cada paso del camino gracias a ustedes soy una Enfermera completa, me enseñaron el compañerismo en su máxima expresión que no necesariamente la enfermera es la peor enemiga de la enfermera. Andrea, Olga y Jhon gracias por las mejores guardias de mi vida, mi último año de universidad no hubiera sido ni remotamente cercano tan bueno sin ustedes, gracias por compartir conmigo sus vidas, hoy agradezco a la Universidad no solo por mi carrera profesional, si no por que forjó otras personas las cuales hoy llamo mis Amigos, gracias por compartir los momentos más difíciles de mi vida pero también los mejores, esto es también para ustedes. Maestra Araceli Jiménez no pude haber pedido mejor tutora de Servicio Social, siempre apoyándome y creyendo en mis capacidades, gracias por reafirmarme el compromiso con el conocimiento por estar en la distancia tan cercana como se podía, gracias por los regaños y consejos, he aprendido mucho con usted y espero estar a la altura de las expectativas que trazo conmigo. Gracias.

Familia CAPV

Esta tesis materialmente se las debo a ustedes, un equipo al cual le tengo un cariño muy especial, gracias por los 4 meses donde adquirí muchísimo conocimiento novedoso y enriquecedor, gracias por las risas, por confiar en los conocimientos adquiridos en la Universidad, por los ánimos cuando me daba por vencida de la tesis, por alimentar mis ganas de superación, por reafirmar que la Enfermería es una profesión que se puede explotar fuera del campo clínico. Dr. Baruch Díaz, gracias por las correcciones, por los regaños, por la exigencia, por la confianza, por las risas y por exigir de mi un poco más, te admiro y te respeto y me llena de mucho orgullo haber estado contigo en la Clínica, crecí y aprendí pero sobre todo reviviste en mí el gusto por la Investigación, por la Docencia y eso se lo debo a la pasión con la que vives tu profesión día a día gracias por todo. Lic. Fernanda Caballero, pieza clave de la Clínica y de la tesis tus ánimos y tu humor me hacían el día gracias por confiar

en mí y en mis capacidades, gracias por las pláticas, por las peticiones de la canción del día y por la luz que le das a la administración te quiero. Dra. Xcarelt Vite un ser humano increíble, le doy gracias a la vida por conocer médicos que aún creen que su profesión es de servicio y no solo de lucro, fue un honor trabajar contigo, aprendí muchísimo de ti, gracias por los consejos, las risas y los aventones; gracias por el mapa (ya viste que si cumplí estas en los agradecimientos) te quiero. Andrea, Haydee y Lulú su buena vibra me alimentaba diariamente, trabajar con ustedes fue un deleite, las risas, su profesionalismo y su compromiso con la Universidad me alienta a seguir y darme cuenta que somos muchos los que le debemos lo que somos a la Universidad, gracias por sus consejos y aliento a seguir en el proceso de la tesis. Dr. Pedrito, gracias por su conocimiento por compartir conmigo sus consejos por su ortografía intachable y su redacción increíble muchas gracias por escuchar mis dudas por más raras que estas fueran. MPSS Alfredo Peniche gracias por compartir escritorio, por alentarme a seguir con la tesis, las risas, las historias y por ayudarme a dar un poco más de mí en la Clínica y en la tesis, espero que todo lo que has vivido en tu Servicio te sirva para brindar una atención de calidad, ética y sobre todo aplicando todos los conocimientos que te dio la Universidad

Erika Millán, ¿qué te puedo decir? Fuiste, eres y serás parte fundamental de muchos sucesos en mi vida, te agradezco por ser y estar definitivamente esta experiencia no hubiese sido ni remotamente cercano a bueno a lo que fue. Gracias por esas pláticas, por dejarme ver a ese excelente ser humano que hay en ti, por compartir tus miedos y tus fortalezas, por ser y estar conmigo en urgencias, por cuidar mis gripas y mis “torsones”, por consolarme cuando mas me hacía falta en la lejanía, por seguirme en mis locuras y generar nuevas, por conocer cada pulgada de Seattle, por quedarte conmigo 2 meses en el Militar, incluso por hacerme caso de ir al mismo hospital para tratar de trabajar juntas aunque solo fuese ameno el enlace de turno porque no estábamos juntas. Esta tesis también es para y por ti un gran apoyo en este Servicio Social. Gracias Millana!

PRÓLOGO

Me complace presentar esta tesis elaborada con motivo de uno de los dos trabajos realizados durante el ciclo escolar 2012-2013, dentro del servicio social prestado por dos enfermeras pasantes de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia en el Consulado Mexicano de Seattle – Washington, una Casa del Migrante del Estado de México y la Clínica de Atención Preventiva del Viajero de la Facultad de Medicina.

La importancia de los viajeros a nivel internacional ha incrementado de manera exponencial en las últimas seis décadas, desde 25 millones en 1950 hasta alcanzar el primer billón de viajeros durante el 2012. Constituyendo al turismo como uno de los motores de crecimiento económico más importantes a nivel mundial en la actualidad.

En contraste, los niveles de pobreza continúan en aumento, tan sólo basta mencionar los mil millones de personas en extrema pobreza que hoy en día se estima existen, definidos por el Banco Mundial como aquellos que sobreviven con menos de 1.25 dólares al día. Más aun, el 40% de la población en la Región de América Latina y el Caribe viven por debajo de la línea de pobreza.

Por otro lado, dentro de los objetivos de Desarrollo del Milenio se encuentra como sexto punto: combatir el VIH/SIDA, el Paludismo y otras enfermedades Tropicales Desatendidas como la Tuberculosis, conocidas frecuentemente

como “Las Tres Grandes” y suelen estar presentes en condiciones de vulnerabilidad y pobreza.

El tema que se expone, representa una consecuencia de estos antecedentes, la migración no reconocida por los gobiernos es un fenómeno que se da bajo circunstancias casi obligadas, no deseadas y desatendidas; que impacta el bienestar social, la salud de las comunidades abandonadas por la necesidad del viajero, y de las comunidades visitadas durante su paso y aquellas pobladas en el país destino.

Como veremos a continuación, mucho se desconoce sobre el impacto real de la salud en los migrantes, en las comunidades y en los destinos que forman parte de este fenómeno. Las limitantes políticas y económicas son en gran parte las responsables de esta desinformación.

Recientemente se han dado a conocer novedosas iniciativas de los organismos internacionales y nacionales, con el fin de reducir los obstáculos y promover la colaboración, por ejemplo el concepto de “Diásporas” propuesto hace poco menos de un mes en la Conferencia de la Organización Internacional para las Migraciones, que alienta a formar comunidades transnacionales que incluyan a migrantes y sus descendientes para poder desarrollar políticas de integración eficaces, de protección social y de acceso a la doble ciudadanía.

Organismos No Gubernamentales, realizan esfuerzos a lo largo del territorio nacional en un intento por desalentar y aliviar: el tráfico y la trata de migrantes, los abusos del crimen organizado, la desnutrición, deshidratación, enfermedades gastrointestinales; las enfermedades de transmisión sexual y en menor medida “Las Tres Grandes”.

Poco involucrados se encuentran los profesionales de la salud, programas desarticulados y aislados son las características de la mayoría, en consecuencia no existen suficientes datos estadísticos confiables para establecer estrategias efectivas y eficientes que den solución a los problemas de salud que suponemos, agravan a estos grupos vulnerables.

El esfuerzo por desarrollar proyectos transnacionales que mejoren el estudio de este fenómeno, que involucren a los profesionales de la salud como parte de un grupo necesariamente multidisciplinario, debe continuar.

ATENTAMENTE

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

Dr. Jorge Baruch Díaz Ramírez

Responsable de la Clínica de Atención Preventiva del Viajero

Universidad Nacional Autónoma de México

Tabla de contenido

AGRADECIMIENTOS	3
PRÓLOGO	7
FE DE ERRATAS	12
1. INTRODUCCIÓN	13
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	18
4. JUSTIFICACIÓN	19
5. OBJETIVOS	21
5.1 OBJETIVO GENERAL	21
5.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	21
6. MARCO TEÓRICO LA MIGRACIÓN ¿QUÉ ES Y HACIA DÓNDE SE DIRIGE ESTE FENÓMENO? 22	
6.1 POBLACIÓN HISPANA Y MEXICOAMERICANOS	26
6.2 EEUU.....	29
6.2.1 PACÍFICO NOROESTE	32
6.2.2 WASHINGTON.....	33
6.2.3 SEATTLE	36
7. CONTEXTO DE SALUD EN LA REGIÓN DE ESTUDIO	39
7.1 ENFERMERÍA TRANSCULTURAL.....	39
7.2 HIPERCOLESTEROLEMIA.....	44
7.3 DIABETES MELLITUS	44
7.4 HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA.....	45
7.5 MEDICAID.....	45
7.6 CHILDREN’S HEALTH INSURANCE PROGRAM	50
7.7 MEDICARE	51
8. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA MIGRACIÓN EN MÉXICO	53
8.1 PROGRAMA BRACERO 1942-1946	54
8.2 EVOLUCIÓN ACTUAL DE LA MIGRACIÓN HACIA EEUU.....	56
9. METODOLOGÍA	58
9.1 TIPO DE ESTUDIO	58
9.2 POBLACIÓN.....	58
9.3 MUESTRA.....	58
9.4 TIPO DE MUESTREO	58
9.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	59
9.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	59
9.7 INSTRUMENTO	59

9.8 PROCEDIMIENTO	60
9.9APOYOS Y RECURSOS.....	61
9.10GRÁFICA DE GANTT.....	62
9.11DEFINICIÓN DE VARIABLES	63
9.12 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES	64
10. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO.....	67
11. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	78
12. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	92
13. CONCLUSIONES	93
14. APORTACIONES.....	95
BIBLIOGRAFÍA.....	97
ANEXOS.....	100
ANEXO 1 INICIATIVAS INTERNACIONALES PARA BENEFICIO DEL MIGRANTE	100
ANEXO 2 DATOS DUROS SOBRE BURÓ DE CENSOS	102
ANEXO 3 POBREZA FEDERAL EN ESTADOS UNIDOS.....	103
ANEXO 4 CARTA GANTT.....	104
ANEXO 5 INSTRUMENTO.....	105
ANEXO 6 DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	108

Fe de erratas

Se hace constar que en la Tesis para obtención de Grado de Licenciatura de Noviembre 2013 se advirtió un error en el título del presente trabajo ya que de otra manera no concuerda con el Marco Teórico por lo que el título de esta será:

“Limitantes en la atención Migrantes en Washington que acuden a Consulado Mexicano y a una Clínica Comunitaria: un estudio prospectivo observacional.”

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la migración internacional es un tema recurrente en la agenda de la globalización y ocupa un lugar preponderante en las preocupaciones y actividades de las Naciones Unidas, organizaciones y foros intergubernamentales específicos y organismos regionales de desarrollo, integración, comercio, salud y derechos humanos. Este trabajo busca proveer un marco teórico para la generación de acciones en temas de salud migratoria y así lograr la elaboración de políticas coherentes, y el monitoreo y evaluación de sus efectos en los procesos migratorios. Menciona la situación de los derechos humanos de los migrantes, remarcando la necesidad de ratificar instrumentos internacionales y capacitar personal para ponerlos en práctica.

El mensaje central de esta ponencia es la necesidad de reconocer que la migración internacional es materia de desarrollo y de derechos, lo que implica impulsar medidas integrales que propicien la gobernabilidad de la migración internacional desde una perspectiva latinoamericana y caribeña, contribuyan a ampliar la liberalización de la movilidad, potencien externalidades positivas y protejan los derechos humanos de todos los migrantes, materializándose en materia de salud como eje fundamental.

Para las Naciones Unidas, el derecho de los Estados soberanos de decidir quién puede acceder a su territorio, sin perjuicio de las obligaciones de tratados internacionales, no debería impedir el libre acceso a un derecho fundamental

como lo es la salud; además de aunar esfuerzos a fin de lograr que la migración internacional contribuya al cumplimiento de los Objetivos de desarrollo del Milenio. A nivel mundial se calcula que hay 214 millones de migrantes internacionales lo cual representa el 3.1% del total de la población mundial (Organización Internacional para las Migraciones, 2000).

Existe una creciente necesidad que los profesionales de Enfermería se aboquen no solo al cuidado dentro del país si no que logren cruzar fronteras para la atención de connacionales; así como diferentes nacionalidades y esto se logrará a través del cambio de enfoque de los cuidados en transculturales, para esto debemos tener en mente ciertos objetivos tales como:

- Demostrar la naturaleza antropológica de los cuidados
- Utilizar los modelos transculturales más reconocidos en Enfermería
- Modelos educativos con enfoques biculturales/multiculturales.
- Manejo de dos o más idiomas.
- Compresión total de los fenómenos migratorios y las repercusiones en la salud de los migrantes.
- Compresión de los sistemas de salud de países huéspedes.

Se busca iniciar el camino de la investigación en un tema tan abandonado como es la salud del migrante sin importar la condición migratoria en la que se encuentre y así lograr un papel preponderante de la Enfermera a nivel

internacional con la capacidad de la biculturalidad, transculturalidad a través de un proceso sistemático enfocado a la mejora de la calidad de vida de los migrantes en los diferentes países huéspedes y principalmente en Norteamérica.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tema de salud en los migrantes es poco abordado por sociólogos, socioantropólogos o personal de la salud por lo que es necesario como parte del equipo de salud conocer los diferentes problemas a los que se enfrentan los connacionales y migrantes de diferentes nacionalidades en Estados Unidos para el acceso a los Servicios de Salud, como los que confiere el Primer Nivel de Atención que es la Salud Pública.

Ésta investigación tuvo una duración de 11 meses en la ciudad de Seattle, Washington; EEUU, debido a que la tasa de migrantes Mexicanos ha crecido de forma importante en los últimos 10 años según el Buró de Censos de Estados Unidos, lo cual lo coloca como un tema importante dentro de la agenda de Salud Pública del Estado.

Dentro de los estudios que se revisaron para la realización de esta Tesis ninguno es concluyente o da solución al abordaje del tema de la Salud Pública y el Migrante, y sobre todo se enfocan en la repatriación o la utilización indiscriminada de los migrantes de las Salas de Urgencia del país para el tratamiento de enfermedades que pudieron ser detectadas y tratadas en el Primer Nivel de Atención. Es por esto que se remarca la importancia del surgimiento de Clínicas Comunitarias como la de Sea Mar; lugar donde se

realizó el Servicio Social y se observaron a varios connacionales con características físicas y psicosociales que predisponen a enfermedades Crónicas y que potencializan en varios casos al estar en un país huésped como los EEUU en el cual no cuentan con ningún tipo de seguro médico o recursos económicos para acceder a ellos.

La detección temprana de factores de riesgo que pueden ser modificables y así lograr la prevención de enfermedades Crónicas con la participación del profesional de Enfermería.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuántos migrantes mexicanos en Seattle, Washington EEUU tienen acceso a los servicios de salud americanos sin importar su estatus migratorio y qué factores limitaron su atención médica durante junio 2012 a febrero 2013?

4. JUSTIFICACIÓN

La relevancia de esta tesis se puede determinar en distintos campos de acción: dentro de estos se encuentra la relevancia social: los migrantes irregulares es un grupo de la sociedad que se encuentra vulnerable en distintos aspectos y es posible determinarlas necesidades que tiene este grupo de la población.

Además de demostrar que el tema ha sido poco explorado es dar un una categorización de las necesidades de los connacionales, así como de otros migrantes en cuestión sanitaria, también el reconocimiento de algunas enfermedades que predispongan a una Enfermedad Crónica.

Tener un estimado de los migrantes que habitan en el Condado de King y como son las nuevas tendencias de migración y el crecimiento de los diferentes grupos étnicos que habitan ahí.

Las implicaciones prácticas pueden ayudar a la instauración de instrumentos de valoración adecuados a los pacientes, a su cultura, ideología, idioma y creencias; esto es un proceso de internacionalización, además de la sensibilización del personal de salud para brindar atención de calidad y ubicada en un contexto cultural adecuado para el abordaje de los problemas de salud y además de brindar atención de calidad.

En cuanto al tema metodológico una de las más grandes aportaciones es sobre el tema de Salud Migratoria desde el enfoque Enfermero y no hay otra forma de lograrlo que a través de la Enfermería Transcultural y ésta no se puede mencionar sin hablar de Madeleine Leininger; así como de Purnell quien desarrolló un modelo basado en la competencia cultural; Spector que habla sobre la dimensión hereditaria de la diversidad cultural.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Describir los problemas de acceso a los servicios de salud en la unión americana, así como los factores de riesgo que proporcionen un indicio de padecimiento de Enfermedades de tipo Crónico que sean prevenibles en un Primer Nivel de Salud.

5.2 Objetivo Específico

- 1) Identificar de factores de riesgo que predispongan a los migrantes al padecimiento de Enfermedades Crónicas.
- 2) Clasificar los diferentes motivos por los cuales asisten a las Clínicas Comunitarias y al Consulado para la atención sanitaria.
- 3) Identificar si su situación migratoria influye en el acceso a los servicios de salud en Norteamérica.

6. MARCO TEÓRICO La migración ¿Qué es y hacia dónde se dirige este fenómeno?

La migración de los seres humanos es un fenómeno mundial que está presente a lo largo de la Historia. Se define como la “*Acción y efecto de pasar de un país a otro para establecerse en él. Se usa hablando de las migraciones históricas que hicieron las razas o los pueblos enteros*”(Real Academia Española). En los Estados Unidos Mexicanos¹ consiste en un cambio de residencia transnacional de ciudadanos que migran a Estados Unidos de América² en busca de oportunidades laborales, mejores salarios y un mayor nivel y calidad de atención en los servicios sanitarios(Malgesini, 2000). Este fenómeno adquiere dimensiones masivas a finales del siglo XIX; ya que se convierte en una opción viable para aquellos ciudadanos rurales y marginados. Durante las últimas décadas se ha multiplicado considerablemente y México se ha convertido en el mayor generador de fuerza laboral de EEUU(Cortina & Moncada, 1988).

Tabla 6.1 Principales países que reciben mayor número de migrantes a nivel mundial

Países	Número de migrantes
Estados Unidos de América	42,800,000
Canadá	7,200,000
Argentina	1,400,000
Total	51,400,000

¹Se utilizará el nombre de México para hacer referencia a Estados Unidos Mexicanos

²Se utilizará el nombre de EEUU para hacer referencia a Estados Unidos de América

Total Resto del Mundo	214,000,000
-----------------------	-------------

Origen: DAES, Trends in International Migrant Stock: The 2008 Revision

El país con mayor cantidad de migrantes de cualquier nacionalidad y estatus migratorio es EEUU (Tabla 1.1) y se estima que para finales de 2013 el número de mexicanos será de 12 millones que representa el 29% del total de la población migrante de EEUU, lo que significa un movimiento con gran impacto poblacional. El total de migrantes a nivel mundial es de 200 millones lo que habla que el 4% de la población total mundial, por lo cual proporciona una referencia de importancia para la realización de estudios en EEUU por su flujo migratorio.

La migración de mexicanos a EEUU es un fenómeno histórico compartido a través de sus fronteras, desde Brownsville-Texas y Matamoros-Tamaulipas, en el Golfo de México hasta San Diego-California, Tijuana-Baja California, en el Océano Pacífico, cruza el Río Bravo³, los desiertos de Sonora, Chihuahua, Río Colorado, con una longitud de 3.2 kilómetros.⁴

La frontera y su estilo de vida particular representan el inicio del movimiento que tiene una marcada huella en la vida social y sobre todo política de ambos países. Aun cuando esta realidad no es favorecedora para quienes deciden

³Conocido en EEUU como Río Grande

⁴Datos de la Comisión Internacional de Límites y Aguas

migrar a EEUU no ha representado un obstáculo, lo que ha dado como resultado una vida fronteriza agitada y con características propias, tráfico de todo tipo (drogas, trata de personas, animales, enfermedades, etc.) y un intercambio cultural muy importante.

Este fenómeno bilateral no se limita a la geopolítica sino también afecta las condiciones legales, económicas, de salud y de seguridad. A través del tiempo las crecientes necesidades de los migrantes y la reacción de las sociedades han matizado el cómo se da este movimiento y su inserción.

También es importante abordar la salud migratoria⁵ y su relación con la salud pública que involucra a un equipo interdisciplinario durante todas las fases del viaje de un migrante; considerando su comunidad de origen, tránsito, destino, retorno y todos los patrones de movilidad, incluyendo migración irregular y migración circulatoria⁶(Organización Internacional para las Migraciones, 2000).

La globalización ha cambiado no sólo el alcance sino también los patrones de desplazamiento migratorio, desde el desplazamiento tradicional⁷ hasta la migración circulatoria o retorno repetido. La migración actualmente fluye en

⁵Campo especializado de las ciencias de la salud que trata los problemas de salud individuales de los migrantes, así como los asuntos de salud pública relacionados con el desplazamiento migratorio de personas.

⁶Desplazamientos repetidos y bidireccionales, son los desplazamientos de migrantes que se quedan en el país huésped por un período corto y regresan a su país de origen.

⁷Más o menos permanente en una dirección.

todas las direcciones. El factor de “movilidad” es la clave para entender el vínculo entre la migración y la salud pública. La movilidad puede tener forma de desplazamiento planeado aceptado por un país huésped, o puede realizarse de una manera irregular, como es el caso del contrabando. Un país determinado puede ser al mismo tiempo un país de emigración, de inmigración, de tránsito y/o de retorno. El viaje puede ser internacional, transnacional, o dentro de una región. El viaje puede ser permanente, temporal, o de temporada. La movilidad implica no sólo el desplazamiento físico de una persona o una población, sino también la movilidad de cultura, creencias de salud y factores epidemiológicos. Los patrones de movilidad definen las condiciones de viaje y el impacto consecuente en la salud. La condición legal del migrante en el país huésped determina el acceso a los servicios de salud y los servicios sociales.

Una vez definida la migración hay términos que dan un mejor contexto a los movimientos migratorios, por ejemplo un patrón de movilidad se define como aquel patrón de migración que se repite se reconoce como un patrón de movilidad. El desplazamiento de países pobres a países ricos y el desplazamiento de áreas rurales a áreas urbanas son ejemplos de patrones de movilidad (Organización Internacional para las Migraciones, 2000).

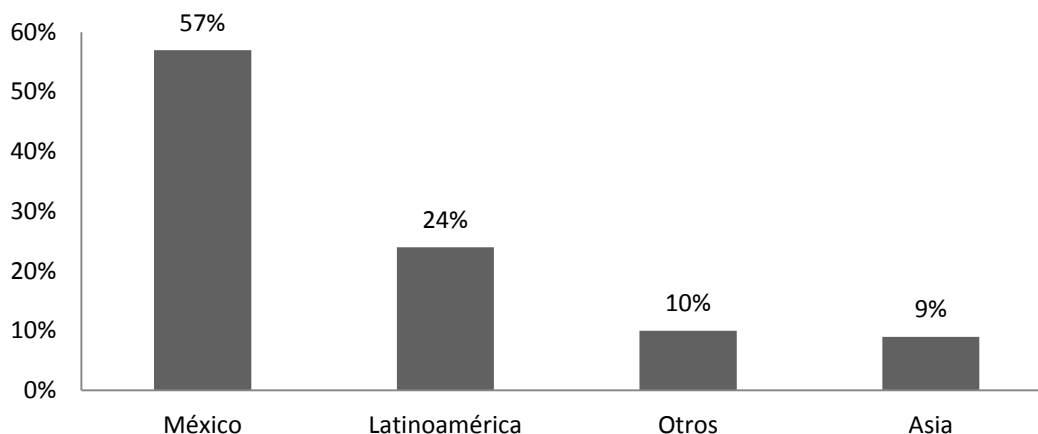
Ahora para entender los diferentes estatus migratorios se debe conocer el termino adecuado para referirnos a todos aquellos individuos que migran sin documentos legales, definiéndose como migración irregular la cual no sigue las

leyes, políticas y posiciones de los Estados es migración irregular, ésta incluye la trata de personas, y lo que ocasiona que los migrantes se oculten en los países huéspedes. Además de incrementar los riesgos de salud pública y de salud de los migrantes individuales (Organización Internacional para las Migraciones, 2000).

6.1 Población Hispana y Mexicoamericanos

En EEUU se conoce como hispano a todo aquel hijo de españoles o nacido en España; al igual que a los Latinoamericanos. También se define como *“Perteneiente o relativo a las naciones de Hispanoamérica”* o *“...relativo a la población de origen hispanoamericano que vive en los EEUU”* (Real Academia Española) Para fines de esta tesis utilizaré la siguiente definición que engloba las ya citadas: *“Los hispanos son aquellos individuos nacidos o de descendencia hispana o de países latinoamericanos viviendo en un país distinto al de origen”*. La aceptación de este término es grande ya que comenzaron a autodenominarse así, ayudando a la inserción y aceptación como parte de una sociedad ajena y diferente (Douglas Taylor, 1991).

Gráfica 6.1 Cantidad de migrantes de acuerdo al lugar de origen



Fuente: Recolección realizada del 01 de enero a marzo 2012 a nivel Nacional

Gráfica 1.1 ⁸El total de los migrantes asciende a 54 millones, mayoritariamente son mexicanos seguidos por Latinoamericanos

Son diversos los grupos étnicos que han migrado a EEUU y cómo de todos ellos el más grande corresponde a mexicanos (Gráfica 1.1) seguidos por los latinoamericanos, englobándolos en un 81% del total de la población hispana de migrantes en EEUU al 2000. Los hispanos se han posicionado como un grupo minoritario de vital importancia para la vida social, política y económica, aun siendo minoría⁹ son de gran influencia en la toma de decisiones, ya que tienen muy bien identificados sus intereses y necesidades (Real Academia Española).

Se ha convertido en tema medular de las agendas de asuntos exteriores la necesidad imperante de integrarse de forma organizada a la sociedad

⁸El rubro de "Otros" comprende 6% de europeos y canadienses más 4% de Africanos y el resto, pero para fines de esta tesis se englobaron.

⁹En materia internacional, parte de la población de un Estado que difiere de la mayoría de la misma población por la raza, la lengua o la religión.

estadounidense para ser escuchados y tomados en cuenta en la toma de decisiones del país al que han adoptado como propio. Tomando en cuenta que EEUA se caracteriza por la pluralidad e igualdad de oportunidades para todos aquellos que llegan a ese país, el marco de ilegalidad en el que mayoritariamente se encuentran los hispanos es un gran obstáculo para acceder a muchos de los beneficios que dicho país ofrece.

Es por esto que es necesario conocer las acepciones sobre este grupo de migrantes, que tienen ascendencia mexicana pero que nacieron en EEUU. Los “mexicoamericanos”, antes conocidos como “chicanos”¹⁰ conforman a la mayoría del grupo de los hispanos. De acuerdo con los datos del Pew Research Hispanic Center se estima que el crecimiento de la población de EEUU será del 82%, éste debido a los inmigrantes mayoritariamente de origen mexicano (Pew Research Hispanic Center, 2010). El impacto de este crecimiento se ve reflejado a nivel político, social, económico, de seguridad y de salud; ya son parte fundamental en la consideración para políticas públicas.

Para julio de 2011 se estima que un 10.8%¹¹ de la población total de EEUU sea mexicano y como parte del grupo de hispanos conformen el 64.6%¹²,

¹⁰Esta denominación era utilizada ya que ellos mismos no se sienten parte de una cultura o de descendencia hispana.

¹¹Corresponde a 34,126,920 mexicoamericanos viviendo en EEUA.

¹²Corresponde a 69,517,800 de mexicanos viviendo EEUA.

EEUU alberga al 22% del total de los expatriados mexicanos¹³, para el año 2000 había 11.2 millones mexicanos con estatus migratorio ilegal. Es por esto que es necesario dar una mirada a las necesidades de este grupo y resolverlas en un marco de legalidad sin violar ningún derecho humano(United States Census Bureau, 2013).

6.2 EEUU

Es una república federal constitucional compuesta por 50 estados y un distrito federal. La mayor parte del país se ubica en el centro de América del Norte, entre los océanos Pacífico y el Atlántico, limita con Canadá al norte y con México al sur. Con 10 millones de km² y con 365 millones habitantes, es el tercer país más grande por área total y más grande tanto por la superficie terrestre como por población. Es una de las naciones del mundo étnicamente más diversas y multiculturales, producto de la inmigración a gran escala (Organización de las Naciones Unidas, 2010).

Tabla 1.2 Datos demográficos de la población de Estados Unidos por grupos de edad 2012.

Grupos de Edad	Millones	% del total de la población Mundial
0-14 años	70	19.18
15-24 años	49	13.42
25-69 años	168	46.03
60 años	65	17.81

¹³Persona que reside en forma temporal o permanente en un país y cultura distinta de la del país donde se educó, creció o posee residencia legal. La palabra está compuesta por el prefijo ex-, 'fuera' o 'más allá', y patria.

<80 años	13	3.56
Total	365	100%

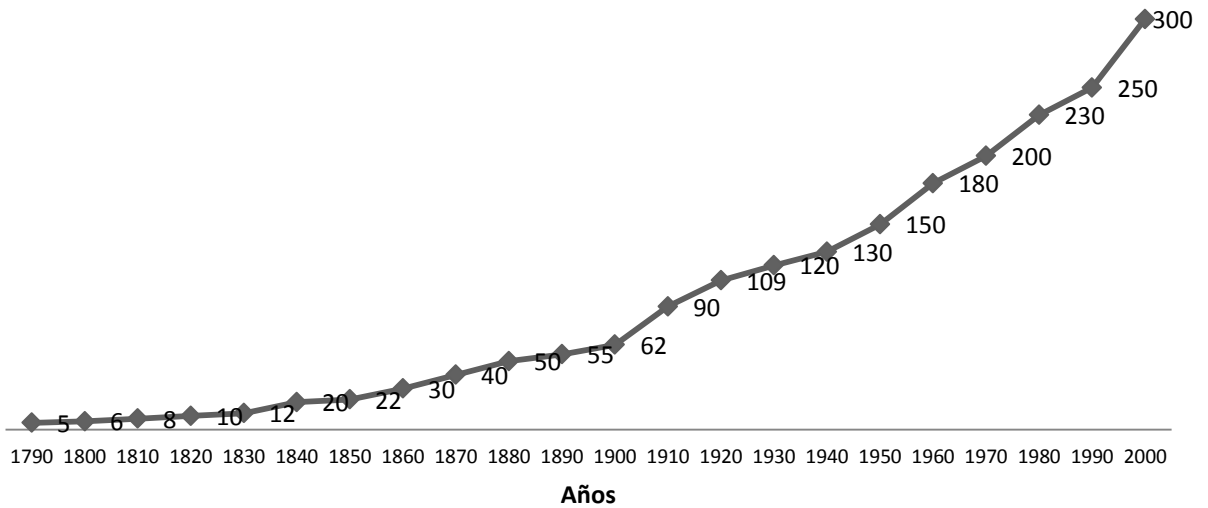
Origen: Datos Organización Nacional de las Naciones Unidas 2011.

El mundo actual ha encontrado un cambio en la pirámide poblacional como podemos ver en la Tabla 1.2 la cual nos demuestra que aunque la esperanza de vida se ha visto incrementada es menor la cantidad de personas con más de 80 años, y casi la mitad de la población del país se encuentra en edad adulta. Para junio de 2013 la población de inmigrantes irregulares 11,2 millones de inmigrantes ilegales (Pew Research Hispanic Center, 2010). En 2009, 1,1 millones de inmigrantes obtuvieron la residencia legal. México ha sido el principal país de origen de los nuevos residentes durante más de dos décadas. El crecimiento de la población de origen latinoamericano es una importante tendencia demográfica. Entre 2000 y 2008, la población hispana aumentó 32%¹⁴, mientras que la población no hispana aumentó sólo un 4,3%. Las minorías constituyen el 34%¹⁵ de la población y se prevé que constituirán la mayoría de la población para el 2042 (Gráfica 1.2)(Pew Research Hispanic Center, 2010).

¹⁴En el periodo de 2000-2008 la población hispana llegó a 61,908,000.

¹⁵Corresponde a 107,436,600 de habitantes que conforman los grupos minoritarios.

Gráfica 1.3 Aumento de la población migrante en Estados Unidos de América de 1790-2000



El aumento de la población migrante en EEUU ha ido en aumento como se observa en la Gráfica 1.3, aun cuando con las nuevas políticas migratorias ha disminuido no deja de ser un fenómeno importante para los datos demográficos del país.

El gasto en el sistema de atención a la salud sobrepasa al de cualquier otra nación, tanto en términos de gasto per cápita como en porcentaje del Producto Interno Bruto¹⁶. En 2000, la OMS colocó el sistema de salud estadounidense en primer lugar en la capacidad de respuesta, pero en trigésimo séptimo en rendimiento global. En 2004, los seguros médicos privados pagaron el 36% de los gastos en materia de salud y los gobiernos federales y estatales otorgaron el

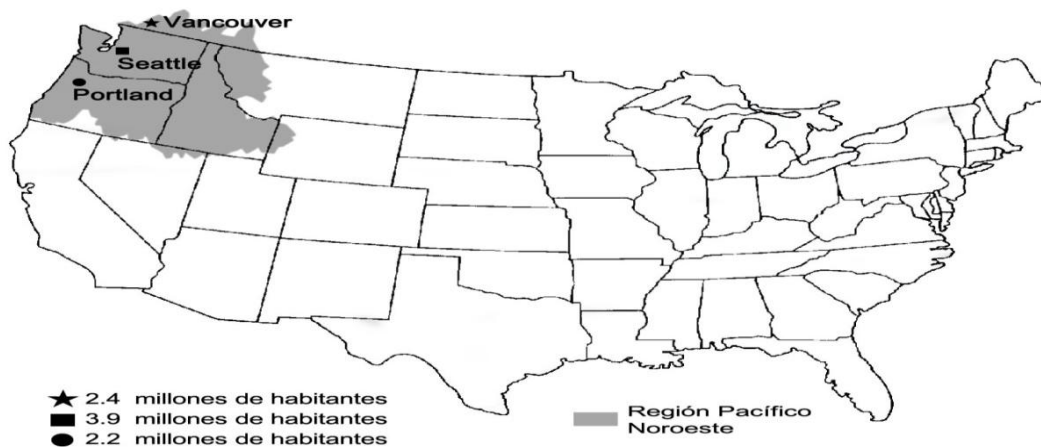
¹⁶Se utilizará PIB para hacer referencia a Producto Interno Bruto

44%, para 2005 el 15.9%¹⁷ de la población, no estaba asegurado, 5,4 millones más que en 2001. La principal causa de este aumento es la caída en el número de empleos donde se garantiza el seguro médico, como consecuencia para 2006, Massachusetts se convirtió en el primer estado en implementar la asistencia sanitaria universal. La ley federal aprobada a principios de 2010 pretende crear un sistema de salud casi universal para todo el país en 2014, beneficiando así el acceso del migrante a los sistemas de salud americanos.

6.2.1 Pacífico Noroeste

Para fines de esta tesis es necesario hacer una descripción del Pacífico Noroeste ya que EEUU se encuentra dividida en diferentes zonas y dependiendo las características geográficas y laborales es como el migrante mexicano realiza la decisión de establecerse a lo largo del país.

Figura 1.1 Mapa Pacífico Noroeste



¹⁷Se refiere 50,242,410 habitantes de EEUUA en 2005 y en 2001 44,842,410.

Hay diversas demarcaciones del Pacífico Noroeste, incluso estas pueden variar con los oriundos de la región. La concepción más común se refiere a los estados de Oregón, Washington y una parte de Canadá que comprende Columbia Británica como se puede observar en la Figura 1.1. El término de Pacífico Noroeste no debe confundirse con el Territorio del Noroeste también conocido como Gran Noroeste o Territorios del Noroeste de Canadá.

Tabla 1.3 Habitantes en zonas metropolitanas del Pacífico Noroeste

Área Metropolitana	Estado	Millones de habitantes
Seattle- Tacoma	Washington	4
Vancouver	Canadá	2.4
Portland	Oregón	2.2
Total		8.6

Origen: Buro de Censos 2011

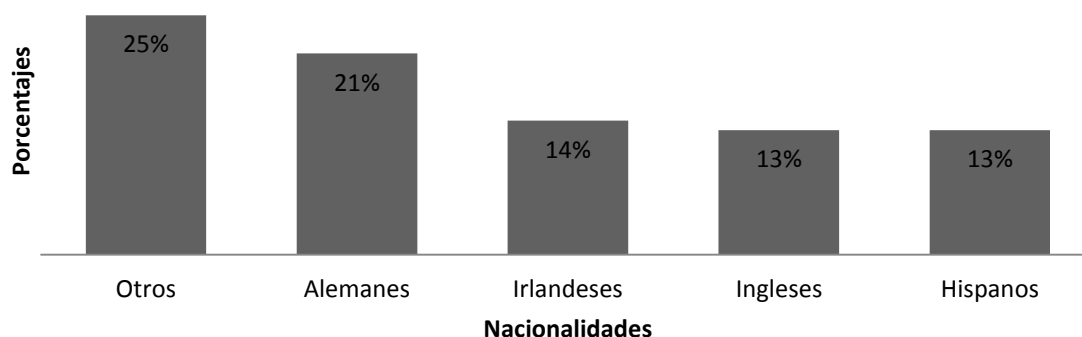
Las ciudades más grandes Vancouver, Portland, Seattle y Tacoma son puertos que soportan la industria minera, agrícola, maderera. La mayor parte de la población está concentrada en el corredor Portland-Seattle-Vancouver. En territorio estadounidense los hispanos son la mayoría de la fuerza agrícola y ha ido incrementando su presencia en la fuerza laboral de esta zona.

6.2.2 Washington

El Estado de Washington está inmerso en la Región del Pacífico Noroeste cuenta con una población de 7 millones al 1 de Julio de 2012 y este número ha

aumentado en un 2.6%. De 2000-2010 aumentó el número de migrantes de 380,400 a 450,019. También se reporta que el 6.7% de la población de Washington es menor de 5 años¹⁸, el 25.7%¹⁹ es menor de 18 años y el 11.2%²⁰ es mayor de 65 años.

Gráfica 1.4 Nacionalidades en Washington



Gráfica 1.4 Datos obtenidos del Buró de Censos

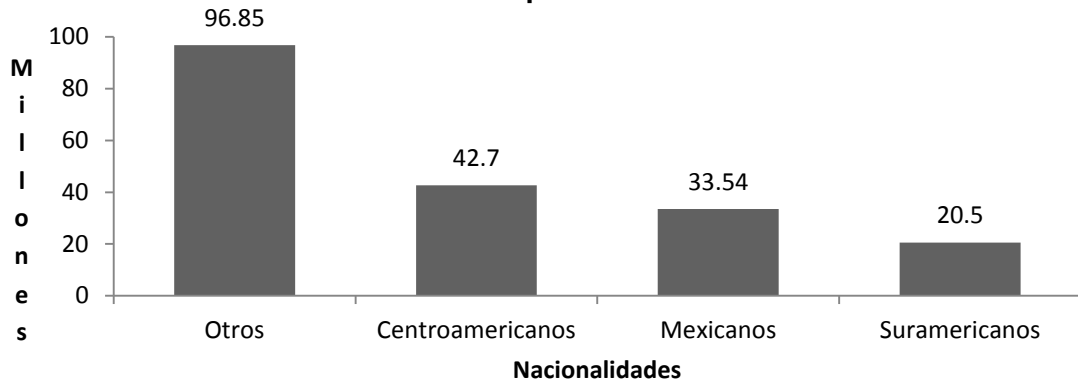
Los hispanos representan el cuarto lugar número e importancia de los grupos étnicos por los que está conformado el estado (Gráfica 1.3), por lo que enfatiza la importancia de los hispanos para ser considerados como un grupo vulnerable y que requiere atención no sólo para regularización del estatus migratorio si no en atención de salud.

¹⁸Corresponde a 462,100 habitantes.

¹⁹Corresponde a 1,772,532 habitantes.

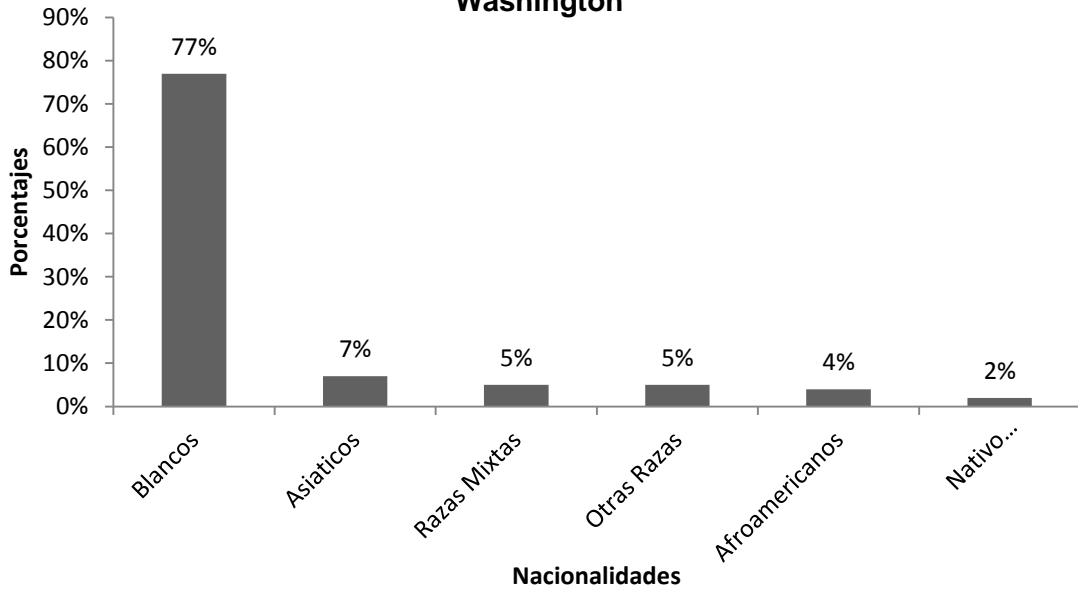
²⁰Corresponde a 772,465 habitantes.

Gráfica 1.5: Frecuencia de Población Hispana en Estados Unidos para 2010



De acuerdo al censo de 2012, Washington está conformado por diversas razas, lo cual genera un ambiente de multiculturalidad dando como resultado un mayor espectro de cuidado para todos aquellos individuos que soliciten servicios de salud acordes a sus creencias, idioma y cultura.

Gráfica 1.6 Porcentaje de razas que conforman al Estado de Washington



En cuanto a los hispanos el 11.2%²¹ de la población en Washington tienen descendencia hispana mayoritariamente mexicanas 8.9%²², españoles 0.4%, cubanos 0.4%, salvadoreños 0.2%, guatemaltecos 0.1%, colombianos. El grupo más numeroso es el de los hispanos, y se encuentran concentrados en Chehalis Valley, áreas agrícolas del Valle de Yakima y el Este de Washington. Durante los últimos años se ha visto incrementado el número de mexicanos en condado de King (Seattle), Pierce y Snohomish.

6.2.3 Seattle

Es la ciudad más grande de Washington, en el noroeste de EEUU. El área metropolitana de la ciudad comprende Seattle-Tacoma-Bellevue. En 2007, la ciudad contaba con una población municipal de 594.210 habitantes y un área metropolitana de 3.263.497 habitantes (CONAPO, 2009). Se encuentra 155 km al sur de la frontera entre Estados Unidos y Canadá.

Tabla 1.4 Comparación de la Población Nacional con la de Seattle

Razas	Porcentaje	Habitantes	EEUU habitantes
Blancos	70%	2,284,448	202,710,552
Blancos no hispanos	68%	1,553,425	-
Asiáticos	11%	358,985	40,095,015
Afroamericanos	9%	293,715	13,947,285
Nativos ²³	4%	130,540	9,115,460

²¹Corresponde a 772,465 del total de la población de Washington.

²²Corresponde a 68,749 del total de la población hispana en Washington.

²³Engloba a nativos americanos, Alaska, hawaianos, isleños del pacífico, otras razas y razas mixtas

Hispanos	6%	195,810	47,560,190
Total	100%		

Origen: American Community Survey 2010 y Bureau of Census United States

Analizando la Tabla 1.4 se puede observar de manera comparativa y clara la repartición de las diferentes razas tanto dentro del Estado como en el país, lo cual permite hacer un estimado y dar un panorama mucho más real del peso de la migración internacional en el país y como la pirámide poblacional se va invirtiendo así como la diversidad en las razas que coexisten en el país así como en Washington y el incremento de los hispanos en comparativa con un década atrás.

Tabla 1.7 Ascendencia de los habitantes y lengua materna en Seattle durante 2010

Ascendencia	%	Lengua Materna	%
Alemana	11%	Inglés	80%
Alemana	11%	Castellano	4%
Irlandesa	9%	Mandarín	2%
Inglesa	8%	Tagalog	2%
Noruega	5%	Vietnamita	2%
Total	100%		100%

Origen: American Community Survey 2010

Analizando la tabla 1.7 El 11,8% de la población y el 6,9% de las familias se encuentran por debajo del umbral de pobreza, de éstas el 13,8% son jóvenes

menores de 19 años y el 10,2% son ancianos de 65 años o más. Se estima que el Condado de King tiene 8, 000 indigentes mayoritariamente viviendo en Seattle. En septiembre de 2005, el Condado de King adoptó el "Plan Decenal para erradicar la falta de hogar". En 2006, tras crecer 4, 000 ciudadanos por año en los últimos 16 años, los planes regionales esperan que la población de Seattle crezca en 200.000 personas más para el 2040.

7. CONTEXTO DE SALUD EN LA REGIÓN DE ESTUDIO

La salud es un término ligado profundamente a la calidad de vida, y su acepción y definición han ido evolucionando a lo largo de la historia por lo cual se deben considerar como un término dinámico. Durante mucho tiempo se entendió como la “ausencia de enfermedad”. Desde 1946 se define como “*Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”²⁴(Organization, 2013). Otra vertiente es la dada por los filósofos como “*Podemos sentirnos bien, esto quiere decir, juzgar desde nuestra impresión de bienestar vital, pero nunca podremos saber si estamos bien. La ausencia de la impresión (de estar enfermo) no le permite al hombre expresar que él está bien, sin aparentemente decir que aparentemente él está bien*”.

7.1 Enfermería Transcultural

El término transcultural en Enfermería se ha estado utilizando con mayor frecuencia en los últimos tiempos debido a la globalización y al fenómeno de la migración los profesionales de Enfermería se ven obligados a conocer y entender diferentes culturas a la propia.(Bustamante, Migración internacional y derechos humanos, 2002)

²⁴Preámbulo de la Constitución de la OMS, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100). La definición no ha sido modificada desde 1948.

Para comprender mejor debemos definir transcultural, transculturación y aculturación, transcultural se refiere a todo aquello que afecte a varias culturas o a sus relaciones; transculturación es la recepción de un pueblo o grupo social de formas de cultura procedentes de otro, que sustituyen de un modo más o menos completo a las propias y aculturación es la recepción y asimilación de elementos culturales de un grupo humano por parte de otro (Real Academia Española, 2013).

Madeleine Leininger está considerada como la madre la “Enfermería Transcultural” instaura 8 factores que justifican la Teoría del Cuidado Cultural y Universal y con ella la necesidad de la Enfermería Transcultural(Leininger, 1995):

1. Gran aumento de las migraciones internas y externas, para la comprensión holística de dichos individuos.
2. Aumento en la multiculturalidad y con ello la necesidad de profesionales de Enfermería empáticos y respetuosos de los diferentes aspectos de sus culturas.
3. Abuso del uso de la tecnología en la salud suele entrar en conflicto con las creencias de los individuos.
4. Los conflictos culturales a nivel mundial han incrementado impactando en todos los rubros de una sociedad incluyendo la salud.
5. Aumento del número de personas que viajan en el mundo.

6. Hay un conflicto cultural resultando en temas legales, negligencia, ignorancia e imposición en temas de salud.
7. Problemas de género dirigidas principalmente a la mujer.
8. Aumento en la necesidad de servicios sanitarios basados en diferencias culturales.

Dentro de esta definición de Leininger debemos tomar en cuenta aspectos de la salud como el dolor, enfermedades crónicas, alimentación, comunicación e implicaciones culturales. Rachel Spector menciona que debe tomarse en cuenta la perspectiva personal y comunitaria para lograr una atención más integral (Spector, 2000).

Salud migratoria

Dentro de la Salud hay diversas ramificaciones una de ellas es la rama Migratorio que es un campo especializado de las ciencias de la salud, caracterizado por su enfoque en el bienestar de los migrantes y las comunidades en países y regiones de origen, tránsito, destino y retorno. Tiene un enfoque doble, tratando las necesidades de los migrantes individuales, así como la salud pública de las comunidades huéspedes.

Conociendo los diferentes enfoques que se dan al concepto de salud, se debe tomar en cuenta la concepción personal, la cultural, religiosa y el entorno donde

se desarrolló el migrante. El interés internacional por la relación existente entre la globalización y la salud está empezando a influir en los debates sobre política exterior. Aunque se sabe que muchos procesos globalizadores influyen en la salud, las migraciones destacan como un proceso esencial de ésta, pero se debe darle un enfoque de internacionalización para lograr ofrecer a los individuos un enfoque holístico. Si bien existe numerosas interconexiones históricas entre la movilidad demográfica y la salud pública mundial, las migraciones y la salud han despertado un renovado interés desde los años noventa con la aparición de las enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes. Se ha prestado gran atención a la contención de las amenazas sanitarias mundiales y se han realizado notables inversiones internacionales para enfermedades infecciosas graves como la malaria, la tuberculosis y la infección por el virus del SIDA (conocida como “Las tres grandes”). Las migraciones y la movilidad de la población son cuestiones que se plantean en todos los retos de salud pública. El creciente interés suscitado por la influencia de las migraciones y la movilidad demográfica en la salud está estimulando iniciativas de política exterior para abordar el impacto de las migraciones en los determinantes internacionales de la salud. En consecuencia, la respuesta a los retos de salud mediante la cooperación internacional se ha convertido hoy en un componente importante de la política exterior, utilizando a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Organización Internacional para las Migraciones (OIM), OMS, Organización Panamericana de Salud (OPS), Amnistía Internacional además de otras organizaciones civiles sin embargo, y a pesar de

que algunas iniciativas de proyectos nacionales y regionales están orientadas a la salud y las migraciones, se carece de una perspectiva integrada y de carácter mundial.

La importancia de este trabajo de investigación radica en la premisa de que la salud del migrante no es prioridad para los gobiernos, aun cuando la salud es un derecho universal según la Organización Mundial de la Salud²⁵, esto significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano. El método que propone la OMS y que deberían ser los principios rectores del quehacer médico y de los gobiernos se basa en:

1. Disponibilidad: establecimientos suficientes para brindar atención
2. Accesibilidad: brindar servicios a todos con las cuatro premisas de no discriminación, asequibilidad, accesibilidad física y acceso a la información.
3. Aceptabilidad: sensibles al entorno, respetuoso, ética médica y culturalmente apropiados.
4. Calidad: apropiado desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

²⁵Se utilizará OMS para hacer referencia a la Organización Mundial de la Salud

Como una vertiente que complica esta situación se le considera al migrante como un factor de riesgo para la salud pública de EEUU aunado a la falta de políticas públicas para evitar que estos riesgos se presenten incrementan la discriminación y la falta de atención médica. Generando así un problema en diferentes niveles de atención entre ellos en la salud Pública la cual busca proteger a las poblaciones y comunidades de enfermedades o padecimientos y/o establecer políticas y programas que promueven condiciones de vida sana para todos.

7.2 Hipercolesterolemia

El colesterol es una sustancia necesaria en la formación celular pero cuando éste se encuentra en grandes cantidades se desarrollan depósitos grasos en los vasos sanguíneos. El colesterol es transportado por la sangre, unido a las proteínas; lipoproteína. Con el tiempo, estos depósitos hacen difícil que suficiente sangre fluya a través de las arterias. El corazón no puede obtener la mayor cantidad de sangre rica en oxígeno. La disminución del flujo de sangre al cerebro puede causar un derrame cerebral.

La hipercolesterolemia puede ser hereditaria, pero es prevenible y tratable. Una dieta saludable, ejercicio regular y medicamentos logran la disminución de niveles altos. Es asintomática. Las complicaciones son aterosclerosis, una acumulación peligrosa de los depósitos de colesterol y otras en las paredes de las arterias.

7.3 Diabetes Mellitus

Es un complejo grupo de enfermedades con origen multicausal. Es un desorden metabólico, la forma en que se metabolizan los carbohidratos para que entren al torrente sanguíneo en forma de glucosa, gracias a la insulina las células logran absorberla y utilizarla como energía. El problema es la poca producción de insulina o que esta no es efectiva o ambas. La insulina se genera en el páncreas en los islotes, siendo las células beta quienes con los islotes producen la insulina y la liberan al torrente sanguíneo.

7.4 Hipertensión Arterial Sistémica

La hipertensión arterial se caracteriza principalmente por una disfunción endotelial con ruptura en el equilibrio de los factores de los vasos relajantes del vaso sanguíneo y de los factores vasoconstrictores. Con esto se ve afectado el Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona. Siendo a nivel mundial una de las principales causas de muerte es de carácter prevenible con cambios en los hábitos dietéticos y de actividad física, por lo que se ha convertido en un tema principal de las agendas de Salud Pública a nivel mundial enfocándose a la detección y tratamiento en el Primer Nivel de Salud.

7.5 Medicaid

Dentro de los sistemas de salud pública en comparación del mexicano el americano es complicado ya que cuenta con 3 instancias para dar cobertura a sus ciudadanos pero se deben cubrir demasiados requisitos para lograr acceder

a ellos y además aunque la partida presupuestaria es de origen Federal los Estados pueden cambiar la aplicación de estos mismos seguros a conveniencia. En 1965 de acuerdo a las correcciones de la Ley de Seguridad Social se establece que Medicaid es un plan de salud de cobertura a largo plazo y es financiado de forma estatal y federal. Cada estado establece y administra su propio programa de Medicaid y determina el tipo, cantidad, duración y alcance de la cobertura de servicios basado en los lineamientos federales. Cada estado está obligado a cubrir ciertos rubros y podrá elegir rubros de cobertura opcionales. La ley federal también obliga a cubrir ciertos grupos poblacionales²⁶. Se creó un nuevo mínimo nacional de elegibilidad para Medicaid logrando dar cobertura a familias con un ingreso de hasta del 133% del nivel de pobreza federal²⁷ (ver Anexo 3) Esta disposición es efectiva a partir de 1° Enero de 2014, pero los estados pueden decidir extender la cobertura antes de esta fecha.

Las poblaciones que son elegibles para cobertura asciende a 60 millones del total de americanos incluyendo: niños, mujeres embarazadas, padres, adultos mayores, y personas con discapacidades, aun cuando se deben cumplir los requisitos existen ciertas excepciones para expandir la cobertura. Muchos

²⁶Dentro de los grupos que califican serán padres, niños, mujeres embarazadas de bajos recursos así como adultos mayores y personas con discapacidades de bajos recursos.

²⁷Por sus siglas en inglés Federal Poverty Level, para fines de esta tesis utilizaré FPL para hacer referencia.

estados que han extendido la cobertura por encima de los mínimos federales correspondientes al Nivel Federal de pobreza FPL por sus siglas en inglés y es actualizado anualmente.

Acta de Cuidado Sustentable de 2010 extiende la Elegibilidad de Medicaid en 2014 se crea un mínimo de nivel de elegibilidad al 133% del FPL²⁸ para casi todos los americanos menores de 65 años y entrará en vigor el 1 de enero de 2014. Existen otros criterios de elegibilidad están basados en lineamientos federales y estatales y se toma en cuenta estatus migratorio, documentación y ciudadanía, además que la cobertura de Medicaid es retroactiva (3 meses) y si por algún motivo ya no cumple con los criterios la cobertura termina a final del mes.

Beneficios

Los Estados establecen y administran sus programas de Medicaid y determinan el tipo, la cantidad, la duración y campo de acción de los servicios bajo los lineamientos federales, de cuales algunos tienen carácter obligatorio aun cuando hay beneficios opcionales.

Beneficios Obligatorios	Beneficios Opcionales
Hospitalización Pacientes de alta	Prescripción de medicamentos Servicios en clínicas

²⁸El ingreso anual debe ser menor a \$29,700 en una familia de 4 integrantes.

Revisión temprana, diagnóstico y tratamiento ²⁹	Terapia física
Asilos	Terapia ocupacional
Apoyo en el hogar	Terapias para problemas de lenguaje
Servicios de Médicos	Servicios de inhaloterapia
Clínicas rurales	Otros servicios de diagnóstico ³⁰
Centros calificados para la salud a nivel Federal	Podología
Servicios de laboratorio y rayos x	Optometrista
Planificación familiar	Servicios dentales
Servicios de Enfermeras Parteras	Dentaduras
Enfermeras Practicantes Certificadas en Medicina Familiar y Pediatría	Prótesis
Centros de nacimiento	Lentes
Transporte para atención médica	Servicio de quiropráctico
Programa para mujeres embarazadas con tabaquismo	Servicios de Enfermería Privada
Programas para dejar de fumar	Cuidado personal
	Manejo de casos
	Servicios para personas mayores de 65 años y en instituciones mentales
	Servicio de cuidados intermedios en unidades de cuidado para retraso mental
	Hospicio

Los Estados tienen la opción de cargar las primas y establecer como se hará la división de los pagos según los requerimientos de Medicaid para afiliación. Se puede considerar como pagos compartidos con el usuario el pago de deducible,

²⁹Por sus siglas en inglés es EPSDT Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment Services.

³⁰Se refiere a servicios preventivos y de rehabilitación

coaseguro, copagos³¹ y otros cargos similares. Existe una cantidad máxima de gastos compartidos con el usuario; pero los Estados pueden determinar que sean más altos para ciertos grupos poblacionales³², mientras que a los grupos vulnerables están exentos de muchos de los pagos compartidos, copagos y coaseguros.

Los Estados también establecen las primas y el pago de derecho de afiliación en los siguientes grupos de afiliación de Medicaid:

- Mujeres embarazadas e infantes con ingresos mayores o iguales a 150% del FPL³³
- Personas con discapacidad e ingresos mayores o iguales a 150% del FPL³⁴
- Trabajadores discapacitados con elegibilidad bajo el Acta de Mejoramiento e Incentivos Laborales³⁵. (Congress 1999)
- Niños con discapacidades con elegibilidad del Acta Oportunidades Familiares³⁶.
- Individuos con necesidades médicas.

El estado tiene el derecho de imponer copagos mayores cuando los afiliados utilizan las salas de emergencia sin que sea una emergencia. Este copago esta

³¹Se entiende como copago al pago inicial que se hace al recibir algún servicio de salud como consultas generales y al ser necesario otro tipos de servicios se hace el reajuste de la cantidad a pagar por los siguientes servicios requeridos por el equipo de salud.

³²Dentro de los límites de pobreza federal se puede considerar que aporten más quienes tengan mayores ingresos de la media.

³³Corresponde a \$22,065 en una familia de 2 integrantes.

³⁴Corresponde a \$16,334 en una familia de 1 integrante.

³⁵Por sus siglas en inglés es Work Incentives Improvement Act 1999 que trata sobre

³⁶Por sus siglas en inglés Family Opportunity Act FAO

limitado a servicios que no requieren salas de emergencia, para aquellas personas con ingresos mayores al 150% FPL se pagará el uso de sala de emergencias al costo del Estado, aunque hay características que deben ser cubiertas. Es necesario que la sala de emergencias solicite al afiliado reunir ciertas características antes de proveer el servicio.

7.6 Children's Health Insurance Program

El Programa de Seguros de Salud se creó en 1997 a través de las correcciones de la Ley de Seguridad Social para proveer cuidado de la salud a los niños que vienen de familias de bajos ingresos que no son sujetos de elección para Medicaid, obtiene sus recursos de fondos federales y estatales, aunque algunos estados está utilizándolo para extender la cobertura de los programas de Medicaid.

El Programa de Seguro de Salud para Niños³⁷ provee cobertura en salud a cerca de 8 millones de niños que provienen de familias con ingresos mayores a las que pueden calificar a Medicaid pero que no pueden obtener un seguro privado, los fondos para este Programa se obtienen de presupuesto Federal así como Estatal. CHIP busca incentivar a los Estados a incrementar la cobertura para los niños. El Congreso ha mejorado la tasa Federal para CHIP la cual es

³⁷Para fines de esta tesis se hará referencia a este programa como CHIP por su nombre en inglés Children's Health Insurance Program.

mayor en 15% de la tasa de Medicaid³⁸, logrando así una mayor cobertura a un grupo vulnerable de la población.

7.7 Medicare

Este plan es ofrecido por empresas privadas dirigido a:

- Personas mayores de 65 años
- Personas mayores de 65 años con discapacidades.
- Personas de cualquier grupo de edad con falla renal terminal que requiera diálisis o trasplante renal.

Este programa consta de dos etapas, el plan A va dirigida a hospitalizaciones, el plan B a seguro médico, plan C es Advantage y el plan D es la cobertura de medicamentos recetados. (Centers 2011)

Plan A	Plan B	Plan C "Advantage"	Plan D
Paga hospitalizaciones, áreas críticas, centros de enfermería especializados, hospicios y cuidados en el hogar. Este plan se obtiene	Ayuda a pagar servicios médicos y otros cuidados para pacientes ambulatorios, equipo médico y cuidado en el hogar. Pago por servicios preventivos. La mayoría pagan	Cubre todos los rubros de los planes A y B y solo es ofrecido por aseguradoras privadas que son aprobadas por Medicare. Con el pago de una prima se pueden obtener beneficios	Puede cubrir medicamentos recetados así como reducir el costo de los medicamentos y la protección contra el aumento en los costos de éstos. Dependiendo el

³⁸La media a nivel nacional es del 71%, por ejemplo si a nivel Estatal la tasa es del 50% para Medicaid para CHIP será del 65%.

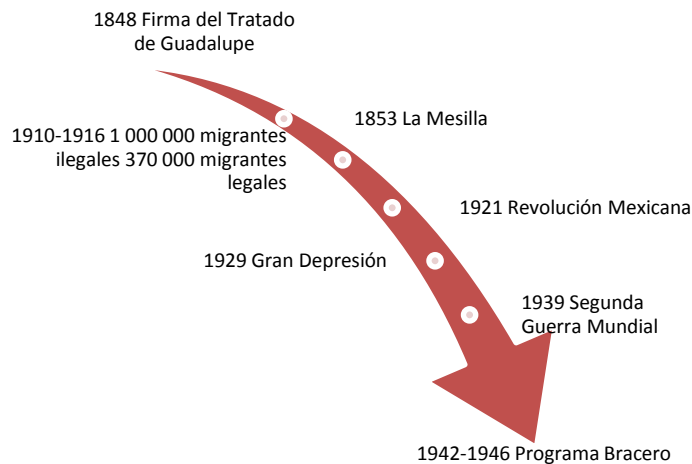
mayoritariamente porque durante su etapa laboral se pagó mediante impuestos de no ser así pagando una prima se puede obtener.	una prima extra de manera mensual.	extras como plan D, dental, visión, problemas auditivos	plan al que se está afiliado varían los costos.
---	------------------------------------	---	---

¿Qué es lo que no cubre el Plan A y B?

- Cuidado a largo plazo
- Cuidado dental u oftálmico de rutina Problemas auditivos
- Cirugía cosmética
- Acupuntura
- Cuidado de los pies

8. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA MIGRACIÓN EN MÉXICO

Ilustración 1 Migración Mexicana en Distintos Momentos Históricos



Fuente: (Aguilar Zínser, 1995)

Para comprender la migración es necesario conocer los distintos momentos que marcaron el fenómeno y cómo se vivió en ambos países. Con la firma del Tratado de Guadalupe³⁹ y La Mesilla⁴⁰ se puso fin a la guerra con Estados Unidos, se da la Revolución Mexicana y se incrementa el flujo migratorio a 1.3 millones mayoritariamente ilegales (Morales, 1987). Los empleos ofrecidos se enfocaban a la agricultura iban con el temporal en los estados de California y Texas; se hacía la contratación considerando a sus familias afectando negativa y positivamente al fenómeno, ya que conservaban la cultura, costumbres y lengua del lugar de origen, y negativamente por su aislamiento por la falta de

³⁹1848

⁴⁰1853

dominio del idioma; obstaculizando la adquisición de la ciudadanía y derechos como salud, comida y seguridad. La Gran Depresión⁴¹ fomentó la mayoría de los cambios migratorios ya que se culpaba a los trabajadores mexicanos de la pérdida de empleos, buscando su repatriación y para 1929 el cierre de fronteras. Después de la Revolución Mexicana se impulsa⁴² un modelo de crecimiento para el país basado en evitar importaciones y consumo interno de la producción del país (Bustamante & Tuirán, La migración laboral mexicana a Estados Unidos de América, 1998).

8.1 Programa Bracero 1942-1946 (Marentes & Marentes, 1999)

En 1939 cuando inicia la Segunda Guerra Mundial, tanto México como EEUA se había declarado en contra del fascismo, aun cuando ambos países entraron en el conflicto, el primero por el ataque japonés a Pearl Harbor y el segundo por el ataque alemán a buques petroleros mexicanos, esto derivó en el ofrecimiento de empleo al igual que sucedió durante la Primera Guerra Mundial, ya que los ciudadanos estadounidenses se encontraban inmersos en la industria bélica descuidando rubros que cubrieran las necesidades básicas, como el agrícola, siendo ahí donde se pide apoyo de México para enviar migrantes que quisieran trabajar, esto ocasiona que los diferentes sectores ejercieran presión sobre el

⁴¹ Bancarrota de la Bolsa de Valores de Nueva York generada por una sobreproducción que generó una excesiva oferta contra la baja demanda de productos; ocasionó que los empresarios hicieran un recorte en el personal que laboraba en las empresas.

⁴² El presidente Lázaro Cárdenas promueve la reconstrucción del país post-revolución fomentando la industrialización del país.

Instituto de Naturalización y Migración de Estados Unidos⁴³ para en conjunto con el gobierno mexicano trabajaran en un acuerdo migratorio, esto desencadenó inconformidades entre los ciudadanos americanos por medio del Sindicato de Obreros Norteamericanos⁴⁴ (American Federation of Labor Congress of Industrial Organizations AFL-CIO), argumentando que los braceros afectaban de manera contundente los empleos y salarios de los empleados locales (Comisión de Inmigración, 1930).

Esto ocasionó que se diera un contexto de ilegalidad y desigualdad en el trato al bracero, los salarios no eran justos, las jornadas laborales extenuantes y no había prestaciones sociales, logrando la inconformidad de México por el incumplimiento de compromisos con sus nacionales, además de enrolarlos al ejército y enviarlos al frente de batalla. Durante 1943 México decide dar por terminado el tratado debido al maltrato que recibían los nacionales, EEUU se compromete a frenar el trato discriminatorio por parte de las autoridades y a frenar los abusos de los empleadores. México exige mejores condiciones para los braceros como lo son alojamiento, mejores servicios de salud, de hecho se exigió que fueran iguales a la de los trabajadores estadounidenses.

Pasando 1964 de manera unilateral se decide poner fin a este programa. Este programa estableció los parámetros para la migración como el derecho a

⁴³Se utilizará INS para hacer referencia a Instituto de Naturalización y Migración de Estados Unidos

⁴⁴También se unieron sus filiales textiles Textile Workers Union of America (TWUA) y la National Agricultural Workers Organizing Committee (NAWOC)

contrato pero no a afiliarse a los sindicatos, todo era de forma legal sin considerar a los migrantes mexicanos como residentes. En la duración de este programa hubo un flujo migratorio de 5 millones de mexicanos y logran convertirse en una clase social. Tanto los braceros como los empleadores se preocuparon por la terminación del programa por lo que se amparan en el Acto de Servicios de Inmigración y Naturalización pugnando por la extensión del programa además del incremento del flujo de ingreso de trabajadores mexicanos. Con tan alta demanda se comienza a dar corrupción de los reclutadores ofreciendo trabajadores ilegales y aun cuando el mexicano no fuera elegido decide irse de manera ilegal.

8.2 Evolución actual de la migración hacia EEUU

Durante la Historia de la migración hoy día se considera que es un patrón mucho más heterogéneo y complejo. La imagen del migrante ha ido evolucionando y se han encontrado características específicas en la migración de hoy en día, tales como:

- El control migratorio por parte de las autoridades fronterizas han obligado al migrante a hacer sus estancias mucho más prolongadas en EEUA
- La diversificación de las áreas geográficas expulsoras de migrantes ha crecido a las tradicionalmente conocidas (los Estados de la frontera Norte del país).

- El Distrito Federal se ha convertido en una plataforma expulsora de migrantes y no solo receptora de migrantes rurales.
- La diversificación laboral en EEUU ha ayudado a incrementar el flujo migratorio ya que se descentralizo de la agricultura.

Hablando sobre el perfil del migrante, éste también se ha diversificado ayudando así al incremento del flujo migratorio, dentro de estas diversificación podemos encontrar:

- El nivel de estudios de los migrantes ha incrementado de 3 años hasta 9 años y una edad promedio de 19 años cuando anteriormente se iban personas mayores de 50 años.
- La inserción de la mujer en los flujos migratorios se ha incrementado y se estima que el 8% del total de migrantes mexicanos son mujeres.
- La duración de las estancias ya no van con el temporal, si no se han prolongado.

9. METODOLOGÍA

9.1 Tipo de estudio

Es un estudio de tipo Transversal Descriptivo

9.2 Población

Migrantes mexicanos entrevistados en el periodo de Julio 2012- Febrero 2013 e inmigrantes de diferentes nacionalidades atendidos en el mismo periodo de tiempo para lograr una comparación en cuanto a la situación migratoria.

9.3 Muestra

Migrantes Irregulares de origen mexicano, que se encuentran en Estados Unidos de América, específicamente en Seattle, Washington. De la población total 2125 el 27.6% es de origen Mexicano, lo cual resulta en que el muestro fue significativo para cumplir con los criterios para esta investigación.

9.4 Tipo de muestreo

Por conveniencia

9.5 Criterios de Inclusión

Todo migrante mexicano con estatus migratorio irregular, que carecen de seguro médico en cualquiera de sus modalidades (Medicaid, CHIP y Medicare) que se encuentre en el momento de la intervención, en cualquiera de las Clínicas Comunitarias de Sea Mar y en el Consulado Mexicano.

9.6 Criterios de Exclusión

Todos aquellos migrantes que no sea de origen mexicano o aquellos que tengan un estatus migratorio regular o que cuenten con seguro médico ya sea privado, Medicaid, CHIP o Medicare.

9.7 Instrumento

El instrumento en su momento no fue validado pero se buscó no violar ningún aspecto ético y siempre cumplir con el compromiso de cuidar la privacidad y salvaguardar la identidad de cada uno de los entrevistados, la forma en que se realizan las preguntas fueron enfocadas de forma que el entrevistado pudiese dar respuestas cerradas para lograr resultados significativos, al hacer la base de datos se toman las respuestas que más se repiten y así lograr establecer un criterio. No se realizó ninguna prueba piloto y solo con investigación se fue determinando la necesidad de incluir mayor cantidad de variables de tipo social,

ya que con las limitaciones de ley para la realización de intervenciones de Enfermería por estudiantes en el país se cierran a solo entrevista, tampoco se pudo tropicalizar. Se realizó un censo para determinar las necesidades de la población para con ello decidir los temas de las pláticas que serían impartidas.(Ver Anexo 5)

9.8 Procedimiento

Se realiza un análisis sobre la situación y las necesidades de los usuarios dentro de Consulado y de la Clínica Comunitaria para lograr acceder a todos ellos de forma eficiente y eficaz, realizándose un censo en la Clínica Comunitaria sobre los motivos más frecuentes de visitas, esto con el fin de tener un marco de acción adecuado a la población, posterior a este y al análisis correspondiente se propuso dar pláticas y panfletería, así como los mismos encargados de Ventanilla de Salud y de la Clínica consideraban necesario. Se procedió a la realización del instrumento de valoración incluyendo variables de tipo social que denotaran de alguna forma la desigualdad o la dificultad de acceso a los servicios de Salud en la unión americana. Se establece que se utilizarán los resultados de las pruebas rápidas que por protocolo se realizaban en ambos lugares para obtener datos que posteriormente fuera adecuados para correr un análisis.

En México bajo la supervisión del Dr. Jorge Baruch Díaz Ramírez se realiza la recopilación de la información para la generación del Marco Teórico, así como la agrupación y determinación de las fuentes y el Software que se utilizará para

el análisis de los datos obtenidos, se decide utilizar SPSS PASW Statistics 18 para analizar la base de datos obtenidos del vaciado de las encuestas realizadas, así como la revisión de las encuestas que si cumplían con los requisitos necesarios para éste propósito.

9.9 Apoyos y Recursos

- Universidad Nacional Autónoma de México

Con sus instancias:

Dirección General de Cooperación e Internacionalización

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Facultad de Medicina

Clínica de Atención Preventiva al Viajero

- Gobierno Mexicano

Con sus instancias:

Consulado Mexicano en Seattle Washington, EEUU.

Proporciona los recursos físicos para la aplicación y análisis de este trabajo, los gastos de transporte y otros fueron cubiertos parcialmente por las Pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, Estrada Martínez Ruth Marcela y Millán Hernández Erika Grimaldi quienes a su vez trabajan en conjunto con la Mtra. Araceli Jiménez Mendoza y el Dr. Jorge Baruch Díaz Ramírez, en el planteamiento y análisis de este trabajo.

9.10 Gráfica de Gantt

Se inicia el trabajo en el Consulado Mexicano en Seattle Washington en Julio de 2013, haciendo intervenciones de Salud Comunitaria. Se realiza el calendario de las pláticas a realizar y la valoración rápida de los migrantes usuarios, se decide con la C. Lilián Córdoba Vázquez encargada de Asuntos Comunitarios del Consulado, basado en las necesidades ya estudiadas previamente por la Secretaria de Relaciones Exteriores que la comunidad requiere, así mismo orientada por la C Karly García quien es la encargada del funcionamiento de la Ventanilla de Salud del Consulado. Se realiza un calendario con las pláticas necesarias así como ayuda a los otros exponentes para traducción y para la Enfermera la realización de las pruebas diagnósticas rápidas, las cuales comprenden toma de tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, toma de glicemias capilares y pruebas rápidas de colesterol, a lo cual decido agregar un pequeño cuestionario para darle un enfoque social a la problemática a la que se enfrenta el migrante mexicano, como lo es nacionalidad, estatus migratorio, estado civil, lengua materna y si cuentan con seguro médico ya sea privado o federal.

Estas actividades se realizan a lo largo de los 11 meses de estancia con una frecuencia de 3 días por semana durante 5 horas. Las pruebas fueron realizadas de manera general a quien deseara ser parte del estudio, y no era forzoso responder a todas las preguntas. Se hicieron entrevistas a todos los

migrantes que solicitaron el servicio, aun cuando estaban dentro del criterio de exclusión, para lograr una comparativa significativa de la situación de los connacionales en comparación con migrantes de otras nacionalidades. (Ver Anexo 4)

9.11 Definición de Variables

Dentro del Instrumento que se utilizó para la obtención de los datos para la creación de la base de datos se obtuvieron distintas variables las cuales se fueron definiendo durante el proceso de análisis de la misma (Ver Anexo 7).

Para facilitar su análisis se tomó la decisión de agrupar algunas de estas para lograr obtener resultados significativos, así como se tuvo que eliminar algunas por falta de datos que permitieran un análisis correcto y que cumpliera con ciertos parámetros para dicho análisis.

Dentro de las variables agrupadas se encuentran:

- Motivos de Visita
- Edad
- Nacionalidad
- Ocupación
- Tensión arterial
- Frecuencia Cardiaca

- Frecuencia Respiratoria
- Temperatura
- Glucosa
- Colesterol

Para las demás variables se decidió dejarlas así ya que o no tenían relevancia o al momento de la graficación no mostraban complicaciones para su interpretación, asociación o discusión.

La variable que fue eliminada del análisis; aun siendo una variable importante y de gran relevancia, para la credibilidad de la investigación se eliminó la variable de glucosa ya que no se contaban con datos escritos en qué condiciones se había realizado esta prueba (ayuno o no) para así clasificarla con los parámetros establecidos por la American Diabetes Association.

9.12 Consideraciones Éticas y Legales

De acuerdo con la Ley General de Salud y el reglamento en materia de investigación para salud UNAM con respecto al consentimiento informado y los diferentes conceptos que de los que se hace mención se toma en cuenta lo siguiente para este protocolo:

1. Todos los encuestados serán mayores de edad para el territorio Mexicano y se pedirá permiso a los padres en caso de ser menores de edad y las preguntas serán respondidas en conjunto padres/tutores e hijos.
2. Los sujetos encuestados no se consideran dentro de la definición de pacientes.
3. De acuerdo con la definición de “consentimiento informado” citada a continuación *“facultad del enfermo, válidamente informado y libre de coacción, para...”* las personas en estudio (viajeros) no corresponden con el concepto citado.

Con base en lo anterior y de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su título segundo que hace referencia a los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo Primero, Artículo 17 menciona lo siguiente:

*“... Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías; I.- **Investigación sin riesgo**: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: **cuestionarios**, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;...”*

Y el Artículo 23 menciona lo siguiente:

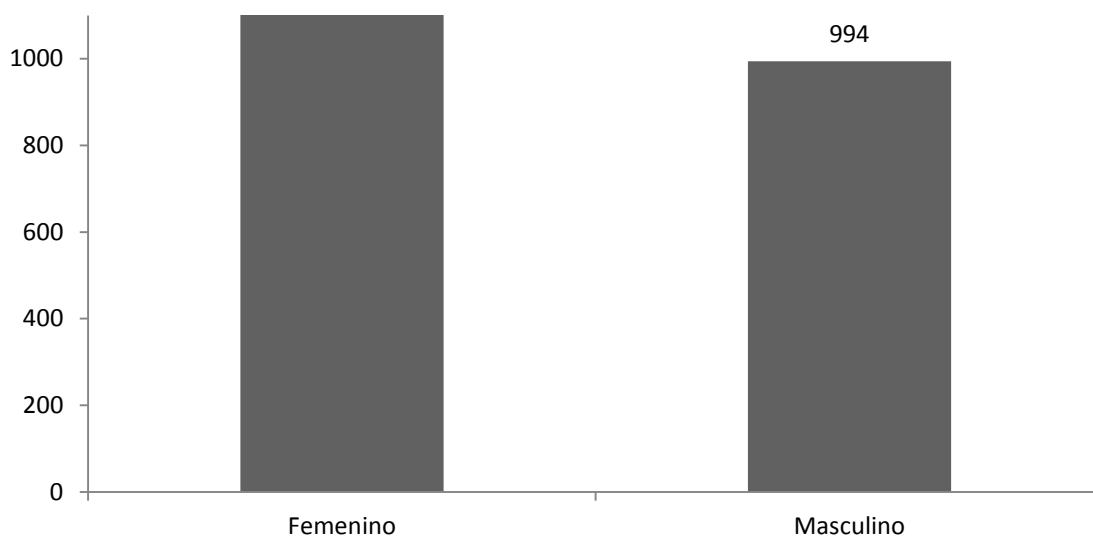
*“En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de **investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.**”*

10. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

De la población de 2125 personas a las cuales se les aplicó el instrumento y se realizaron las pruebas rápidas de glucosa, colesterol, toma de tensión arterial, frecuencia cardíaca, respiratoria, temperatura encontré que el 53.2% (1131) es del sexo femenino y el 46.8% (994) es del sexo masculino, todo esto como parte de la valoración normal tanto de la Clínica como del Consulado Mexicano.

Femenino		Masculino		Total	
1131	53.2%	994	46.8%	2125	100%

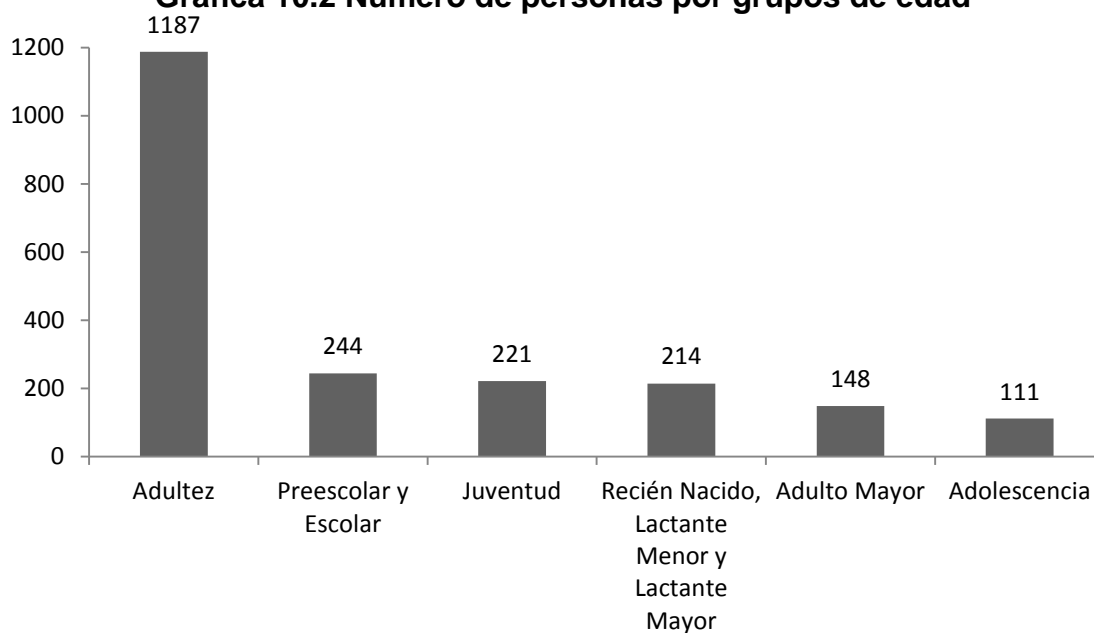
Gráfica 10.1 Número de personas atendidas por Género



Se determinó que la media de edad de la población es de 35.19 años siendo la moda 45 años y el rango 95 años; por grupos de edad encontré que 10.1% (214) pertenece a Recién Nacido, Lactante Menor y Mayor, 11.5% (244) pertenece a Preescolar y Escolar, 5.2% (111) pertenece a la Adolescencia, el 10.4% (221) pertenece a Juventud, el 55.9% (1187) pertenece a la Adulthood y el 7% (148) pertenece a los Adultos Mayores.

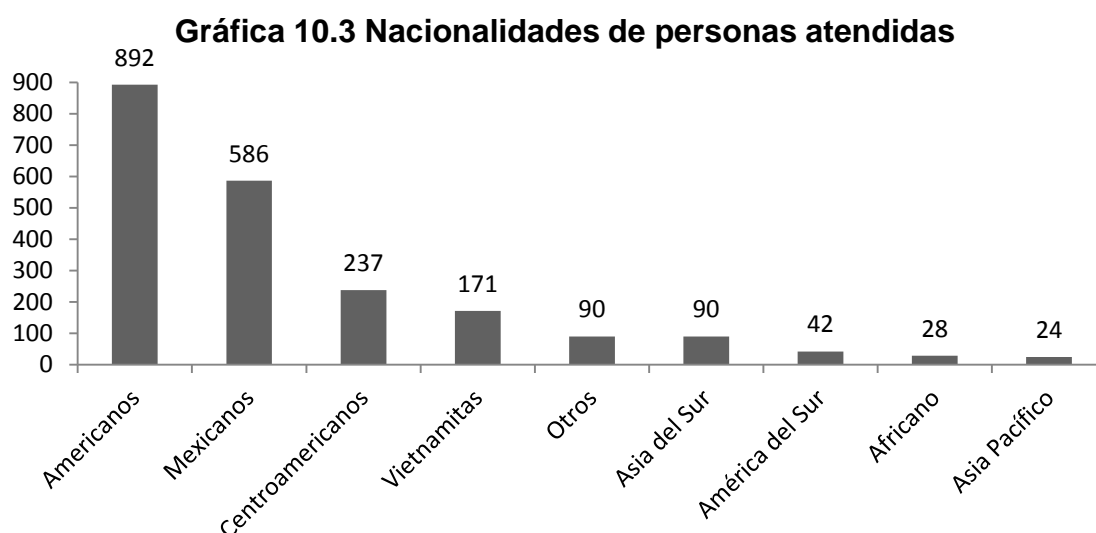
Recién Nacido, Lactante Menor y Mayor		Preescolar y Escolar		Adolescencia		Juventud		Adulthood		Adulto Mayor		Total	
214	10.1%	244	11.5%	111	5.2%	221	10.4%	1187	55.9%	148	7%	2125	100%

Gráfica 10.2 Número de personas por grupos de edad

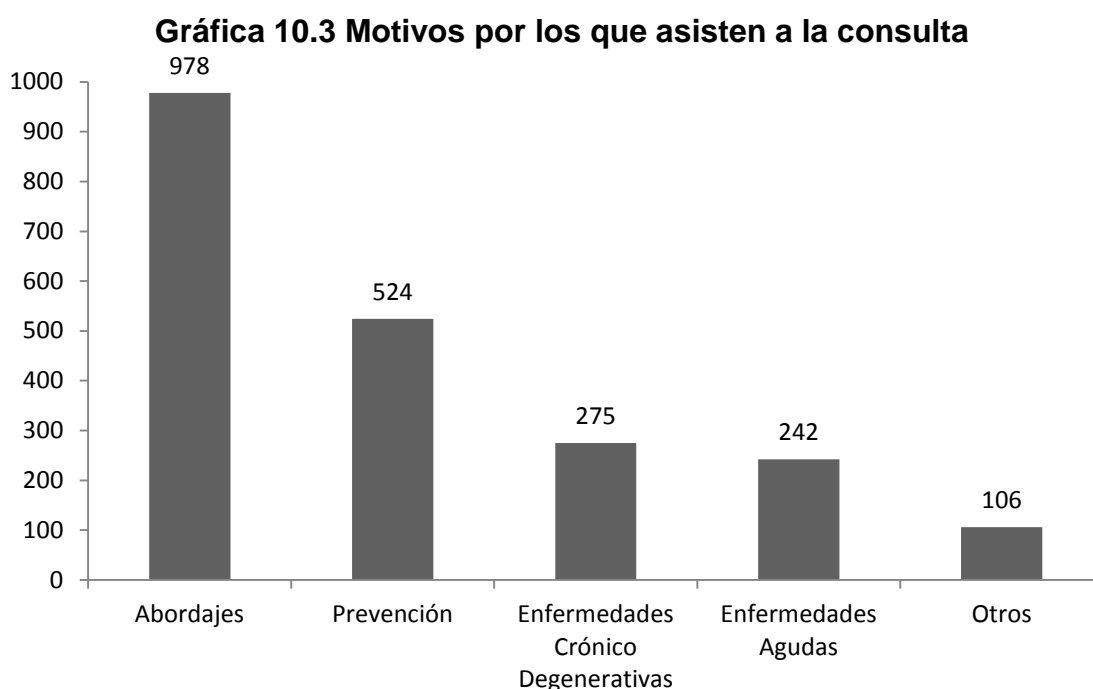


Debido a que las nacionalidades son muy variadas se decidió hacer agrupación de las mismas por regiones del mundo a la cual se encontró del total de la población que el 42% (892) son americanos, el 27.6% (586) son de origen mexicano, el 8% (171) son vietnamitas, el 11.2% (237) son de origen Centroamericano, el 2.6% (55) vienen de América del Sur, el 2% (42) son de origen Africano, el 1.3% (28) provienen de Asia-Pacífico, el 1.1% (24) son de Asia del sur y el 4.2% (90) se englobaron para hacer un porcentaje más significativo.

Nacionalidad	No.	%
Americano	892	42%
Mexicano	586	27.6%
Vietnamita	171	8%
Centroamericano	237	11.2%
América del Sur	55	2.6%
Africano	28	1.3%
Asia-Pacífico	24	1.1%
Asia del Sur	90	4.2%
TOTAL	2125	100%



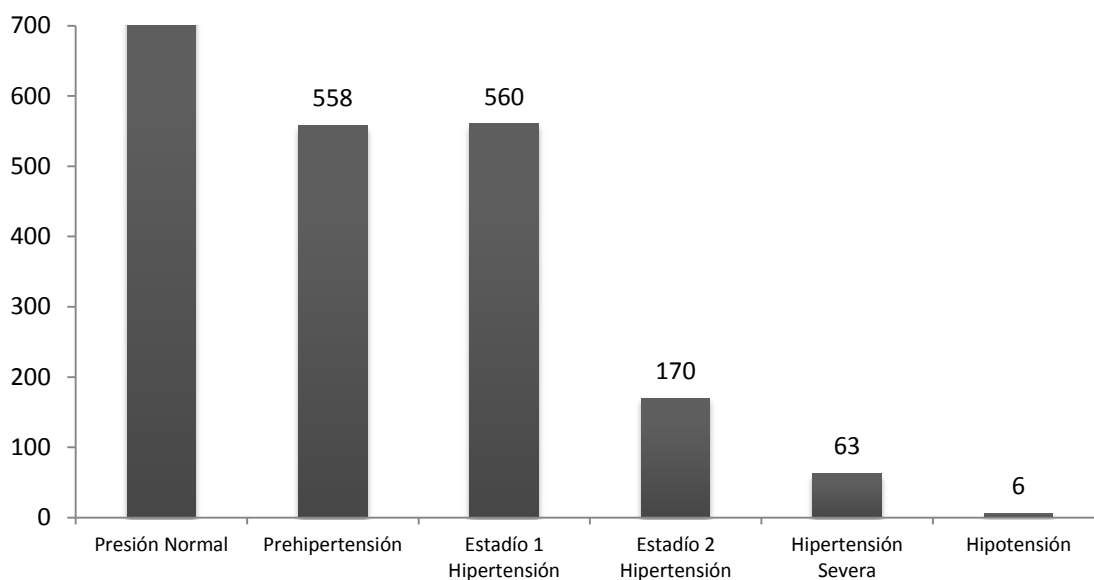
Analizando los motivos por los que asistían a consulta encontré que el 12.9% (275) asisten a consulta por Enfermedades Crónico Degenerativas, el 11.4% (242) asisten a consulta por Enfermedades Agudas, el 24.7% (524) asisten a la consulta por Prevención, el 46% (978) asisten a la consulta por Abordajes y el 5% (106) asisten a la consulta por Otros motivos.



Analizando los signos vitales se describirán de forma individual para posteriormente cruzar datos para determinar enfermedades que se presenten en los migrantes. Se pierden 29 casos debido a que son Recién Nacidos a los cuales no se les tomaba tensión arterial, se encontró que el 35.3% (739) tenían la presión Normal, el 26.7% (558) se encontraban con Pre hipertensión, el

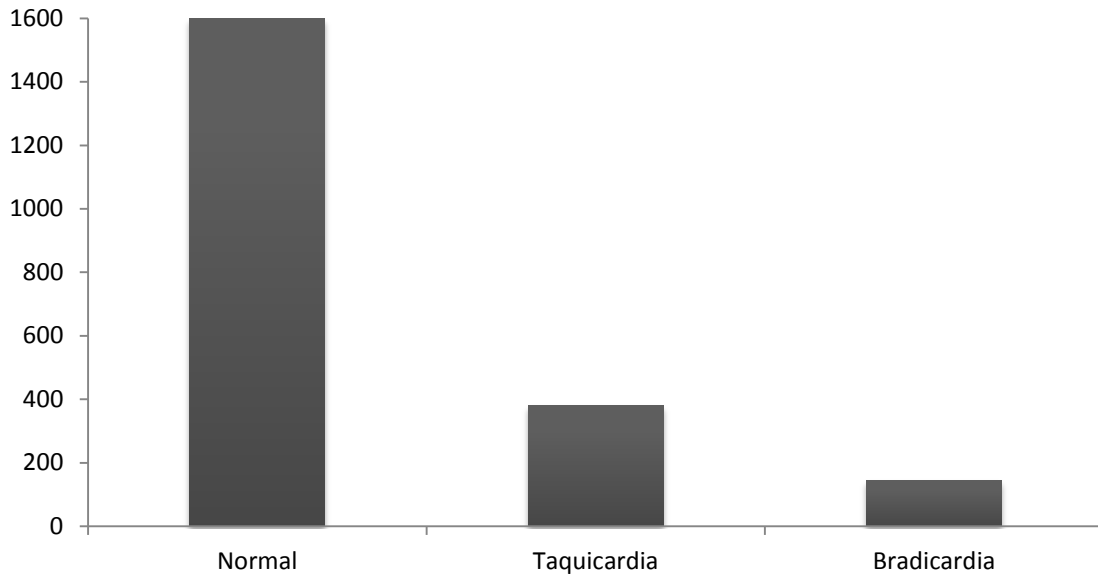
26.8% (560) con Estadio 1 de Hipertensión, el 8% (170) con Estadio 2 de Hipertensión, el 3% (63) con Hipertensión Severa y solo el 0.3% (6) con Hipotensión.

Gráfica 10.4 Valoración de Tensión Arterial



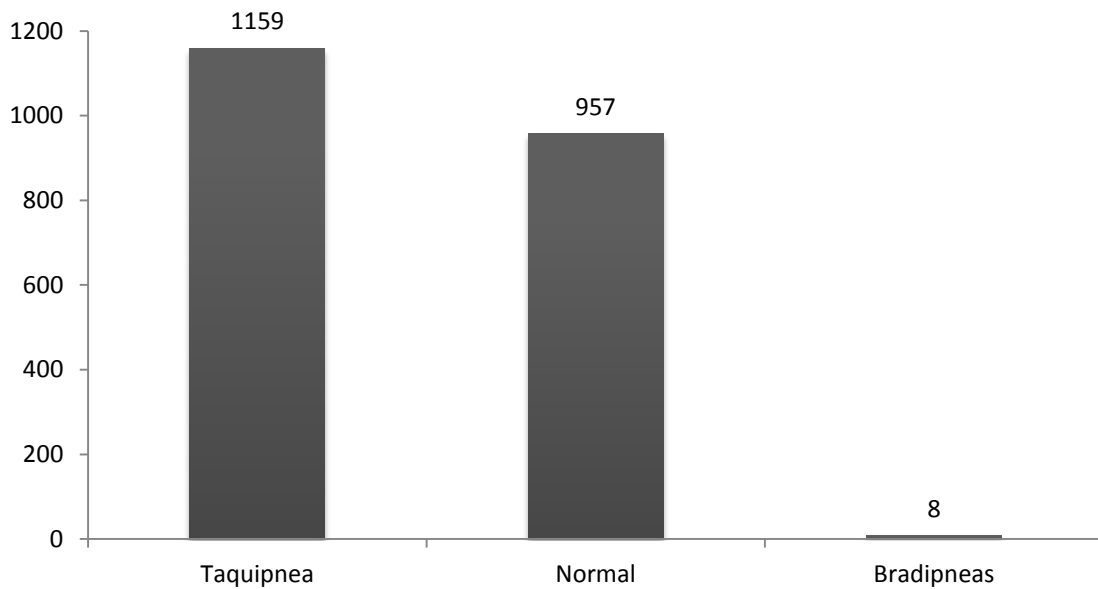
Para Frecuencia Cardiaca encontré que el 75.3% (1599) se encuentran dentro de parámetros normales, el 17.9% (381) se encuentra dentro de parámetros de Taquicardia y el 6.8% (144) se encuentran dentro de parámetros de bradicardia.

Gráfica 10.5 Valoración de Frecuencia Cardíaca



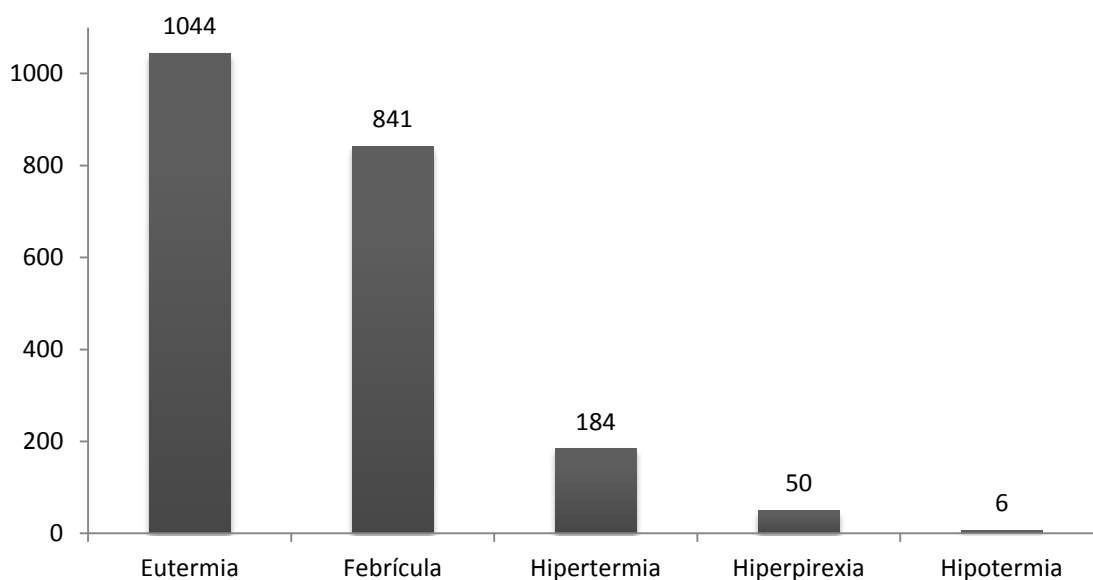
Para Frecuencia Respiratoria encontré que el 45% (957) se encuentran dentro de parámetros Normales, el 54.5% (1159) se encuentran con taquipneas y el 0.1% (8) se encuentran con bradipnea.

Gráfica 10.6 Valoración Frecuencia Respiratoria



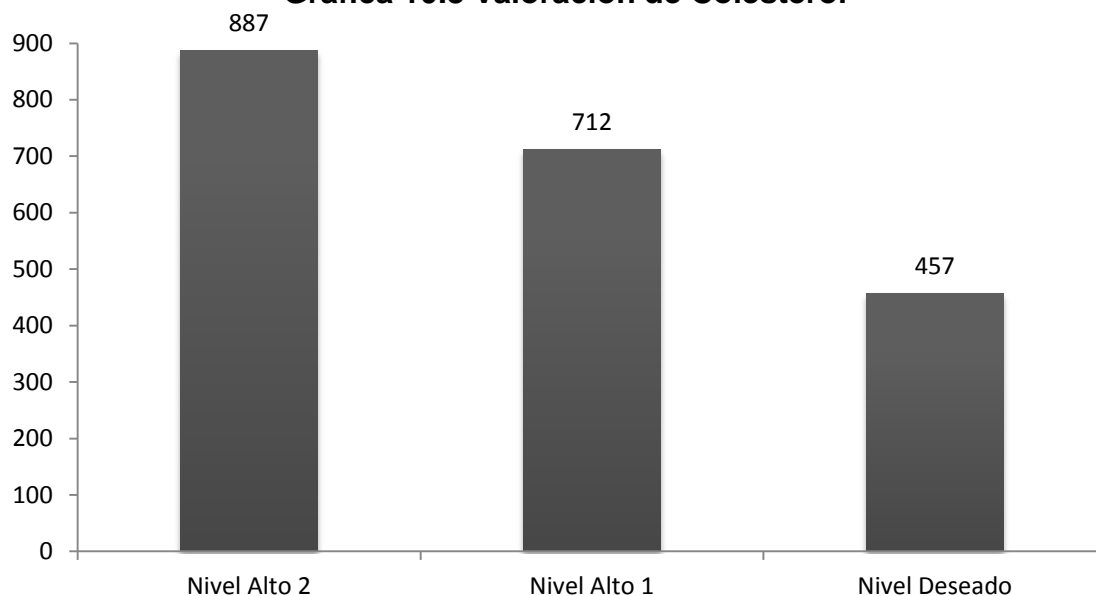
Para temperatura encontré que el 49.1% (1044) se encuentran eutérmicos, el 39.6% (841) presentaron febrícula, el 8.7% (184) presentaron hipertermia, el 2.4% (50) presentaron hiperpirexia y el 0.3% (6) presentaron hipotermia.

Gráfica 10.7 Valoración Temperatura



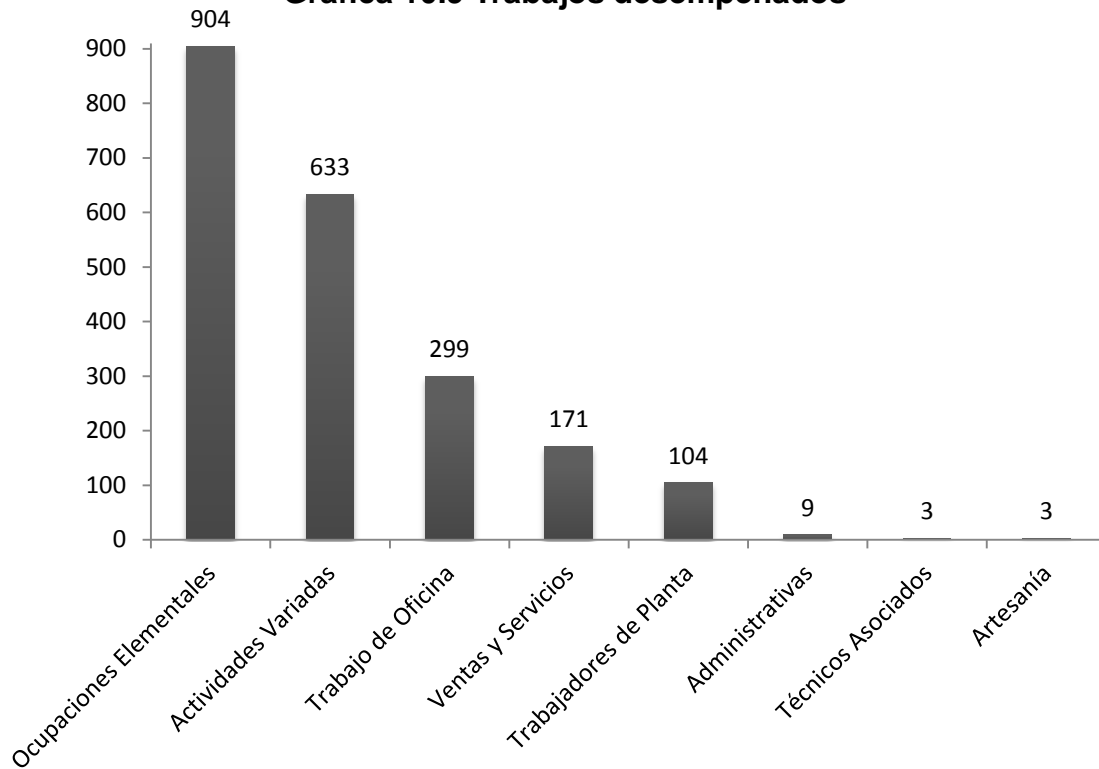
Para Colesterol del total del universo se perdieron 69 casos de los cuales 29 casos eran Recién Nacidos por lo que no se hacía esa toma y los 40 casos restantes no dieron su consentimiento para la toma de la muestra o eran pacientes de urgencia por lo que la valoración completa se hacía ya en consultorios. Siendo analizado el universo de 2056 se encontró que el 21.5% (457) presentaron un nivel Deseado de colesterol, el 33.5% (712) presentaron un nivel Alto 1, el 41.7% (887) presentaron un nivel Alto 2, el 3.2% restante son los casos que se especificaron al inicio.

Gráfica 10.8 Valoración de Colesterol



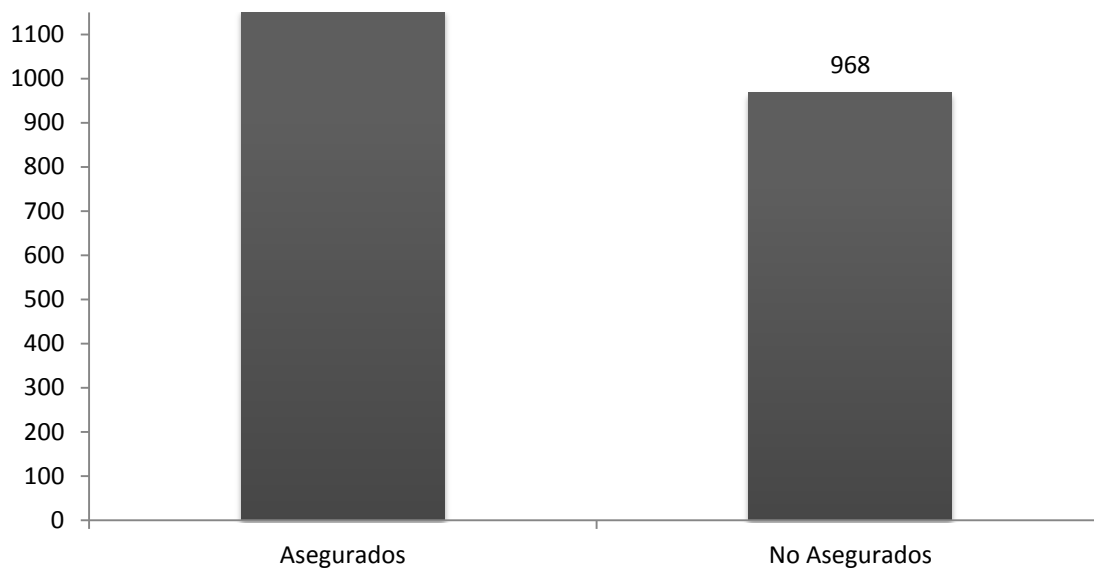
En cuanto a los trabajos a los que se desempeñan se encontró que el 0.4% (9) se dedican a actividades Administrativas, el 29.8% (633) tienen actividades variadas, el 14.1% (299) se dedica a trabajos en oficina, el 8% (171) se dedican a ventas y servicios, 0.1% (3) se dedican de manera técnica a la agricultura, a los bosques y pesca así como técnicos asociados, el 0.1% (3) se dedican a la artesanía, y el 4.9% (104) son trabajadores de planta operadores de maquinaria y ensambladores y el 42.5% (904) son ocupaciones elementales.

Gráfica 10.9 Trabajos desempeñados

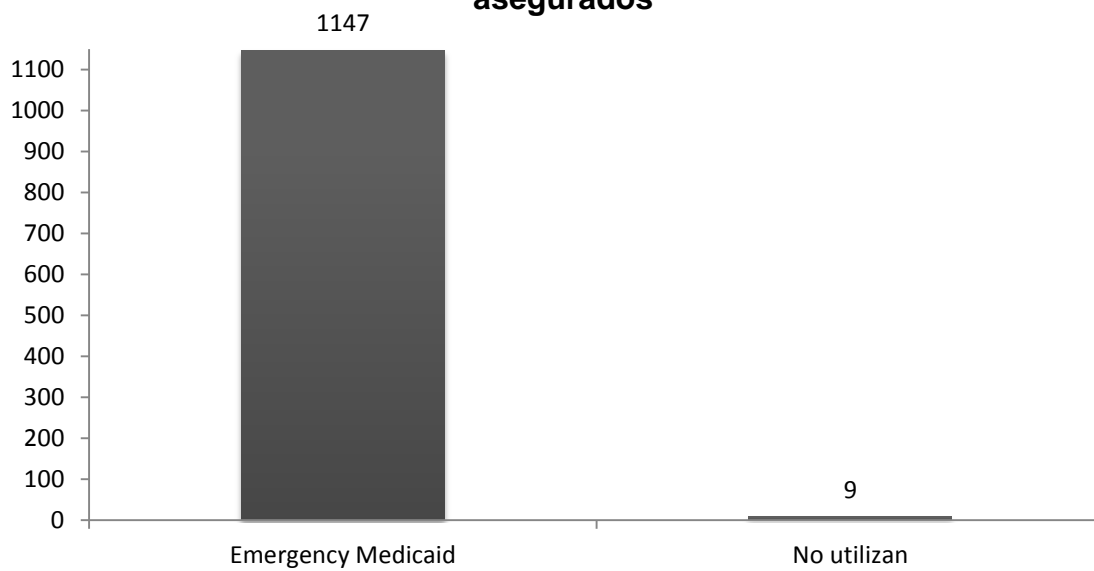


En cuanto a saber si las personas están o no aseguradas encontré que el 54.4% (1156) no tienen ningún tipo de seguro mientras que el 45.6% (968) si tienen seguro, dentro de los seguros que pueden tener las personas encontré que el 99.2% (1147) de los que no poseen seguro utilizan Emergency Medicaid para ser atendidos en salas de urgencia, el 0.8% (9) aun no han utilizado Emergency Medicaid para ser atendidos, el 57% (551) de los que si poseen seguro utilizan Medicaid, el 3.9% (38) de los que si poseen seguro utilizan Medicare y el 40.2% (389) de los que si poseen seguro utilizan SCHIP.

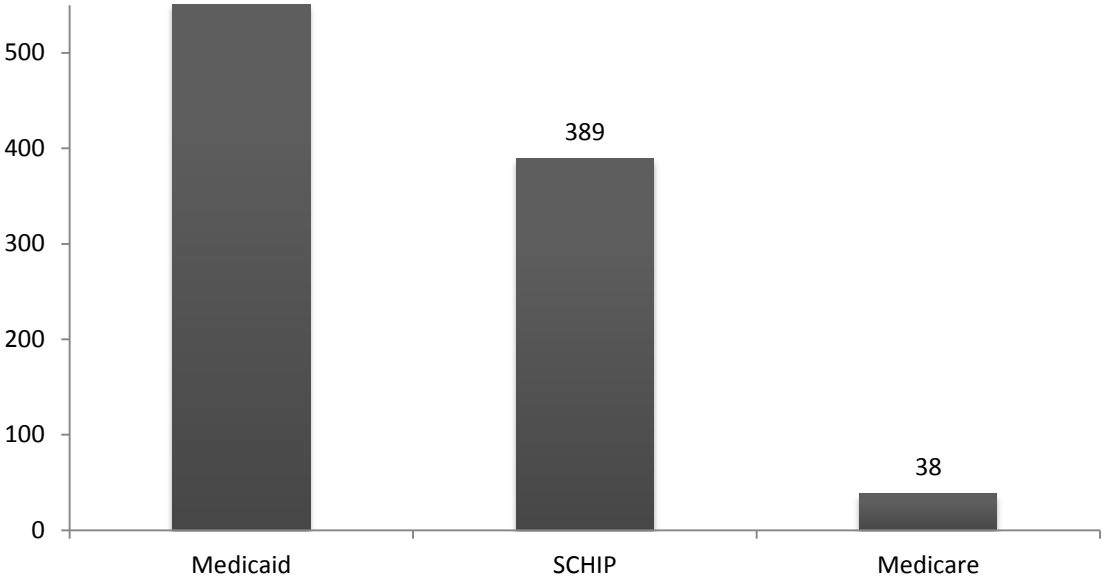
Gráfica 10.10 Asegurados y No Asegurados



Gráfica 10.11 Seguros utilizados por los migrantes no asegurados

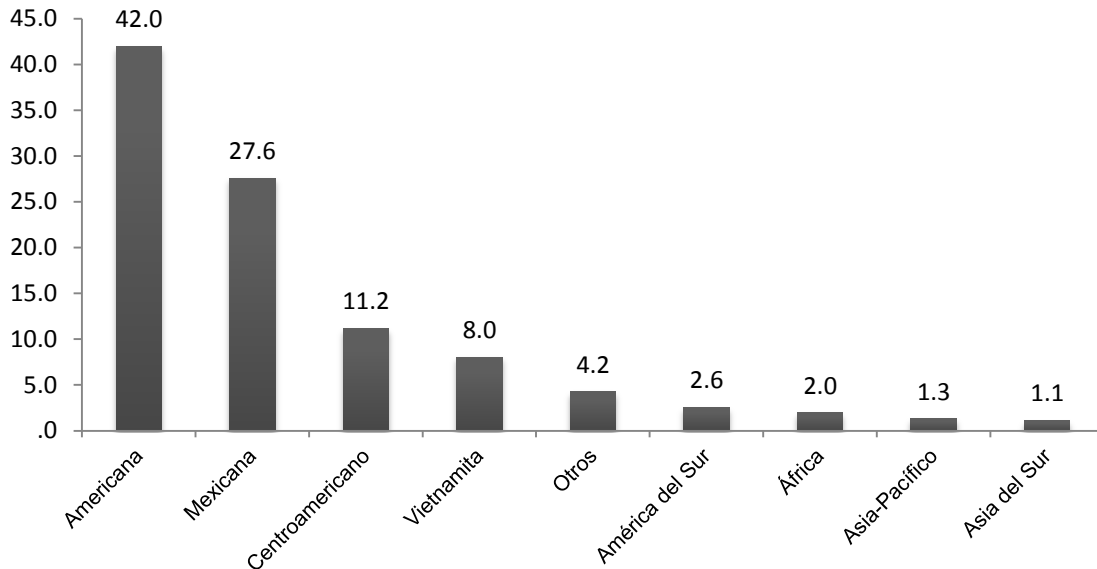


Gráfica 10.12 Seguros utilizados por quien si cuentan con Seguro Médico



11. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Gráfica 11.1 Porcentajes por Nacionalidad



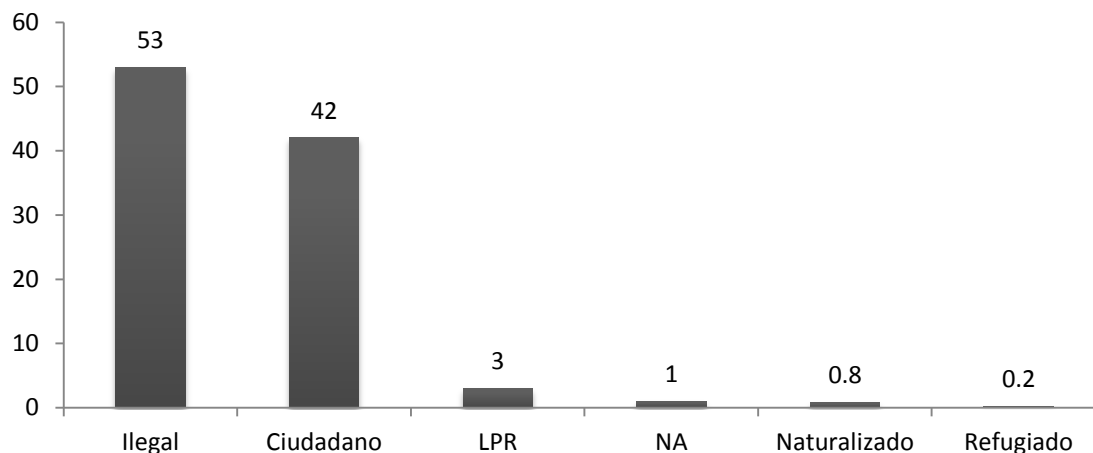
Dentro de las instalaciones tanto de Clínica Comunitaria como del Consulado el enfoque del estudio era Migrantes Mexicanos, pero con los censos realizados se encontró que era necesario brindar atención tanto a ciudadanos como a otros migrantes de distintas nacionalidades.

Mayoritariamente se atendió a Ciudadanos Americanos este grupo comprende Americanos, Afroamericanos y Mexicoamericanos el cuál fue el 42% de la población, inmediatamente después se encontró que los migrantes mexicanos comprenden un 27% del total, seguido por un esperado 11.2% de centroamericanos, para llamar la atención es la aparición de los Vietnamitas dentro de los 5 principales grupos de nacionalidades con un 8%. Seguidas por una Agrupación de varias nacionalidades para dar un resultado relevante, América del Sur, Asia Pacífico y Asia del Sur.

Este resultado nos muestra la multiculturalidad del país pero sobre todo que siendo una ciudad en el Norte del país el fenómeno de la migración ha permeado de forma importante la demografía de Seattle.

Más adelante se discutirá sobre el estatus migratorio del 58% del total de la población estudiada, ya que en su calidad de migrantes mayoritariamente tienen un estatus irregular.

Gráfica 11.2 Porcentaje de Estatus Migratorio



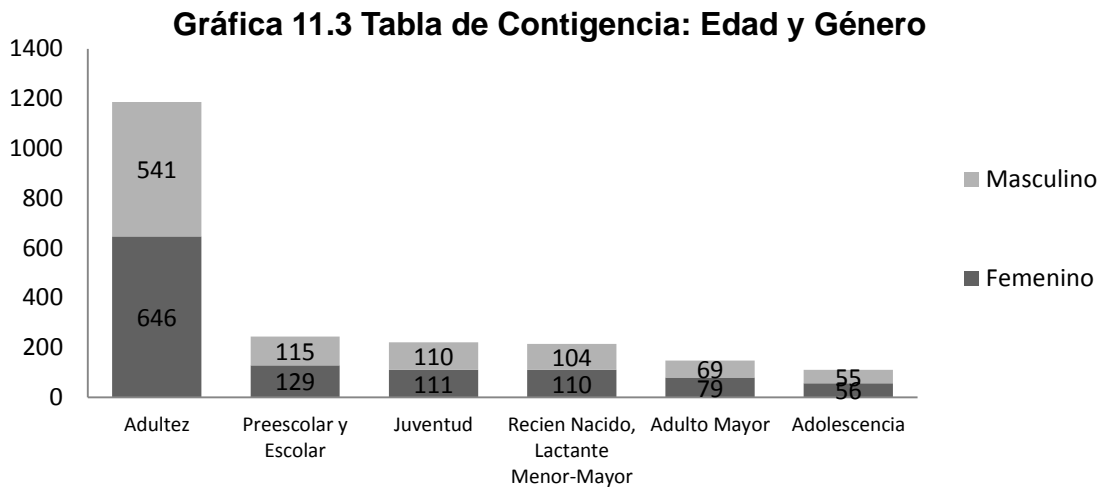
En esta gráfica se puede observar el estatus migratorio de los migrantes encuestados en el estudio. Mayoritariamente son ilegales con un 53%, ciudadanos son el 42%, LPR (Lawful Permanent Resident o Greencard Holders) con un 3%, un migrante no proporcionó su estatus migratorio, el 0.8% son Naturalizados y el 0.2% son Refugiados.

Estos resultados marcan la tendencia para el acceso de las personas a ciertos beneficios Federales tales como el Seguro Médico o Food Stamps, dando como resultado políticas de Salud Pública poco efectivas para la cobertura mínima del Derecho a la Salud del ser humano.

Es importante resaltar que aún cuando muchos de los encuestados llevan radicando en el país más de 10 años, la Reforma Migratoria no ayuda, ya que hasta el momento en el que se realizó el estudio uno de los requisitos para

poder iniciar el proceso para la Green card es que tenga una permanencia en el país mayor a 5 años ininterrumpida, siempre y cuando sea de manera legal, al ingresar al país de forma irregular no importan el tiempo que se lleve radicando ya que esos años serán obviados durante el proceso.

Igual de complicado y con vacíos legales son los procesos de Naturalización o Refugio, ya que hay ciertos criterios que deben ser cubiertos como el no ingresar al país de forma ilegal, pero hacer la petición de Refugio en alguna de las fronteras ya sea la Norte o la Sur del país en el caso de los Refugiados, para la naturalización debió pasar el proceso de Green card para poder acceder al beneficio de la Naturalización, así como el dominio del idioma y de la Historia del país.

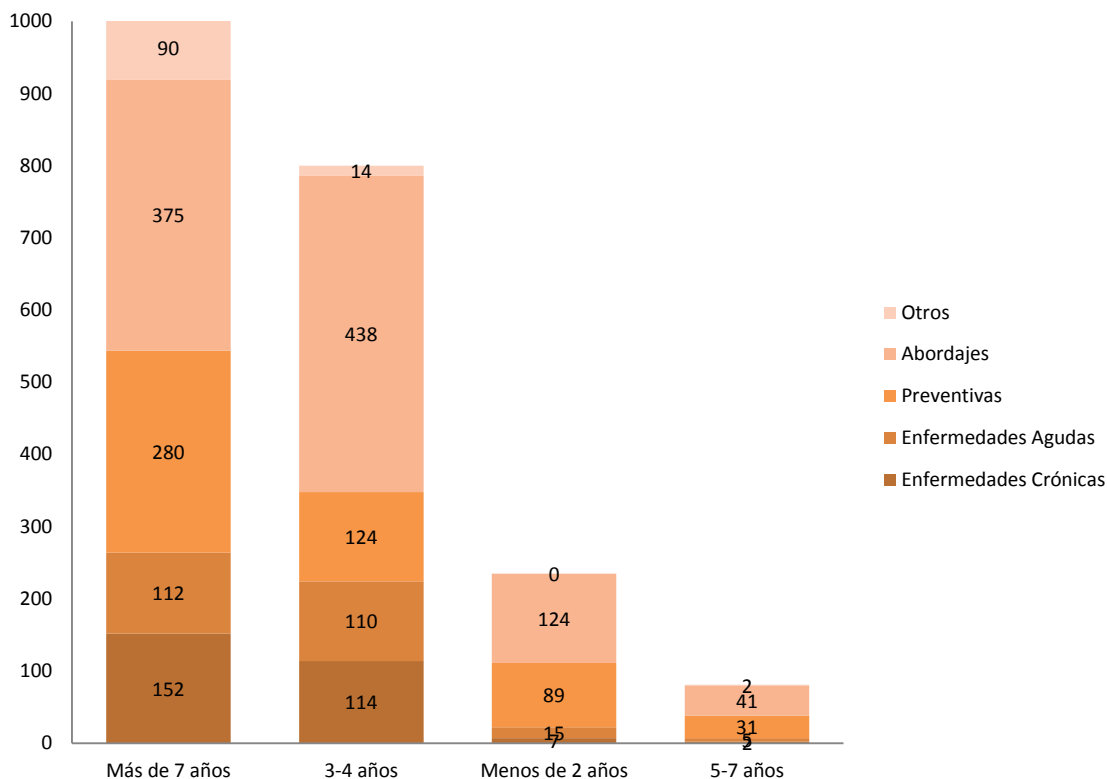


Para generar datos de relevancia se llevó a cabo el cruce de datos en tablas de contingencia, en la descripción de la población se describió que la mayoría de la población estudiada era de sexo Femenino, para determinar la pirámide poblacional de la población estudiada cruce los datos de edad y género encontrando que en el grupo de Recién Nacido, Lactante Mayor y Menor 104 son de sexo masculino y 110 de sexo femenino, para Preescolar y Escolar 115 son masculino y 129 Femenino, del grupo de Adolescentes 55 son Masculino y 56 Femenino, para el grupo de Jóvenes 110 son Masculino y 111 son Femeninos en el grupo de Adulthood 341 son Masculino y 646 Femenino y por último Adultos Mayores 69 son Masculinos y 79 son Femeninos.

Como se observa en el grupo de Adulthood el número de pacientes femeninos encuestados es mayor lo cual sugiere que es la mujer es quien busca mayoritariamente el uso de los servicios de salud, dentro de la encuesta

muchos de los pacientes iban por familias y quienes encabezaban la necesidad de la búsqueda de atención médica eran las mujeres

Gráfica 11.4 Tabla de Contingencia: Motivos de Visita y Años de Residencia



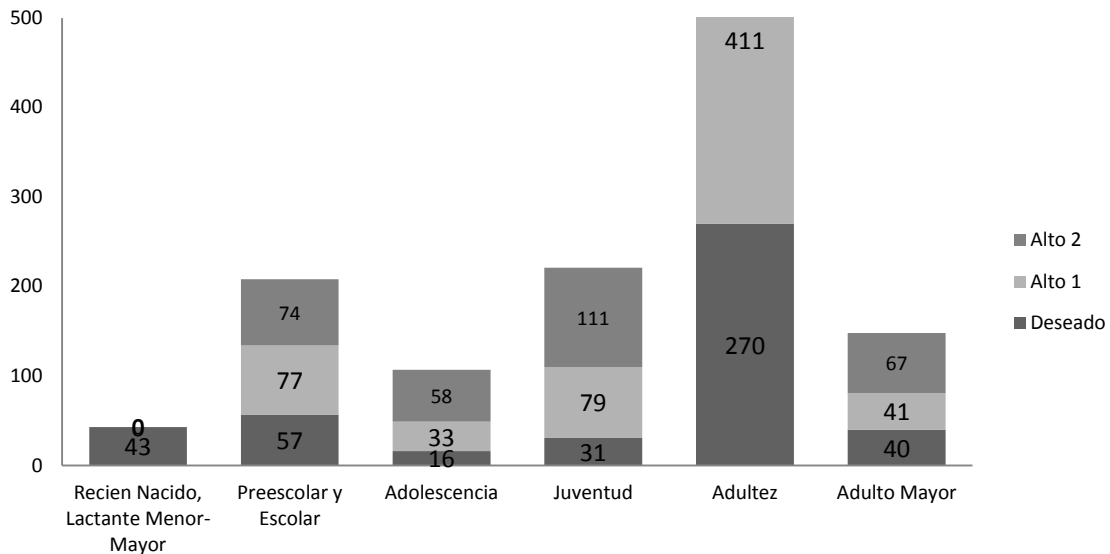
Otros de los resultados de gran relevancia fueron encontrados al relacionar los años de residencia en el país con los motivos por los que buscaban la atención médica. Encontré que aquellos que tenían menos de 2 años residiendo en el país mayoritariamente lo hacen por Enfermedades Crónicas, así como los que llevan de 3-4 años; pero la tendencia cambia a partir de los 5 años de residencia en Adelante y Abordajes y Preventivas son las que más solicitudes tienen.

En una entrevista con el Subsecretario de la Secretaria de Relaciones Exteriores, refiere que es parte del trabajo que ha realizado a través de la Ventanilla de Salud, además de un proceso notable de aculturización de los

migrantes con la situación de Salud del país receptor. De esta situación según el reporte del año pasado del Instituto de Mexicanos en el Exterior, se establece que las 53 Ventanillas de Salud el año pasado atendieron 1.2 millones de connacionales, lo cual redundaba en una discrepancia de datos, ya que si la atención que se brindó en una sola Ventanilla y se brindaron los mismo servicios de salud que la Ventanilla se vio el 17% del total visto por la Secretaría y traspolado a lo que debió haber visto un solo consulado que serían 22, 641 connacionales se estudio el 9.5% del total, lo cual lleva a la conclusión de que no está cumpliendo el cometido de atención de los connacionales tomando en cuenta que según los datos ya previamente descritos el total de connacionales en EEUU es de 11.2 millones solo se está atendiendo al 11% del total de la población.

Haciendo incapié en estos datos el personal del IME refiere que la poca afluencia a las Ventanillas de Salud de los connacionales es debida al miedo al ser deportados por acceder o registrarse a los padrones de Mexicanos en el Exterior; durante el estudio muchos de los connacionales referían no conocer que el Consulado brindaba este servicio y ese era el motivo por el que no se acercaban a Ventanilla de Salud, así como que el personal que atiende las Ventanillas no son de habla hispana y no son compatibles culturalmente con los connacionales.

Gráfica 11.5 Tabla de Contingencia: Edad y Colesterol



Dentro de las variables estudiadas fue la de Colesterol, como se sabe en EEUU el problema de la hipercolesterolemia es un tema de la agenda de Salud Pública del país; se hizo un cruce de variables con edad y colesterol para identificar si está relacionado conforme a los grupos de edad.

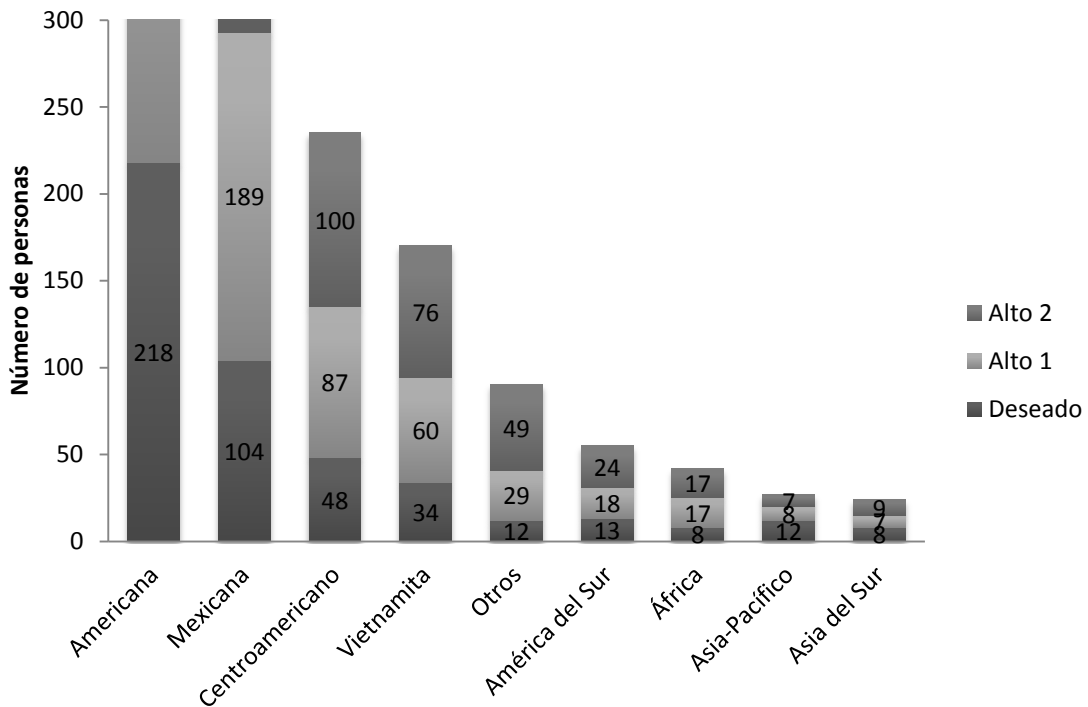
Se encontró que los individuos parte del grupo de Preescolar y Escolar se encuentran en una situación de atención para la disminución de este grupo ya que en el Nivel Alto 2 encontramos 74 infantes en la adolescencia este número desciende notablemente y se duplica en la Juventud y se quintuplica en la Adulthood con 506 y vuelve a descender para los Adultos Mayores.

Las campañas de activación física y un consumo moderado de lípidos se enfoca en aquel país en los escolares pero ha descuidado al adulto, y aun con ciertas leyes en la regulación de Producción de Alimentos, la dieta americana

es altamente calórica aunado con los costos que son bajos en referencia a los que tienen un menor contenido calórico.

Un tema del que habla el Departamento de Salud de EEUU es que además de la dieta americana, las dietas de las diferentes nacionalidades son quienes están proporcionando dietas hipercalóricas a los residentes del país, la realidad es que aún no está regulado del todo y sobre todo la conciencia de la población aún no es la adecuada para identificar que la hipercolesterolemia es un factor de riesgo concomitante para la complicación de otras enfermedades.

Gráfica 11.6 Tabla de Contingencia: Colesterol y Nacionalidad



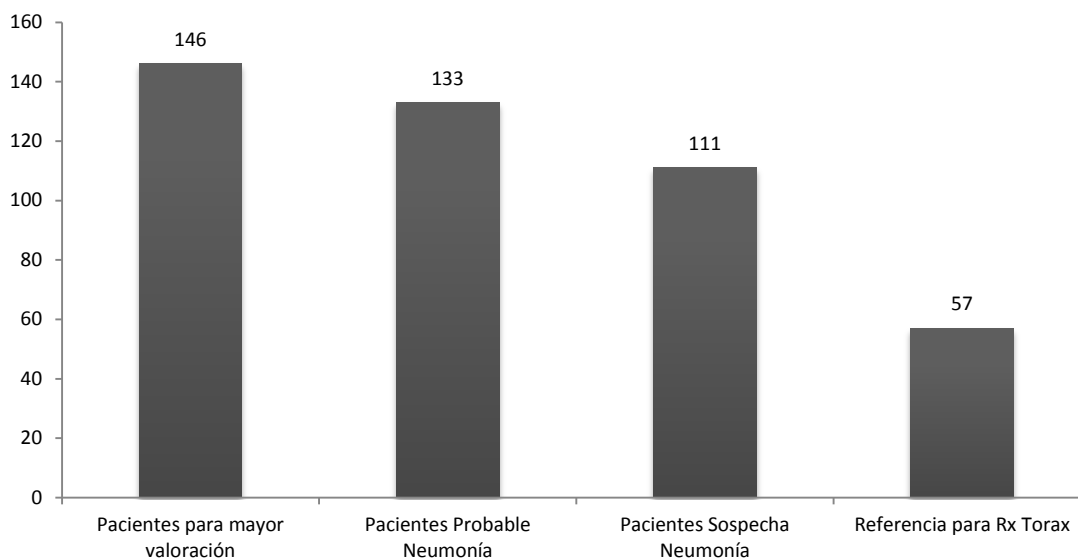
Bajo el mismo tenor de la hipercolesterolemia, se cruzaron las variables de Colesterol y Nacionalidad, haciendo referencia a que dependiendo de la nacionalidad es como se ve reflejado. Como se observa en la gráfica los americanos ocupan el primer lugar con 218 personas presentando Colesterol Alto 2 seguido por los mexicanos con 104 en el mismo nivel, Centroamericanos con 100, otro dato interesante es el surgimiento de los vietnamitas dentro de los grupos primordiales con 76.

Esto es un determinante para la identificación de riesgos por nacionalidades, es necesario entender que los factores de riesgo predisponen a padecer ciertas enfermedades, y ciertamente ciertas razas y culturas tienden a la predisposición

a estas, además agregar el factor que la migración afecta no solo la situación geográfica si no también la emocional, espiritual y alimentaria. Es por eso que encuentro necesario que los gobiernos de ambos países integren políticas inclusivas para la oportuna detección y control de dichos factores de riesgo y que mejor que la erradicación.

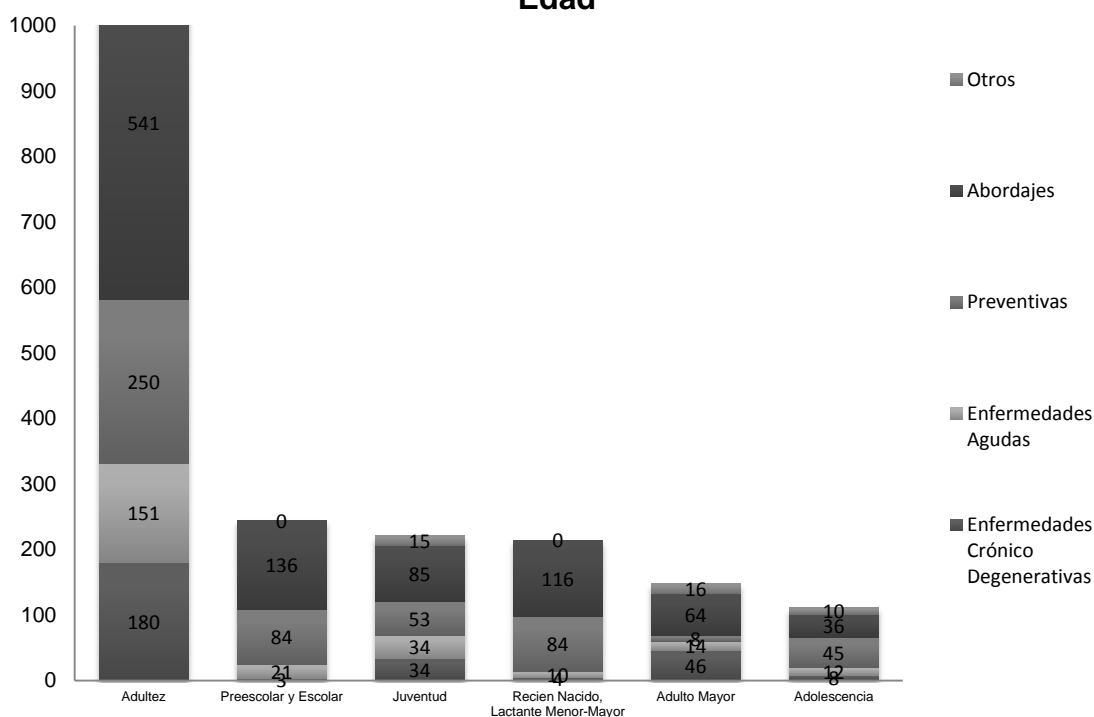
Estos datos también se pueden ver reflejados en la poca información de la población en general con los problemas que ocasionan niveles altos de colesterol, además de la situación que aun conociéndose en niveles altos evitan asistir al médico para darle seguimiento debido a que no se ven identificados con el personal de salud que les atiende, aunado a una falta de seguridad social y el miedo latente de ser deportados.

Gráfica 11.7 Diagnóstico Diferencial para Neumonía



Durante el análisis realizado, se encontraron datos que indicaban que los individuos del estudio podrían estar cursando con neumonía. Encontrándose que del universo estudiado 447 era personas con datos para sospecha de neumonía, por lo cual se realizó un diagnóstico diferencial para determinar si era necesaria mayor valoración encontrándose: 146 (33%) individuos era necesario valorar más a profundidad para determinar un diagnóstico, 133 (30%) era probable que padecieran neumonía, 111 (25%) se sospechaba por los datos clínicos que podrían estar iniciando un proceso de Neumonía, y 57 (18%) era necesario pedir una Radiografía de Tórax.

Gráfica 11.8 Tabla de Contingencia: Motivos de visita y Edad



En esta Gráfica se puede observar el producto de cruzar los grupos de edad con los motivos lo cual nos arroja resultados importantes para poder inferir que han sido resultados de la aculturalización de los migrantes y en que grupos de edad es necesario reforzar la importancia de acudir a los servicios de salud para una temprana y adecuada detección de enfermedades que puedan ser Crónicas ya sea para su tratamiento o control. Se encontró que abordajes y Preventivas fueron los 2 motivos con mayor afluencia de los usuarios ya

12. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La relevancia del estudio realizado radica en el poco conocimiento y la poca investigación e importancia que se le ha brindado al tema, definitivamente es importante que el Sector Público de ambos países den una mirada mucho más profunda no solo a problemática de la migración si no a todos y cada uno de las necesidades que deben ser cubiertas en los migrantes sin importar el estatus en el que se encuentran.

Conforme se realizo el estudio se fueron descubriendo formas mucho más eficaces de acercamiento con los connacionales así como con otros migrantes o los mismos ciudadanos. También es importante remarcar que durante la revisión de bibliografía son nulos los estudios de este tipo por lo cual marca un parte aguas en la identificación de factores de salud en migrantes connacionales así como en migrantes de diferentes nacionalidades

13. CONCLUSIONES

A lo largo de la tesis se ha demostrado que el fenómeno de la migración es inherente a México y EEUU, demostrando así el impacto social adquirido en las últimas décadas y como este afecta las dinámicas de Salud Pública en los connacionales y en la población migrante en general. Es importante destacar que las diferencias sociales y en las oportunidades han generado un impulso desorbitado en la marginación de ciertos grupos vulnerables en sus países de origen que sea igual o mayor en los países receptores.

La migración ha generado transformaciones sociales y con ello mayores retos para alcanzar igualdad en la prestación de servicios de Salud, así como generar nuevas formas de organización social, roles familiares, relaciones internacionales y políticas, sociales; aunado a esto la falta de inclusión del migrante en políticas relevantes a nivel público y sanitario (Elovitz & Kahn, 1997).

La complejidad de este fenómeno representa un reto igual de complejo y grande que incluye el disminuir las condiciones de vulnerabilidad específicamente sanitaria; así como sociales, económicas y políticas, al generar políticas integrales la forma de aproximación al problema será beneficiosa para ambas partes.

Las enfermeras transculturales utilizan métodos y realizan trabajos que en principio podrían parecer similares a los de antropólogos; todo esto enfocado a la impartición de servicios de mayor calidad, calidez e integrales a los connacionales, ya que ahí es donde radica el éxito o no de la inserción de los connacionales en los sistemas de salud y la detección oportuna de enfermedades de tipo Crónico si a estos cuidados se les da un enfoque basado en las características culturales, sociales e ideológicas de cada individuo para con esto lograr un empoderamiento de su salud.

Se puede concluir que los connacionales enfrentan problemas para el acceso a los Servicios de Salud en la Unión Americana, pero es un tema que no solo está dirigido o enfocado a Mexicanos, si no que es una situación que enfrentan hasta los mismos ciudadanos por no cumplir con los requerimientos ya sean Federales o Estatales de los Niveles de Pobreza.

También se encuentra que los métodos de monitoreo rápido no son tan eficaces como se esperaban ya que dentro del análisis que se llevo a cabo se encontraron con pacientes que con un poco más de visualización pudieron detectarse neumonía.

Se cumplieron los objetivos de esta tesis y se anexa la importancia de continuar con el estudio al connacional pero sin excluir a los migrantes de otras nacionalidades.

14. APORTACIONES

Se debe reconocer la necesidad de profundizar los niveles de intercambio y avanzar hacia una mayor articulación hemisférica, que el fenómeno migratorio sobrepasa la capacidad de los gobiernos para su abordaje integral, como una solución factible se encuentran iniciativas locales de atención a los migrantes por parte de la Sociedad civil, foros intersectoriales nacionales que se han abierto para atender la problemática y espacios regionales que permitan colaborar con los gobiernos en las definiciones de las políticas Migratorias hemisféricas y el abordaje necesario para políticas de salud. Sé que no es únicamente necesaria la realización de estudios socio-antropológicos o epidemiológicos, es imperante la generación de soluciones y propuestas para el manejo de una comunidad creciente y tan poco estudiada. Por lo que se propone:

- El fenómeno migratorio debe ubicarse en un contexto de desarrollo vinculándose a teorías macroeconómicas que son las logran empobrecer a la población incrementando así la migración.
- La falta de políticas bien definidas sobre migración en el Continente Americano incrementan los abusos y violación de los Derechos Humanos de los migrantes, estas deben ser dinámicas, integradoras de carácter local (dentro de su lugar de origen como generación de empleos), nacional e internacional tomando en cuenta todas las esferas en las que se desarrolla el ser humano siempre con un enfoque de creación de

políticas de desarrollo que tenga como marco la reducción de las migraciones y directamente proporcional un crecimiento económico-laboral sostenido para la población.

- Haciendo referencia en el contexto de criminalización del fenómeno de la migración, los gobiernos deben ser mucho más cuidadosos en la creación de leyes dando el enfoque humanitario que estas requieren, el problema no radica en la ingobernabilidad del fenómeno o catalogarlo como “mal necesario”, sino que es necesario dar una mirada a las estructuras generando cambios para mejorar el desarrollo de la población.
- Es muy importante que todas las políticas públicas tengan un carácter de inclusión a todos los sectores que conforman un país, para así lograr desde todos los puntos de vista generar propuestas mucho más viables siempre velando por los derechos de los migrantes

Debe quedar claro que la migración de ninguna manera puede sustituir o basarse para el desarrollo económico de un país, ya que los ingresos que generan los migrantes no pueden sustituir las obligaciones del Estado. Al igual que ha evolucionado los patrones migratorios de la misma manera deben evolucionar las políticas; siendo dinámicas y creativas sin perder de vista el factor humano en el que debemos volcar nuestro cuidado.

Bibliografía

- Chávez, L. R. (1 de Junio de 2011). Undocumented immigrants and their use of medical services in Orange County. *Social Science & Medicine* .
- Chandler, J. T., Malone, R. E., Thompson, L. M., & Rehm, R. S. (2012). "No Me Ponían Mucha Atención" Care-Seeking Experiences of Undocumented Mexican Immigrant Women With Chronic Illness. *Advances in Nursing Sciences*, 35 (2).
- Carreras De Velasco, M. (1974). *Los Mexicanos que devolvió la crisis*. México D.F.: Secretaria de Relaciones Exteriores.
- Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing*. New York, U.S.: Mc Graw Hill.
- Comisión de Inmigración. (1930). *La inmigración mexicana*. Washington D.C.: Cámara de Comercio.
- CONAPO. (2009). *Capítulo XI Migración Internacional*. Recuperado el 10 de Julio de 2013, de <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/205/1/images/Cap11.pdf>
- Congress, U. (1999). *TICKET TO WORK AND WORK INCENTIVES IMPROVEMENT ACT OF 1999*. (U. G. Office, Productor) Recuperado el 7 de Julio de 2013, de <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-106publ170/html/PLAW-106publ170.htm>
- Cortina, R. J., & Moncada, A. (1988). *Hispanos en los Estados Unidos*. España: Ediciones de Cultura Hispana.
- Craig, R. (1971). *The Bracero Program Interest Groups and Foreign Policy*. Texas, United States of America: The University of Texas Press.
- Aguilar Zínser, A. (1995). *México en el pensamiento económico, político y social de los Estados Unidos*. México D.F., D.F., México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). Health Care for Undocumented Immigrants. 113 (425).
- American Heart Association. (15 de Octubre de 2012). *All about Heart Rate (pulse)*. Recuperado el 14 de Julio de 2013, de http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/MyHeartandStrokeNews/All-About-Heart-Rate-Pulse_UCM_438850_Article.jsp
- Bean, F. D., & Tienda, M. (1991). *The Hispanic Population of the United States*. Washington D.C., United States of America: Library of the Congress.
- Bustamante, J. A. (2002). *Migración internacional y derechos humanos*. D.F., D.F., México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bustamante, J. A., & Tuirán, R. (1998). *La migración laboral mexicana a Estados Unidos de América*. Tijuana, Baja California, México: El Colegio de la Frontera.
- Dirección General de Relaciones Internacionales. (27 de Mayo de 2013). *66 Asamblea Mundial de Salud*. Recuperado el 10 de Julio de 2013, de <http://www.dgri.salud.gob.mx/interior/66asambleaMundial.html>
- Dirección General de Relaciones Internacionales. (22 de Enero de 2013). *Semana Binacional de Salud*. Recuperado el 10 de Julio de 2013, de <http://www.semanabinacionaldesalud.org/>
- Dirección Nacional Paisano. (s.f.). *Antecedentes*. (Secretaría de Gobernación) Recuperado el 11 de Julio de 2013, de <http://www.paisano.gob.mx/index.php/programa-paisano>

Douglas Taylor, L. (1991). *El nuevo norteamericano: integración continental, cultura e identidad nacional*. Tijuana, Baja California, México: El Colegio de la Frontera .

Elovitz, P. H., & Kahn, C. (1997). *Immigrant Experiences. Personal Narrative and Psychological Analysis*. Cranbury, New Jersey, U.S.: Associated University Press.

Experts on Labour Statistics on Updating. (2007). *Resolution Concerning Updating the International Standard Classification of Occupations*. Ginebra: International Labour Organization.

Geoffrey, F. *Hispanic Nation Culture Politics and the Constructing Identity*. Arizona, USA: The University of Arizona Press.

González Arnau, R. *México y la protección de sus nacionales en Estados Unidos*. UNAM.

Gonzalez Torres, E., & Navarro Albo, M. (2010). *CIDE*. Recuperado el 10 de Julio de 2013, de http://www.istor.cide.edu/archivos/num_28/notas1.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *INEGI*. (INEGI) Recuperado el 3 de Julio de 2013, de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/migracion.aspx>

Malgesini, G. (2000). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Barcelona, España: Los libros de la catarata.

Marentes, C., & Marentes, C. (1999). *Los braceros*. Recuperado el 25 de Junio de 2013, de <http://www.farmworkers.org/bespanol.html>

Martínez, O. (2011). *Los Migrantes Que No Importan* . Capellades, Barcelona: Icaria Editorial .

Medicare & Medicaid Service Centers. (Septiembre de 2011). *¿Qué es Medicare?* Recuperado el 7 de Julio de 2013, de <http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11306-S.pdf>

Morales, P. (1987). *Indocumentados mexicanos*. México D.F.: Grijalbo.

Nandi, A., Loue, S., & Galea, S. (12 de Junio de 2009). Expanding the Universe of Universal Coverage: The Population Health Argument for Increasing Coverage for Immigrants. National Cholesterol Education Program. (2001). *NCEP, ACP III Executive Summary*. NIH Publication.

Organización Internacional para la Migración. (2013). *Previsiones y tendencias mundiales*. Recuperado el 16 de julio de 2013, de <http://www.iom.int/cms/global-estimates-and-trends>

Organización Internacional para las Migraciones. (Diciembre de 2000). Informe de Relatoría del Simposio de Migración Internacional en las Américas. *Población y Desarrollo* , 16-18.

Organization, W. H. (2013). *WHO Derecho a la salud*. (WHO) Recuperado el 4 de Julio de 2013, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

Ornización de las Naciones Unidas. (2010). *International Migrant Stock : The 2008 Revision*. Recuperado el 28 de Junio de 2013, de <http://esa.un.org/migration/index.asp?panel=1>

Pew Research Hispanic Center. (30 de Marzo de 2010). *Statistical Profile of the Hispanic and Foreign-Born Population in the US*. Recuperado el 11 de Julio de 2013, de <http://www.pewhispanic.org/2010/03/30/statistical-profiles-of-the-hispanic-and-foreign-born-populations-in-the-us/>

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2012). *Fundamentals of Nursing* (8 ed.). Elsevier.

Real Academia Española. (2013). *Diccionario de la Lengua Española*.

Real Academia Española. (s.f.). Recuperado el 27 de Junio de 2013, de <http://lema.rae.es/drae/?val=migraci%C3%B3n>

Real Academia Española. (s.f.). *Diccionario de la Real Academia Española*. (Real Academia Española) Recuperado el 25 de Junio de 2013, de <http://lema.rae.es/drae/?val=hispano>

Spector, R. (2000). *Cultural diversity in Health and Illness*. Stanford, U.S.: Appleton & Lange.

United States Census Bureau. (20 de Junio de 2013). *American Community Survey*. (United States Census Bureau) Recuperado el 26 de Junio de 2013, de <http://www.census.gov/acs/www/>

United States Census Bureau. (s.f.). *American Fact Finder*. Recuperado el 25 de Junio de 2013, de http://factfinder2.census.gov/faces/nav/jsf/pages/community_facts.xhtml

United States Census Bureau. (3 de January de 2013). *United States Census Bureau*. (United States Census Bureau) Recuperado el 25 de Junio de 2013, de <http://www.census.gov/compendia/statab/>

ANEXOS

Anexo 1 Iniciativas Internacionales para beneficio del migrante

1. De carácter privado en 1997 el North Carolina for International Understanding diseño un proyecto en conjunto con la Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México para conocer las condiciones de las comunidades en México de donde emigran la mayor cantidad de personas para así lograr analizar desde un enfoque multidisciplinario el fenómeno de la migración. Con estos datos se logró algunas propuestas de ley y programas sociales en apoyo a los migrantes en Carolina del Norte, para 2003 en conjunto con el ISIM Instituto para el Estudio de las Migraciones Internacionales se organiza el “Seminario Binacional sobre Salud del Migrante” donde participaron autoridades de salud de ambos países formulándose recomendaciones para reformas públicas. (Gonzalez Torres and Navarro Albo 2010)
2. De carácter público en el extranjero se encuentra la Semana Binacional de Salud, es una acción por parte del Gobierno Mexicano de brindar un acercamiento asequible a los nacionales viviendo en el extranjero, es un esfuerzo de cooperación entre la Secretaria de Relaciones Exteriores a través de sus Consulados y las Secretarías de Asuntos Exteriores de 9 países (EEUU, Guatemala, Honduras, Canadá, Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia), en conjunto con agencias en EEUU y Canadá así como voluntarios. Durante la Semana Binacional de Salud diversas instituciones del gobierno federal, estatal, y local, organizaciones comunitarias y miles de voluntarios se reúnen anualmente en el mes de octubre para realizar una serie de actividades de promoción y educación de la salud, incluyendo talleres educativos, canalización a servicios de salud y a programas de seguro médico, vacunaciones y exámenes básicos de detección gratuitos, entre otros. (Dirección General de Relaciones Internacionales 2013)
3. En el marco de la sexagésima sexta Asamblea Mundial de Salud se aborda una agenda trilateral con los Ministros de Salud de EEUU y Canadá resaltando la importancia de la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles así como cooperación para la vigilancia epidemiológica. □Las tres Titulares coincidieron en que debido a los vínculos entre sus naciones, la frontera común y el grado de intercambio de productos alimenticios hablan de la imperante necesidad de llevar a cabo una estrecha cooperación en temas de seguridad sanitarias para el

beneficio de sus naciones. Así también, destacaron la necesidad de fortalecer el enfoque preventivo en la población, a fin de hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles que impactan de manera negativa la sustentabilidad y la calidad de los servicios en salud. (Dirección General de Relaciones Internacionales 2013)

4. En 2002 se pone en marcha la iniciativa Contigo seguida de Vivir Mejor, orientándose a la promoción del pleno desarrollo de los mexicanos; ampliado el acceso a la educación media superior, capacitación para el empleo y certificación de competencias, además del financiamiento de proyectos e inserción al mercado laboral, estos de forma local para evitar la migración. Referente a acuerdos fronterizos encontramos Alianza para La Frontera México-Estados Unidos, la Sociedad para la Prosperidad 2002 y la Alianza para la Seguridad y Prosperidad de América del Norte 2005. (CONAPO 2009)
5. Conferencia Regional sobre Migración o mejor conocido como “Proceso de Puebla” creado como una instancia de diálogo y concertación considerada como un ejemplo sobresaliente de intercambio de ideas, dentro de este se destaca un fluido intercambio de información entre países de origen, la inclusión a planteamiento de problemas y soluciones de la sociedad, y la fortificación de estructuras en materia migratoria de forma multilateral. (Organización Internacional para las Migraciones 2000)
6. Programa Bienvenido Paisano es la respuesta a la propuesta de varias organizaciones para la creación de mecanismos regulatorios y que logran eliminar los índices de maltrato, extorsión, robo, corrupción de servidores públicos en contra de los connacionales, en 1989 se establece formalmente el “Programa Paisano” donde se involucran 8 dependencias como la Secretaría de Gobernación, Secretaria de Relaciones Exteriores, Secretaria de Hacienda y Crédito Público, Secretaría de la Función Pública, Secretaría de Agricultura Ganadería Desarrollo Rural Pesca y Alimentación, Secretaria de Comunicaciones, Secretaría de Salud, Secretaría de Turismo así como la Procuraduría General de la República y periódicamente se hace evaluación de los avances de este programa. (Dirección Nacional Paisano s.f.)

Anexo 2 Datos duros sobre Buró de Censos

A continuación se presentan los datos duros de la gráfica que está en porcentajes.

- Blancos 5,310,699 del total de la población de Washington. del cual el 72% son blancos no hispanos a 3,823,703 del total de la población de blancos que no son hispanos. y el 5% es hispanos blancos, 265,535 del total de la población de blancos que son hispanos.
- Afroamericanos 275,880 del total de la población de Washington.
- Nativos Americanos 137,940 del total de la población de Washington.
- Asiáticos 496,585 del total de la población de Washington. En este grupo se englobaron otras nacionalidades tales como chinos, filipinos, hawaianos, isleños del pacífico, japoneses, camboyanos, samoanos, thais, vietnamitas, hindúes y guaimanos.
- Razas mixtas 344,851 del total de la población de Washington.
- Otras razas 356,338 del total de la población de Washington.

Anexo 3 Pobreza Federal en Estados Unidos

Existen 2 diferentes versiones sobre la medida de Pobreza Federal, el umbral de pobreza y guías de pobreza. Siendo el primero la versión original de la medición de pobreza y se actualiza de forma anual por el Buró de Censos. Los umbrales son utilizados mayoritariamente con fines estadísticos (preparación de estimados del número de ciudadanos en pobreza cada año), por lo que se entiende que se utilizan los umbrales y no las directrices para el cálculo de dicho nivel

Los lineamientos de pobreza son otra versión de la medición de pobreza federal, se publica de manera anual en el Registro Federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Estas son una simplificación de los umbrales de pobreza con fines administrativos, tales como determinar elegibilidad para ciertos programas federales, erróneamente como FPL donde la precisión es importante.

2013 Lineamientos de Pobreza para 48 Estados Contiguos y el distrito de Columbia	
Integrantes de la familia	Lineamiento de Pobreza
Para familias con más de 8 integrantes se debe agregar \$4020 por cada integrante adicional.	
1	\$11,490
2	15,510
3	19,530
4	23,550
5	27,570
6	31,590
7	35,610
8	39,630

Anexo 4 Carta Gantt

Anexo 5 Instrumento



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Hola buenos _____, mi nombre es _____ el día de hoy estoy aquí para ofrecerte Pláticas sobre diferentes temas de Salud además de una Consulta Valoración Enfermera Rápida y recomendaciones de Salud; esta plática con usted(es) será completamente confidencial y nuestro propósito es poder ayudarlos en algunas de sus principales necesidades de Salud y para conocer ciertos aspectos de su vida que interfieran con su salud y el acceso a esta en este país.

1. ¿Dígame cuál es el motivo de su visita a la Clínica/Ventanilla de Salud?

Primera Vez___Cardiopatías___Chequeo General___Chequeo Recién Nacido___
Chequeo Prenatal___Cuidado de Heridas___Diabetes___Emergencia___
Hipercolesterolemia___Hipertensió___Información___Mastografía___Orientación
en salud___Papanicolau___Planificación___Pruebas diagnósticas___Referencia
Fiestas Patrias___Infección Respiratoria Alta___Seguimiento
Cáncer___Vacunas___

2. ¿Qué edad tiene?

Recién Nacido, Lactante Menor-Mayor: 0-2 años ___
Preescolar, Escolar: 3-11 años ___
Adolescencia - 12-19 años ___
Juventud 20- 30 años ___
Adulthood 21-60 años ___
Adulto Mayor 61 años en adelante ___

3. Sexo

Femenino___ Masculino___

4. ¿Dónde nació? ¿Su nacionalidad coincide con su lugar de nacimiento?

Afgano___ Afroamericano___ Americano___ Árabe___ Asiático___ Chileno___
Chino___ Colombiano___ Costarricense___ Cubano___ Dominicano___

Guatemalteco___ Hondureño___ Japonés___ Keniano___ Marroquí___
Mexicano___ Mexicoamericano___ Nicaragüense___ Panameño___
Puertorriqueño___ Ruso___ Salvadoreño___ Somalí___ Venezolano___
Vietnamita___

5. ¿Con qué frecuencia visita la Clínica/Ventanilla de Salud?

6. Mes en el que se le atendió

7. Plática dada

8. ¿Tiene empleo? Si su respuesta es afirmativa ¿a qué se dedica?

Administrativas___ Profesionistas___ Técnicos y profesionistas asociados:
Laboratorista___ Trabajo de oficina: secretaria, recepcionista, mensajero,
repartidor. Asistente, bibliotecarios/as___ Ventas y servicios: ventas, mesera/o,
telemarketing, anfitrión, supermercado___ Agricultores, forestal y pescadores:
pescador___ Artesanos: herrero, albañil___ Trabajadores de planta, operadores de
maquinaria y ensambladores: chofer, mecánico___ Ocupaciones elementales:
intendencia, jornalera/o, jardinería, cocinera/o, ama de casa, panadero,
cargador___ Fuerzas armadas___ Otros: Estudiantes, desempleados, jubilados,
negocio propio, artista___

9. Se entrega material informativo

Si___ No___

10. Toma de signos vitales

Tensión Arterial: _____
Frecuencia Cardíaca: _____
Frecuencia Respiratoria: _____
Temperatura: _____
Glicemia capilar: _____
Prueba rápida Colesterol: _____

11. ¿Cuenta con seguro médico?

Si___ No___

12. Si su respuesta es afirmativa, a cual se encuentra afiliado?

Privado___ Medicare___ Medicaid___ Chip___

13. ¿Qué tiempo lleva radicando en el país?

14. ¿Cuál es su lengua materna?

15. Recordando que estas preguntas son con fines informativos y estadísticos y de ninguna manera afectarán los procesos migratorios a los que se esté sujeto y/o inicien, me podría decir ¿cuál es su estatus migratorio actual?

Ciudadano/a___ Residente___ Irregular___ Refugiado/a

16. Por último, ¿qué estado civil tiene?

Soltero/a___ Casado/a___ Divorciado/a___ Viudo/a

Anexo 6 Definición de variables

N°	Nombre de la Variable	Atributos (Generalidades)	Tipo 1	Tipo 2
1	Motivo de Visita	1.Primer a Vez 2.Card iopatías 3.Chequeo General 4.Chequeo Recién Nacido 5.Chequeo Prenatal 6.Cuidado de Heridas 7.Diabetes 8.Emergencia 9.Hipercolesterolemia 10.Hipertensión 11.Información 12.Mastografía 13.Orientación en salud 14.Papanicolau 15.Planificación 16.Pruebas diagnósticas 17.Referencia Fiestas Patrias 18.Infección Respiratoria Alta 19.Seguimiento Cáncer 20.Vacunas	Cualitativa	Nominal
1.1	Clasificación de Motivo	1.Enfermedades Crónico Degenerativas: Diabetes, Cardiopatías, Ortopédicas, Hipercolesterolemia, Hipertensión, Seguimiento Cáncer, 2.Enfermedades Agudas: Infección Respiratoria Alta, Diarrea, Emergencia, 3.Preventivas: Vacunación, Valoración del Recién Nacido, Dental, Mastografía, Papanicolau, Valoración Prenatal, Planificación 4.Abordaje: Primera Vez, Valoración General, Cuidado de Heridas, Información, Orientación en Salud, 5.Otros: Pruebas Diagnósticas, Referencia Fiestas Patrias	Cualitativa	Nominal

2	Edad	NÚMÉRICA	Cualitativa	Ordinal
2.1	Clasificación Edad	1.Recién Nacido, Lactante Menor-Mayor: 0-2 años 2.Preescolar, Escolar: 3-11 años 3.Adolescencia - 12-19 años 4.Juventud 20- 30 años 5.Adulthood 21-60 años 6.Adulto Mayor 61 años en adelante	Cualitativa	Ordinal
3	Sexo	1. Masculino 2. Femenino	Cualitativa	Nominal
4	Nacionalidad	1.Afgano 2.Afroamericano 3.Americano 4.Árabe 5.Asiático 6.Chileno 7.Chino 8.Colombiano 9.Costarricense 10.Cubano 11.Dominicano 12.Guatemalteco 13.Hondureño 14.Japonés 15.Keniano 16.Marroquí 17.Mexicano 18.Mexicoamericano 19.Nicaragüense 20.Panameño 21.Puertorriqueño 22.Ruso 23.Salvadoreño 24.Somalí 25.Venezolano 26.Vietnamita	Cualitativa	Nominal
4.1	Clasificación de Regiones	1.Americana: Americano, Mexicoamericano, Puertorriqueño, Costarricense, Afroamericano 2.Mexicana: Mexicana	Cualitativa	Discreta

		<p>3.Vietnamita: Vietnamita</p> <p>4.Centroamericano: Hondureño, Panameño, Salvadoreño, Guatemalteco, Nicaragüense,</p> <p>5. América del Sur: colombiano, venezolano, Chileno.</p> <p>6.África: Somalí, Marroquí, Keniano</p> <p>7.Asia Pacífico: Chinos, Japoneses</p> <p>8. Asia del Sur: Afgano</p> <p>9.Otros: Árabes, Asiáticos</p>		
5	Visitas	Abierta	Cualitativa	Nominal
6	Mes de Visita	<p>Julio</p> <p>Agosto</p> <p>Septiembre</p> <p>Octubre</p> <p>Noviembre</p> <p>Diciembre</p> <p>Enero</p> <p>Febrero</p>	Cualitativa	Nominal
7	Plática dada	ABIERTA	Cualitativa	Nominal
8	Ocupación	ABIERTA	Cualitativa	Nominal
8.1	Clasificación de Ocupaciones (Experts on Labour Statistics on Updating 2007)	<p>1.Administrativas</p> <p>2.Profesionistas</p> <p>3. Técnicos y profesionistas asociados: Laboratorista.</p> <p>4. Trabajo de oficina: secretaria, recepcionista, mensajero, repartidor. Asistente, bibliotecarios/as.</p> <p>5. Ventas y servicios: ventas, mesera/o, telemarketing, anfitrión, supermercado.</p> <p>6. Agricultores, forestal y pescadores: pescador.</p> <p>7.Artesanos: herrero, albañil</p> <p>8. Trabajadores de planta, operadores de maquinaria y ensambladores: chofer, mecánico.</p> <p>9. Ocupaciones elementales:</p>	Cualitativa	Nominal

		intendencia, jornalera/o, jardinería, cocinera/o, ama de casa, panadero, cargador. 10.Fuerzas armadas 11.Otros: Estudiantes, desempleados, jubilados, negocio propio, artista		
9	Se entrega material	1.Si 2.No	Cualitativa	Nominal
10	TA Sistólica	NÚMÉRICA	Cuantitativa	Discreta
10.1	Clasificación Sistólica	1.Normal: 119 o menor 2.Prehipertensión: 120-139 3.Hipertensión estadio 1: 140-159 4.Hipertensión estadio 2: 160 o mayor	Cuantitativa	Discreta
11	TA Diastólica	NÚMÉRICA	Cuantitativa	Discreta
11.1	Clasificación TA Diastólica	1.Normal: 79 o menor 2.Prehipertensión: 80-89 3.Hipertensión estadio 1: 90-99 4.Hipertensión estadio 2: 100 o mayor	Cuantitativa	Discreta
12	FC	NÚMÉRICA	Cuantitativa	Discreta
12.1	Clasificación FC (American Heart Association 2012)	1.Bradicardia: menor de 50 lpm 2.Normal: 60-100 lpm 2.Taquicardia: mayor de 100 lpm	Cuantitativa	Discreta
13	FR	NÚMÉRICA	Cuantitativa	Discreta
13.1	Clasificación FR (Potter, y otros 2012)	1.Apnea 0 rpm 2.Bradipnea menor de 12 rpm 3.Normal 12-20 rpm 4.Taquipnea mayor de 20 rpm	Cuantitativa	Discreta
14	TEMPERATURA °C	NÚMÉRICA	Cuantitativa	Discreta
14.1	Clasificación Temperatura (Potter, y otros 2012)	1.Hipotermia: menor de 35°C 2.Eutermia: 35.5- 36.5 °C 3. Febrícula: 37°C 4.Hipertermia: 37.5-39.5°C 5.Hiperpirexia: 40-41.5°C	Cuantitativa	Discreta

15	Glucosa	NUMÉRICA	Cuantitativa	Discreta
15.1	Clasificación Glucosa			
16	Colesterol	NUMÉRICA	Cualitativa	Nominal
16.1	Clasificación Colesterol(National Cholesterol Education Program, 2001)	1.Deseado: menor de 200 mg/dL 2. Alto 1: 200-239 mg/dL 3.Alto 2: mayor o igual de 240 mg/dL	Cualitativa	Nominal
17	Seguro Médico	1.Si 2.No	Cualitativa	Nominal
18	Tiempo radicando en Estados Unidos	NUMÉRICA	Cualitativa	Ordinal
19	Tipo de seguro	1.Medicaid 2.CHIP 3.Medicare 4.Emergency Medicaid 5. Privado	Cualitativa	Nominal
20	Lengua Materna	ABIERTA	Cualitativa	Nominal
21	Estatus Migratorio	1.Ciudadano/a 2.Residente 3.Irregular 4.Refugiado/a	Cualitativa	Nominal
22	Estado Civil	1.Soltero/a 2.Casado/a 3.Divorciado/a 4.Viudo/a	Cualitativa	Nominal